



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



4º Mestrado de Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde

Relatório de Estágio

Mestre em Enfermagem

Orientador: Professor Doutor Raul Cordeiro

**CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
COM O DIAGNÓSTICO DE AVC: CONTRIBUTO DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE GESTÃO DE
UNIDADES DE SAÚDE**

LUIS ESPIRITO SANTO

Abril

2016

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

4º Mestrado de Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde

Relatório de Estágio

Mestre em Enfermagem

Orientador: Professor Doutor Raul Cordeiro

**CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM O DIAGNÓSTICO
DE AVC: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE GESTÃO DE
UNIDADES DE SAÚDE**

LUIS ESPIRITO SANTO

Abril

2016

*A lei da mente é implacável;
Tudo aquilo que você pensa, você cria;
Tudo aquilo que você sente, você atrai;
Tudo aquilo que você acredita, torna-se
realidade.*

Buda

AGRADECIMENTOS

OBRIGADO à minha família pela presença contínua e por todo o apoio incondicional!

OBRIGADO ao Sr. Professor Doutor Raul Cordeiro pela disponibilidade e orientação na realização deste trabalho!

OBRIGADO aos colegas de turma pela amizade e companheirismo!

A TODOS O MEU AGRADECIMENTO SINCERO!

RESUMO

O presente trabalho pretende descrever o percurso de estágio realizado na Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais no Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE sob orientação pedagógica do Professor Doutor Raul Cordeiro, que decorreu no período compreendido entre 1 de Novembro de 2015 a 30 de Abril de 2016.

A metodologia utilizada para a concretização do relatório foi a metodologia descritiva, analítica e reflexiva que me permitiu, através de um carácter narrativo, de forma detalhada e objetiva, descrever as experiências vividas, as situações-problema encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a concretização do Estágio.

Este documento tem como finalidade relatar e descrever as experiências vividas na prática de cuidados, as atividades desenvolvidas e os contextos em que estas foram praticadas, analisá-las e refletir de que forma contribuíram para o desenvolvimento de saberes e competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica nos cuidados à pessoa em situação crítica com o diagnóstico de AVC na área de Gestão de Unidades de Saúde.

Os ganhos em saúde foram obtidos pela concretização do estágio repercutindo-se ao nível das equipas multidisciplinares com as quais tive contacto, através da partilha e troca de experiências e saberes, aquisição e aperfeiçoamento de competências, objetivando-se a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Doente Crítico; Gestão de Unidades de Saúde

ABSTRACT

This paper aims to describe the training course held in the Stroke Unit at the Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE under pedagogical guidance of Professor Raul Cordeiro, which took place in the period of 1st November 2015 to 30th April 2016.

The methodology used for the completion of the report was the descriptive, analytical and reflective methodology that allowed me, through a narrative character, to objectively describe the experiences, the problem-situations encountered, the solutions proposed and the difficulties during the implementation stage.

The objectives of this document is to report and describe the experiences in the practice of care, the activities and the contexts in which they were committed, analyze them and reflect how they contributed to the development of knowledge and expertise in Medical-Surgical Nursing in care to the person in critical condition with a diagnosis of stroke in the area of Health Units Management.

The health gains were achieved by the implementation of the training course and they have rebounded in terms of multidisciplinary teams with whom I had contact, through the sharing and exchange of experiences and knowledge, acquisition and improvement of skills, aiming the improvement of nursing care.

KEYWORDS: Medical-Surgical Nursing, Critical Ill Patient; Health Units Management

Abreviaturas

APA - *American Psychological Association*

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CCEM-OM - Colégio da Competência em Emergência Médica - Ordem dos Médicos

DGS - Direção Geral de Saúde

DQS - Departamento da Qualidade em Saúde

ESO - *European Stroke Organization*

EUSI - *European Stroke Initiative*

GTE – Grupo de Trauma e Emergência

HESE-EPE - Hospital do Espírito Santo de Évora- Entidade Pública Empresarial

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ISS - *Internacional Stroke Society*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PDT - *Portable Data Terminal*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SIADAP - Sistema Individual Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SIGEHP/SHI - Sistema Informático de Gestão Hospitalar

SPAVC - Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

U-AVC - Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	16
1.2- UNIDADE DE ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS	18
2 - ANÁLISE DO CONTEXTO	21
2.1 - DESCRIÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO, FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	21
2.2 - DESCRIÇÃO DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DO SERVIÇO E MÉTODO DE TRABALHO PRATICADO.....	23
3 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	25
4 - CARATERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO	27
5 - DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS	28
5.1 - OBJETIVOS	28
5.2 - DESCRIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS	29
6 - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	51
7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS ...	53
CONCLUSÃO	56
BIBLIOGRAFIA	58
APÊNDICES	64
Apêndice I – Projeto de Estágio	65
Apêndice II – Cartaz sobre as Intervenções Terapêuticas no Helitransporte do Doente Crítico com AVC.....	95
Apêndice III – Formulário para o Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico com AVC .	97
Apêndice IV – Protocolo do Carro de Emergência	101

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Cronograma de Atividades	50
---	----

INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado de Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde, no ano letivo de 2015/2016, no Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde de Portalegre, emerge o presente Relatório de Estágio realizado na Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais [U-AVC] do Hospital do Espírito Santo de Évora-Entidade Pública Empresarial [HESE-EPE] sob Orientação Pedagógica do Professor Doutor Raul Cordeiro e que decorreu no período compreendido entre 1 de Novembro de 2015 a 30 de Abril de 2016.

Segundo Strauven (1994), o relatório é a exposição escrita na qual se descrevem factos verificados mediante pesquisas, objetivos ou experiências. O relatório de estágio é um documento que visa contextualizar o local onde foi realizado o estágio, o período de duração e os objetivos/atividades desenvolvidas pelo formando.

Com este estágio pretendeu-se que a prática clínica pudesse constituir um momento de formação privilegiada, possibilitando o encontro entre o formando, o doente/família e os profissionais de saúde permitindo, desta forma, alargar o conhecimento nas diferentes dimensões. Como refere Santos (2003), o relatório constitui um documento altamente formativo, que nos permite um olhar retrospectivo, permitindo a autocrítica e autoapreciação do trabalho desenvolvido, de forma a estabelecer uma comparação entre os resultados desejados e obtidos. A metodologia utilizada para a concretização do relatório foi a metodologia descritiva, analítica e reflexiva pois permitiu-me, através de um carácter narrativo, de forma detalhada e objetiva, descrever as experiências vividas, as situações-problema encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a concretização do Estágio.

Com a realização deste estágio defini como objetivo geral:

- Desenvolver competências específicas na área de Gestão de Unidade de Saúde em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

E como objetivos específicos:

- Construção de uma base para a prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral [AVC] internada na U-AVC;
- Promoção da abordagem crítica e reflexiva acerca do contributo do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica nos cuidados à pessoa em situação crítica com o diagnóstico de AVC internada na U-AVC na área de Gestão de Unidades de Saúde.

Este documento tem como finalidade relatar e descrever as experiências vividas na prática de cuidados, as atividades desenvolvidas e os contextos em que estas foram praticadas, analisá-las e refletir de que forma contribuíram para o desenvolvimento de saberes e competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica em contexto da pessoa com AVC em situação crítica na área de Gestão de Unidades de Saúde.

Segundo Silva & Silva (2004), para que estas competências se desenvolvam é necessário que exista colaboração/articulação entre os dois locais de formação (escolas e organizações de saúde) de modo a que a teoria tenha repercussões na prática, e as práticas influenciem e atualizem o processo de ensino/aprendizagem.

Neste processo, o ensino clínico apresenta-se como uma componente formativa essencial para a aquisição de conhecimentos científicos, técnicos, humanos e culturais e para o desenvolvimento de capacidades e habilidades profissionais, permitindo questionar e esclarecer as práticas. Leite (2007) refere que, os ensinamentos clínicos constituem uma forma dos enfermeiros especialistas aprofundarem o conhecimento e aquisição de competências num domínio específico de enfermagem, resultando numa compreensão da pessoa e dos processos saúde/doença a que está mais exposta e pelo amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas e intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo, potenciando os ganhos em saúde.

Enquanto enfermeiro tentei aliar o desenvolvimento profissional com o desenvolvimento pessoal pois só desta forma é possível a excelência da prática da enfermagem especializada em enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Gestão de Unidades de Saúde. Também a capacidade de reflexão e o espírito crítico foram desenvolvidos através da análise e avaliação das intervenções e da identificação de aspetos a melhorar no desenvolvimento da atividade profissional como Enfermeiro Especialista.

Com a escolha desta unidade de cuidados, pretendi desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem Médico-Cirúrgica em contexto da pessoa com AVC em situação crítica e de gestão e supervisão de cuidados, de acordo com o previamente definido no projeto de estágio inicial e que se encontra no Apêndice I.

Salienta-se a importância das U-AVC, onde são claros os benefícios obtidos em relação ao tratamento e ao cuidar em comparação com as enfermarias tradicionais. Constituem um contexto de grande diversidade de saberes e de intervenções terapêuticas perante as situações urgentes e emergentes, proporcionando o crescimento profissional e pessoal. O enfermeiro é constantemente posto à prova nas mais diversas dimensões da sua pessoa.

Sabendo que os recursos são escassos e dispersos a nível nacional, tal não pode justificar que os cuidados dispensados fiquem aquém do que é considerado em cada momento, a melhor prática. Para Benner (2001), é necessário delimitar um campo de competências, através de um desenvolvimento longo e continuado, adquirindo-se, desenvolvendo-se e aperfeiçoando-se ao longo do tempo.

De acordo com o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011:8656), “o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica 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 complicações e limitar incapacidades”.

Na U-AVC, a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica é uma constante e exige uma abordagem sistemática e o domínio de protocolos e algoritmos de atuação baseados em evidência, pelo que implica um vasto nível de conhecimentos, habilidades e atitudes (Ferreira & Madeira, 2011). É uma das unidades funcionais 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 U-AVC deve assim reunir um vasto leque de competências de domínio profissional, ético e legal, de comunicação, de gestão de recursos materiais e humanos e prevenção de complicações, na procura da excelência dos cuidados.

A elaboração deste documento foi orientada segundo uma sequência lógica e será apresentada em oito capítulos. No primeiro será feito o enquadramento teórico onde são abordadas as principais temáticas. No segundo capítulo é feita uma breve apresentação da

unidade onde decorrerá o estágio (U-AVC). O diagnóstico da situação será descrito no terceiro capítulo. O quarto capítulo diz respeito à análise da população. No quinto capítulo são definidos os objetivos. O cronograma de atividades é apresentado no sexto capítulo. O sétimo capítulo visa refletir criticamente sobre o processo de acreditação e validação de competências inerente a este percurso formativo. A conclusão será apresentada no oitavo capítulo.

O relatório foi elaborado de acordo com o guia orientador de normas de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre e a referenciação bibliográfica tem por base as normas da *American Psychological Association* [APA].

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2009), “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível”.

O exercício profissional de Enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas, e qualquer que seja o modelo, as necessidades da pessoa, sujeito de cuidados, no seu ciclo de vida e integrada no seu grupo familiar, este é sempre o eixo estruturante fundamental e nuclear da nossa atividade e é para ele que devemos desenvolver competências. Ainda segundo Boterf (2002), citado pela OE, a competência é saber mobilizar os seus recursos, conhecimento e capacidades perante uma situação concreta.

A prestação de cuidados decorre do desenvolvimento das competências do enfermeiro de cuidados gerais. O enfermeiro especialista, deve apresentar conhecimentos aprofundados, demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2009). Este deverá desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados não só ao doente com AVC internado na U-AVC em situação crítica mas também à sua família.

A família partilha frequentemente os problemas dos doentes, no entanto, por vezes, apresenta necessidades específicas e mais complexas que as do próprio doente. Os profissionais de saúde devem integrar de forma sistemática o apoio à família na prática dos cuidados.

Segundo Siqueira (2006), a comunicação é essencial para uma melhor assistência ao doente e à família que estão a vivenciar o processo de hospitalização numa unidade de urgência, podendo resultar em *stress* e sofrimento. Assim, o enfermeiro deverá estar capacitado para estabelecer a interação com o doente e com a família adotando atitudes que estimulem a sensibilidade e empatia entre todos. Nesse contexto, o enfermeiro tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. O significado que a família tem para o bem-estar e a saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga este profissional a considerar a assistência centrada na família como parte integrante da prática de cuidados.

A comunicação com os familiares baseia-se na transmissão de informações claras e objetivas, no fornecimento de explicações sobre o estado clínico do familiar, sobre a necessidade de intervenções e de técnicas invasivas, sobre os equipamentos e todo o processo terapêutico. Segundo Casanova (2009) existe a necessidade das famílias comunicarem com a equipa de Enfermagem durante os horários de visita, receber orientações e esclarecer dúvidas, assim como ter satisfeita a sua necessidade de conforto, receber palavras carinhosas e atenção. Além disso, os familiares percebem a coerência ou não da comunicação não-verbal, principalmente das expressões faciais e do toque.

É necessário que um elemento da equipa de enfermagem seja uma referência para os familiares, alguém a quem eles possam recorrer para esclarecimento de dúvidas, tranquilização e orientação. O cuidar, inclusive do familiar, implica em perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, em seus conceitos e limitações. Não é suficiente deixar a família entrar nas unidades, é necessário cuidá-la para potenciar o nosso trabalho, questioná-la sobre as dúvidas, observar-lhe as reações e comportamentos, compreender as suas emoções (Casanova, 2009).

A preparação da transferência/alta é um dos aspetos que pretendo desenvolver na realização do ensino clínico. A transferência de unidade de cuidados é um acontecimento importante e segundo Urden (2008) a transferência pode produzir ansiedade e criar *stress*. Os doentes e famílias aprenderam e adaptaram-se à situação atual, desenvolveram o conhecimento do pessoal, do ambiente e da rotina dos cuidados.

Durante o internamento nos serviços e unidades de cuidados intensivos estiveram dependentes dos dispositivos de monitorização, do equipamento, da interação constante com o enfermeiro. O doente sente-se seguro por saber que as suas necessidades fisiológicas e

emocionais são satisfeitas. Desenvolve-se um laço forte entre a equipa de enfermagem e o doente/família e muitos destes sentem-se relutantes em quebrar esse laço, questionando se as suas necessidades serão satisfeitas da mesma forma numa unidade de internamento desconhecida. Para evitar esta ansiedade e proporcionar ao doente e família o controle sobre o acontecimento, os profissionais deverão prepará-los para o processo de transferência.

A preparação para a transferência/alta deve começar logo que o doente está estabilizado e controlado o acontecimento que o levou ao internamento. Nessa altura, o fator de *stress* já não é o ambiente familiar da U-AVC mas o ambiente desconhecido dos serviços de urgência e cuidados intensivos.

As explicações sobre para onde vai ser transferido e a razão da transferência devem ser transmitidas logo que conhecidas pela equipa de enfermagem. Antes da transferência deverão ser transmitidas ao doente e sua família as informações sobre as alterações dos cuidados, o horário das visitas e o nome do médico responsável. Urden (2008) refere que a família deve também ser tomada em conta no sentido de serem informados sobre as horas de transferência de modo a estarem presentes.

Todos estes aspetos assumem relevância ao pensarmos na comunicação de más notícias em saúde. De acordo com Pereira (2004), má notícia significa toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro. A comunicação das “más notícias“ em saúde, continua a ser uma área de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das problemáticas mais complexas no contexto das relações interpessoais. A comunicação deste tipo de notícia é considerada uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde, não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente ou dos familiares, mas também pela dificuldade em gerir a situação, pela perturbação emocional que causa quer no que transmite a notícia quer naquele que a recebe.

Os protagonistas das más notícias são os prestadores de cuidados, que para além de planearem e gerirem estes momentos, têm também de gerir os seus próprios medos e estarem preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família. Como refere Pereira (2004) estes momentos causam perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, gerando nos profissionais e sobreviventes, ansiedade, medos, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação. Estes medos associam-se principalmente ao medo de ser culpado ou de lhe atribuírem responsabilidades, medo de expressar uma reação emocional,

medo de não saber todas as respostas colocadas pelo doente e familiares e/ou outras pessoas significativas, medos pessoais acerca da doença e da morte, medo das reações do doente e família.

1.1- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O desenvolvimento de competências insere-se num processo amplo de socialização profissional o qual, por sua vez, fornece ao indivíduo uma série de referenciais identitários (Abreu, 2001). A aquisição de competências surge, nos dias de hoje, como uma necessidade de fazer face à evolução dos contextos sociais e profissionais, obrigando a uma atualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização pessoal e profissional, à otimização dos recursos e à maximização dos resultados.

A OE (2007) refere que a competência do enfermeiro implica um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar. O competente é aquele que é capaz de mobilizar e empregar de forma eficaz as diferentes funções de um sistema onde intervêm recursos tão diversos como operações de raciocínio, conhecimentos, ativação da memória, avaliação, capacidade relacional ou esquemas comportamentais.

É num contexto de socialização profissional que o enfermeiro tem vindo a ser alvo de processos de formação contínua, redefinindo a sua identidade, criando a sua autonomia. A formação como processo construtor e reconstrutor dos diversos saberes, aos quais se encontram subjacentes as competências, promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Estas emergem de um conjunto de saberes que são adquiridos através da formação e reflexão sobre as práticas, permitindo uma atuação mais adequada numa determinada situação, pressupondo um reconhecimento do outro. O processo de desenvolvimento de competências também é uma forma de interrogar as práticas e questionar os saberes. Segundo Abreu (2002) não se trata de avaliar competências que preexistem mas sim de validar e reconhecer uma determinada forma de agir.

Enfermeiro especialista é definido pela OE (2007), como o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis

elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado. Esse conjunto de competências clínicas especializadas, decorrem do aprofundamento do domínio de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e são caracterizadas por competências comuns e competências específicas.

As competências comuns referem-se a competências que o enfermeiro especialista deve desenvolver independentemente da sua área de especialidade e que se prendem essencialmente com competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, supervisão de cuidados, planeamento estratégico, assessoria, formação e investigação (OE, 2007). Também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] contempla no n.º6 do artigo 9º que “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem”.

Segundo o Regulamento que rege a nossa profissão, Enfermeiro Especialista é o enfermeiro a quem é “atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (artigo 4º nº 3, Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro):

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

São essas competências para prestar cuidados especializados, na área da especialidade em causa, que se pretendem desenvolver no estágio, no sentido de demonstrar quais os seus contributos na prestação de cuidados no doente internado na U-AVC.

1.2- UNIDADE DE ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS

Em 1995, teve lugar numa pequena cidade do norte da Suécia (*Helsingborg*), uma reunião internacional de especialistas em doenças vasculares que refletiram sobre a realidade do AVC na Europa e definiram medidas que deveriam ser implementadas nos 10 anos seguintes. Uma das afirmações referidas foi a de que as U-AVC eram o local mais adequado para tratar o AVC agudo e que tal conceito deveria ser estendido a toda a Europa (Direcção-Geral da Saúde[DGS], 2001).

A realidade do AVC assume-se como problema de saúde pública necessitando de uma intervenção decisiva. O interesse pela identificação das melhores estratégias para o tratamento do AVC, tem vindo a desenvolver-se em todo o mundo e várias entidades se têm dedicado a este tema, nomeadamente, a Organização Mundial de Saúde [OMS] e sociedades científicas e grupos independentes de investigadores como a *European Stroke Initiative* [EUSI], *International Stroke Society* [ISS], *American Stroke Council* [ASC] e as Conferências de Helsingborg, entre outras. A nível nacional há a salientar a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC] e o Grupo de Estudos da Doença Vascular Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

No âmbito Ordem dos Médicos criou-se em 2005, um grupo de trabalho para o AVC e o Alto Comissariado da Saúde criou também em 2005, a “Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares” que inclui, a par das doenças cardíacas as doenças vasculares cerebrais (Ringelstei, 2014).

