

Relatório de Mestrado

Relatório de Mestrado

(Equivalência 2º Curso de Pós-graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Trabalho de Projecto para Candidatura ao grau de
Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientador de Mestrado:

Professora Doutora Alice Ruivo

Gabriel Valentim dos Santos Lúcio nº 100519020

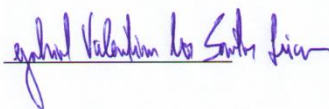
Setúbal

Fevereiro de 2013

[DECLARAÇÕES]

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

O candidato,



Setúbal, 16 de Fevereiro de 2013

Declaro que esta ~~Dissertação~~ / Trabalho de Projecto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),



Setúbal, 16 de Fevereiro de 2013

AGRADECIMENTOS

À instituição de saúde que me permitiu local de estágio onde foram desenvolvidas as competências que me caracterizam enquanto pessoa e enfermeiro.

À Sr.^a Professora Alice Ruivo pelas orientações preciosas neste percurso, paciência e preocupação.

Ao Sr.^o Enfermeiro-chefe do local de estágio pelo incentivo na implementação do projecto de intervenção em serviço.

Ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica orientador de estágio que nos momentos mais tortuosos deste caminho me ajudou a manter o rumo.

RESUMO

Em contexto do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal sistematiza-se no presente relatório todo o processo desenvolvido para a aquisição das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Deste processo destaca-se a análise e reflexão do processo de aquisição e desenvolvimento de todas as competências do enfermeiro especialista, e a realização do projecto de intervenção em serviço que demonstra na prática algumas dessas competências. É destacado o processo de evolução do referencial teórico que norteia o exercício de enfermagem do mestrando, pautado teoria de médio alcance: The AACN Synergy Model for Patient Care.

Inserido em contexto da Unidade Curricular Enfermagem Médico-cirúrgica I, o Estágio III contemplou a realização de um projecto de intervenção, segundo a metodologia de projecto. Com este pretende-se a implementação de rotinas de monitorização dos carros de emergência, num serviço de urgência geral de um Hospital do sul do país, através da criação de uma norma de procedimento. A sua implementação visa uniformizar práticas de organização e manutenção dos carros de emergência, e responder aos critérios do programa de acreditação do CHKS healthcare accreditation and quality unit.

A reflexão das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista revelou-se construtiva e enriquecedora, contribuindo para a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do processo profissional e académico, e para a sensibilização dos domínios que carecem de maior investimento futuro.

O projecto de intervenção contribuiu fortemente para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, nomeadamente, no domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados.

O grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica implica um conhecimento aprofundado no domínio especializado da área médico-cirúrgica, em complemento com as competências do enfermeiro especialista. Encontram-se aqui descritas as competências desenvolvidas que complementam o enfermeiro especialista enquanto Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-cirúrgica, Competências comuns e específicas, Mestre em Enfermagem, Metodologia trabalho projecto.

ABSTRACT

On the context of the 1st Master in Medical-Surgical Nursing from 'Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal' is systematized in this report the process developed for the acquisition of Common and Specific Competencies of Nurse Specialist in 'Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica'. Of this process is highlighted the analysis and reflection on the acquisition and development of the nurse specialist skills, and the intervention project in service that demonstrates some of these skills. It is highlighted the evolution of the theoretical framework that guides the exercise of nursing by the masters student, based on the middle range theory: The AACN Synergy Model for Patient Care.

On the context of the 'Unidade Curricular Enfermagem Médico-cirúrgica I, the 'Estágio III' included the realization of an intervention project, according to project methodology. With this is intended to implement routine monitoring of the crash-carts in the emergency department of a general hospital in the south of the country, through the creation of a standard procedure. Its implementation aims to standardize practices for organizing and maintaining the crash-carts, and meet program criteria for accreditation of CHKS healthcare accreditation and quality unit.

The reflection on the common and specific competencies of the nurse specialist proved to be constructive and enriching, contributing to the awareness of the skills acquired throughout the professional and academic process, and to raise awareness of the areas that require further investment.

The intervention project contributed greatly to the development of the nurse specialist skills in particular on the field of continuous quality improvement and care management.

The Master degree in Medical-Surgical Nursing implies a thorough knowledge in the specialized field of medical-surgical nursing, in addition to the skills of the nurse specialist. Here are described the skills that were developed and complemented the nurse specialist ones while Master in Medical-Surgical Nursing.

Key-words: Medical-Surgical Nursing, Common and specific skills, Master in Nursing, Project methodology.

Lista de Abreviaturas

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

DGS – Direcção-Geral de Saúde

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

ERC – European Resuscitation Council

ESS – Escola Superior de Saúde

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILCOR – International Liaison Committee on Resuscitation

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

NP – Norma de Procedimento

PGEMC – 2ª Pós-graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica

PIS – Projecto de Intervenção em Serviço

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SUG – Serviço de Urgência Geral

UC – Unidade Curricular

UCDI – Unidade Cuidados Diferenciados Imediatos

UT - Unidade Temática

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

0.Introdução	1
1.Enquadramento Teórico	4
2. Projecto de Intervenção em Serviço no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica	17
2.1. Diagnóstico de Situação	17
2.2. Definição de Problema de Enfermagem	18
2.3. Planificação do Projecto de Intervenção em Serviço	20
2.4. Implementação do Projecto de Intervenção em Serviço	21
3. Análise de Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica	23
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	24
3.1.A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	24
3.1.A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	24
3.1.A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	26
3.1.B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	27
3.1.B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	28
3.1.B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade	29
3.1.B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	30
3.1.C. Domínio da Gestão dos Cuidados	31
3.1.C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar	31
3.1.C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados	33
3.1.D. Domínio das Aprendizagens Profissionais	34
3.1.D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade	35
3.1.D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	36
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica	38
3.2.A. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	39
3.2.B. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítima, da Concepção à Acção	42
3.2.C. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas	45
4.Análise de competências de Mestre em Enfermagem	48
4.1. Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem	48
4.2. Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas	49

4.3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva	49
4.4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos	50
4.5. Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência	51
4.6. Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular	51
5. Conclusão	52
Referências Bibliográficas	55
Apêndices	
Apêndice I – Resultados da Auditoria	
Apêndice II – Planeamento do PIS	
Apêndice III – Cronograma do PIS	
Apêndice IV – Protótipo I da Norma de Procedimento	
Apêndice V – Protótipo II da Norma de Procedimento	
Apêndice VI – Protótipo III da Norma de Procedimento	
Apêndice VII – Norma de Procedimento 3023 Verificação dos Carros de Emergência	
Apêndice VIII – Folha de Verificação Mensal da UCDI – Ano 2012	
Apêndice IX – Folha de Verificação Diária da UCDI – Outubro de 2012	
Apêndice X – Artigo do Projecto de Intervenção em Serviço	
Anexos	
Anexo I – Características do cliente, características do enfermeiro e diagrama do AACN – Synergy model for patient care	
Anexo II – Evolução da taxa global de adesão à higiene das mãos no HGO	
Anexo III – Resultados da adesão à campanha de higiene das mãos por categoria profissional no SUG	

0. Introdução

O presente relatório de mestrado representa o culminar de um longo percurso, iniciado em 2008 com o ingresso na 2ª Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica (PGEMC) na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) e que se conclui agora com o término do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), igualmente na ESS do IPS. Representa uma reflexão do caminho percorrido, quer a nível pessoal, quer a nível profissional, representando uma mais-valia em termos de futuro, pois sistematiza todo o processo desenvolvido para a aquisição das competências comuns e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC).

O estágio III onde o presente Projecto de Intervenção em Serviço (PIS) foi realizado decorreu entre 26 Setembro 2011 e 8 Fevereiro de 2012, inserido no contexto da Unidade Curricular (UC) Enfermagem Médico-Cirúrgica I, sob a supervisão e orientação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) e da Professora Doutora Alice Ruivo, tendo decorrido na Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos (UCDI) do Serviço de Urgência Geral (SUG) de um Hospital da zona Sul do País, que doravante será referido como Hospital. Representou 10 ECTS, correspondentes a 14 horas na ESS, 128 horas contacto em estágio e 128 horas de trabalho do formando.

O resultado esperado é a realização de um PIS, no qual será formulado o diagnóstico da situação e o planeamento do PIS, no âmbito da resolução de um problema/oportunidade detectado em contexto de estágio; e a reflexão crítica sobre a aquisição/aprofundamento de competências específicas do EEEPSC.

Para responder a estes objectivos o presente relatório encontra-se dividido em cinco capítulos principais, identificados como 1. **Enquadramento Conceptual**, 2. **Projecto de Intervenção em Serviço no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 3. **Análise de Competências do Enfermeiro Especialista**, 4. **Análise de Competências de Mestre em Enfermagem** e 5. **Conclusão do Relatório de Mestrado**. No primeiro desenvolve-se o enquadramento teórico que orienta a minha prática clínica diária e, consequentemente, o trabalho realizado ao longo do relatório de estágio. O contacto com diversas teorias de enfermagem é salutar, e uma vez que é o conhecimento em enfermagem que guia a prática profissional, o enquadramento conceptual é indispensável em qualquer trabalho de enfermagem.

Este reflecte o meu percurso escolar e profissional e as influências inerentes ao mesmo percurso, destacando-se os contributos teóricos de Roper, Logan e Tierney; de Patricia Benner e por último da American Association of Critical-Care Nurses. Será feita uma ponte com o conceito de qualidade dos cuidados de saúde, como nota introdutória para o capítulo seguinte onde será abordado o PIS.

O presente relatório de estágio pretende, como já foi descrito, ser um instrumento de avaliação no âmbito do Estágio III do MEMC. Para o efeito foi realizado um PIS, segundo a metodologia de projecto, tendo sido efectuado o diagnóstico da situação, o estabelecimento de objectivos e o planeamento da intervenção. Este incide sobre um problema de enfermagem percebido durante a realização do estágio III e posteriormente validado com a realização de auditorias – a inexistência de uma norma do SUG, a não conformidade dos carros de emergência com a norma geral do hospital e a falta de verificações periódicas. Todo este processo encontra-se descrito no terceiro capítulo do relatório, sendo as perspectivas futuras debatidas na conclusão.

A análise das competências do EEPSC é efectuada no terceiro capítulo. Neste pretende-se demonstrar a concordância entre o percurso profissional e académico e as unidades de competência comuns e específicas do EEPSC.

Ao longo de todo o relatório serão inseridos os contributos resultantes do Estágio III, sendo efectuada uma breve reflexão sobre o contributo do mesmo no aperfeiçoamento profissional.

Como forma de dar resposta à avaliação do módulo Seminários de Peritos II, inserido na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica II é efectuada uma análise do contributo que o mesmo teve na aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEPSC. Esta é inserida no capítulo 3.2.B. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítima, da Concepção à Acção, sendo realçados os contributos inerentes a esta partilha de experiências.

Será igualmente efectuada uma análise das competências de Mestre em Enfermagem, sendo demonstrado o trabalho efectuado ao longo deste percurso para a sua aquisição.

Por último a conclusão será a súmula quer do PIS, reflectindo sobre o percurso efectuado e traçando perspectivas futuras, quer das competências do EEPSC e de Mestre em Enfermagem. Nela se procurará uma breve reflexão final sobre o percurso efectuado.

A pesquisa bibliográfica necessária à sustentação teórica e científica deste relatório foi efectuada entre Setembro de 2011 e Maio de 2012, tendo recorrido somente a fontes credíveis, reconhecidas e válidas. Os sites institucionais oficiais de instituições como a Ordem dos Enfermeiros (OE) são a fonte dos documentos que regulamentam actualmente a profissão de Enfermagem, e que orientam a realização do presente relatório, sendo utilizados os sites institucionais de outras organizações, conforme necessário. A necessidade de utilização de artigos científicos credíveis e válidos induziu a pesquisa bibliográfica em bases de dados indexadas (como a B-on e EBSCO), de acordo com as orientações leccionadas tanto na PGEMC como no MEMC. É utilizada a norma de referenciação bibliográfica da APA no presente relatório.

A utilização de uma linguagem com elevada definição terminológica e rigor semântico é essencial a um trabalho académico, tendo por isso sido utilizada adequadamente ao longo deste relatório. Encontra-se redigido de acordo com as normas do antigo acordo ortográfico por não me sentir confortável com as regras ortográficas do novo acordo ortográfico e me ser impossível de momento a sua utilização correcta.

1. Enquadramento Teórico

Ser enfermeiro é...

Existem várias formas de completar esta frase e, apesar de parecer simples, quando esta questão é colocada a enfermeiros, obtêm-se vários tipos de resposta, nomeadamente relacionadas com funções e actividades desempenhadas por enfermeiros. Em Portugal a definição legal de enfermeiro presente no art. 4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) é:

o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.