Desde 2003 assistiu-se a uma melhoria significativa relativamente à abordagem do AVC com a criação e dinamização das unidades de AVC. Estas tiveram por base as recomendações e orientações emanadas das Conferências de *Helsingborg* (entre 1995 e 2001) as quais consolidaram o conceito de que o melhor local para tratar uma pessoa com AVC é numa Unidade de AVC (Oliveira, 2012).

A DGS em 2001, estabeleceu como área prioritária o combate ao AVC e assim se desenvolveram várias iniciativas das quais se salienta a elaboração de um documento intitulado “Unidades de AVC – Recomendações para o seu Desenvolvimento” em que se definia que todos os hospitais que internassem 300 a 400 doentes com AVC por ano deveriam organizar uma U-AVC.

Para efeitos de organização do sistema de referenciação de doentes com AVC, hierarquizaram-se as U-AVC de acordo com as suas valências tendo em consideração que os hospitais têm naturalmente características e dimensões diferentes, também estas unidades terão características diferentes, pelo que se estabeleceram três níveis de unidades (Organização Mundial de Saúde[OMS], 2007).

Às de Nível A (Central) correspondem as unidades mais diferenciadas com todas as valências acessíveis permanentemente e aptas a todos os tipos de terapêutica para o AVC, nomeadamente a trombólise. É o que se verifica em alguns dos principais hospitais centrais do País (Oliveira, 2015).

Ao nível B correspondem as U-AVC de nível intermédio, aptas a realizar trombólise, pelo menos em alguns períodos (Oliveira, 2012). Correspondem aos hospitais em que existem algumas valências embora estas possam não estar disponíveis em permanência. É o nível desejável em todos os hospitais Distritais (DGS, 2001).

Às do Nível C (Básicas ou Locais) correspondem as mais pequenas e serão todas as menos diferenciadas que internem doentes com AVC (Oliveira, 2015). Isto é o grau básico exigível em pequenas unidades hospitalares que admitem doentes com AVC mas que têm procedimentos protocolados com pessoal devidamente treinado e em articulação com as U-AVC mais próximas, de nível superior, às quais recorrem caso a situação dos doentes o justifique (DGS, 2001).

A principal diferença entre estes níveis é que as mais apetrechadas (A e B) estão aptas a administrar terapêuticas de fase aguda (como a trombólise) enquanto as do tipo C, não. Outro aspeto importante deste novo modelo é a complementaridade destas unidades. Tal implica uma articulação em rede, permitindo que os doentes possam continuar os seus cuidados em outra unidade menos diferenciada, tendencialmente a unidade da sua área de residência, quando tal for clinicamente possível, libertando assim a unidade mais diferenciada para receber outros doentes.

Se é hoje inequívoco que, conforme as recomendações atuais da *European Stroke Organization* [ESO], todos os doentes com AVC devem ser tratados em U-AVC também, é evidente que as assimetrias geográficas e as realidades de cada unidade hospitalar não permitem que todas tenham o mesmo nível de recursos. Deve, no entanto, existir uma articulação em rede de modo a que toda a vítima de AVC tenha acesso aos cuidados adequados onde quer que se encontre no território nacional (Oliveira, 2015).

A realidade tem demonstrado que os doentes com AVC, dispersos por várias enfermarias, não usufruem das sinergias que podem resultar de uma intervenção multiprofissional e multidisciplinar. Perante a proporção de pessoas incapacitadas após esta patologia torna-se necessário equacionar novas abordagens que passam por melhores cuidados durante o internamento, melhor acompanhamento em ambulatório e pela articulação com outras instituições públicas ou privadas que dão contributo importante para assegurar/manter uma vida de qualidade.

Vários estudos têm demonstrado que novas formas organizativas dos serviços contribuem para mais ganhos de saúde tais como menor mortalidade e menor incapacidade. As U-AVC têm sido apontadas como uma das formas que mais têm contribuído para esses ganhos.

A finalidade destas unidades é reduzir o internamento em hospitais de agudos, a incapacidade funcional, as complicações pós AVC e o número de doentes que necessitam de cuidados de enfermagem no domicílio ou nas unidades de doentes crónicos, assim como facilitar o retorno de uma grande proporção de doentes ao seu ambiente familiar e, tanto quanto possível, ao seu local de trabalho (Oliveira, 2015).

Na publicação da DGS (2012) Unidades de AVC - Recomendações para o seu Desenvolvimento, definem-se os cuidados prestados aos doentes com AVC numa área geograficamente bem definida e estabelecem-se os objetivos fundamentais destas unidades:

- Iniciar precocemente o tratamento e a neuro-reabilitação;
- Prevenir o agravamento do AVC;
- Identificar fatores de risco;
- Implementar medidas preventivas de recorrência e de complicações;
- Tratar as morbilidades;
- Desenvolver um plano de alta bem como programar os seguimentos adequados.

É também importante a experiência e motivação de todos os profissionais que participam em tais unidades e que os levam a manterem-se atualizados e mais empenhados nas suas tarefas (Oliveira, 2012; DGS, 2001).

2 - ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1 - DESCRIÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO, FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

O HESE-EPE é classificado, desde 2007, 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).

A U-AVC situa-se no 4º piso do HESE-EPE e está integrada no Serviço de Especialidades Médicas. Tem como objetivo prestar cuidados aos doentes vítimas de doenças cerebrovasculares em fase aguda.

O Serviço de Especialidades Médicas recebe doentes com patologias da área de gastroenterologia, pneumologia e nefrologia. É composto apenas por uma ala (lado direito e lado esquerdo). Encontra-se dotado de um espaço físico, recursos materiais, tecnológicos e humanos com capacidade de assegurar o tratamento eficaz e contínuo aos doentes internados.

À entrada encontra-se frontalmente, para quem chega, uma bancada que corresponde ao espaço administrativo; do lado esquerdo um vestiário destinado a toda a equipa multidisciplinar; do lado direito situa-se um corredor, imediatamente antes da entrada no serviço, com dois sofás de ocupação única, que funcionam como sala de espera para os familiares dos doentes.

O lado direito do serviço é composto sequencialmente por uma copa e cinco quartos (A, B, C, D, E), com três camas por quarto e com capacidade total para 15 doentes. Ao fundo do corredor encontra-se o espaço correspondente à U-AVC.

É uma unidade de tipo aberto e consiste num quarto amplo, arejado, com condições climatéricas desejáveis, e bem iluminado onde se encontram seis camas destinadas aos doentes e uma área no centro destinada aos profissionais de saúde, onde se realizam as passagens de turno.

Mais pormenorizadamente, a U-AVC tem três amplas janelas, que se situam posteriormente às quatro secretárias; nessas secretárias existem ao dispor dos profissionais de saúde três computadores e uma impressora; posteriormente às secretárias, encostado à parede, encontra-se um armário para arrumação de material informativo e *dossiers*, sendo que a parte de cima do mesmo consiste também num espaço de deposição de material informativo; à direita do armário situa-se um outro armário com gavetas onde se guardam essencialmente requisições para prescrição e material para elaboração dos processos dos doentes como folhas de avaliação de escalas e folhas para registo dos eventos e registos de enfermagem diários.

Existe também, um carro portátil destinado ao armazenamento da terapêutica de cada doente (sistema unidose) que é repostado pelos responsáveis da Farmácia hospitalar diariamente até às 15h00, um quadro com informação relativa aos doentes internados (nº de cama, nome, médico assistente, observações) e um carro de apoio à higiene que contém fraldas, resguardos, creme hidratante, escovilhões, elixires, entre outros.

A Unidade está ainda equipada com um carro de urgência e um armário destinado ao armazenamento da medicação em *stock*.

Relativamente à triagem dos lixos, existem dois contentores para reciclagem, um de vidro e outro de plástico, um amplo contentor para a deposição dos resíduos cortantes e perfurantes, um contentor para resíduos contaminados e um para lixo diversificado.

Cada *box* da U-AVC está equipada com um cadeirão articulado e móvel, uma cama articulada com colchão de prevenção de úlceras de pressão e um candeeiro suspenso na parede. À direita, encontra-se uma mesa-de-cabeceira com 2 gavetas, uma mesa de apoio desdobrável, uma bomba infusora e uma seringa de perfusão, duas rampas (ar e oxigénio), um aspirador e um dispositivo para armazenamento de sondas de aspiração. À esquerda, encontram-se suportes para suspensão de soros, seringas e bombas infusoras, um ou dois monitores multi-parâmetros conectados a uma braçadeira para avaliação da tensão arterial e um oxímetro de pulso para avaliação da saturação periférica de oxigénio.

Relativamente ao lado esquerdo do serviço, este é composto sequencialmente por um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, um gabinete destinado à Enfermeira Chefe e

uma sala de trabalho de enfermagem. Nesta última encontra-se o *stock* da farmácia, um frigorífico, um carro de urgência, três carros onde é armazenada a terapêutica destinada a cada doente (sistema unidose), bancadas de trabalho para preparação da medicação e material destinado à prestação de cuidados Médicos e de Enfermagem. O serviço dispõe também de uma sala de tratamentos, com balas de oxigénio e material para realização de colheitas sanguíneas, armários para arrumação de material em *stock* e uma divisão destinada aos despejos onde se localizam os sujos, arrastadeiras, urinóis, materiais de limpeza e desinfeção. Existem ainda duas casas de banho, uma destinada aos doentes e a outra aos profissionais de saúde. No final do corredor, e ainda no lado esquerdo, existe um armário para armazenamento de vestuário e roupa de cama, um quarto de isolamento (quarto F) com casa de banho privativa, e finalmente um espaço para arrumação de material de reabilitação (rouparia).

Trata-se de um serviço que, para permitir cuidados de qualidade a cada doente e responder a todas as suas necessidades, se articula também com outros serviços do Hospital, nomeadamente com o Laboratório de Análises Clínicas, a Unidade de Convalescença, o Serviço de Radiologia, o Laboratório de Ultrassonografia e o Serviço de Urgência.

2.2 - DESCRIÇÃO DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DO SERVIÇO E MÉTODO DE TRABALHO PRATICADO

Este serviço é composto por uma vasta equipa multidisciplinar que inclui uma equipa médica constituída pelas especialidades de Medicina Interna, Fisiatria, Neurorradiologia, Neurologia, Oncologia, Nefrologia, Gastrenterologia, uma equipa de Enfermagem, uma equipa de assistentes operacionais, uma secretária de unidade, uma assistente social, uma equipa de psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional e terapeutas da fala. A articulação entre os diferentes grupos profissionais efetua-se dentro das elementares regras de respeito pela área de competência de cada um, pelo que é privilegiado um clima relacional que propicie um bom ambiente de trabalho.

A equipa de Enfermagem é composta por:

- Enfermeira Chefe;
- Quatro Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação;
- Um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

- Uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;
- 14 Enfermeiros Licenciados;

Todos os membros da equipa prestam cuidados tanto na enfermaria como na U-AVC, alternando as suas posições, exceto a Enfermeira responsável pela Unidade que exerce as suas funções apenas no referido espaço.

Esta Unidade é uma área funcional particularmente exigente que se caracteriza por acolher pessoas em situação crítica por doença aguda ou crónica agudizada.

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 más notícias, à gestão de tempo, recursos humanos e materiais, representa um contributo para atingir a excelência dos cuidados nesta unidade funcional.

O método de enfermagem utilizado é o método do Enfermeiro Responsável. No início de cada turno o Enfermeiro Responsável de Turno distribui os doentes da U-AVC pelos restantes enfermeiros através de um programa informático instalado em todos os serviços do HESE-EPE destinado à classificação de doentes segundo o grau de dependência e o tipo de cuidados necessários. Assim, o número de doentes é distribuído de forma o mais equitativa possível tendo em conta o número de horas previsíveis e pré-estabelecidas para a prestação dos cuidados necessários a cada um deles.

A metodologia aplicada nesta Unidade pareceu-me ser a mais correta uma vez que comporta uma série de vantagens no que concerne aos cuidados prestados aos doentes. Estes são individualizados e personalizados e permitem uma maior permanência junto do doente o que condiciona o melhor conhecimento dos seus problemas e o melhor planeamento de cuidados e a continuidade dos mesmos, contribuindo para uma mais fácil recuperação e melhor qualidade de vida.

Na maior parte dos dias o *ratio* enfermeiro/doente é de 1:3, no entanto, este varia consoante a ocupação das camas e o tipo de doente internado na Unidade. A utilização desta metodologia não impede que seja promovido o espírito de trabalho em equipa, sendo obrigatório que cada enfermeiro seja conhecedor da situação dos restantes doentes.

3 - 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). O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades (Imperatori & Rosário, 1993) .

A pertinência do projeto emerge da concordância entre o diagnóstico e as necessidades (Tavares, 1990). Este é o primeiro desafio de reflexão 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).

O diagnóstico da situação deverá ser claro e objetivo, com vista numa adequada prossecução das etapas seguintes do planeamento em saúde e após o levantamento das necessidades e problemas reais da população em estudo, o enfermeiro especialista deverá ser capaz de operacionalizar o diagnóstico de forma clara e objetiva para que se compreenda a realidade atual a intervir.

A fase de diagnóstico de situação foi marcada pela observação, no contexto de prestação de cuidados na U-AVC, das pessoas, das suas ações, intenções e intervenções. Segundo Nunes (2010), este é o conjunto de motivos que constituiu o ponto de partida para a correta e fiável escolha e conveniente utilização dos instrumentos de diagnóstico, com o objetivo de identificar e validar o problema a dar resposta.

Utilizando critérios como a dimensão do problema, a transcendência social e económica ou a vulnerabilidade determinam-se os problemas prioritários, isto é definem-se prioridades (Frederico, 2001). A definição de prioridades constitui a segunda etapa do planeamento em saúde, na qual o enfermeiro especialista irá tomar decisões, tendo em conta a racionalização dos recursos necessários para uma adequada otimização dos resultados esperados.

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica não pode conduzir à perda de perspectiva do cuidar em enfermagem. Segundo Carvalho (2002:255) “procurou-se fazer coincidir o rigor técnico, baseado nos conhecimentos adquiridos, na pesquisa efetuada e na experiência profissional, com a perspectiva humanista e global dos cuidados de enfermagem, assumindo como centro dos cuidados não apenas o doente, mas também as pessoas significativas”, procurando desenvolver atividades e competências nos domínios da Gestão de Unidades de Saúde.

Inicialmente realizou-se uma reunião com a Enfermeira Chefe para estabelecer um consenso entre as necessidades do serviço e os objetivos do mestrando. No final desta foram registados todos os problemas identificados e as necessidades a colmatar. Evidenciou-se a necessidade do mestrando contribuir para a melhoria organizacional, de gestão e operacionalização da U-AVC, com conseqüente melhoria da qualidade de cuidados prestados. Foi questionado às Enfermeiras Chefe e Responsável sobre a existência de projetos, programas ou plano de atividades nos quais fosse possível colaborar, tendo-me sido sugerido participar no início do processo de Acreditação do Serviço.

Na ótica do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, enquadrado pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, a acreditação significa também um reconhecimento oficial e público de que a Unidade de Gestão Clínica cumpre os requisitos necessários para desenvolver e prestar cuidados de saúde de qualidade e em segurança e que implementou o seu próprio programa de melhoria da qualidade (DGS, 2014)

“O Programa Nacional de Acreditação em Saúde pretende, como objetivo geral, generalizar uma cultura de melhoria contínua da qualidade e da segurança no Serviço Nacional de Saúde e no Sistema de Saúde Português” (DGS, 2009:8).

4 - CARATERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO

De acordo com Fortin (2003), população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Na mesma linha de pensamento, também Martinez e Ferreira (2007:65) definem população como sendo “o objeto de estudo, ou seja, o conjunto de elementos que têm alguma característica em comum que se pretende estudar”.

Nesta perspetiva, a população em estudo é constituída pelo grupo de enfermeiros que desempenham funções na U-AVC .

Ao trabalhar com esta população pretendeu-se desenvolver saberes e competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica em contexto da pessoa com AVC em situação crítica na área de Gestão de Unidades de Saúde.

Esta Unidade de internamento recebe doentes de ambos os sexos e tem como missão prestar cuidados médicos especializados e específicos de enfermagem ao doente com AVC em fase aguda. Os doentes são admitidos por referenciação segundo a área de influência dos Distritos de Évora, Beja e Portalegre de forma a assegurar a resposta mais adequada a cada situação, em tempo útil. Todos os doentes admitidos são sujeitos a seleção assente em critérios médicos durante a sua permanência no serviço de urgência.

5 - DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS

5.1 - OBJETIVOS

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 diz respeito a um fim que se quer atingir. Corresponde ao resultado que se pretende, permitindo aos indivíduos orientarem as ações para a concretização dos mesmos. Cada objetivo deve destacar a ação e as atividades para a concretização do resultado final.

Tendo em conta as prioridades estabelecidas, os objetivos serão formulados de acordo com os critérios e âmbito da intervenção, com vista no sucesso e resolução e/ou minimização dos problemas detetados. Segundo Fortin (1999:116) “os objetivos devem ser estruturados tendo em atenção a sua pertinência, precisão, realização e medição”.

Objetivos:

- Desenvolver competências específicas na área de Gestão de Unidade de Saúde em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Construir uma base para a prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica com o diagnóstico de AVC internada na U-AVC na área de Gestão de Unidades de Saúde;
- Facilitar a abordagem crítica e reflexiva acerca do contributo do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica nos cuidados à pessoa em situação crítica com o diagnóstico de AVC internada na U-AVC na área de Gestão de Unidades de Saúde.

5.2 - DESCRIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

O desenvolvimento de competências surge, nos dias de hoje, como uma necessidade para fazer face à evolução dos contextos sociais e profissionais, obrigando a uma atualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização pessoal e profissional, à otimização dos recursos e à maximização dos resultados. Abreu (2001) refere que a aquisição de competências insere-se num processo amplo de socialização profissional o qual, por sua vez, fornece ao indivíduo uma série de referenciais identitários.

É num contexto de socialização profissional que o enfermeiro tem vindo a ser alvo de processos de formação contínua, redefinindo a sua identidade, criando a sua autonomia. A formação como processo construtor e reconstrutor dos diversos saberes, aos quais se encontram subjacentes as competências, promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

O processo de desenvolvimento de competências também é uma forma de interrogar as práticas e questionar os saberes. Segundo Abreu (2001) não se trata de avaliar competências que preexistem mas sim de validar e reconhecer uma determinada forma de agir. Estas emergem de um conjunto de saberes que são adquiridos através da formação e reflexão sobre as práticas, permitindo uma atuação mais adequada numa determinada situação, pressupondo um reconhecimento do outro.

Segundo o Regulamento que rege a nossa profissão, Enfermeiro Especialista é o enfermeiro a quem é “atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (artigo 4º nº 3, Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro). São essas competências para prestar cuidados especializados, na área da enfermagem Médico-Cirúrgica, que pretendi desenvolver no estágio, tendo presente os objetivos propostos pelo Plano de Estudos e as minhas necessidades e metas pessoais.

Competência

- Desenvolvimento de competências na colaboração, conceção e gestão de programas ou projetos, no seio da equipa de enfermagem da U-AVC, enquanto enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica.

**Atividades
Realizadas**

- Realização de uma entrevista de acolhimento/apresentação com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Responsável;
- Apresentação à restante equipa;
- Observação da estrutura arquitetónica, funcionalidade e espaço físico;
- Conhecimento dos recursos humanos e logísticos disponíveis (equipamentos e materiais) e sua localização;
- Identificação das áreas clínicas e áreas de apoio;
- Observação das dinâmicas e métodos de trabalho da equipa multidisciplinar;
- Reconhecimento dos planos de atividades/projetos/programas;
- Acompanhamento na execução das atividades no desenvolvimento dos projetos/programas;
- Consulta das normas e protocolos de atuação;
- Identificação dos critérios de admissão e transferência dos doentes;
- Identificação da dinâmica relativa à transferência intra e inter-hospitalar dos doentes;
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre o doente com AVC em estado crítico;
- Atuação como membro ativo da equipa na prestação de cuidados ao doente em estado crítico;
- Identificação do equipamento necessário à prestação de cuidados, emitindo parecer sempre que se justifique;
- Identificação precoce de sinais e sintomas na abordagem inicial do doente com AVC em estado crítico;
- Atualização de conhecimentos ao nível das intervenções de enfermagem e tratamento médico;
- Consolidação dos conhecimentos previamente adquiridos;

- Planeamento e execução de cuidados de enfermagem independentes e interdependentes de acordo com a situação clínica;
- Planeamento de cuidados de enfermagem que eliminem ou minimizem o desconforto físico e psicológico do doente em estado crítico, através da elaboração de planos de cuidados de acordo com o sistema em vigor na instituição e estabelecimento de prioridades de intervenção;
- Elaboração de um protocolo sob a forma de cartaz sobre as intervenções terapêuticas necessárias para o helitransporte do doente crítico com AVC;
- Elaboração de um Documento de Registo das intervenções terapêuticas realizadas durante a transferência do doente para uma unidade mais diferenciada;
- Participação na transferência/alta do doente;
- Esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro responsável e restante equipa;
- Realização de pesquisa bibliográfica para atualização de conhecimentos ao nível do tratamento, segundo evidências científicas;
- Desenvolvimento de uma relação de confiança com os profissionais de saúde, promovendo um bom relacionamento interpessoal;
- Clarificação de dúvidas junto da equipa multidisciplinar;
- Esclarecimento de dúvidas colocadas pela equipa.

Recursos

- Físicos: serviços hospitalares, documentação;
- Humanos: equipa multidisciplinar, orientador, utentes;
- Temporais: durante todo o estágio.

Tendo em consideração a evolução rápida dos conhecimentos com que nos deparamos atualmente, torna-se de fulcral importância a constante atualização dos mesmos, de forma a adaptarmo-nos às novas exigências profissionais.

Morais (2004) refere que não basta apenas ter experiência cronológica, é fundamental uma atitude reflexiva e uma atualização permanente para o trabalho que se desenvolve.

Desta forma, considere-se de extrema importância o desenvolvimento desta competência no presente estágio, pois só através da investigação, análise da situação e definição de estratégias formativas baseadas na evidência científica, será possível melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A integração na equipa multidisciplinar constituiu o primeiro objetivo delineado, pois a necessidade de estar integrado na equipa revelou-se como um aspeto essencial e primordial para que todos os restantes objetivos se pudessem desenvolver. Segundo Frederico (2001), “integração entende-se a introdução do indivíduo na organização e sua orientação na situação de trabalho, o que envolve aspetos referentes à transmissão de conhecimentos específicos relativamente ao trabalho, atitudes relativas aos aspetos da organização e do ambiente e desenvolvimento de habilidades”.

Assim, o processo de acolhimento do profissional ou mestrando assume extrema importância para a sua integração futura, não só porque o faz sentir que é bem-vindo, mas também por ser um momento de partilha onde poderão ser expostas as expectativas, receios, desejos, conhecimentos já adquiridos e experiências anteriores. Esse processo deverá ser realizado pela Enfermeira Chefe ou por alguém a quem ela delegue essas funções, devendo assim, compreender uma entrevista. Segundo Alarcão e Tavares, citados por Carvalhal (2003:27), “a orientação deve basear-se numa relação interpessoal dinâmica, encorajadora e facilitadora de um processo de desenvolvimento e aprendizagem consciente, procurando desenvolver nos estudantes a capacidade de tomar decisões apropriadas”.

No primeiro dia do ensino clínico apresentei-me na U-AVC para uma entrevista de apresentação com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Responsável pela Unidade tendo sido abordados os objetivos do estágio. De seguida realizou-se uma visita às instalações e apresentação à equipa, foi facultada informação no sentido conhecer a estrutura e funcionamento do serviço, a forma da organização da Equipa de Enfermagem (método de trabalho), dos sistemas de registo utilizado pela Equipa de Enfermagem (ALERT®), do sistema de prescrição eletrónica (CPC) e respetivo horário a ser praticado.

O reconhecimento da estrutura física e organizacional, assim como a dinâmica de funcionamento permite uma adaptação adequada ao ambiente físico e social, possibilitando ao aluno uma maior facilidade para a aquisição de conhecimento e para refletir sobre as experiências que vão decorrendo ao longo do estágio (Nascimento, 2009).

Os ensinamentos clínicos são, sem dúvida, o processo mais apropriado de transição de estudante a profissional, uma vez que lhes permite a apreensão das dinâmicas dos serviços (socialização à profissão e a identidade profissional) (Rua, 2012).

Considero que fui bem acolhido por toda a equipa pertencente à U-AVC, nomeadamente, a Enfermeira Chefe, Enfermeira Responsável pela Unidade, restante equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, o que me permitiu ao longo de todo o ensino clínico o esclarecimento de dúvidas de uma forma eficaz. A adaptação e integração em qualquer grupo ou equipa exigem sempre do membro integrante algum esforço para assimilar e compreender as regras que orientam o trabalho desenvolvido, para alcançar, com sucesso, os objetivos comuns ao grupo. Numa equipa de enfermagem acontece exatamente o mesmo.

Também o fato de o aluno se sentir autónomo no espaço envolvente, possibilita um clima mais propício ao desenvolvimento, permitindo uma aprendizagem mais eficaz, uma prestação mais individualizada e um melhor desempenho na realização das atividades planeadas.

Considero que o sucesso desta atividade depende intrinsecamente das enfermeiras integradoras, citando Amaral, Cruz, & Oliveira (2010), “o sucesso na integração depende das qualidades e características de quem faz a integração e da utilização apropriada de certos instrumentos e técnicas, isto é, o enfermeiro integrador tem um papel importante, possuindo determinadas habilidades técnicas, humanas e conceptuais”.

A relação que estabeleci com os membros da equipa de enfermagem foi positiva e o *feedback* obtido por parte de cada um deles também, o que me permitiu adaptar mais facilmente ao serviço e à própria equipa.

Para realizar com sucesso as atividades planeadas foi também fundamental adaptar-me ao espaço físico que integra o serviço e aos locais onde se encontra armazenado o material necessário para a prestação de cuidados. Para além da adaptação e integração na equipa de enfermagem e no próprio serviço enquanto espaço físico, foi também importante a adaptação à dinâmica e funcionamento do mesmo, através do acompanhamento na realização dos cuidados de enfermagem.

Existem algumas normas e protocolos de atuação que estão arquivados em *dossier* e disponíveis no gabinete de enfermagem. Procedi à consulta dos mesmos no início do ensino clínico, e a sua análise não suscitou dúvidas.

Foi questionado à Enfermeiras Chefe e à Enfermeira Responsável sobre a existência de projetos, programas ou planos de atividades nos quais fosse possível colaborar, tendo-me sido sugerido participar no início do processo de Acreditação do Serviço.

O modelo de acreditação baseia-se num processo de certificação através do qual se verifica e analisa de que forma os cuidados de saúde prestados aos cidadãos estão de acordo com os padrões definidos, tendo como objetivo identificar e impulsionar a melhoria contínua da qualidade nas instituições do Sistema de Saúde português ajudando-as a aproximar-se dos níveis da excelência organizacional. (DGS, 2014).

Assim encontrámos a necessidade de elaboração de um cartaz informativo sobre as intervenções terapêuticas necessárias para o Helitransporte do doente em estado crítico com AVC e elaboração de um Formulário para o Transporte do doente em estado crítico com AVC para uma unidade mais diferenciada.

Foi também questionada a existência de ações de formação em serviço. Estas estão incluídas num plano de formação que vai de encontro ao Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública [SIADAP]. Os trabalhos que elaborei são no âmbito do processo de certificação da U-AVC. De acordo com as Comissões da Qualidade e Segurança consideraram não investir em ações de formação sobre o modelo nacional de acreditação cujos conteúdos e formadores não tenham sido previamente validados pelo Departamento da Qualidade em Saúde [DQS], pelo que não se desenvolveu qualquer atividade neste âmbito.

Foi de extrema importância conhecer o circuito do doente desde o momento da admissão no serviço de urgência até ao internamento na U-AVC, assim como compreender os critérios de internamento e transferência para esta Unidade. Para atingir esta meta foi necessário proceder à observação direta do funcionamento da instituição e compreender os mecanismos de articulação intra e inter-hospitalar relativamente ao transporte destes doentes.

O transporte de doentes críticos é uma realidade bem conhecida deste serviço, estando comprovado que o transporte pode ser efetuado com segurança, desde que planeado, concretizado por uma equipa experiente e com o equipamento adequado. O período de transporte de doentes envolve algumas situações que poderão ser críticas, pois caracteriza-se

pelo risco de grande instabilidade, podendo existir agravamento do estado clínico e originar complicações que apenas serão justificadas pela necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não efetuáveis no serviço.

A SPCI (2008) e o Colégio da Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos [CCEM-OM] (2008) recomendam que, para a operacionalidade do transporte de doentes, é essencial a organização de equipas com treino específico e experiência, que a instituição possua uma política formal, com responsabilidades identificadas, que considere a formação essencial e que implemente programas de acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico. Assim sendo, temos o que está legislado e o que é considerado e recomendado como adequado pelas Sociedades Médicas.

A realidade, contudo, é diferente do que está preconizado. A maioria dos hospitais não têm disponíveis equipas definidas, fixas e com a preparação diferenciada adequada de forma permanente. Assim sendo, grande parte das situações obriga a medidas alternativas que nem sempre são as mais eficazes.

Estas equipas são formadas por profissionais que estão no exercício, obrigando sempre à redução da dotação segura de elementos no momento e durante o tempo que dura o transporte, que em alguns casos pode ser por horas. De igual forma se verifica que nem sempre são selecionados os profissionais com o nível de competências mais adequados em função das necessidades do doente a transferir, e na realidade também não são aqueles que fizeram a primeira abordagem e diagnóstico das situações que acompanham a transferência, pelo que a informação transmitida nem sempre é a melhor e por vezes existem dados que se perdem.

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico exige uma formação estruturada e organizada, de modo a desenvolver competências específicas, para que o planeamento das práticas de trabalho em situação crítica tenha a máxima eficácia e eficiência.

Amaral, Cruz, & Oliveira (2010) referem que a avaliação e a abordagem do doente crítico requerem o atendimento em equipa, e cada elemento deve saber o seu plano de atuação encontrando-se em perfeita sintonia com a metodologia de atendimento da equipa para que a abordagem e reanimação da pessoa em situação crítica nos referidos contextos seja eficaz.

Cuidar diariamente do doente em estado crítico, sempre foi uma área que me despertou grande interesse e motivação, pelo que a realização deste ensino clínico em contexto de situações de urgência, revelou-se fundamental no meu desenvolvimento pessoal e no desenvolvimento de competências.

Por definição de Alminhas (2007), a enfermagem de urgência consiste na prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções, sendo para isso exigido um misto complexo de capacidades, experiência e saber personalizado.

Sheely (2009) refere que a enfermagem de urgência é pluridimensional, porquanto implica o conhecimento dos vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários comuns a outras especialidades de enfermagem. E ainda de acordo com a mesma autora a enfermagem implica a prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentem alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções.

Assim o enfermeiro da U-AVC é um profissional que, de acordo com as características do serviço e dos doentes, tem de recorrer muitas vezes ao estabelecimento de prioridades na intervenção, para além da imprevisibilidade causada pela extrema variedade e gravidade da situação com que se depara. Como refere Rocha & Dias (2009:9) “um enfermeiro, no seu exercício profissional, deve apresentar um perfil assente na responsabilidade, autonomia, competência, eficácia, segurança, conhecimentos teórico-práticos perspicazes e atualizados, bem como, possuir resistência física”.

Para o desenvolvimento desta competência sempre que considere necessário realizei pesquisa bibliográfica na área do doente crítico, tendo como base as dúvidas com que me fui deparando e para as quais não me encontrava completamente à vontade para assumir um entendimento profundo sobre as mesmas. Nomeadamente em relação às respostas humanas da pessoa nos seus processos de vida e problemas de saúde o que condiciona a existência de uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do doente que é preconizada como ação para o Enfermeiro Especialista.

Observei de forma direta a dinâmica de funcionamento do serviço e partilhei opiniões com os elementos da equipa, nomeadamente, sobre o programa informático utilizado nesta unidade de cuidados que é o sistema Alert® bem como as escalas de avaliação dos cuidados de enfermagem utilizadas. Esse sistema contém um registo de plano de cuidados. Procurei sempre a sua concretização, ainda que não fosse escrito, realizando colheita de dados, planeamento e execução de intervenções e avaliação dos cuidados prestados. Segundo Conceição & Ramos (2004: 31), “temos de dar credibilidade às nossas práticas, mobilizar e

analisar os nossos saberes, valorizar a nossa experiência como vivência profissional, planear atividades com base no observado, estabelecer prioridades que nos permitam executar tarefas e cuidar em tempo oportuno de forma eficiente e eficaz”. De acordo com a necessidade sentida procedi à elaboração de normas e protocolos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), os procedimentos pretendem ser linhas de orientação e antes de serem considerados como normas para um grupo de unidades e ou hospitais deverão ser analisados e discutidos amplamente para que haja uma compreensão dos fundamentos e princípios orientadores à sua execução”.

De seguida será feita uma breve descrição das atividades realizadas.

Elaboração de um protocolo sob a forma de cartaz sobre as intervenções terapêuticas necessárias para o helitransporte do doente crítico com AVC.

Procedi à elaboração de um protocolo sob a forma de cartaz sobre as intervenções terapêuticas para o helitransporte do doente crítico de acordo com as *guidelines* atuais (Apêndice II).

Considerarei pertinente a realização deste cartaz pois, o transporte de doentes em Portugal evoluiu paralelamente com o desenvolvimento de todo o sistema de saúde em geral. Quer se trate do transporte de doentes dentro da mesma instituição de saúde ou entre instituições de saúde diferentes, para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou para a prestação de cuidados mais diferenciados, esse percurso deverá ser efetuado o mais rápido possível, garantindo sempre a essencial assistência aos doentes e utilizando o meio de transporte mais apropriado ao tipo de situação, de forma a evitar riscos ou prejuízos para estes.

Com a passagem recente da base aérea do INEM do distrito de Beja para o distrito de Évora, tem-se verificado um aumento de transferências de doentes críticos por este meio. Quando os cuidados de saúde necessários ultrapassam as capacidades das unidades de saúde, o que acontece com frequência nas regiões mais periféricas, surge a necessidade de, em situações de emergência, transferir os doentes para outra unidade hospitalar com recursos

humanos e materiais mais adequados à situação (Grupo de Trauma e Emergência [GTE], 2009).

Define-se como doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (SPCI, 2008). Uma maioria significativa destes doentes pode ser tratada ao nível de hospitais locais e apenas um pequeno número necessita de ser transferido para instituições com serviços especializados. É exatamente este grupo de doentes que exige uma atenção muito especial dada a elevada mortalidade e morbidade (muitas vezes com sequelas temporárias e/ou permanentes) a que estão sujeitos. A probabilidade da sobrevivência de doentes críticos depende muitas vezes do rápido transporte e da correta atuação dos profissionais de saúde (Junior, Carvalho, Filho & Maldazone, 2007).

O transporte destes doentes envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização entre hospitais, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado.

É fundamental refletir sobre o risco/benefício que um exame adicional possa ter no tratamento e no resultado do internamento do doente. Se houver dúvidas quanto à sua eficácia, deve então pôr-se em causa a necessidade do transporte. Quando é possível e seguro, alguns testes diagnósticos e alguns procedimentos podem ser realizados no local, onde o doente se encontra (GTE, 2009).

No caso do transporte aéreo, apenas devem fazer o acompanhamento os profissionais habilitados em suporte avançado de vida e que se encontram especificamente treinados para este tipo de transporte, com formação em fisiologia de voo, nas regras de segurança durante o helitransporte e nos heliportos (SPCI, 2008).

O transporte aéreo/helitransporte, com equipa médica, constitui um meio eficaz para a provisão do transporte rápido até ao local mais adequado, mantendo os cuidados diferenciados necessários ao doente. Para além das vantagens óbvias, o helitransporte representa uma mais-valia, quando o doente necessita de um tratamento diferenciado em áreas com recursos específicos e se o destino mais adequado não corresponde ao serviço de urgência mais próximo. As especificidades do helitransporte implicam formação e conhecimento sobre fisiologia de voo (e o seu impacto nos doentes), comunicações e segurança no voo e nos locais de aterragem. Complementam estas informações as normas de 2007 do INEM.

A principal indicação para transferência de um doente crítico entre hospitais é a inexistência de recursos (humanos e técnicos), no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado. Não é de excluir a possibilidade de transporte secundário para a realização de exames complementares, não disponíveis no hospital de origem.

O período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas. No sentido de minimizar estes riscos, o doente deve ser, previamente, estabilizado no hospital de origem, devendo aí efetuar e antecipar as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte (acessos venosos, drenagens torácicas, etc...) (SPCI, 2008). Antes de se realizar o transporte, o doente e/ou o seu representante legal deverão ser informados do mesmo, sendo-lhes explicada a razão da necessidade do transporte, o nome do hospital e do serviço de destino e, quando praticável, obtendo, desejavelmente, o seu consentimento (Junior, Carvalho, Filho & Maldazone, 2007).

As recomendações que se apresentam no cartaz constituem uma compilação atualizada de normas divulgadas, uma atualização das mesmas e um veículo para a divulgação de conhecimentos práticos úteis para a agilização do transporte/helitransporte do doente crítico, promovendo a segurança do doente e dos profissionais.

O transporte deve ser considerado como uma extensão de cuidados do hospital que envia o doente, cabendo ao serviço referente as responsabilidades técnica e legal (*Intensive Care Society* [ICS], 2005).

No caso do transporte aéreo, apenas devem fazer o acompanhamento os profissionais habilitados em suporte avançado de vida e que se encontram, especificamente, treinados para este tipo de transporte, com formação em fisiologia de voo, nas regras de segurança durante o helitransporte e nos heliportos (SPCI, 2008).

Elaboração de um Formulário para o Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico com AVC para uma unidade mais diferenciada.

Para uma sistematização da informação e de acordo com as recomendações para o transporte do doente crítico da SPCI (2008), sugeri o seguinte documento que se encontra no Apêndice III.

No contexto das transferências/evacuações de emergência, constata-se que a escassez de registos acerca da história do doente e dos cuidados prestados, o desconhecimento da situação clínica do doente, a falta de comunicação entre as equipas bem como a dessincronização das equipas traduzem-se por uma maior dificuldade na prestação de cuidados contínuos ao indivíduo doente. Assim, defende-se que devem ser transmitidas todas as informações conhecidas da doença, tipo de acidente vascular, mecanismo da lesão, sinais clínicos, primeiros socorros prestados, evolução até a data de admissão no hospital de destino, comorbilidades, detalhes prévios à ocorrência e antecedentes clínicos relevantes.