Contudo alguns enfermeiros respondem à questão anteriormente colocada com os elementos que se encontram no processo de enfermagem, ou seja os enfermeiros são os profissionais que diagnosticam, planeiam, implementam e avaliam os resultados das intervenções de enfermagem, enquanto outros respondem que os enfermeiros coordenam os cuidados de um doente. Mas semelhante definição pode ser aplicada a qualquer outra profissão ou trabalho, uma vez que em vários outros contextos se diagnostica o que está mal, planeia-se o que se vai fazer e implementam-se as medidas necessárias e posteriormente avalia-se se o problema diagnosticado foi resolvido.

Outros definem ser enfermeiro pelo que os enfermeiros fazem. Mas um enfermeiro que exerce em cuidados primários não realiza o mesmo tipo de funções que um enfermeiro num contexto de urgência ou intensivos. Inclusivamente, algumas das funções dos enfermeiros poderão ser partilhadas com outros profissionais. As funções desempenhadas pelos enfermeiros variam não só com o contexto em que são realizadas, mas igualmente com a época histórica a que se referem, pelo que definir um enfermeiro pelo que ele faz, não é suficiente nem exacto (Smith & Parker, 2010).

Assim é necessário responder a esta questão formulando uma perspectiva de enfermagem enquanto disciplina ou campo de estudo. A primeira tentativa nesse sentido foi a de

Florence Nightingale que diferencia enfermagem da medicina, afirmando que se tratavam de duas práticas clínicas diferentes. Em meados do século XIX, Nightingale definia enfermagem como colocar o doente nas melhores condições para a natureza actuar sobre ele, enfatizando que a base de conhecimento da enfermagem era na saúde e no processo natural de cura e não na doença e reparação. Para ela, o foco da enfermagem era criar um ambiente que proporcionasse as condições para que o processo natural de cura ocorresse. Estas conceptualizações iniciais foram a semente do desenvolvimento teórico da enfermagem enquanto disciplina profissional (Smith & Parker, 2010; Alligood & Tomey, 2004).

Enfermagem é uma disciplina profissional porque o conhecimento em enfermagem guia a sua prática profissional, sendo esse o marco distintivo face a outras disciplinas como por exemplo a biologia. Todas as disciplinas têm um foco único que dirige a procura do conhecimento e os distingue de outros campos de estudo. Enfermagem procura oferecer uma perspectiva singular, ou seja uma forma diferente de ver fenómenos – Fenómenos de Enfermagem, o que proporciona a definição das suas fronteiras de conhecimento. Qualquer disciplina inclui uma rede de filosofias, teorias, conceitos, métodos de investigação e práticas que reflectem e são representativas da sua perspectiva. É este o objectivo dos modelos conceptuais de enfermagem, grandes teorias, teorias de médio alcance e teorias sobre a prática – descrever, prever e explicar os fenómenos dentro do domínio da enfermagem, procurando contribuir para uma prática de excelência, só possível se a mesma for guiada por teorias e baseada na evidência (Smith & Parker, 2010; Smith, 2008; McKenna, 2005; Colley, 2003).

Uma disciplina profissional deve ser claramente definida por uma definição do seu domínio, ou seja as fronteiras e foco dessa disciplina. No caso de enfermagem tal inclui os fenómenos relevantes para enfermagem, os problemas passíveis de ser resolvidos pela enfermagem, corpo de conhecimentos e métodos usados e os papéis requeridos pelos enfermeiros. Todas as disciplinas profissionais tem um corpo de conhecimento que consiste em teorias, conceitos, métodos de investigação e práticas como foi referido anteriormente. Tal permite a organização do conhecimento, guiar a prática clínica; melhorar os cuidados prestados aos clientes e guiar o avanço na ciência de enfermagem. São baseadas em valores e crenças fortemente enraizadas sobre enfermagem e, dentro de vários contextos, fornecem padrões que guiam o pensamento sobre o saber ser e saber fazer de enfermagem (Smith & Parker, 2010; Smith, 2008; Colley, 2003).

Nightingale deu um importante passo nessa direcção, como foi explicado anteriormente, tendo sido seguida por várias teóricas, especialmente a partir da segunda metade do século XX. Em 1978, Donaldson e Crowley citados por Smith & Parker (2010) identificaram o consenso relativo ao domínio da enfermagem, nomeadamente a preocupação com os princípios e leis que regem o processo de vida, bem-estar e o óptimo funcionamento do Ser Humano, saudável ou doente; a preocupação com os padrões de comportamento humano em interacção com o ambiente em alturas críticas do ciclo de vida; e a preocupação com os processos que afectam de forma positiva o estado de saúde. Em 1984, no seguimento do trabalho de 1978 de Donaldson e Crowley e do trabalho de 1980 de Gortner, Fawcett descreve um metaparadigma como forma de distinguir enfermagem de outras disciplinas, explanando a missão intelectual e social da disciplina de enfermagem e fornecendo fronteiras para o seu campo de estudo. Este procura reflectir o consenso entre os teóricos de enfermagem, tendo por isso mesmo sido actualizado em 2000 e procurado incorporar as críticas efectuadas por outros teóricos, sobre qual é o campo de estudo da enfermagem e representa o nível mais abstracto do conhecimento da enfermagem e consiste em quatro conceitos: **Human beings, Environment, Health e Nursing**. Human beings refere-se aos indivíduos, sendo que devem ser reconhecidos no contexto cultural em que se inserem e é extensível às famílias, comunidades e outros grupos ou agregados que participam em enfermagem. Environment refere-se às pessoas significativas dos indivíduos, ao contexto físico onde se encontram inseridos, bem como aos contextos onde enfermagem é exercida, que variam de residências privadas a instalações de cuidados de saúde, incluindo a sociedade como um todo. Este também se refere a todas as condições locais, regionais e nacionais de saúde, bem como culturais, sociais, políticas e económicas a nível mundial, que se possam associar à saúde dos indivíduos. Health é aqui entendido como os processos de viver e morrer do Ser Humano, enquanto que Nursing refere-se à definição de enfermagem, às acções desenvolvidas pelos enfermeiros em nome e/ou em conjunto com o indivíduo e aos objectivos ou resultados das intervenções de enfermagem. As intervenções de enfermagem são vistas como um processo mútuo entre os enfermeiros e os indivíduos alvo da sua intervenção. Para Fawcett, estes quatro conceitos relacionam-se em quatro preposições relacionais: a disciplina de enfermagem interessa-se com os princípios e leis que regulam os processos de viver e morrer; a disciplina de enfermagem interessa-se com a modelação das experiências de saúde dos indivíduos no contexto do seu ambiente; a disciplina de enfermagem interessa-se com as acções ou processos que são benéficos aos indivíduos e a disciplina de enfermagem interessa-se pelos processos de viver e morrer, reconhecendo que os indivíduos estão numa relação continua com o seu ambiente, sendo enfermagem o estudo das relações entre estes quatro conceitos. Embora actualmente se discuta