Ao longo dos últimos anos, têm sido publicados, na literatura, os riscos inerentes ao transporte do doente crítico. Estes doentes devem ser transferidos em unidades de cuidados intensivos móveis sob a supervisão de equipas qualificadas. A realidade atual não é aceitável. O doente crítico é transportado, na grande maioria das vezes, por equipas inexperientes, que conhecem mal o doente, em ambulâncias com condições deficientes para uma instituição hospitalar que, muitas vezes, não tem condições para o receber, correndo o risco de ser transferido para outros centros. Sendo estes factos conhecidos de todos, cabe às instituições hospitalares promover esquemas organizativos de transporte secundário, de modo a que seja reduzida a taxa de complicações inerente ao transporte do doente crítico (SPCI, 2008).

Todos nós como técnicos de saúde pretendemos, no dia-a-dia com o nosso trabalho, preservar vidas, diminuir o sofrimento dos outros e evitar ou reduzir as incapacidades. Por isso temos de estar preparados e termos ao nosso dispor as condições ou meios para podermos por em prática os nossos conhecimentos e desempenharmos as funções que nos comprometemos cumprir.

Os progressos tecnológicos ocorridos têm permitido salvar vidas que até há alguns anos eram consideradas perdidas, permitindo o suporte das funções vitais através de meios mecânicos naquelas pessoas que, por terem sofrido um dano irreversível, morreriam de imediato. Mas esta conquista comporta um custo que impede a generalização desses meios

pelo que o socorro ou mesmo a vida, infelizmente, não estão ao alcance de todos. Perante esta realidade torna-se necessário o incremento de medidas específicas para cada vez mais se conseguir uma eficaz e rápida atuação no local da ocorrência e durante o transporte, de modo a reduzir os riscos ou prejuízos para o doente crítico (ICS, 2005). Durante a transferência, a responsabilidade caberá à equipa que assegura o transporte.

Podem existir dificuldades na formação destas equipas, pelo facto de muitos hospitais não disporem de recursos humanos adequados (em número ou diferenciação suficientes) para dispensarem uma equipa médica no acompanhamento do doente transferido até ao hospital de destino (Marije, Anthony & Absalom, 2015). As equipas são formadas por profissionais que estão no exercício, obrigando sempre à redução da dotação segura de elementos no momento e durante o tempo que dura o transporte, que em alguns casos pode ser por horas (Nunes, 2009).

Na realidade, o transporte, tanto intra como inter-hospitalar é um período de elevado risco para os doentes pois, com frequência, os meios humanos e materiais mínimos para a realização de um transporte urgente e mandatário não estão disponíveis (SPCI, 2008).

De igual forma se verifica que nem sempre são selecionados os profissionais com o nível de competências mais adequados em função das necessidades do doente a transferir, e na realidade também não são aqueles que fizeram a primeira abordagem e diagnóstico das situações que acompanham a transferência, pelo que a informação transmitida nem sempre é a mais adequada (Nunes, 2009).

Com o objetivo de uma cultura preventiva das complicações inerentes ao transporte do doente crítico, é recomendada a organização de equipas dedicadas ao transporte, com formação específica e treino regular, assim como a implementação de programas de acompanhamento e auditoria (ICS, 2010).

O enfermeiro desempenha um papel de extrema importância e responsabilidade nesta área, no que respeita à garantia de segurança do doente e à previsão de possíveis complicações que possam ocorrer. Neste sentido, o enfermeiro que integra a equipa de transporte estabiliza o doente previamente, presta cuidados durante o mesmo e garante a sua segurança. É também de sua responsabilidade verificar as condições técnicas e materiais da ambulância, testar o equipamento, registar o estado clínico do doente e a atuação durante o transporte (Rodrigues & Martins, 2012). Portanto, é função do enfermeiro reunir o equipamento necessário e assegurar que este se encontra em bom estado de funcionamento,

monitorizar e avaliar o doente durante o transporte e transmitir toda a informação relativa a este ao enfermeiro do hospital de destino que ficará responsável pelo mesmo.

Spooner, Chaboyer, Corley & Hammond (2013) referem que a introdução de uma *checklist* para uniformizar a informação durante a transferência de responsabilidade do doente, ajuda a minimizar as perdas de informação, melhorar a qualidade dos cuidados e ajudar na tomada de decisão face ao plano de cuidados a estabelecer.

Sugeri a utilização deste documento para que fosse uniformizada a prestação de cuidados pela equipa interdisciplinar e multidisciplinar, no sentido de potenciar não só o desenvolvimento profissional dos enfermeiros mas também a construção de referências de qualidade para as práticas profissionais.

Competência

- Desenvolvimento de Competências na área da Gestão dos Cuidados e Organização de Recursos Humanos e Materiais na U-AVC através da gestão dos cuidados, otimização da resposta da equipa de enfermagem e articulação com a equipa multidisciplinar.

Atividades Realizadas

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre gestão de cuidados e de recursos;
- Promoção de conversas informais com a Enfermeira Responsável;
- Acompanhamento da Enfermeira Responsável, participando na prestação e gestão de cuidados;
- Identificação dos modelos de gestão de recursos humanos e de materiais;
- Colaboração com a Enfermeira Responsável na gestão de recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade;
- Observação das atividades dos enfermeiros chefes, incluindo a elaboração de horários e planos de trabalho de enfermagem;
- Elaboração do documento de registo de verificação e reposição de medicação e acessórios do Carro de Emergência de acordo com as *guidelines* atuais;

Recursos

- Reorganização do Carro de Emergência de acordo com as *guidelines* atuais.
- Físicos: serviços hospitalares, gabinete e espaços propícios para a gestão;
- Humanos: enfermeira chefe, enfermeiro estagiário, equipa multidisciplinar;
- Temporais: durante todo o estágio.

De acordo com a OE (2008), o que se pede ao enfermeiro gestor de cuidados é que seja competente na categoria técnica (capacidade de usar procedimentos, técnicas e conhecimentos de uma área), na categoria conceptual (capacidade de estabelecer relações complexas, de antecipar mudanças e reconhecer tendências) e na categoria relacional (conhecimentos acerca do comportamento humano, capacidade de comunicação e de estabelecer relações de cooperação).

Ao longo do estágio promovi conversas informais com o Enfermeira Chefe e com a Enfermeira Responsável compartilhando ideias, com o objetivo de melhor compreender as suas funções como enfermeiro gestor e desenvolver competências de enfermagem na área de gestão de cuidados.

De acordo com o decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, cabe ao Enfermeiro Chefe de Equipa/Responsável desempenhar as seguintes funções:

1. Substituição do Enfermeiro Chefe, nas suas ausências e/ou impedimentos, no uso de competências delegadas

- Coordenação, Orientação e Gestão dos Recursos Humanos, Materiais e Equipamento no Serviço;

2. Coordenação da Equipa de Enfermagem e da Equipa de Assistentes Operacionais

- Gestão da unidade de prestação de cuidados;
- Prestação de cuidados na U-AVC;
- Orientação e coordenação da equipa de enfermagem na prestação de cuidados e gestão da qualidade destes;

- Orientação e coordenação da equipa de assistentes operacionais na prestação de cuidados;
- Certificação da dotação de pessoal de enfermagem e de assistentes operacionais por turno de trabalho;
- Certificação da dotação de material clínico e medicamentoso;
- Reorganização, se necessário, do plano de trabalho, assegurando as chefias de turno e a distribuição por posto de trabalho, em ambos os grupos profissionais;
- Descrição no livro de ocorrências dos registos julgados necessários para a descrição da situação e medidas/estratégias de solução adotadas;
- Colaborar com o enfermeiro chefe na avaliação de desempenho dos assistentes operacionais no âmbito do SIADAP, sempre que para isso seja solicitado;
- Intervenção na gestão de conflitos procedendo, quando julgue necessário, ao registo em livro de ocorrências de todas as situações e ou acidentes críticos em cada turno de trabalho.

A Enfermeira Chefe é responsável pela organização e coordenação da sua equipa (enfermeiros e auxiliares de ação médica). Recebe o turno na sala de enfermagem, organiza o plano dos doentes e as transferências, verifica e confirma a presença dos elementos da equipa, seleciona o enfermeiro que acompanha os doentes nas transferências externas, requisita a medicação para os doentes internados que não faça parte dos níveis e organiza o plano de trabalho para o turno seguinte. Este plano, na maioria das vezes, é organizado semanalmente.

Segundo a Escola das Relações Humanas, o desempenho dos trabalhadores é fortemente influenciado pela liderança e pela forma de controlo pelo que é benéfico que as estruturas organizacionais promovam a facilidade e o envolvimento. Castro, Kilimnik, Anderson & Sant`Anna (2008:118) referem que “uma gestão eficaz passa portanto por garantir o bem-estar emocional dos trabalhadores, liderando-os de forma adequada possibilitando, de preferência, o desenvolvimento do trabalho em grupo ou, pelo menos, um bom relacionamento humano”.

“Embora liderança e gestão não sejam a mesma coisa, a liderança constitui um aspeto da direção, que por sua vez é uma função da gestão. Pode-se então concluir que a forma como o gestor lidera define a sua categoria” (Teixeira, 1998).

Segundo Costa (2003), a liderança é uma arte de influenciar pessoas através de um processo de comunicação, de modo que seja realizada uma tarefa ou atingido um objetivo.

Para Magalhães (2004) “a arte da liderança assenta na forma como uma pessoa põe em prática a mudança e não a mudança em si”. Este autor acrescenta ainda que os líderes foram criados para controlar a eficácia e os inteligentes são aqueles que o fazem de forma eficiente.

A liderança tem sido necessária em todas as atividades do enfermeiro, “principalmente quando o profissional tem o interesse de exercer com competência o seu trabalho, onde muitas vezes se encontra dividido entre os cuidados a prestar ao utente, ou então assumindo a função administrativa que envolve a interação com o pessoal de enfermagem” (Kurgant, 1991).

Com a constante mudança e inovação dentro das organizações, há que desenvolver habilidades de liderança necessárias à formação de equipas coesas, capazes de prestar serviços de alta qualidade ao doente. A Enfermagem possui áreas de atuação em cuidados de enfermagem, gestão e assessoria, pelo que os enfermeiros devem ser eficientes, quer como líderes, quer como liderados, pois sem bons seguidores os líderes não conseguirão atingir o sucesso desejado.

Estamos a atravessar uma fase de mudanças, onde os paradigmas relativos às funções do Enfermeiro Chefe estão a mudar, surgindo agora a figura de Enfermeiro Gestor, onde se prevê que seja uma figura diferente, na forma de nomeação/indicação, prevendo-se que a categoria para toda a carreira venha a acabar (OE, 2009). A enfermagem, em coerência com os referenciais profissionais existentes – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE], código deontológico, enquadramento conceptual, padrões de qualidade e a definição de competências do Enfermeiro – deve contribuir, no exercício da sua atividade, nas áreas de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados.

No serviço onde decorreu o estágio, a Enfermeira Chefe lidera a equipa, sem correr o risco de absorver as expectativas individuais, mantendo uma capacidade de resposta eficaz, baseada na qualidade dos cuidados que é exigida, apelando à participação de todos os elementos. Ao estabelecer um bom relacionamento com a equipa, ao envolver-se na dinâmica do serviço, ao reconhecer o trabalho desenvolvido pelos liderados, ao estimular o investimento na formação, ao demonstrar segurança e autoconfiança, ao manter uma comunicação eficaz e ao conhecer as necessidades individuais dentro do grupo, posso concluir que em vez de atitudes de chefe, a Enfermeira desempenha papel de líder. Muitas vezes torna-se difícil esta função porque há necessidade de responder às necessidades da organização que, por vezes não se coadunam com os objetivos da equipa que lidera. Requer um constante

investimento e dedicação, com apelo à criatividade e participação, criando um clima propício a um melhor desempenho e a uma maior produtividade.

Chiavenato (1993), “refere que a liderança democrática promove a autonomia do grupo para decidir e implementar estratégias para resolução dos problemas, para atingir metas, deixando o carácter do líder intervir apenas quando o grupo solicita e necessita de orientação técnica e aconselhamento. A liderança democrática apresenta maior qualidade no serviço prestado, mas com menor quantidade de serviços”.

Kurgant (1993) refere que a grande desvantagem do estilo democrático” é que a descentralização do poder influencia a independência e o descomprometimento dos membros do grupo com os objetivos e metas da organização, ameaçando principalmente os líderes inseguros, cuja competência profissional desqualificada seja vítima das críticas dos seus subordinados. Diante das dificuldades enfrentadas no trabalho questionam a liderança da enfermagem, muitas vezes, quando solicitado o desempenho de duplo papel de supervisor ou coordenador do cuidar, não realizando nenhuma das funções com qualidade”.

De acordo com a OE para ser eficaz, o líder em enfermagem de hoje tem que compreender a reforma do sistema de saúde e respetivo impacto, ser visionário, pensar de forma estratégica, planear de forma efetiva, contribuir para o desenvolvimento de políticas, gerir a mudança e desenvolver a capacidade de trabalho em equipa, estabelecer parcerias e alianças.

Considero que na U-AVC existe uma liderança com estilo democrático, em que todos os membros da equipa participam nas decisões existindo contudo um predomínio de voz do líder. A Enfermeira Chefe procura, através do diálogo, saber as necessidades da equipa enquanto prestadores de cuidados de modo a estarem motivados para a mudança, mas creio que dialogar não é o suficiente. Além da gestão de pessoas deverá existir, acima de tudo, a gestão dos conhecimentos e a avaliação das competências das equipas que constituem uma instituição. Para tudo isto é essencial existir liderança, pois tal como refere Silva & Cristina, (2007:108) “é através da liderança que se conciliam os objetivos organizacionais com os objetivos da enfermagem, procurando uma melhoria da prática profissional e, principalmente, a qualidade dos cuidados de enfermagem”. Para além disso a definição de funções dos enfermeiros, tendo em conta o conteúdo funcional da carreira de enfermagem, justificar-se-ia largamente uma vez que permite aos enfermeiros identificarem as suas funções e responsabilidades.

Considero que o sucesso de um líder não depende exclusivamente dele, requerendo para tal envolvimento e empenho de outros profissionais no processo de liderança. Tal como define a Carreira de Enfermagem é da responsabilidade do Enfermeiro Chefe promover e colaborar na definição e atualização de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem, sendo essencial a participação da equipa de enfermagem na elaboração destes.

A equipa de enfermagem, em conjunto com o Enfermeiro Chefe, devem planear e implementar as intervenções que visem a melhoria da qualidade dos cuidados a prestar. Os enfermeiros têm que se sentir motivados e como parte integrante do processo, onde é imprescindível que exista uma linguagem e filosofia de cuidar comum partilhando, dessa forma, responsabilidades. Para tal, o Enfermeiro Chefe deve favorecer as boas relações interpessoais, de forma a criar condições para que a mudança se concretize num sentido qualitativamente positivo, realidade que foi possível observar nesta equipa onde decorreu o estágio.

Padoveze & Rogante (2006) referem que nos hospitais o enfermeiro exerce funções relacionadas com a gestão de materiais, sendo responsável pelo planeamento, provisão, organização, uso e controlo dos materiais e dos equipamentos, assim como pela elaboração das normas e protocolos, com vista a melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente. A gestão de recursos humanos e materiais é garantida pelo chefe, resolvendo qualquer problema, em dias úteis e durante os turnos da manhã. Nos restantes turnos, qualquer problema que ocorra, nomeadamente, a falta de pessoal ou a necessidade de transferência de doentes para outros hospitais é da responsabilidade do chefe de equipa.

A gestão dos recursos materiais no contexto da saúde, em meio hospitalar, tem como objetivo básico colocar, com qualidade, os recursos necessários ao processo produtivo, na quantidade certa, em tempo útil e com o menor custo possível (Cunha & Neto, 2006; Gonçalves, 2006).

A nível de disponibilidade de materiais constatei a existência de grande variedade o que favorece um melhor nível de desempenho e contribui para a qualidade dos cuidados prestados.

Partindo-se do entendimento que uma U-AVC é o local do hospital onde se centraliza o atendimento a doente com AVC em estado grave e de alto risco, agregando recursos humanos, materiais e equipamentos, é fundamental que exista o equilíbrio entre as necessidades dos doentes e a infraestrutura para seu atendimento. O alto custo para manter

uma estrutura complexa como esta unidade tem justificado cada vez mais o rigoroso controlo de custos nessa área, em especial com o pessoal. Um dos grandes responsáveis pelos custos hospitalares no atendimento a este tipo de doentes tem sido a sofisticada tecnologia empregue para diagnóstico e tratamento. Paralelamente existe a necessidade de um grande número de horas para cuidar desses doentes, uma vez que o tempo de hospitalização e sua complexidade são cada vez maiores (Teixeira, 2007)

Relativamente à distribuição e gestão de *stocks* do material de consumo clínico, o sistema encontra-se informatizado pelo que os pedidos são feitos através do sistema de reposição Kanban®.

Através da aplicação informática SIGEHP/SHI são efetuadas as requisições dos serviços hospitalares ao armazém central, de forma eletrónica, substituindo o uso do papel. A aplicação informática é um meio de comunicação entre os serviços hospitalares e as várias equipas responsáveis pelo armazém, ou seja, através da leitura do código de barras com o auxílio de um *Portable Data Terminal* [PDT] ficam registados os movimentos de *picking*, devolução, receção e transferência.

As requisições Kanban® são as requisições efetuadas automaticamente pelo sistema informático quando é dada baixa de um artigo por parte do enfermeiro chefe, através da utilização do PDT. A entrega e a arrumação dos materiais contidos no pedido são realizadas pela equipa de distribuição do armazém. Cada serviço Kanban® é satisfeito segundo a agenda de entregas pré-definida pela equipa de gestão de logística do armazém.

Como vantagem à implementação da aplicação informática, tanto as equipas da receção e do *picking* como a equipa de gestão de *stocks* têm verificado as suas funções mais simplificadas, organizadas, eficientes, eficazes e muito menos suscetíveis a erros humanos. Como esperado, estes resultados levaram à diminuição dos custos envolvidos nas atividades de logística devido ao maior controlo das quantidades requisitadas.

Relativamente à distribuição e pedido da medicação, estes são efetuados pelo sistema de unidose. Paralelamente ao arranque da dose unitária iniciou-se, no mesmo serviço, a prescrição *on-line* (CPC), seguida da correspondente validação pelo farmacêutico e o registo da administração no sistema informático, pelo pessoal de enfermagem, completando-se assim o rastreamento total do circuito do medicamento. Passou igualmente a ser feito o registo individualizado, no sistema informático, de todos os medicamentos sujeitos a justificação clínica.

Graças à implementação desta solução verificou-se a simplificação das tarefas, reduziram-se os desperdícios, a utilização do papel, os níveis de *stocks* nos armazéns, os números de artigos em rutura de *stock*, os custos com pessoal devido à reestruturação e ao facto de ter diminuído o recurso aos enfermeiros afetos às tarefas de logística. Também a automatização dos procedimentos contribuiu para a diminuição dos erros na introdução de dados e para o aumento da eficiência e da *performance* dos serviços logísticos.

O desenvolvimento desta competência foi orientado pela Enfermeira Chefe e pela Enfermeira Responsável pela U-AVC. Considero ter sido umas das experiências mais relevantes na minha formação pessoal e profissional pois as atividades realizadas na organização e gestão da unidade permitiram um maior desenvolvimento pessoal e profissional.

Importa referir que não tinha qualquer experiência nesta área, considerando que as atividades que desempenhei foram experiências positivas e de enriquecimento pessoal e profissional. Neste domínio a inclusão da unidade curricular Gestão de Unidades de Saúde nos módulos de Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Recursos Materiais e Sistema Logístico, Gestão da Qualidade em Saúde e Controle de Gestão do Sistema de Informação para a Gestão de Processos e Recursos no Mestrado, constituiu um elemento fundamental, estruturando o pensamento e incentivando a reflexão crítica, aplicável no exercício profissional.

Gestão do Equipamento do Carro de Emergência

Uma das atividades planeadas de acordo com as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem foi a reorganização do Carro de Emergência e a elaboração do documento de registo de verificação e reposição de medicação e acessórios do Carro de Emergência de acordo com as *guidelines* atuais. O trabalho desenvolvido encontra-se no Apêndice IV.

Foi considerado pertinente a realização de um documento de registo de verificação e reposição de medicação e acessórios do Carro de Emergência na U-AVC. Como objetivos do protocolo salientam-se:

- Definição do conteúdo dos Carros de Emergência;
- Definição das regras de manutenção;

- Realização de auditorias regulares à sua conformidade;
- Revisão periódica do seu conteúdo;
- Estabelecimento de elos de ligação com todas as áreas hospitalares.

De acordo com as diretrizes o conteúdo e a quantidade de material do Carro de Emergência deve-se encontrar homogêneo em todos os serviços do Hospital.

O Carro de Emergência é uma estrutura móvel onde se encontra um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para a reanimação cardiorrespiratória.

A sua existência, bem como de todo o material e a sua organização, são ferramentas importantes para o sucesso da abordagem do doente crítico e nesse sentido elaboraram-se estas recomendações e propôs-se a uniformização.

O Carro de Emergência deve existir em todas as Salas de Emergência de todos os Serviços de acordo com o Despacho nº5414/2008, de 28 de Fevereiro, devendo estar prontamente acessível. A organização do Carro de Emergência deverá ser adaptável às características do carro de cada Unidade de Saúde/Serviço e deve estar dividida em quatro tópicos: avaliação e diagnóstico, controle da via aérea, acesso vascular e administração de medicamentos.

A gestão da sua manutenção cabe ao elo de ligação de cada área hospitalar, ou alguém por ele nomeado, sendo este responsável pela verificação mensal de todo o seu conteúdo e *stocks*.

6 - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

O cronograma é um instrumento de planeamento e controlo onde são definidas e detalhadas as atividades a serem executadas durante um determinado período de tempo. Segundo Carvalhosa, Domingos, & Sequeira, (2010;478) “o cronograma constitui uma sistematização do projeto, tendo em consideração o período total de tempo em que se espera e que o mesmo decorra”.

Com vista a uma melhor compreensão e desenvolvimento das atividades planeadas, foi elaborado um Cronograma (Tabela 1). As intervenções foram delineadas de acordo com o cronograma previamente estabelecido, não existindo alterações das atividades previstas nesse período.

As atividades e estratégias foram desenvolvidas ao longo do período temporal que abarcou o período de 1 Novembro de 2015 a 30 Abril de 2016. Este foi um processo dinâmico e a sua elaboração exigiu uma revisão da literatura em bases de dados, artigos e livros, quer eletrónicos, quer da biblioteca do Instituto Politécnico de Portalegre e da biblioteca da Universidade de Évora. Foi concedido especial enfoque à literatura sobre competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, gestão de *stocks* e organização dos cuidados ao doente em situação crítica.

Mês Atividades	Maio-Junho 2015	Setembro-Outubro 2015 – 2016	Novembro-Dezembro 2015	Janeiro-Abril 2016
1ª Etapa: Elaboração, apresentação e divulgação do Projeto				
2ª Etapa: Implementação do Projeto/ Estágio				
3ª Etapa: Avaliação do Projeto Implementado				
4ª Etapa: Elaboração do Relatório Final do Estágio				

Tabela 1 – Cronograma de Atividades

7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com o plano de estudos, o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, visa promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área de especialização do conhecimento em enfermagem numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, através da autoformação e reflexividade sobre a prática.

Pretende dotar os estudantes de conhecimentos científicos e competências avançadas para o estudo e para a investigação no domínio da gestão de saúde bem como para o desenvolvimento de aplicações práticas em áreas de gestão em unidades de saúde, gestão clínica e gestão do conhecimento em saúde, visando a qualificação para uma atuação profissional com aplicabilidade concreta e específica, que eleve o patamar do conhecimento existente neste campo.

Tendo por base os objetivos delineados neste documento, foi feita uma descrição crítica e reflexiva de cada uma das etapas enquadradas pelos módulos teóricos que tiveram lugar neste mestrado, bem como pelas competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

Enfermeiro especialista é definido pela OE (2007) como “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”. Esse conjunto de competências clínicas especializadas decorrem do aprofundamento do domínio de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e são caracterizadas por competências comuns e competências específicas.

As competências comuns prendem-se essencialmente com competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, supervisão de cuidados, planeamento estratégico, assessoria, formação e investigação independentemente da sua área de especialidade (OE, 2007). Também o REPE contempla no artigo 9º n.º 6 que “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem”

As competências específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2009).

Foram publicados em Diário da República, os regulamentos do perfil de competências do Enfermeiro Gestor e de reconhecimento de áreas de competências acrescidas (OE, 2014).

O Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento n.º 101/2015) refere que, além das competências comuns e específicas previamente adquiridas, o Enfermeiro Gestor deve possuir um conjunto de competências que visam prover o enquadramento regulador para o exercício das mesmas, nomeadamente no domínio da gestão e da assessoria de gestão.

Considerando o determinado no Regulamento, o Enfermeiro Gestor detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garantindo o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. É ainda o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros.

Deste modo o exercício de funções de gestão por enfermeiros é de elevada importância para assegurar a qualidade do exercício profissional destes profissionais e necessita de ser reconhecido, validado e certificado pela OE numa perspetiva integradora do Modelo de Desenvolvimento Profissional.

Este modelo propõe o reconhecimento, validação e certificação de competências, que poderão ser adquiridas ao longo do exercício da profissão, através de processos formativos

que podem ser de natureza formal ou informal. Poderá ainda ser necessário integrar um programa formativo definido pelo colégio da respetiva especialidade de forma a completar o programa para efeitos de Certificação de Competências Profissionais com atribuição de um Título.

Este processo tem por base a análise de um relatório reflexivo ou de um *portfolio* à luz dos referenciais de competências de enfermeiro especialista.

Face ao exposto, o presente relatório, complementado com a minha formação académica (Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Pós Graduação em Gestão em Saúde), poderá consistir num documento para certificação de competências. De acordo com a OE (2010:31), “o relatório reflexivo permite aos visados refletir acerca do percurso, contém dados referentes ao que foi realizado durante esse período, pela descrição e análise das experiências vividas, tendo por base as competências. Permite ainda assumir uma função avaliativa, certificativa e formativa”.

Pelo descrito, este percurso académico foi marcado por um constante crescimento pessoal e profissional convergindo no desenvolvimento das competências em enfermagem médico-cirúrgica, que integram cada um dos domínios de competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. 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, de acordo com o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro.

A componente teórica e o estágio que revestiu este mestrado incitaram o desenvolvimento de competências essenciais à prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Gestão de Unidades de Saúde, fomentando a reflexão crítica, a conduta ética e deontológica e a introdução de melhorias nos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

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

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

Os objetivos delineados foram alcançados com a descrição crítica e reflexiva de cada uma das etapas enquadradas pelos módulos teóricos que tiveram lugar neste mestrado, bem como pelas competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

O desenvolvimento da metodologia descritiva detalhada e objetiva, da análise crítica e reflexiva pela qual optei foi fundamental porque através de um carácter narrativo, permiti-me descrever as experiências vividas, as situações-problema encontradas, as soluções propostas e as dificuldades sentidas durante a concretização do Estágio, o que determinou o desenvolvimento e aperfeiçoamento de saberes, conhecimentos e competências.

O empenho individual, a orientação por parte do orientador, a transmissão de saberes promovida pelo aluno-tutor-orientador, traduziram à escalada contínua e positiva do meu percurso durante o estágio clínico.

Todo o processo de desenvolvimento deste estágio se revestiu de uma forte fundamentação técnica/científica baseada em evidência científica, assente em 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.

Os ganhos obtidos pela concretização do estágio clínico repercutem-se ao nível das equipas multidisciplinares com as quais tive contacto, pela partilha e troca de experiências e

saberes, a aquisição e o aperfeiçoamento de competências, objetivando a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados que se traduzem em ganhos em saúde.

Neste contexto a análise e reflexão crítica deste percurso culmina no presente documento.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2001). *Entidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Alminhas, S. (2007, Novembro). Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. In *Revista Sinais Vitais*, 55-60.
- Amaral, A.; Cruz, A. & Oliveira, L. (2010). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Coimbra: Formasau.
- Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland [AAGBI] Safety Guideline (2009). *Interhospital Transfer*. London. Acedido a 4 de janeiro de 2016 em <http://www.aagbi.org/sites/default/files/interhospital09.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Botelho, J. (1994, Maio - Julho). O Trabalho de Projecto na Prática do Enfermeiro. *Enfermagem em Foco-SEP*, 23, 43-46.
- Boterf, G. (2003). *Desenvolvimento de Competência dos Profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Carvalho, R. (2003, Novembro). Parcerias na Formação - Papel dos Orientadores Clínicos. In *Revista Sinais Vitais*, 26-29.
- Carvalho, F. (2002, Setembro - Outubro). A Sociedade de Hoje - A Enfermagem e a Visão Holística da Pessoa. In *Revista Servir*, 254-256.
- Carvalhosa, S. F.; Domingos, A. & Sequeira, C. (2010). *Modelo Lógico de um Programa de Intervenção Comunitária - GerAcções*. In *Revista Análise Psicológica*, 28(3), 479-490.

- Acedido a 5 de Janeiro de 2016 de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312010000300008&lng=pt&tlng=pt.
- Casanova, E. L. (2009, Novembro - Dezembro). Communication of Nursing Team with Patient's Family. In *Revista Comunicação em Enfermagem*, 831-836.
- Castro, J. H.; Kilimnik, Z. M. & Sant`Anna, A. (2008, Janeiro - Abril). *Modernidade organizacional em gestão de pessoas como base para a incorporação de modelo de gestão por competências*. In *RAC Electronica*, v.2. n.1, art. 7, 105-122. Acedido a 21 de Novembro de 2015 em http://www.anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_688.pdf
- Conceição, M. & Ramos, P. (2004, Julho). Experiência Profissional – O Caminho para a Competência. In *Revista Sinais Vitais*, 31-33.
- Diniz, A.; Christo, F. H; Paiva, J. A. & Gaspar, M. J. (2014, Julho). *Comissões da Qualidade e Segurança - 3ª Reunião*. Acedido a 14 de Fevereiro de 2016 em spqsaude.com/wp.../2_Acreditacao-nos-CSP_Filipa-Homem-Christo.pdf
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2014). *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde – Gestão Clínica*. (2014). Acedido a 2 de Março de 2016 em <https://www.dgs.pt/...da...saude/.../manual-de-acreditacao-pdf-pdf2.aspx>
- DGS (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS (2009). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde - ACSS*. Acedido a 2 de Fevereiro de 2016 em www.acss.min-saude.pt/.../0/programanacionaldeacreditacaoemsaude.pdf
- DGS (2001). *Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Ferreira, A. M. & Madeira, M. Z. (2011, Novembro). Thoracic Pain in Emergency Room: a Review of Literature. In *Revista Interdisciplinar Novafapi*, 50-56.
- Fortim, M. F. (1999). *Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Edições Técnicas.
- Frederico, M. (2001). Integração Profissional. In *Revista Sinais Vitais*, 37, 33-36.

- Frederico, M. & Leitão (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Grupo de Trauma e Emergência (2009). *Curso de Emergência, Trauma e Catástrofe*. Acedido a 15 de Dezembro de 2015 em www.grutraueme.pt/
- Imperatori, E. & Rosário, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Intensive Care Society [ICS] (2002). *Guidelines for the transport of the critically ill adult*. Acedido a em 25 de Janeiro de 2016 em www.ics.ac.uk/EasysiteWeb/getresource.axd
- ICS (2010). *Guidelines for The Transport of the Critically Ill Adult*. Acedido a 9 de Dezembro de 2015 em www.ics.ac.uk/intensive...guidelines /transport_of_the_critically_ill_2005
- Junior, G.; Carvalho, J. & Maldazone, D. (2007). *Intra-Hospital Transport of Critical Patients*. Acedido a 11 de Dezembro de 2015 em www.fmrp.usp.br/.../2_transporte_intrahospitalar_paciente_critico.pdf
- Kurgant, P. (1991). *Liderança em Enfermagem - Administração em Enfermagem*. São Paulo: EPU- Editora Pedagógica e Universitária.
- Leite, L. (2007). *O Enfermeiro Especialista: Percurso de Desenvolvimento Profissional*. Acedido a 18 de Dezembro de 2015 em www.ordemenfermeiros.pt
- Marije, S.; Anthony, R. & Absalom, J. A. (2015). *Transferring The Critically Ill Patient: Are We There Yet*. Acedido a 9 de Dezembro de 2015 em www.ncbi.nlm.nih.gov > ... > PubMed Central (PMC)
- Martins, J. (2008, Dezembro). Investigação em Enfermagem: Alguns Apontamentos sobre a Dimensão Ética. In *Revista Pensar Enfermagem*, 12:2, 62-65.
- Ministério da Saúde [MS] (2007). *Recomendações sobre a Organização dos Espaços do Serviço de Urgência*. Acedido a 12 de Dezembro de 2015 em www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em.../urgencia.htm?
- Nunes, F. M. (2009, Julho). *Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico*. In *Revista Nursing*, 246, 22-26

- Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Lisboa: Percursos.
- Oliveira, V. (2012, Setembro - Outubro). Cerebrovascular Events in Portugal – The Way Towards Change. In *Revista Acta Médica Portuguesa*, 25(5), 263-264.
- Oliveira, V. (2015). *A Importância das Unidades de AVC - A realidade do AVC em Portugal*. Lisboa, Portugal, Portugal: Direcção Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2014). *Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor e Reconhecimento de Áreas de Competências Acrescidas*. Acedido a 5 de Março de 2016 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Perfil-competencias-Enfermeiro-Gestor-reconhecimento-competencias-acrescidas-Diario-Republica.aspx>
- OE (2011a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual*. Acedido a 10 de Setembro de 2015 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.
- OE (2011b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro*. Acedido a 10 de Setembro de 2015 em www.ordemenfermeiros.pt/.../Regulamento%20122_2011_Competencias
- OE (2011c). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento n.º 124/2011. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- OE (2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional - Fundamentos, Processos e Instrumentos para a Operacionalização do Sistema de Competências*. Acedido a 5 de Março de 2016 em www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/.../cadernos_tematicos1.pdf
- OE (2009). *Modelos de Desenvolvimento Profissional - Sistemas de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Acedido a 4 de Março de 2016 em www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/.../cadernostematicos2.pdf

- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Lisboa.
- Padoveze, M. C. & Rogante, M. M. (2006). *Padronização, Qualificação e Aquisição de Materiais e Equipamentos Médico-Hospitalares*. Rio de Janeiro: EPU.
- Pereira, M. (2004, Dezembro). Má Notícia em Saúde - Um Olhar sobre as Representações dos Profissionais de Saúde e Cidadãos. In *Revista Enfermagem*, 33-37.
- Pontes, M. (2010, Novembro). Gerir os Cuidados de Enfermagem para garantir a Qualidade dos Serviços de Saúde. In *Revista Nursing*, 27-30.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde (2007). *Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral*. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, Alto Comissariado da Saúde. Acedido a 4 Janeiro de 2016 em <http://www.acs.min-saude.pt/>
- Ribeiro, O.; Carvalho, F.; Ferreira, L. & Ferreira, P. (2008, Novembro). *A Qualidade dos Cuidados de Saúde*. In *Revista Millenium*. Viseu, 35. Acedidos a 2 de Setembro de 2015 em <http://hdl.handle.net/10400.19/357>
- Ringelstei, B. (2014, Novembro). *Certificação das Unidades de AVC*. Acedido a 4 de Janeiro de 2016 em www.spneurologia.com
- Rocha, M. & Dias, A. (2009). *Enfermagem de Urgência - Uma Perspectiva de Intervenção*. In *Revista Informar*, 8-10.
- Rodrigues, L. & Martins, J. (2012). *Experiences of Nurses Related With the Care of the Critically Ill*. In *Revista Pensar Enfermagem*. Acedido a 20 de Janeiro de 2016 em pensarenfermagem.esel.pt/files/2012_16_1_26-41.pdf
- Rua, M. (2012). *A Reflexão como Estratégia de Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico*. Acedidos a 19 de Fevereiro de 2016 em Repositório da Univerisidade de Aveiro: xie2011.webs.uvigo.es/No%20Vigo/XIE2011-053.
- Santos, B. (2003). *Um discurso sobre ciências*. Porto: Edições Afrontamento.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2014, Novembro). *Rede de Médicos Sentinela*. Acedido a 12 de Fevereiro de 2016 em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Paginas/portaInicio.aspx>

- Silva, D. M. & Silva, E. M. (2004, Outubro). O Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. In *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 103-108.
- Silva, M. A. & Cristina, G. M. (2007, Março). *Use of the Situational Leadership in Surgical Center Nursing*. In *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Acedido a 18 de Fevereiro de 2016 em www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a13.pdf
- Siqueira, A. *et al* (2006, Julho - Dezembro). Nurse, Patient and Family Relationship: Behavior Factors Associated to Assistance Quality. In *Arq. Méd. ABC*, 31(2), 73-77.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] (2008). *Transporte de Doentes Críticos- Recomendações 2008*. Acedido a 4 de Janeiro de 2016 em www.scribd.com/.../SPCI-OM-Transporte-Doente-Critico-2008
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC]. (2011). *Guia das Unidades de AVC*. Évora: SPAVC.
- Sola, E. & Sousa, N. (2012, Março). Os Cuidados de Enfermagem. In *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 31.
- Spooner, A. J.; Chaboyer, W.; Corley, A. & Hammond, N. (2013). Understanding. In *International Journal of Nursing*, 214-220.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Edição Ministério da Saúde - Departamentos de Recursos Humanos da Saúde.
- Teixeira, S. (1998). *Gestão das Organizações - O Ideal e o Real no Contexto Hospitalar*. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Teixeira, S. (2007). *Gestão das Organizações - O Ideal e o Real no Contexto Hospitalar*. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Urden, L. S. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidata.

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



PROJETO DE ESTÁGIO FINAL

**CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NOS CUIDADOS AO
DOENTE INTERNADO NA UNIDADE DE ACIDENTES
VASCULARES CEREBRAIS**

LUIS ESPIRITO SANTO

Projeto apresentado no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, sendo orientado pelo Professor Doutor Raul Cordeiro

Portalegre
Junho 2015

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL

**CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NOS CUIDADOS AO
DOENTE INTERNADO NA UNIDADE DE ACIDENTES
VASCULARES CEREBRAIS**

LUIS ESPIRITO SANTO

Projeto apresentado no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, sendo orientado pelo Professor Doutor Raul Cordeiro

Portalegre
Junho 2015

O Mérito de uma pessoa não está naquilo que conseguiu na vida, por mais que seja, mas nas lutas e dificuldades que teve de enfrentar e vencer para aí chegar.