a necessidade de incluir o conceito de cuidado neste metaparadigma ou a substituição do conceito de enfermagem pelo conceito de cuidado, o metaparadigma utilizado por Fawcett cumpre o seu objectivo: distinguir enfermagem das outras disciplinas, especialmente da medicina. É aceite que o metaparadigma da medicina assenta na fisiopatologia e cura da doença, enquanto o metaparadigma de enfermagem é mais abrangente focando-se na pessoa, saúde e ambiente. A necessidade de utilização de um metaparadigma é reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros sendo nele que se baseiam o enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem emitidos em 2002, que reconhece os conceitos de Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem (Smith & Parker, 2010; Smith, 2008; Fawcett, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Fawcett descreveu uma estrutura representativa do conhecimento de enfermagem, do mais abstracto para o mais concreto. Cada componente é uno em si mesmo e faz parte de um uno maior que é o conhecimento de enfermagem. Nesta estrutura, o componente mais abstracto é o metaparadigma e o mais concreto o indicador empírico, passando pela filosofia, modelo conceptual e teoria. Assim, o **metaparadigma** considerado por Fawcett é o descrito anteriormente, que embora permita identificar o campo de estudo da enfermagem não fornece linhas guia para a investigação e prática. A **filosofia** de enfermagem tem como função comunicar aquilo que os enfermeiros consideram como verdadeiro em relação aos fenómenos de enfermagem, como os enfermeiros pensam desenvolver o conhecimento associado aos fenómenos de enfermagem e o que os enfermeiros valorizam relativamente às suas acções e práticas. Já o **modelo conceptual** permite providenciar uma forma distinta de observar os fenómenos de enfermagem, fornecendo um quadro de referência que guia os enfermeiros sobre como observar e interpretar os fenómenos de enfermagem. Embora os modelos conceptuais abarquem todos os conceitos do metaparadigma criado por Fawcett, cada um deles é definido e descrito de diferentes formas nos vários modelos conceptuais, sendo por isso mesmo representativos das diferenças entre eles. Uma teoria, de uma forma geral, é uma noção ou ideia que explica uma experiência, descreve relações e prediz resultados. Procura ajudar a descobrir o que sabemos e decidir o que precisamos de saber, sendo um mapa mental criado com o objectivo de ajudar a perceber e obter significados das nossas experiências, organizando e articulando o nosso conhecimento e lançando questões que levem a novas descobertas. Como tal, as teorias não se encontram naturalmente presentes no nosso mundo, sendo uma invenção humana. A **teoria** em enfermagem tem como função estreitar o conhecimento e ajudar a especificar os fenómenos de enfermagem contidos num modelo conceptual, providenciando uma estrutura

específica e relativamente concreta para a interpretação dos comportamentos, situações e eventos. No fundo, é um grupo de conceitos relacionados, que provêm dos modelos de enfermagem e sugerem acções para conduzir a prática. As teorias variam no seu nível de abstracção e alcance. Assim, as grandes teorias são relativamente abstractas e gerais, embora menos abstractas que os modelos conceptuais, uma vez que estes últimos dão uma visão ou perspectiva, mas não fornecem proposições que se possam testar. Considera-se que à medida que a ciência evolui o desenvolvimento do conhecimento passa dos modelos conceptuais e grandes teorias para teorias de médio alcance que para além de serem menos abstractas são baseadas na prática e empíricas. Estas são mais concretas e específicas, com um foco de interesse mais limitado, pois são constituídas por um número mais limitado de conceitos e proposições. As teorias de médio alcance tem uma forte ligação quer à prática clínica, quer à investigação, podendo ser desenvolvidas indutivamente através de investigação qualitativa e observações da prática clínica; dedutivamente através da análise lógica e síntese ou através de um processo cíclico de indução-dedução que permite o seu aperfeiçoamento. Actualmente são conhecidas dezenas de teorias de médio alcance, sendo produto dos vários estudos realizados no âmbito de enfermagem, continuando por isso mesmo este número a crescer à medida que cada vez mais estudos de enfermagem vão sendo realizados (Smith & Parker, 2010; Smith, 2008; Fawcett, 2005; Alligood & Tomey, 2004).

Não existe apenas uma única forma de categorizar as teorias de enfermagem. Uma delas consiste em categorizar as diferentes teorias tendo por base a sua filosofia subjacente. Assim podemos classifica-las enquanto teorias humanísticas, *outcome theories*, teorias de interacção e teoria das necessidades, também conhecida por escola das necessidades (Colley, 2003). Esta última guiou o meu crescimento em enfermagem, uma vez que durante o curso de licenciatura em enfermagem o modelo conceptual preconizado era o de Roper, Logan e Tierney.

Este modelo foi divulgado em 1980, em *The Elements of Nursing*, tendo conhecido quatro edições, sendo que na última, em 1996, o título foi alterado para *The Elements of Nursing: A model for Nursing based on a Model of Living*. Neste é defendido que a pessoa, que se encontra no centro do modelo, é caracterizada por doze actividades de vida, que são: Manutenção de um ambiente seguro; Comunicação; Respiração; Comer e beber; Eliminação; Higiene pessoal e vestuário; Controlo da temperatura corporal; Mobilidade; Trabalho e lazer; Expressão da sexualidade; Sono e Morte. Cada uma destas actividades de vida tem múltiplas dimensões, sendo por isso extremamente complexas. É defendido que as pessoas harmonizam esta complexidade atribuindo-lhes prioridades no dia-a-dia, sendo este conceito de extrema importância em

enfermagem, bem como o conceito de relevância. Tal implica que, quando perante uma situação de necessidade de cuidados de enfermagem de curta-duração, possa não ser necessário reunir dados sobre todas as doze actividades de vida, mas apenas sobre as consideradas relevantes, sendo que quanto mais experiente se for mais rápida e facilmente se tomam decisões sobre a relação, prioridades e relevância. O conceito de actividades de vida não é o único conceito principal deste modelo, sendo também definidos os conceitos: factores que influenciam as actividades de vida; ciclo vital e *continuum* dependência/independência, que são influenciados por cinco grupos de factores: Biológicos, psicológicos, socioculturais (inclui espirituais, religiosos e éticos), ambientais e político-económicos (inclui legais). Para a prática de enfermagem é necessário conhecer a individualidade da vida do doente, o que é conseguido através das quatro fases do processo de enfermagem (Tomey, 2004).

Neste modelo **Enfermagem** é definida como forma de ajudar as pessoas a prevenir problemas potenciais relacionados com as suas actividades de vida antes que se tornem problemas reais; de aliviar ou resolver problemas; prevenir o reaparecimento de problemas tratados e lidar de forma positiva com quaisquer problemas incluindo a morte. Já o conceito de **Pessoa** é entendido como sendo central e satisfazendo as doze actividades de vida de acordo com o estado de dependência/independência para cada uma delas, tendo igualmente como base o estágio do ciclo vital, e contextualizado por factores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos. Apesar de neste modelo poder ser usado os termos doente, pessoa e cliente de forma indistinta, não é só o indivíduo que é considerado, mas também, família e outros significativos. O termo **Saúde** é descrito através da definição da Organização Mundial de Saúde, sendo o resultado esperado ao impedir problemas potenciais de se tornarem reais a aquisição e manutenção de um estado de saúde positivo. O **Ambiente** é conceptualizado numa dimensão alargada, englobando tudo o que é fisicamente externo à pessoa. É de notar a ênfase dada a este conceito ao ser incluído numa das doze actividades de vida – manutenção de um ambiente seguro (Tomey, 2004).

Este modelo foi elaborado segundo a lógica indutiva, através da observação de situações específicas de cuidados e analisando-as de forma a obter postulados gerais. Pode ser utilizado por enfermeiros em qualquer especialidade e contexto, servindo apenas de linha de orientação, pelo que é na prática que cada enfermeiro o pode tornar real para cada cliente. É considerado que apesar de parecer um modelo simples possui conceitos complexos e que podem ser difíceis de mensurar. No entanto, o conceito de actividades de vida foi escolhido por esse mesmo motivo em detrimento de necessidades, pois as actividades de vida são observáveis, podendo ser

explicitamente descritas e, em alguns casos, objectivamente medidas. Uma das principais críticas que pode ser feita a este modelo, é o facto de se basear excessivamente num modelo médico de saúde, colocando o doente numa posição excessivamente dependente (Tomey, 2004; Colley, 2003).

Na minha prática clínica sentia que este modelo, embora fornecesse uma linha orientadora do planeamento das minhas intervenções de enfermagem não correspondia em pleno ao que pretendia. Durante a PGEMC realizado no IPS na Unidade Temática (UT) de Enquadramento Conceptual de Enfermagem Médico-Cirúrgica, inserida na UC Filosofia e Teoria de Enfermagem, aprofundi o conhecimento da filosofia de Patrícia Benner, nomeadamente com a leitura da sua obra “De iniciado a Perito”. Tal forneceu-me aquilo que considerava que o modelo conceptual de Roper, Logan e Tierney não explicava que era a importância do crescimento do enfermeiro e do amadurecimento das suas competências para a melhoria dos ganhos em saúde dos seus clientes.

Assim, Benner procura descrever o conhecimento existente na prática de enfermagem clínica, diferenciando o conhecimento prático e teórico e procurando descrever o conhecimento que decorre ao longo do tempo numa disciplina prática. Através do seu trabalho Benner conclui que o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina prática consiste no alargamento dos conhecimentos práticos através de investigações científicas baseadas na teoria e através do levantamento dos conhecimentos práticos existentes desenvolvidos por meio da experiência clínica. Benner vai mais longe e afirma que a falta de registo ou de registo adequado das práticas e observações clínicas priva a teoria de enfermagem do conhecimento contido na prática clínica perita. Desta forma, Benner adaptou o Modelo Dreyfus da Aquisição de Competências e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus à prática de enfermagem clínica, nos quais descreve cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Benner destaca também que a aquisição de competências tem em conta o contexto onde é exercida a actividade clínica, ao responder a diferentes necessidades de acção, sendo que o conhecimento clínico torna-se uma mistura de conhecimento teórico e prático à medida que o enfermeiro ganha experiência. Com base no seu trabalho Benner agrupou várias competências de enfermagem em sete domínios de cuidados de enfermagem: Função de ajuda; Função de educação e guia; Função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente; Gestão eficaz de situações de evolução rápida; Administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos; Assegurar e acompanhar a

qualidade dos cuidados de saúde e Competências em matéria de organização e repartição das tarefas (Benner; 2005; Brykczynski, 2004).

Segundo Brykczynski (2004) Benner descreve **Enfermagem** como uma relação de cuidar, sendo este essencial ao possibilitar fornecer e receber auxílio. Enfermagem é assim vista como uma prática de cuidados cuja ciência é conduzida pela arte e pela ética moral do cuidar e da responsabilidade. **Pessoa** é descrita como sendo um ser auto-interpretativo, que se define ao longo do seu percurso de vida, inserida num vasto contexto onde participa em propósitos comuns. A pessoa tem de lidar com vários papéis, como o papel da situação, o papel do corpo, papel das preocupações pessoais e o papel da temporalidade, sendo o conjunto dos diferentes papéis, e não apenas um deles, que caracterizam a pessoa inserida no mundo. Como tal, os enfermeiros cuidam do corpo e do papel da personificação na saúde, na doença e na recuperação. **Saúde** não é entendida apenas como a ausência de doenças, mas sim como bem-estar, ou seja a experiência humana de saúde ou de totalidade. A doença é apenas o que pode ser apreciado ao nível físico, mas uma pessoa pode sofrer de uma doença sem se sentir doente, ou seja sem sentir perda ou disfunção. **Ambiente** é entendido como situação, uma vez que esta definição transmite um ambiente social com definição social e significação. Encontrar-se situado significa por isso que a pessoa tem um passado, presente e futuro e que todos estes aspectos influenciam a sua situação actual, uma vez que a interpretação pessoal da situação é limitada pela forma como o indivíduo está nela.