ArchialDurtledg

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	70
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	74
1.1 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	77
2 - ANÁLISE DO CONTEXTO	79
2.1 - Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio	79
2.1.1 - Descrição do espaço físico, funcionamento e organização do Serviço	82
3 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO	83
3.1 - SELEÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO	83
4 - DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	84
4.1 - OBJETIVOS DAS INTERVENÇÕES	84
4.1.1- Objetivos Gerais	84
4.1.2 - Objetivos Específicos.....	84
4.2 - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	90
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	93

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Cronograma de Atividades.....	90
--	----

INTRODUÇÃO

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) são a principal causa de mortalidade em Portugal, tal como se verifica em muitos países ocidentais, sendo considerada, no entanto, das mais elevadas da Europa e do Mundo. Estas doenças são responsáveis por perto de 50% das mortes ocorridas em 2010, contando-se, também, entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa.

Segundo Silva (2007) é “O AVC a maior causa de morte em Portugal e é certamente a maior causa de incapacidade de longa duração e de diminuição da qualidade de vida”.

O sofrimento e os custos causados pelas doenças cardiovasculares deram-lhes uma marcada preponderância, de tal forma que estas doenças se podem considerar, hoje, como verdadeiras doenças sociais: doenças com génese e com repercussão social.

As doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral têm um carácter multidimensional e consequências negativas graves e diretas para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, com repercussões evidentes a nível individual, social e económico. Devem assim ser encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública em Portugal, senão o mais importante e que urge minorar. Esta situação implica, por parte dos profissionais de saúde, uma preocupação acrescida no sentido de se manterem atualizados a nível do conhecimento científico, pois só assim poderão prestar melhores cuidados, aumentar a independência dos doentes e respetivas famílias, e melhorar a sua qualidade de vida. Por este facto, a abordagem desta doença justifica uma atuação planeada e organizada ao longo de todo o sistema de saúde.

Perante esta evolução o Enfermeiro assume um papel determinante na prevenção, no diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, ocupando um lugar privilegiado, na equipa

multidisciplinar contribuindo para ajudar o doente e família a adaptar-se à nova situação, visando a melhoria da qualidade de vida.

Salienta-se a importância das Unidades de AVC (UAVC), onde são claros os benefícios obtidos em relação ao tratamento e ao cuidar em enfermarias tradicionais.

Sabendo que os recursos são escassos e dispersos, a nível nacional, tal não pode justificar que os cuidados dispensados aos utentes fiquem aquém do que é considerado em cada momento, a melhor prática.

Segundo a comunidade científica o acesso a UAVC é reconhecido como o modo mais eficaz de tratar qualquer tipo de AVC e é amplamente reconhecida a importância fundamental dos cuidados de enfermagem no sucesso do tratamento destes doentes. Como tal é necessário haver uma equipa multidisciplinar motivada, entusiasmada e com objetivos comuns, de forma a contribuir para a melhoria contínua dos cuidados à família e ao doente com AVC.

Para construção deste documento suportei-me na metodologia e técnica de planeamento em saúde que, define projeto como um conjunto de atividades que decorrem num período bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução da estratégia de um programa (Tavares, 1990). Entendendo que projeto é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção e de uma ambição. Segundo Raynal (2000) É também a expressão do necessitar de algo, de uma situação futura vivamente desejada.

É necessário delimitar um campo de competências, através de um desenvolvimento longo e continuado, adquirindo-se, desenvolvendo-se e aperfeiçoando-se ao longo do tempo (Benner, 2001). Assim no desenvolvimento deste projeto pretendo explicitar as competências que pretendo adquirir durante a realização deste ensino clínico, planeando atividades/estratégias, de forma a complementar o meu percurso de aprendizagem, adquirindo novos conhecimentos.

Neste processo, o ensino clínico apresenta-se como uma componente formativa essencial para a aquisição de conhecimentos científicos, técnicos, humanos e culturais e para o desenvolvimento de capacidades e habilidades profissionais, permitindo questionar e esclarecer as práticas. Segundo Leite (2006) os ensinamentos clínicos constituem uma forma de aprofundamento do conhecimento e aquisição de competências num domínio específico de enfermagem, resultando em uma compreensão da pessoa e dos processos saúde/doença a que está mais exposta e pelo amplo entendimento das respostas humanas

em situações específicas e intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo, potenciando os ganhos em saúde.

Enquanto enfermeiro pretendo aliar o desenvolvimento profissional ao desenvolvimento pessoal pois só desta forma será possível a excelência da prática da enfermagem especializada em enfermagem médico-cirúrgica. Também a atividade reflexiva e espírito crítico serão desenvolvidos, dando oportunidade de analisar e avaliar as intervenções, identificando aspetos que poderão melhorar o desenvolvimento da atividade profissional como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Através da elaboração deste projeto, pretende-se:

- Construir uma base para a prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica com o diagnóstico de AVC internada na UAVC;
- Facilitar a abordagem crítica e reflexiva acerca do contributo do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica nos cuidados à pessoa em situação crítica com o diagnóstico de AVC internada na UAVC.

A elaboração deste documento foi orientada segundo uma sequência lógica e será apresentado por uma introdução ao trabalho, identificação do problema e do principal objetivo a atingir. No primeiro será feito o enquadramento teórico onde são abordadas as principais temáticas. No segundo capítulo é feita uma breve apresentação da organização onde decorrerá o estudo (UAVC). O terceiro capítulo diz respeito à análise da população. No quarto capítulo serão apresentados os objetivos e atividades a desenvolver, assim como o cronograma, com o intuito de permitir a contextualização temporal em que se pretende a concretização dos objetivos propostos. Por último serão apresentadas as referências bibliográficas.

Quando se realiza um projeto de formação, não podemos em alguma circunstância desvinculá-lo da dimensão coletiva (Botelho, 1994), ou seja, não pode ser alienado da instituição e serviço onde vai ser desenvolvido. Desta forma saliento o facto de este projeto não ser definitivo e impassível de alterações, mas apenas orientador, uma vez que sempre que se considerar oportuno procederei ao seu ajustamento.

Importa referir que a sua implementação irá decorrer no Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. (HESE), na UAVC no período de Setembro de 2015 a Fevereiro de 2016. Insere-se no âmbito do plano de estudos do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em

Gestão de Unidades de Saúde, no ano letivo de 2015/2016, no Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Este projeto foi elaborado segundo as normas da American Psychology Association e tem como a orientador o Exmo. Sr. Professor Raul Cordeiro.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009) a Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível.

O exercício profissional de Enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas, e qualquer que seja o modelo, as necessidades da pessoa, sujeito de cuidados, no seu ciclo de vida e integrada no seu grupo familiar, este é sempre o eixo estruturante fundamental e nuclear da nossa atividade e é para ele que devemos desenvolver competências (Enfermeiros, 2009). Ainda segundo Boterf (2002), citado pela Ordem dos Enfermeiros, a competência é saber mobilizar os seus recursos, conhecimento e capacidades perante uma situação concreta.

A prestação de cuidados decorre de um aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista, deve apresentar conhecimentos aprofundados, demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (Enfermeiros, 2009). Neste caso, o enfermeiro especialista deverá desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados não só ao doente com AVC internado na UAVC em situação crítica mas também à sua família.

A família partilha frequentemente os problemas dos doentes, no entanto, por vezes, apresenta necessidades específicas e mais complexas que as do próprio doente. Os

profissionais de saúde devem integrar de forma sistemática o apoio à família na prática dos cuidados.

Segundo Siqueira (2006) a comunicação é essencial para uma melhor assistência ao doente e à família que estão a vivenciar o processo de hospitalização numa unidade de urgência, podendo resultar em *stress* e sofrimento. Assim, o enfermeiro deverá ser capacitado para estabelecer interação com o doente e com a família adotando atitudes que estimulem a sensibilidade e empatia entre todos. Nesse contexto, o enfermeiro tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. O significado que a família tem para o bem-estar e a saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga este profissional a considerar a assistência centrada na família como parte integrante da prática de cuidados (Siqueira, 2006).

A comunicação com os familiares baseia-se na transmissão de informações claras e objetivas, no fornecimento de explicações sobre o estado clínico do familiar, sobre a necessidade de intervenções e de técnicas invasivas, sobre os equipamentos e todo o processo terapêutico. Segundo Casanova (2009) existe a necessidade das famílias comunicarem com a equipa de Enfermagem durante os horários de visita, receber orientações e esclarecer dúvidas, assim como, ter satisfeita a sua necessidade de conforto, receber palavras carinhosas e atenção. Além disso, os familiares percebem a coerência ou não da comunicação não-verbal, principalmente das expressões faciais e do toque. A sua preocupação com o cuidado ao seu ente querido em relação à higiene, hidratação da pele e comunicação verbal, mesmo que sedado, foi exemplificado como comunicação adequada. Existe a necessidade de que um elemento da equipa de enfermagem seja uma referência para os familiares, alguém a quem eles possam recorrer para esclarecimento de dúvidas, tranquilização e orientação. O cuidar, inclusive do familiar, implica em perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, em seus conceitos e limitações. Não é suficiente deixar a família entrar nas unidades, é necessário cuidá-la para potenciar o nosso trabalho, questioná-la sobre as dúvidas, observá-la as reações e comportamentos, compreender as suas emoções (Casanova, 2009).

A preparação da transferência/ alta é um dos aspetos que pretendo desenvolver na realização do ensino clínico. A transferência de unidade de cuidados é um acontecimento importante, segundo Urden (2008) a transferência pode produzir ansiedade e criar stress.

Os doentes e famílias aprenderam e adaptaram-se à situação atual. Desenvolveram o conhecimento do pessoal, do ambiente e da rotina dos cuidados.

Durante o internamento nos serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos estiveram dependentes dos dispositivos de monitorização, do equipamento, da interação constante com o enfermeiro. O doente sente-se seguro por saber que as suas necessidades fisiológicas e emocionais são satisfeitas. Desenvolve-se um laço forte entre a equipa de enfermagem e o doente/família e muitos destes sentem-se relutantes em quebrar esse laço, questionando se as suas necessidades serão satisfeitas da mesma forma numa unidade de internamento desconhecida. Para evitar esta ansiedade e proporcionar ao doente e família o controle sobre o acontecimento, os profissionais deverão prepará-los para o processo de transferência.

A preparação para a transferência/ alta deve começar logo que o doente está estabilizado e controlado o acontecimento que o levou ao internamento. Nessa altura, o fator de *stress* já não é o ambiente familiar da UAVC mas o ambiente desconhecido dos serviços de urgência e cuidados intensivos.

As explicações sobre para onde vai ser transferido, a razão da transferência devem ser transmitidas logo que conhecidas pela equipa de enfermagem. Antes desta transferência deverão ser dadas ao doente / família informações sobre as alterações dos cuidados, os horários das visitas, o nome do médico responsável. A família deve também ser contactada no sentido de serem informados sobre as horas de transferência, de modo a estarem presentes(Urden, 2008).

Todos estes aspetos assumem relevância ao pensarmos na comunicação de más notícias em saúde que é uma das competências que aspiro desenvolver. De acordo com Pereira (2004), má notícia significa toda a informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspetiva do futuro(Pereira, 2004). A comunicação das “más notícias”em saúde, continua a ser uma área de grande dificuldade na relação doente/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. São situações que geram perturbação, quer na pessoa que recebe a notícia, quer na pessoa que a transmite, pelo que a comunicação deste tipo de notícia é considerada uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde, não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente ou dos familiares, mas também pela dificuldade em gerir a situação.

Os protagonistas das más notícias são os prestadores de cuidados, que para além de planearem e gerirem estes momentos, têm também de gerir os seus próprios medos e estarem preparados para aceitar as naturais hostilidades do doente e da família. Assim, a comunicação deste tipo de notícia é uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde; ninguém gosta de ser portador de más notícias, pois como refere Pereira (2004) estes momentos causam perturbação, quer à pessoa que a recebe, quer à pessoa que a transmite, gerando nos profissionais e sobreviventes, ansiedade, medos, sentimentos de inutilidade, desconforto e desorientação. Estes medos associam-se principalmente: ao medo de ser culpado ou de lhe atribuírem responsabilidades; medo de expressar uma reação emocional; medo de não saber todas as respostas colocadas pelo doente e familiares e/ou outras pessoas significativas, medos pessoais acerca da doença e da morte, “medo das reações do doente e família(Pereira, 2004).

1.1 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O desenvolvimento de competências insere-se num processo amplo de socialização profissional o qual, por sua vez, fornece ao indivíduo uma série de referenciais identitários (Abreu, 2001). A aquisição de competências surge, nos dias de hoje, como uma necessidade de fazer face à evolução dos contextos sociais e profissionais, obrigando a uma atualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização pessoal e profissional, à otimização dos recursos e à maximização dos resultados.

É num contexto de socialização profissional que o enfermeiro tem vindo a ser alvo de processos de formação contínua, redefinindo a sua identidade, criando a sua autonomia. A formação como processo construtor e reconstrutor dos diversos saberes, aos quais se encontram subjacentes as competências, promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Estas emergem de um conjunto de saberes que são adquiridos através da formação e reflexão sobre as práticas, permitindo uma atuação mais adequada numa determinada situação, pressupondo um reconhecimento do outro. O processo de desenvolvimento de competências também é uma forma de interrogar as práticas e questionar os saberes. Segundo Abreu (2002) não se trata de avaliar competências que preexistem mas sim de validar e reconhecer uma determinada forma de agir.

Enfermeiro especialista é definido pela Ordem dos Enfermeiros (2007) como “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”. Esse conjunto de competências clínicas especializadas, decorrem do aprofundamento do domínio de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e são caracterizadas por competências comuns e competências específicas (Enfermeiros, 2007).

As competências comuns referem-se a competências que o enfermeiro especialista tem de desenvolver independentemente da sua área de especialidade e que se prendem essencialmente com competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, supervisão de cuidados, planeamento estratégico, assessoria, formação e investigação (Enfermeiros, 2007). Também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros contempla no n.º6 do artigo 9º que “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem.” (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro).

Segundo o Regulamento que rege a nossa profissão, Enfermeiro Especialista é o enfermeiro a quem é “atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (artigo 4º nº 3, Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro) que são as seguintes:

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

São essas competências para prestar cuidados especializados, na área da especialidade em causa, que se pretendem desenvolver no estágio, no sentido de demonstrar quais os seus contributos na prestação de cuidados no doente internado na UAVC.

2 ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1. Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio

Para melhor compreender o contexto do local de realização do estágio considero pertinente categorizar o espaço físico, os recursos humanos e o método de trabalho utilizado na UAVC.

2.1.1. Descrição do espaço físico, funcionamento e organização do Serviço

O Serviço de Especialidades Médicas encontra-se situado no quarto piso do HESE e integra a UAVC que tal como o nome indica tem como objetivo prestar cuidados aos doentes vítimas de doenças cérebro-vasculares em fase aguda, enquanto o serviço de Especialidades Médicas recebe doentes com patologias da área de gastroenterologia, pneumologia e nefrologia.

Este Serviço é composto apenas por uma ala (lado direito e lado esquerdo). O Serviço encontra-se dotado de um espaço físico, recursos materiais, tecnológicos e humanos com capacidade de assegurar um tratamento eficaz e contínuo aos doentes internados.

À entrada encontra-se frontalmente, para quem chega, uma bancada destinada à função administrativa e correspondente espaço administrativo, do lado esquerdo um vestiário destinado a toda a equipa multidisciplinar que dispõe de cacifos, cabides e um banco de madeira; do lado direito situa-se um corredor, imediatamente antes da entrada no Serviço de Especialidades Médicas e UAVC, com dois sofás de ocupação única, cada

um, bastante confortáveis, que funcionam como sala de espera para os familiares dos doentes, e (ou) para delegados de informação médica.

O lado direito do Serviço de Especialidades Médicas é composto sequencialmente por uma copa, cinco quartos, (A, B, C, D, e E) com capacidade total para 15 doentes (três camas por quarto) e ao fundo do corredor o quarto correspondente à UAVC.

A UAVC é uma unidade de tipo aberto e consiste num quarto amplo, arejado, com condições climatéricas desejáveis, e bem iluminado onde se encontram seis camas destinadas aos doentes e uma área no centro destinada aos profissionais de saúde onde se realizam as passagens de turno.

Mais pormenorizadamente, a Unidade tem três amplas janelas, sendo uma delas de alumínio, que se situa posteriormente às quatro secretárias de madeira; nessas secretárias existem ao dispor dos profissionais de saúde três computadores, uma impressora, e um candeeiro de secretária que é utilizado durante o período noturno para auxiliar a vigilância dos doentes e a realização de registos por parte do Enfermeiro presente; posteriormente às secretárias, encostado à parede, encontra-se um armário para arrumação de material informativo e *dossiers*, sendo que a parte de cima do mesmo consiste também num espaço de deposição de material informativo; à direita do armário situa-se um outro armário com gavetas onde se guardam essencialmente requisições para prescrição, e material para elaboração dos processos dos doentes como folhas de avaliação de escalas e folhas para registo dos eventos e registos de Enfermagem diários.

Existem também três aparelhos de ar condicionado; um relógio de parede de pequenas dimensões, três candeeiros encaixados no teto do quarto; um carro portátil destinado ao armazenamento da terapêutica de cada doente (sistema unidose), que é repostos pelos responsáveis da Farmácia hospitalar diariamente pelas 15h:00m; um quadro com informação relativa aos doentes internados (nº de cama, nome, médico assistente, observações); um carro de apoio à higiene, contendo como o nome indica material destinado à realização da mesma, (fraldas, resguardos, creme hidratante, escovilhões, elixires, entre outros).

A UAVC está ainda equipada com um carro de urgência, um armário destinado ao armazenamento da medicação em *stock*, sendo que à sua direita se localiza um lavatório; à direita das secretárias situa-se um ecógrafo e por detrás um espelho de dimensões de cerca de 70 cm largura x 1,80 cm de altura.

Relativamente à deposição do lixo, existem dois contentores para reciclagem, um de vidro e outro do plástico; um amplo contentor para a deposição dos resíduos cortantes e perfurantes; um contentor para resíduos contaminados, e um para lixo diversificado.

Cada cama da UAVC está equipada com : um cadeirão articulado e móvel, uma cama articulada com colchão de prevenção de úlceras de pressão, por cima de cada cama existe um candeeiro suspenso na parede; lateralmente, à direita, encontra-se uma mesa-de-cabeceira com 2 gavetas e uma mesa de apoio desdobrável; uma bomba infusora e uma seringa perfusora, uma rampa de ar, uma de oxigénio, um aspirador, e um dispositivo para deposição de sondas de aspiração; lateralmente, à esquerda, encontram-se suportes para suspensão de soros e de seringas e bombas infusoras, um/dois monitores multi-parâmetros, visto que existem seis fixos e apenas 4 portáteis, estando a eles conectados uma braçadeira para avaliação da tensão arterial e um oxímetro de pulso para avaliação da saturação periférica de oxigénio.

Relativamente ao lado esquerdo do Serviço de Especialidades Médicas este é composto sequencialmente por um gabinete médico; um gabinete de Enfermagem, um gabinete destinado à Enfermeira Chefe, uma sala de trabalho de Enfermagem, que dispõe do *stock* de farmácia, de um frigorífico e um carro de urgência à entrada da mesma do lado esquerdo, três carros que dispõem da terapêutica destinada a cada doente (sistema unidose), bancadas de trabalho para preparação da medicação, bem como material destinado à prestação de cuidados Médicos e de Enfermagem, entre outros materiais. O Serviço dispõe também de uma sala de tratamentos, com balas de oxigénio, material para realização de colheitas sanguíneas, e armários para arrumação de material em *stock*; existe ainda uma divisão destinada aos despejos onde se localizam assim os sujos, arrastadeiras, urinóis e materiais de limpeza e desinfeção; existem ainda duas casas de banho destinadas aos doentes e uma destinada aos profissionais de saúde. No final do corredor, e ainda no lado esquerdo, existe um armário de armazenamento de vestuário e roupa de cama, que fica situado em frente à UAVC, posteriormente um quarto de isolamento (quarto F) com WC privativo, e finalmente um espaço de arrumação de material de reabilitação (rouparia).