Esta filosofia foi elaborada através de investigação qualitativa descritiva, aplicando o modelo de Aquisição de Competência de Dreyfus à prática de enfermagem clínica. Assim foram identificadas 31 competências, divididas em sete domínios da prática de enfermagem. É considerado útil no desenvolvimento de escalas clínicas de promoção, novos programas de orientação de licenciatura e seminários de desenvolvimento do conhecimento clínico, uma vez que permite identificar, definir e descrever a prática de enfermagem clínica, tendo sido desenvolvido a partir do contexto daquilo que enfermagem realmente é e faz e não de descrições teóricas idealizadas (Brykczynski, 2004).

Contudo apesar desta filosofia ajudar na compreensão do crescimento pessoal e do meu papel enquanto enfermeiro, condição que considero essencial para um exercício da profissão com qualidade, não permite a sua utilização eficaz como guia para a prática clínica diária, contribuindo para a autonomia e responsabilização (McKenna, 2005). Durante a realização do MEMC, durante o módulo de Enquadramento Conceptual de Enfermagem Médico-cirúrgica, inserido na UC

Enfermagem Médico-Cirúrgica I, tive contacto com a teoria de médio alcance desenvolvida pela AACN (American Association of Critical-Care Nurses) – The AACN Synergy Model for Patient Care.

Este modelo pretende descrever a relação enfermeiro-cliente, reconhecendo a importância que os cuidados de enfermagem baseados nas necessidades dos clientes e das suas famílias tem na melhoria da qualidade dos cuidados. Implica que os enfermeiros tenham um claro conhecimento do que fazem, quais as relações estabelecidas com os clientes e família e quais os efeitos que tem na melhoria do estado de saúde dos seus pacientes. Tem como premissa fundamental que as características dos clientes conduzem as competências dos enfermeiros e que quando as características e necessidades dos clientes e as competências do enfermeiro se complementam, encontrando-se em sinergia, consegue-se melhores cuidados e uma melhoria do estado do cliente (Becker, Kaplow, Muenzen & Hartigan, 2006; Curley, 2007).

É constituído por três componentes principais: características cliente; competências do enfermeiro e ganhos de saúde. Considera que no contexto da prestação de cuidados cada cliente trás um conjunto único de características, das quais oito são associadas a clientes experienciando processos de doença crítica: Resiliency; Vulnerability; Stability; Complexity; Resource Availability; Participation in Care; Participation in decision making e Predictability, que traduzem as necessidades do cliente. Cada uma destas características existe num contínuo de baixo (nível 1) a elevado (nível 5). Dependendo das necessidades do cliente são necessárias certas competências do enfermeiro. Estas existem igualmente num contínuo de baixo (nível 1) a elevado (nível 5) e reflectem o conjunto de conhecimentos, capacidades e experiência do enfermeiro. Estas são Clinical Judgment; Advocacy and Moral Agency; Caring Practices; Collaboration; Systems Thinking; Response to diversity; Clinical Inquiry e Facilitator of Learning. Os ganhos de saúde são considerados como sendo a condição do cliente ao longo de um contínuo, tendo sido identificados seis principais indicadores de qualidade: Satisfação do cliente e das suas famílias; Taxa de incidentes adversos; Taxa de complicações; Adesão ao plano de alta; Taxa de mortalidade e Duração da estadia de cada doente. As características do cliente e do enfermeiro encontram-se descritas com detalhe no Anexo I (Becker, Kaplow, Muenzen & Hartigan, 2006; Curley, 2007).

Enfermagem pode ser entendida como o fornecer de uma relação de cuidado que facilita a saúde e o curar. Ou seja, a essência de enfermagem é o primado do cliente, que é um participante activo, realizando o enfermeiro o que os clientes e as famílias necessitam através de uma relação de cuidado que facilita o processo de cura. A **pessoa** é uma entidade biológica, social e espiritual que se encontra num determinado estágio de desenvolvimento, sendo toda a pessoa

(corpo, mente e alma) considerada enquanto alvo de cuidados. Considera-se que a pessoa pode ser descrita por um conjunto de características, que se encontram correlacionadas e contribuem entre si, não podendo ser visualizadas de forma isolada. **Saúde** é aqui considerada como sendo o objectivo final dos cuidados de enfermagem, não sendo definido como a ausência da doença, mas sim como o estágio óptimo de bem-estar a que cada pessoa pode aspirar, não sendo estático e definido em cada momento pela própria pessoa. É considerado que o **ambiente** influencia não só a pessoa mas o enfermeiro influenciando decisivamente aquilo que o enfermeiro pode fazer. É considerado como sendo mutável, sendo influenciado por experiências anteriores e pela própria situação (Becker, Kaplow, Muenzen & Hartigan, 2006; Curley, 2007).

A presente teoria de médio alcance apresenta-se para mim como sendo facilitadora da prática clínica de enfermagem, sendo por isso mesmo um guia para a prática, funcionando ao mesmo tempo como forma de melhorar o profissionalismo em enfermagem, beneficiando assim os clientes através da melhoria da qualidade dos cuidados por mim prestados. Permite uma melhor descrição da prática clínica e cada vez mais no actual estado da saúde em Portugal e no Mundo, em que os clientes não são estáticos, mas procuram activamente ganhos em saúde os enfermeiros só podem ser correctamente avaliados e correlacionados com a melhoria do estado dos seus pacientes se poderem facilmente descrever a sua prática clínica. O aperfeiçoamento do seu uso na minha prática clínica é um investimento futuro que apesar de apenas agora se ter iniciado espero que continue a perdurar e dê frutos sob a forma da melhoria dos ganhos de saúde dos meus clientes (Becker, Kaplow, Muenzen & Hartigan, 2006; Curley, 2007).