Trata-se de um Serviço que, para permitir cuidados de qualidade a cada doente e responder a todas as suas necessidades se articula também com outros serviços do Hospital, nomeadamente: Laboratório de Análises Clínicas, Unidade de Convalescença, Serviço de Radiologia, Laboratório de Ultrassonografia e Serviço de Urgência.

2.1.1 Descrição da equipa multidisciplinar, do serviço e método de trabalho praticado

Este serviço é composto por uma vasta equipa multidisciplinar, sendo ela formada pela equipa médica (Medicina Interna, Fisiatria, Neurorradiologia, Neurologia), médicos internos de Medicina Interna, equipa de Enfermagem, equipa de assistentes operacionais, secretária de unidade, assistente social, equipa de psicólogos, nutricionista, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional e terapeutas da fala.

A equipa de Enfermagem é composta pela Enfermeira Chefe, duas Enfermeiras Especialistas em Reabilitação e vinte e um Enfermeiros generalistas.

Todos os membros da equipa prestam cuidados tanto na enfermaria como na unidade de AVC, alternando as suas posições, exceto a Enfermeira responsável pela UAVC, que exerce as suas funções apenas no referido espaço.

Relativamente à equipa Médica adstrita ao Serviço de Especialidades Médicas, esta é formada por diversos especialistas nas áreas de Medicina Interna, Oncologia, Nefrologia, Fisiatria, Pneumologia e Gastrenterologia.

O método de enfermagem utilizado é o método de Enfermeiro Responsável. No início de cada turno os doentes são distribuídos pelo Enfermeiro Chefe de turno, pelos Enfermeiros que realizarão o turno seguinte, através de um Programa Informático instalado em todos os serviços do HESE destinado à classificação de doentes segundo o grau de dependência e o tipo de cuidados necessários. Assim, o número de doentes é distribuído de forma o mais equitativa possível tendo em conta o número de horas previsíveis e pré-estabelecidas para a prestação dos cuidados necessários a cada doente.

Em cada turno são prestados cuidados de Enfermagem distintos e singulares, consoante o sistema de trabalho do Enfermeiro e o doente presente, o que permite o estabelecimento de um método de trabalho próprio que integra a humanização e organização das funções, e uma maior proximidade e conhecimento do doente/família.

3 ANÁLISE DA POPULAÇÃO

3.1 SELEÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO

Para a participação neste projeto, será escolhida uma amostra não probabilística de conveniência e acidental dos utentes internados na UAUC, aos quais será submetido um plano de intervenção na área da enfermagem médico-cirúrgica. A amostra será constituída por uma população considerada necessária para a fundamentação e realização do projeto. Serão critérios de inclusão para participação no projeto:

- Uteses com AVC hemorrágico que apresentem Glasgow Coma Scale ≤ 7 ;
- Uteses com AVC isquémico submetidos a trombólise;
- Uteses com AVC isquémico com transformação hemorrágica;

O recrutamento dos utentes, para a participação neste projeto, assenta em todas as fases pelo respeito da individualidade do próprio utente e família.

4 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

4.1 OBJETIVOS DAS INTERVENÇÕES

Objetivo diz respeito a um fim que se quer atingir. Corresponde ao resultado que se pretende, permitindo aos indivíduos orientarem as ações para a concretização dos mesmos. Cada objetivo deve destacar a ação e as atividades para a concretização do resultado final. Segundo Fortin, M. (1999, p.116) “os objetivos devem ser estruturados tendo em atenção a sua pertinência, precisão, realização e medição”.

4.1.1 Objetivos Gerais

- Construir uma base para a prestação de cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica com o diagnóstico de AVC internada na UAVC;

- Facilitar a abordagem crítica e reflexiva acerca do contributo do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica nos cuidados à pessoa em situação crítica com o diagnóstico de AVC internada na UAVC.

4.1.2. Objetivos Específicos

1. Desenvolvimento de Capacidades de Integração e Intervenção na Equipa Multidisciplinar da UAVC

Atividades Planeadas

- Realização de uma entrevista de acolhimento / apresentação com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora;
- Apresentação à restante equipa;
- Observação da estrutura arquitetónica, funcionalidade e espaço físico;
- Conhecimento dos recursos humanos e logísticos disponíveis (equipamentos e materiais) e sua localização;
- Identificação das áreas clínicas e áreas de apoio;
- Observação das dinâmicas e métodos de trabalho da equipa multidisciplinar;
- Reconhecimento dos planos de atividades/ projetos/ programas;
- Acompanhamento na execução das atividades no desenvolvimento dos projetos/programas;
- Consulta das normas e protocolos de atuação;
- Identificação da articulação de doentes inter e intra- hospitalar;
- Identificação dos critérios de admissão e transferência dos doentes;
- Participação ativa nas atividades de serviço (passagens de turno, reuniões, atividades terapêuticas);
- Participação como membro ativo da equipa na prestação de cuidados ao doente crítico;
- Articulação com os elementos da equipa multidisciplinar, no desempenho das atividades do serviço;
- Clarificação dúvidas junto da equipa multidisciplinar;
- Esclarecimento de dúvidas que a equipa coloque;
- Participação em ações de formação que ocorram no serviço;
- Desenvolvimento de uma relação de confiança com os profissionais de saúde, promovendo um bom relacionamento inter-pessoal;

Recursos

- Físicos: Serviços hospitalares, documentação;
- Humanos: Equipa multidisciplinar, Enfermeiro orientador, utentes;

- Temporais: Durante todo o ensino clínico.

Indicadores de avaliação

- Realizou-se entrevista inicial, de forma informal, com a enfermeira chefe;
- Conhece o espaço físico e segue os procedimentos instituídos no serviço;
- Conhece as normas e protocolos do serviço;
- Utiliza adequadamente os vários materiais e equipamentos;
- Estabelece boa relação e integra-se na equipa multidisciplinar;
- Integra-se na equipa de enfermagem colaborando na elaboração de diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções;
- Conhece e articula recursos com outros serviços intra ou extra-hospitalares;
- A equipa questiona-me para esclarecimento de dúvidas;
- A equipa solicita a minha colaboração, sempre que deteta casos, que possam beneficiar com a minha intervenção;
- Elaboração de relatório final de estágio.

2. Desenvolvimento de Competências na Apreciação, Planeamento, Intervenção e Avaliação Diagnóstica na Abordagem à Pessoa em Situação Crítica com o diagnóstico de AVC internado na UAVC

Atividades Planeadas

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre o doente com AVC em estado crítico;
- Observação direta sobre a dinâmica de funcionamento do serviço;
- Comunicação com a equipa multidisciplinar, estabelecendo uma relação de confiança com os profissionais de saúde;
- Prestação de cuidados como membro ativo da equipa ao doente em estado crítico;
- Identificação do equipamento necessário à prestação de cuidados, emitindo pareceres sempre que se justifique;

- Identificação precoce de sinais e sintomas na abordagem inicial do doente com AVC em estado crítico;
- Atualização de conhecimentos ao nível das intervenções de enfermagem e tratamento médico e articulação com os previamente adquiridos;
- Planeamento e execução de cuidados de enfermagem independentes e interdependentes de acordo com a situação clínica;
- Planeamento de cuidados de enfermagem que eliminem ou minimizem o desconforto físico e psicológico do doente em estado crítico, através da elaboração de planos de cuidados de acordo com o sistema em vigor na instituição, estabelecendo prioridades de intervenção;
- Avaliação do estado clínico dos doentes face às medidas de tratamento implementadas;
- Elaboração de uma norma sobre as intervenções terapêuticas necessárias para o heli-transporte do doente crítico com AVC;
- Elaboração de uma norma sobre as intervenções terapêuticas necessárias para a transferência do doente para uma unidade mais diferenciada;
- Participação na transferência/alta do doente;
- Esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro responsável e restante equipa;
- Realização de pesquisa bibliográfica para atualização de conhecimentos ao nível do tratamento, segundo evidências científicas.

Recursos

- Físicos: Serviços hospitalares, processo clínico, bibliografia;
- Humanos: Enfermeiro orientador, Enfermeiro estagiário, Doente Crítico, Família, Equipa multidisciplinar;
- Temporais: Durante todo o ensino clínico.

Indicadores de avaliação

- Valido o seu trabalho com o orientador;
- Realiza autoanálise e reflexão;
- Realiza discussão de casos com a equipa multidisciplinar;
- Assume o papel de perito e intervêm com eficácia no planeamento, execução e continuidade de cuidados;

- Mobiliza conhecimentos e avalia as diferentes situações encontradas, recorrendo a informação pertinente;
- Manipula equipamentos técnicos específicos, com destreza, estabelecendo prioridades;
- Documenta as suas intervenções, assim como os resultados obtidos e partilha a informação de forma a garantir a continuidade e qualidade de cuidados;
- O doente apresenta resultados positivos com as intervenções terapêuticas;
- Elaboração de relatório final de estágio.

3. Desenvolvimento de Competências na área da Gestão dos Cuidados e Organização de Recursos Humanos e Materiais na UAVC, ao gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multidisciplinar

Atividades Planeadas

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre gestão de cuidados e de recursos;
- Promoção de conversas informais com o enfermeiro responsável;
- Acompanhamento do enfermeiro responsável, participando na prestação e gestão de cuidados.
- Identificação dos modelos de gestão de recursos humanos e materiais;
- Observação das atividades dos enfermeiros chefes, incluindo a elaboração de horários e planos de trabalho de enfermagem;
- Colaboração com o enfermeiro responsável na gestão de recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade.
- Elaboração do documento de registo de verificação e reposição de medicação e acessórios do carro de urgência de acordo com as *guidelines*;

- Reorganização do carro de urgência de acordo com as *guidelines*.

Recursos

- Físicos: serviços hospitalares, gabinete e espaços propícios para a gestão;
- Humanos: Enfermeiro Chefe, Enfermeiro orientador, Enfermeiro estagiário, Equipa multidisciplinar;
- Temporais: durante todo o ensino clínico.

Indicadores de avaliação

- Validação pelo enfermeiro chefe;
- Reflexão crítica e autoanálise;
- A equipa solicita a minha colaboração, sempre que deteta casos, que possam beneficiar com a minha intervenção;
- Elaboração de relatório final de estágio.

4.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

O cronograma é um instrumento de planeamento e controlo onde são definidas e detalhadas as atividades a serem executadas durante um estimado período. Com vista a uma melhor compreensão e desenvolvimento das atividades planeadas, foi elaborado um Cronograma (Tabela nº1). As intervenções serão delineadas em cumprimento com o cronograma previamente estabelecido, podendo haver alterações das atividades previstas nesse período.

Mês Atividades	Junho 2015	Setembro – Janeiro 2015 2016	Fevereiro 2016
Elaboração, apresentação e divulgação do Projeto			
Implementação do Projeto			
Avaliação do Projeto/Relatório Implementado			
Entrega do Relatório			

Tabela 1 – Cronograma de Atividades

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finda a elaboração deste projeto, cabe aqui uma nota final de reflexão sobre o mesmo.

Este documento orientador expressa as minhas expectativas acerca das competências que pretendo desenvolver ao longo do estágio, com a certeza que a sua aquisição, contribuirá para a prestação de cuidados a um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando especificamente, junto do doente com AVC internado na UAVC, no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A conceção deste projeto teve por base a noção da importância da necessidade de aperfeiçoamento em áreas específicas de cuidados, já que daí advém uma prática de cuidados de excelência. Ser prestador de cuidados implica possuir competências técnicas e científicas através de conhecimentos assentes, sólidos e padrões válidos. Através desta metodologia desejo aumentar o meu nível de conhecimentos teórico-práticos em prol de uma maior qualidade de cuidados de enfermagem a todos aqueles entregues aos meus cuidados. O seu planeamento revelou-se importante uma vez que me fez refletir nas possíveis situações de aprendizagem e nos benefícios que poderei adquirir. A reflexão sobre o desempenho é essencial.

Na elaboração deste documento procurei torná-lo o mais exequível possível, no entanto, estou convicto que este projeto não é estanque e poderá sofrer alterações ao longo do percurso, pois poderão surgir outras necessidades identificadas durante o estágio. Como refere (Boterf, 2003) “é mais importante poder enriquecer ou mudar o rumo do projeto do que mantê-lo encerrado em um programa inflexível”.

Espero que este projeto seja o início de uma longa caminhada de desenvolvimento pessoal e profissional, e que consiga no final do mestrado, atingir os objetivos inicialmente propostos refletindo sobre os contributos, assumido “um entendimento profundo sobre as

respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente” (Enfermeiros, 2007).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2001). *Entidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

Abreu, W. (2002). *Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade*. Coimbra: Formasau.

Casanova, E. L. (30 de Novembro e Dezembro de 2009). *Communication of Nursing team with patient's family*. Comunicação em Enfermagem , pp. 831-836.

Boterf, G. (2003). *Desenvolvimento de competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Enfermeiros, O. d. (2007). *Proposta de Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado em 10 Junho, 2015, de www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidades_site.pdf.

Enfermeiros, O. d. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado em 10 maio, 2010, de www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidades_site.pdf.

Fortin, M. (1999). *Processo de Investigação: da concepção à realização*. Edições Técnicas. Loures.

Pereira, M. (20 de Dezembro de 2004). Má Notícia em Saúde; Um Olhar sobre as Representações dos Profissionais de Saúde e Cidadãos. *Enfermagem*, pp. 33-37.

Siqueira, A. e. (31 de Fevereiro de 2006). Nurse, Patient and Family Relationship: Behavior Factors Associated to Assistance Quality. pp. 73-77.

Urden, L. D., Stacy, K. M. & Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos, diagnóstico e intervenção* (5^a Ed.). Loures: Lusodidacta

Apêndice II – Cartaz sobre as Intervenções Terapêuticas no Helitransporte do Doente Crítico com AVC

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS PARA O HELITRANSORTE DO DOENTE CRÍTICO

Define-se doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.

SPCI (2008:9)

Contra-Indicações para o Helitransporte

Relativas

- Gravidez > 34 semanas;
- Doente agitado;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Hipóxia em ventilação espontânea;
- Doença das células falciformes;
- Oclusão Intestinal;
- Doença infecto-contagiosa;
- Acidente de mergulho < 12 - 24h;
- Enfisema bolhoso;

Absolutas

- Recusa do doente;
- Ausência de vaga no hospital de destino;
- Doentes em estadio terminal;
- Falência de funções vitais (Não Estabilizados);
- Epilepsia não controlada;
- Pneumotórax (não drenado)
- Pneumoencéfalo;
- Gás na cavidade ocular;

Preparação do Doente

- Canalizar 2 acessos venosos periféricos de grande calibre (G14/G16);
- Se catéter central → Rx tórax para exclusão de Pneumotórax / Hemotórax;
- Se Pneumotórax / Hemotórax → drenar e deixar em drenagem passiva (com válvula unidireccional);
- Insuflar o *cuff* do TET com soro fisiológico ou água destilada;
- NÃO clampar sondas, drenos ou algalias;
- Cortar gessos para avaliar pressão - risco de isquémia (síndrome compartimental);
- Manter temperatura corporal;
- Realizar TAC-CE para exclusão de Pneumoencéfalo;
- Administrar Metoclopramida para profilaxia do vômito;
- Se patologia gastro-intestinal → colocar SNG em drenagem passiva;
- Se epilepsia → profilaxia das convulsões (benzodiazepinas);
- O₂ a 100% 15 minutos antes do transporte.



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Elaborado por: Luis Espírito Santo sob orientação do Prof. Raúl Cortez

Bibliografia: Grupo de Trauma e Emergência. (2009). Curso de Emergência Trauma e Catástrofe. Acesso a 15 de Dezembro de 2015, de www.trauma.pt. Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Manual de Suporte Avançado de Vida. Acesso a 13 de Dezembro de 2015, de www.inem.pt. Intensive Care Society. (2011). Guidelines for The Transport of the Critically Ill Adult. Acesso a 9 de Março de 2016, de Intensive Care Society. <http://icoblog.com/wordpress/wp-content/uploads/2011/03/ICIS-Transport-of-Critically-Ill-Adult-2011.pdf>. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2006). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações 2006. Acesso a 11 de Fevereiro de 2016, de Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. www.spcil.com/_SPIC-04-Transporte-Doente-Critico-2006.



Apêndice III – Formulário para o Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico com AVC

FORMULÁRIO PARA O TRANSPORTE DO DOENTE INTER-HOSPITALAR

Nome _____	Diagnóstico _____
Idade _____ Data de Admissão ___/___/___	_____
Hospital de Origem _____	_____
Hospital de Destino _____	_____

Médico _____
Enfermeiro _____
Contacto _____
Pessoa de Referência _____

A - VIA AÉREA

O₂ _____ TET n.º _____ Outra Via Aérea _____

B - VENTILAÇÃO

Espontânea _____ Controlada _____ FR _____ SatO₂ _____

C - CIRCULAÇÃO

Acesso Venoso _____	Local/N.º _____	Fluidos _____
Linha Arterial _____	Local/N.º _____	Sangue _____
Catéter Central _____	Local/N.º _____	Outros _____
Diurese (ml) _____	Local/N.º _____	_____

D - DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

Glasgow Coma Scale (GCS) O _____ V _____ M _____ Total = _____

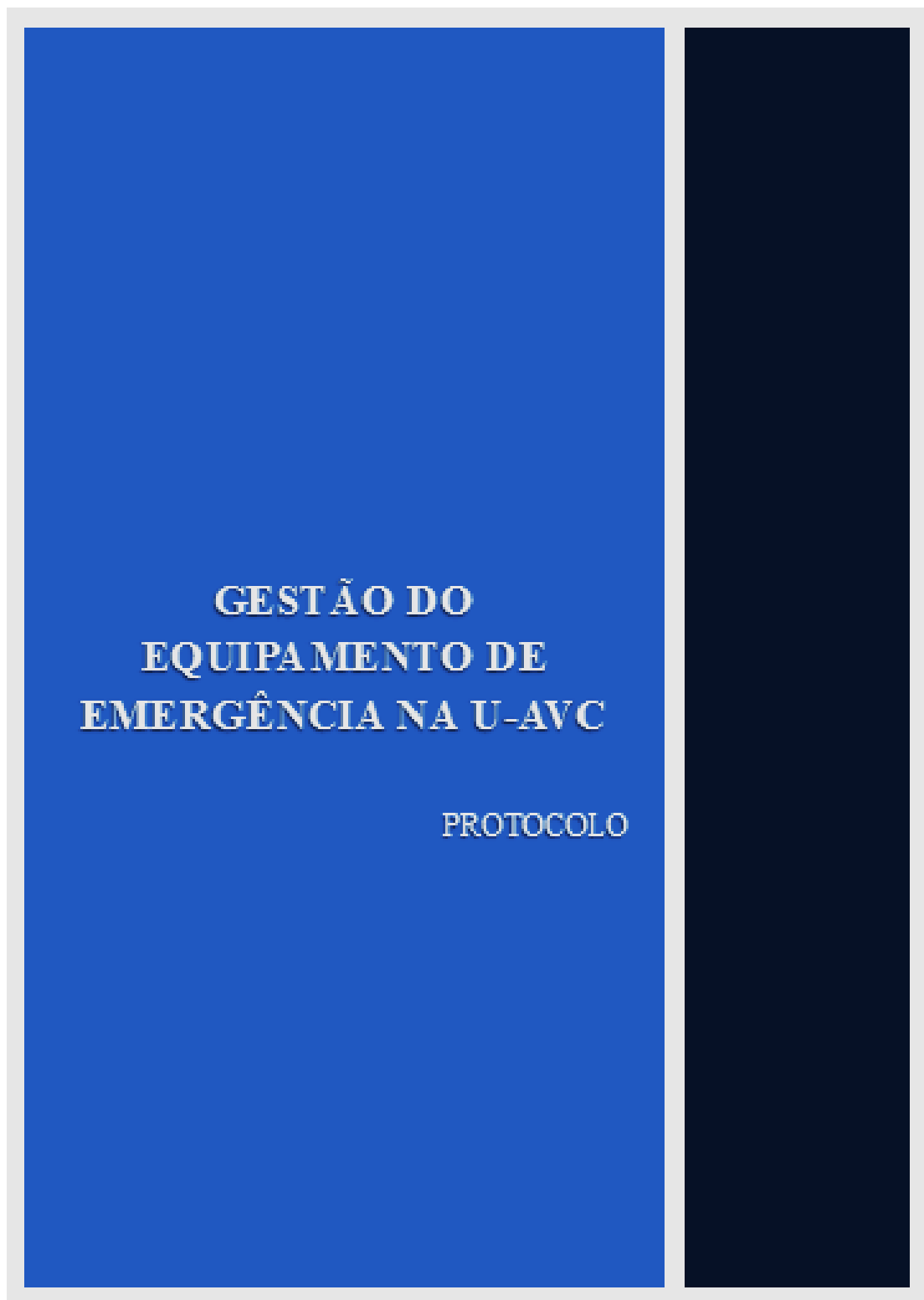
E - EXPOSIÇÃO

Feridas _____	Local _____
Fracturas _____	Local _____
Úlceras de Pressão _____	Local _____

INFORMAÇÕES GERAIS

Cirurgias _____
Drenos _____
Exames Complementares de Diagnóstico _____

Apêndice IV – Protocolo do Carro de Emergência



INTRODUÇÃO

Propus a realização de um documento de registo da verificação e reposição de medicação e acessórios do Carro de Emergência na U-AVC integrada no serviço de Especialidades Médicas, de acordo com as *guidelines* atuais.