Actualmente, a qualidade dos serviços prestados ao cliente é assumida como uma prioridade para as várias organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde ou o Conselho Internacional de Enfermeiros, e nacionais, como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. No contexto da enfermagem cabe à Ordem dos Enfermeiros o papel fundamental na definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e sua implementação na prática, com o intuito de incentivar um exercício profissional que responda aos mais elevados níveis de exigência. O desafio de criar padrões de qualidade passa pela necessidade imperiosa de conquistar espaço e tempo para reflectir sobre a prática, identificar quais os métodos e técnicas que não são benéficos para o cliente, e traçar objectivos e estratégias que garantam a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A garantia de qualidade nos cuidados prestados é não só uma preocupação mas também uma necessidade nas instituições de saúde. Neste contexto são criados programas de

acreditação para as instituições de saúde que procuram uma ferramenta de garantia da qualidade. Os programas de acreditação constam de uma estrutura de normas de boas práticas que ao serem implementados asseguram a existência de sistemas para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A capacidade para reflectir sobre a prática, promovendo a alteração da prática clínica baseada na investigação, standards internacionais e conhecimento prático é uma característica do enfermeiro (Clinical Inquiry), segundo o AACN Synergy Model for Patient Care e é reconhecida como essencial para a promoção da qualidade dos cuidados pela Ordem dos Enfermeiros. Para tal, por vezes, torna-se necessário um desafio que favoreça um certo distanciamento das rotinas de trabalho, permitindo a reflexão sobre as mesmas e alcançando melhores resultados, de forma mais eficiente e eficaz (Becker, Kaplow, Muenzen & Hartigan, 2006; Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A realização de estágio no contexto do MEMC no local de trabalho revelou-se uma excelente oportunidade de reflexão sobre a prática clínica. Permitiu questionar algumas práticas instituídas e aceites, tendo, através da observação *in loco* e dessa reflexão sobre a prática, sido identificada uma falha na organização e manutenção dos carros de emergência. Essa falha foi posteriormente validada com a realização de uma auditoria aos carros de emergência, onde se pode confirmar as observações efectuadas, tendo-se inclusivamente constatado que algumas normas relativas ao projecto de acreditação do Hospital não estavam a ser cumpridas (Ver apêndice I). Como tal, esta temática foi alvo de um projecto de intervenção tendo em vista a melhoria da qualidade neste âmbito, e que será agora desenvolvida em detalhe.

Para o efeito foi realizada uma revisão do suporte bibliográfico existente sobre composição e manutenção dos carros de emergência, tendo-se verificado a existência de uma norma nacional emitida pela Direcção-Geral de Saúde (DGS), sob a forma de uma Orientação. Foi ainda pesquisada a documentação emitida pelas entidades internacionais de referência em termos de reanimação, nomeadamente as que fazem parte do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Constatou-se que não existiam orientações específicas, tendo-se contudo aproveitado as indicações sobre os fármacos a utilizar numa situação de emergência.

A DGS nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de Dezembro emitiu uma Orientação nº 008/2011 para a organização do material de emergência nos

serviços e unidades de saúde. Posto isto cabe a cada serviço e unidade de saúde reunir as condições necessárias para a total implementação da Orientação emitida em Março de 2011.

Consta na Orientação nº 008/2011 da DGS que o carro de emergência é «uma estrutura móvel ou, em certos casos, transportável, que contém um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para a reanimação cárdio-respiratória» (DGS, 2011, p.1). Segundo o Despacho nº5414/2008, de 28 de Fevereiro os carros de emergência devem existir «em todas as salas de emergência de todos os serviços de urgência da Rede» (DGS, 2011, p.1), constituindo uma importante ferramenta para o sucesso da abordagem ao cliente em situação crítica.

Ainda segundo a Orientação nº 008/2011 da DGS os carros de emergência devem ser organizados de forma uniforme e específica para cada unidade de saúde, quanto ao seu conteúdo e disposição do material. A organização e planeamento do carro de emergência ficam ao encargo do responsável clínico da unidade de saúde (ou em quem formalmente delegue), nomeadamente a escolha do material que contem e modo de funcionamento.

A Orientação nº 008/2011 da DGS sugere uma linha orientadora para a composição e organização do carro de emergência, no entanto, refere que a organização dos fármacos e do material deve-se adaptar às características do modelo do carro de emergência, tendo sempre em consideração a dualidade acesso rápido/menor probabilidade de erro.

Quanto às normas de utilização, a Orientação nº 008/2011 da DGS recomenda:

- A utilização do carro de emergência sempre que se verifique grave compromisso das funções vitais;
- A manutenção do carro de emergência sempre no mesmo local, sem apresentar qualquer obstáculo à sua mobilização, organizado, limpo, funcional e com fármacos e material estéril dentro dos prazos de validade;
- Que compete a cada unidade de saúde manter a operacionalidade do carro de emergência.

Quanto às recomendações de manutenção, a Orientação nº 008/2011 da DGS sugere:

- Manter o desfibrilhador sempre ligado à corrente eléctrica;
- Diariamente:
 - Verificar diariamente se o carro de emergência se encontra correctamente selado;
 - Testar diariamente o desfibrilhador (independentemente das verificações periódicas da responsabilidade da marca) e registar em folha própria;

- Mensalmente:
 - Verificar (aplicando Check list) a validade, acondicionamento dos fármacos e material, e registar na folha de abertura do carro;
 - Efectuar a troca dos fármacos ou material três meses antes da data de fim da sua validade;
 - Selar o carro de emergência após cada verificação, reposição ou auditoria.
- Sempre que o carro de emergência seja utilizado deve-se:
 - Proceder à sua higienização;
 - Repor de imediato o material utilizado (aplicando Check list);
 - Registar na folha de abertura do carro.
- Que em todos os registos constem a data, hora e assinatura legível de quem efectuou;
- Que o responsável clínico pela unidade de saúde nomeie um responsável pelo preenchimento e arquivo das folhas de registo.

2. Projecto de Intervenção em Serviço no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O PIS surge no contexto do Estágio III do MEMC e desenvolveu-se no âmbito da aquisição e aprofundamento das Competências Comuns e Específicas EEPSC. O Estágio III decorreu no SUG, do Hospital, sob a orientação de um EEEMC do campo de estágio e da professora orientadora de estágio. Decorreu de acordo com a metodologia de projecto e focou-se na identificação de uma problemática clínica de enfermagem médico-cirúrgica presente no local de estágio.

2.1. Diagnóstico de situação

A realização do estágio III na UCDI, uma unidade com capacidade para seis clientes com necessidade de monitorização hemodinâmica intensiva permitiu-me a reflexão sobre algumas rotinas da prática clínica. Constatei que ao necessitar do carro de emergência o mesmo não se encontrava adequadamente reposto, faltando algum material, o que condicionava o atraso na prestação de cuidados aos clientes. Para além disso algum do material que actualmente é utilizado em contexto de emergência não fazia parte da carga prevista.

Como tal, foi proposto ao Enfermeiro-chefe do SUG, durante uma entrevista semi-estruturada a realização de um PIS com o objectivo de resolver este problema de enfermagem. Durante esta entrevista ficou decidido, como forma de validar o problema, a realização de uma auditoria aos carros de emergência da UCDI, UIMC e balcão de laranjas/amarelos. Nesta foram detectados vários problemas. O primeiro problema foi a inexistência de uma norma relativa ao carro de emergência, apenas se encontrando disponível uma norma sobre a manutenção do carro de emergência e outra sobre a segurança na manipulação do desfibrilhador. Ao se verificar a carga dos carros de emergência constatou-se que a mesma não correspondia às normas em vigor no serviço ou no Hospital, nem se encontravam uniformizadas entre si, tendo uns carros mais material do que o previsto e outros, material em falta. Verificou-se igualmente que as condições de higiene num dos carros de emergência não correspondiam ao esperado, sendo que tal poderá dever-se ao facto de ser o carro de emergência menos utilizado. Também se verificou a existência de níveis de material acima e abaixo do previsto, bem como algum material fora do prazo de

validade. Num dos itens, tubo oro-traqueal nº 5,5, constatou-se que o prazo de validade dos mesmos já tinha passado em 2008. Foram encontradas ainda algumas incongruências, em que as pilhas do cabo de laringoscópio suplentes não eram as adequadas ao laringoscópio em uso no carro ou a presença de um cabo de laringoscópio pediátrico. A presença num dos carros de pás de pace abertas implicava que, quando fossem utilizadas, pudessem já não estar nas melhores condições, não cumprindo a função a que se destinam. Inclusivamente, num dos carros de emergência o selo não se encontrava colocado, nem se encontrava o seu livro de registos de utilização (Ver apêndice I).

2.2. Definição de Problema de Enfermagem

Do Manual de Políticas e Normas de Procedimento do Hospital consta a Norma de Procedimento (NP) Nº GR – 34/06: Carros de emergência, cujo objectivo é assegurar a funcionalidade e estabelecer modelo *standard* de equipamento e normas de utilização, reposição e manutenção dos carros de emergência. Esta NP é dirigida à maioria dos serviços do Hospital, não se encontrando incluído o SUG. Para o SUG destacam-se a NP nº29/2003 – Norma de segurança na manipulação do desfibrilhador (com revisão em 2008), a NP nº19/2004 – Manutenção dos carros de urgência (com revisão em 2008) e a NP nº20 – Carros de Emergência (documento indisponível) que não se encontram actualizadas nem respondem às recomendações emanadas pela DGS. O Hospital é uma unidade de saúde acreditada pelo CHKS healthcare Accreditation and Quality Unit desde o início de 2011. Do actual programa de acreditação fazem parte objectivos na área de ressuscitação/reanimação, que englobam a organização e verificação regular das condições do equipamento de ressuscitação/reanimação (carro de emergência), sob a forma de uma NP integrada no Manual de Políticas e Normas de Procedimento do HGO, EPE.

O SUG cumpre a indicação da DGS (Despacho nº 5414/2008, de 28 de Fevereiro) apresentando carros de emergência distribuídos em locais estratégicos. Contudo a Orientação nº8/2011 refere que todos os carros de emergência na mesma unidade de saúde devem encontrar-se uniformizados. Durante o Estágio III foi detectado um conjunto de irregularidades na utilização e manutenção do carro de emergência, já descritas no diagnóstico de situação. Os resultados da auditoria efectuada encontram-se no apêndice I.

Tendo em conta que o carro de emergência representa uma importante ferramenta na abordagem ao cliente em situação crítica, e que a sua organização e funcionalidade podem influenciar positivamente o desempenho do enfermeiro na sua prestação de cuidados, todos os

aspectos identificados na auditoria constituem um problema clínico de enfermagem que urge resolver. Assim, com o presente PIS pretende-se a melhoria da qualidade na gestão dos recursos materiais e na actuação dos profissionais de saúde em caso de necessidade. Ao uniformizar os carros de emergência, nomeadamente ao nível dos materiais de emergência que devem conter, da periodicidade da sua revisão e da reposição após utilização pretende-se dar resposta às orientações de boas práticas e regulamentar a conduta do enfermeiro perante a utilização do carro de emergência.

Não obstante a necessidade de se proceder a uma melhoria nesta temática já ter sido validada em entrevista com o Sr. Enfermeiro-chefe do SUG, como foi referido no diagnóstico de situação, esta necessidade foi igualmente exposta à Equipa de Enfermagem. Face à dimensão actual da equipa de enfermagem, composta por 92 elementos, optou-se por expor o problema aos chefes de equipa de enfermagem de cada uma das cinco equipas. Daqui se inferiu que tal situação já tinha sido identificada como um problema, face aos constrangimentos sentidos em situações de emergência devido às falhas do carro de emergência, tendo sido referidos os problemas que foram detectados na auditoria efectuada. Como tal, aceitou-se que resolução desta problemática seria mais do que a necessidade de cumprir critérios para o processo de acreditação do HGO, sendo um problema da equipa de enfermagem que necessitaria de resolução.

Tendo em conta as normas e orientações existentes a nível nacional e local identificam-se alguns problemas parcelares, aos quais este PIS terá de dar resposta. Estes passam pela inexistência de verificações de rotina da operacionalidade do carro de emergência, inexistência de responsáveis pela monitorização do carro de emergência e inexistência de hábitos de rotina da equipa para a manutenção do carro de emergência nas condições ideais.

Como tal, os objectivos do PIS foram direccionados para a resolução da problemática clínica de enfermagem identificada e descrita acima. Assim, com o PIS pretende-se:

Objectivo Geral

- Implementar a monitorização dos carros de emergência no SUG do Hospital.

Objectivos Específicos

- Elaborar a NP para a normalização da organização dos carros de emergência existentes no SUG do Hospital;
- Divulgar a NP para a normalização da organização dos carros de emergência existentes no SUG do Hospital;
- Construir dossier com documentação de apoio para a monitorização do carro de emergência a ser colocado nos mesmos;

- Organizar os carros de emergência de acordo com a NP aprovada.

2.3. Planificação do Projecto de Intervenção em Serviço

Após ter sido delineado os objectivos (geral e específicos) do PIS foram organizadas as actividades e estratégias a desenvolver para os alcançar, determinando os recursos (humanos, materiais e temporais) necessários e projectando os indicadores de avaliação que permitem concluir se os objectivos específicos serão alcançados.

Para a prossecução do primeiro objectivo específico – Elaborar a NP para a normalização da organização dos carros de emergência existentes no SUG do