Estabeleci como objetivos do protocolo:

- Definição do conteúdo dos Carros de Emergência;
- Definição das regras de manutenção;
- Realização de auditorias regulares à sua conformidade;
- Revisão periódica do seu conteúdo;
- Estabelecimento de elos de ligação com todas as áreas hospitalares;

A incidência de paragem cardiorrespiratória (PCR) intra-hospitalar é muito variável sendo cerca de 1-5 por 1000 internamentos. Dados recentes do *American Heart Association National Registry of CPR* indicam que a sobrevida à data da alta hospitalar depois de PCR intra-hospitalar é de 17.6% para todos os ritmos de paragem. Em 25% dos casos o ritmo inicial de paragem é um ritmo desfibrilhável – fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular sem pulso (TVsp). Na maior parte dos casos o ritmo inicial de paragem é um ritmo não-desfibrilhável – assistolia ou atividade elétrica sem pulso (AEsp). A sobrevida à data da alta hospitalar é maior nos ritmos desfibrilháveis em comparação com os não-desfibrilháveis sendo 37% e 11,5%, respetivamente.

O primeiro elo da cadeia de sobrevivência é o reconhecimento precoce do doente em risco e a prevenção da PCR. A percentagem de doentes que tem alta para o domicílio, pós-PCR intra-hospitalar, é inferior a 20%.

A prevenção da PCR intra-hospitalar exige a monitorização dos doentes, a existência de um sistema eficaz para efetuar o pedido de ajuda e a formação adequada dos profissionais para prestar a ajuda adequada a cada situação.

A PCR raramente ocorre como acidente súbito e imprevisto e habitualmente não é causada por doença cardíaca primária. Os doentes apresentam, frequentemente, deterioração fisiológica lenta e progressiva, com hipóxia e hipotensão que não é detetada pelos profissionais ou é reconhecida mas insuficientemente tratada. Muitos destes doentes têm PCR não monitorizadas e o ritmo cardíaco subjacente é, geralmente, não-desfibrilhável sendo a sobrevida, à data da alta hospitalar, baixa como referido anteriormente.

Para reconhecer precocemente o doente em risco de vida é importante a existência de um plano de monitorização de sinais vitais que explicita as variáveis a monitorizar e a frequência com que devem ser avaliadas. O sucesso no atendimento da PCR depende de fatores relacionados com o doente (idade, morbilidades, ritmo inicial da PCR, local do evento) e com a estrutura hospitalar (presença de equipas especializadas, materiais e local de cuidados pós-PCR). Depende ainda de fatores relacionados com os profissionais de saúde nomeadamente no que diz respeito ao diagnóstico da PCR, desfibrilhação precoce e atuação na PCR de acordo com as *guidelines* em vigor.

Todo o material utilizado em reanimação cardiopulmonar (RCP) deve estar operacional, disponível e em local de fácil acesso. De acordo com as diretrizes o conteúdo do Carro de Emergência deve ser homogéneo em todos os serviços do Hospital.

O presente documento foi elaborado em conformidade com as orientações e diretrizes do *European Resuscitation Council*, tendo como objetivo uniformizar os procedimentos e materiais dos Carros de Emergência e, por conseguinte, melhorar o atendimento à pessoa em situação crítica.

O CARRO DE EMERGÊNCIA

O Carro de Emergência é uma estrutura móvel onde se encontra um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para a reanimação cardiorrespiratória (Administração Regional de Saúde, 2010).

A sua existência, bem como de todo o material que o constitui, e a sua organização, são ferramentas importantes para o sucesso da abordagem do doente crítico. Nesse sentido elaboram-se estas recomendações e propõe-se a uniformização dos Carros de Emergência.

Composição e Organização

O Carro de Emergência deve existir em TODAS as Salas de Emergência de TODOS os Serviços de acordo com o Despacho nº5414/2008, de 28 de Fevereiro. A organização do Carro de Emergência deverá ser adaptável às características do carro de cada Unidade de Saúde/Serviço e deve estar dividida em quatro tópicos: (1) avaliação e diagnóstico; (2) controle da via aérea; (3) acesso vascular e (4) administração de fármacos. É de salientar a importância que assume a facilidade e a rapidez de acesso ao Carro de Emergência na diminuição da probabilidade de erro.

O conteúdo do Carro de Emergência encontra-se descrito no Apêndice I deste documento.

Uma sugestão de organização do Carro de Emergência poderá ser a seguinte:

- **Base superior:** monitor-desfibrilhador, estetoscópio, botija de O₂ (com debitómetro), insuflador manual com saco/reservatório e filtro descartável;
- **1ª Gaveta:** fármacos de 1ª linha em situações de emergência (constantes na *check list*);

Atenção: devem separar-se os fármacos com forma de apresentação idêntica como é o caso da adrenalina e da atropina; estas devem ser colocadas em cantos opostos da gaveta com uma cor de fundo diferente; os fármacos mais utilizados devem ser dispostos de acordo com um código de cores que favoreça uma reação mais instintiva, rápida e menos dada a equívocos.

– **2ª Gaveta:** material de abordagem da via aérea (cabos e lâminas de laringoscópio de vários tamanhos, tubos orofaríngeos de vários tamanhos, vias orofaríngeas, sonda de aspiração rígida; os tubos endotraqueais (TET) deverão estar organizados, por tamanhos, mas numa divisória à parte nesta gaveta;

– **3ª Gaveta:** material para cateterização de acessos venosos periféricos, pás do desfibrilhador e *pacemaker*;

– **4ª Gaveta:** para restante material que inclui os soros mais utilizados, prolongamentos de soros, torneiras, etc.

Normas de Utilização e Manutenção

Deve ser utilizado em todas as situações em que se verifique grave compromisso das funções vitais.

Os critérios de abertura do Carro de Emergência baseiam-se nos critérios de ativação da equipa médica de emergência do *Liverpool Hospital*, em Sidney.

Parâmetros	Alterações
Via aérea	Compromisso
Respiração	Todas as paragens respiratórias FR <10 cpm FR > 35 cpm
Circulação	Todas as PCR FC <40 FC > 150 PA sistólica <90 mmHg
Neurológico	Alteração súbita do estado de consciência, com diminuição do GCS > 2 pontos Convulsões repetidas/prolongadas
Outros	Qualquer doente que sem preencher estes critérios apresente situação crítica

GCS – *Glasgow Coma Scale*

Recomendação para a Utilização

De acordo com a ARS (2010) devem ser tidas em conta as seguintes recomendações:

1. Manter monitor-desfibrilhador sempre ligado à corrente elétrica;
2. Diariamente:
 - Verificar se o Carro de Emergência está selado/fechado;
 - Testar o desfibrilhador e registar em folha própria, independentemente das verificações periódicas da responsabilidade da marca;
3. Sempre que for utilizado:
 - Proceder à sua higienização;
 - Repor o material o mais breve possível verificando a *check-list* de todo o material e registar na folha de abertura do carro;
4. Mensalmente:
 - *Check-list*: verificar a validade, acondicionamento dos fármacos e do material e registar na folha de abertura do carro.
5. Três meses antes de expirar o prazo de validade dos fármacos deve ser enviada esta informação à farmácia Hospitalar para que seja efetuada a respetiva troca.
6. Selar o Carro de Emergência após cada verificação, reposição ou auditoria.
7. Em todos os registos deve constar: data, hora, assinatura legível e número mecanográfico de quem efetuou o registo.
8. As folhas de registo devem ser preenchidas e arquivadas sendo da responsabilidade do enfermeiro responsável.

Gestão

Recomenda-se que os Carros de Emergência deverão apresentar conteúdo e localização pré – definidas:

- Conteúdo e sua organização discriminado em folha de registo própria (Apêndice I);
- Localização deve ser central e de fácil acessibilidade em todas as áreas do hospital.

A manutenção de cada Carro de Emergência tem as seguintes etapas de verificação:

- Pelo enfermeiro utilizador após cada utilização;
- Mensalmente por um enfermeiro responsável, independentemente das utilizações;
- Por auditoria do grupo de trabalho de Emergência Intra-Hospitalar, pelo menos 3 vezes/ano (Apêndice II);
- Diariamente, em todos os turnos, verificação da integridade do selo/aspecto/localização e condições de deslocação (Apêndice III);

Verificação do conteúdo do Carro de Emergência

A verificação do Carro de Emergência deve ser efetuada, preenchendo o impresso respetivo (Apêndice I), cada vez que o selo de fecho tenha sido violado, ou seja o carro tenha sido aberto. O impresso deve ser preenchido assinalando um visto em todos os itens que constituem o conteúdo do Carro e não deve ser para assinalar o que falta ou o que está fora de validade. O Carro não pode ser selado enquanto o impresso não estiver completamente preenchido.

O Carro só pode ser aberto nas situações de PCR ou situação crítica, de acordo com os critérios estabelecidos e aquando da verificação mensal do seu conteúdo.

Instruções de manutenção

O conteúdo do Carro de Emergência destina-se a apoiar a resposta a situações de Emergência.

A gestão da sua manutenção cabe ao elo de ligação de cada área hospitalar, ou alguém por ele nomeado, sendo este responsável pela verificação mensal de todo o seu conteúdo e *stocks*.

As instruções de manutenção devem ser **rigorosamente** respeitadas:

- Fora dos episódios de Emergência, deve estar sempre selado;
- Deve estar estacionado em local fixo;
- O tampo superior deve permanecer livre;
- O material existente no Carro de Emergência é normalizado, pelo que não deverá existir nele mais do que consta na lista de verificação;

• Após cada utilização, a reposição do material em falta deverá ser feita no mais breve espaço de tempo. Para tal deverá seguir a *check-list* de manutenção do Carro, conferindo todo o material que nela consta e assinalando na mesma os materiais repostos.

Deve ser assinada (nome e número mecanográfico) e nela registado o número de fecho com que é lacrado o carro (Apêndice III);

• Na passagem de turno, o enfermeiro que entra ao serviço deve assegurar-se de que o Carro se encontra devidamente selado e operacional. O incumprimento desta instrução responsabiliza o recetor;

• Mensalmente deverá ser feita uma verificação de rotina de todo o material incluindo verificação das datas de validade, integridade, sua correta montagem e funcionalidade.

• Todos os fármacos devem ser devolvidos aos serviços farmacêuticos 3 meses antes de expirar o seu prazo de validade, com referência de que pertencem ao Carro de Emergência.

Monitores-Desfibriladores

A verificação/manutenção dos monitores-desfibriladores é da responsabilidade do elo de ligação de cada área, ou alguém por ele nomeado. Esta verificação e registo devem ser feitos diariamente, mediante o preenchimento de folha própria (Apêndice IV).

REFERÊNCIAS

- Administração Regional de Saúde (2010). Comissão Regional do Doente Crítico - *Um ano de reflexão e mudança!* Porto, Gabinete de Relações Públicas da Administração Regional de Saúde do Norte, IP, 2009. [Em Linha]. [Consult. 10 Janeiro de 2016. Disponível na Internet: <http://www.arsnorte.min-saude.pt>].
- BATUCA, Artur - *Reanimação cardiorrespiratória*. Amadora, IFE, 2005. ISBN 223999/5
- BOSSAERT, Leo et al – *Basic Life Support & Automated External Defibrillation*. 2ªed. Antwerpen, Belgium, European Resuscitation Council, 2006. ISBN 907693424x
- CPR – Conselho Português de Ressuscitação. [Em Linha]. [Consult. 20 Janeiro 2016]. Disponível na Internet: <http://cprportugal.net/>.
- Diretriz de Apoio ao Suporte Avançado de Vida em Cardiologia – Código Azul – Registro de Ressuscitação - Normalização do Carro de Emergência*. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 81 (Suplemento IV), 3-14.
- European Resuscitation Council* (2010). *Recomendações 2010*. [Em Linha]. [Consult. 10 de Janeiro de 2016]. Disponível na Internet: <http://erc.edu/-36K>
- INEM – *Manual de suporte avançado de vida*. Direcção dos serviços de formação [S.I] – INEM, Março, 2006.
- Peberdy, M. et al. (2003). *Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation*. *Resuscitation*, 58, 297-308.

APÊNDICES

Apêndice I – Folha de Verificação do Carro de Emergência.

Apêndice II – Folha de Auditoria ao Carro de Emergência.

Apêndice III – Folha de Verificação diária do Carro de Emergência:

Apêndice IV – Folha de Verificação do Desfibrilhador.

APÊNDICE I - FOLHA DE VERIFICAÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA

TABULEIRO SUPERIOR - FÁRMACOS		
<ul style="list-style-type: none"> • Adrenalina 1mg/1 ml (12) • Atropina 1mg/1ml (9) • Adenosina 6mg/2ml (5) • Amiodorona 150mg/3ml (6) • Bicarbonato Sódio 8,4% 100ml (1) • Diazepam 10 mg /2 ml (3) • Diazepam rectal 5 mg (2) • DNI 10mg/10ml (3) • Etomidato 20 mg/10 ml (4) 	<ul style="list-style-type: none"> • Flumazenil 0,5mg/5ml (2) • Furosemida 20mg/2ml (10) • Glicose 30% 20ml (3) • Gluconato de Ca+ 10% (2) • Hidrocortisona 100mg (4) • Lidocaina (2) • Morfina 10mg/ml (2) • Midazolam 15 mg/3ml (4) • Naloxona 400mcg/1ml (4) 	<ul style="list-style-type: none"> • Propofol 200 mg/20 ml (2) • Soro Fisiológico <ul style="list-style-type: none"> - embalagem 10cc (5) - frasco 100cc (2) • Soro com dextrose 5% <ul style="list-style-type: none"> - frasco 100cc (1) • Sulfato Magnésio 20% (2) • Vecurónio 4mg/1ml (4) <li style="text-align: center;">Comprimidos: • AAS 100 mg (5 comp.) • Nitromint 0,5 mg (1 frasco)
1ª GAVETA – CIRCULAÇÃO		
<ul style="list-style-type: none"> • Garrote (1) • Seringa 2cc (10) • Seringa 5cc (10) • Seringa 10cc (5) • Seringa 20cc (5) • Seringa 50cc (2) • Agulhas S.C. E.V. IM; 	<ul style="list-style-type: none"> • Cateteres Venosos (5x cada): 24G; 18G; 16G; 14G • Prolongamento de soros de 10cm (2) • Prolongamento de soros de 50cm (2) • Sistema de soros (2) • Sistema <i>Diaflow</i> (2) • Eléttodos (10) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gel • Lâminas para tricotomia (2) • Torneiras de 3 vias (4) • Transfere (1) • Pilhas para laringoscópio (2)

2ª GAVETA – VIA AÉREA/ ADJUVANTES VIA AÉREA E VENTILAÇÃO		
<ul style="list-style-type: none"> • Cabo laringoscópio (1) • Lâminas de laringoscópio nº 2, 3 e 4 (1x cada) • Nastro cortado (2x) • Lidocaína <i>spray</i> e gel (1x cada) • Pinça de Maguill (1) • Seringa 10cc (1) • Insuflador manual (1) • Máscara de ventilação nº 3, 4 e 5 (1x cada) • Tubos orofaríngeos nº 2,3 e 4 (1x cada) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tubo Endotraqueal nº 6; 5; 4 (1x cada) • Tubo Endotraqueal nº 8; 7 ½; 7 (2x cada) • Máscara Laríngea (1) • Máscara de Venturi (1) • Máscara de alta concentração de O₂ (1) • Tubos nasofaríngeos nº 6, 7 e 8 (1x cada) 	<ul style="list-style-type: none"> • Conductor (1) • Estetoscópio (1) • Sondas de aspiração (5) • Cânulas de aspiração (2) • Tubos laríngeos nº 3, 4 e 5 (1x cada) • Filtro Hidrostático (1) • Traqueia (1) • Peça em T (1)
1ª GAVETA LATERAL	2ª GAVETA LATERAL	3ª GAVETA LATERAL
<ul style="list-style-type: none"> • Luvas esterilizadas nº 6 ½, 7, 7½, 8 (1x cada) • Máscaras protecção c/ viseira (3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Caixa de luvas látex M (1) • Compressas pacote 7½ x 7½; 10 x 10; 40 x 20 (1x cada) 	<ul style="list-style-type: none"> • SNG dupla via e simples (1x cada) • Seringa de lavagem (1) • Saco coletor (1)
PORTA		
<ul style="list-style-type: none"> • Soro Fisiológico 500 ml (2) • Lactato de Ringer 500 ml (1) • Voluven® 500ml (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dextrose 5% H₂O 500 ml (1) • Bicarbonato Sódio 1,4 % 500 ml (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Selos numerados (1 embalagem) • Contentores cortantes/perfurantes (1)

Observações:

Data ___/___/___ Nº Fecho _____

Nome _____ Nº Mec _____

APÊNDICE II - FOLHA DE AUDITORIA DO CARRO DE EMERGÊNCIA

Serviço/ local: _____

Data: ____/____/____

Responsável pela Manutenção	
Localização	
Aspecto Geral	
Selo	
Folhas de Registo	
Última Verificação	
Validade dos Fármacos	

Observações:

Recomendações:

O Auditor: _____

APÊNDICE III - FOLHA DE VERIFICAÇÃO DIÁRIA DO CARRO DE EMERGÊNCIA

Mês: _____ Ano: _____

Verifique:

- Integridade do selo
- Aspeto do carro
- Localização e condições de deslocação

Assine e coloque nº mecanográfico _____

	MANHÃ	TARDE	NOITE	OBSERVAÇÕES
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

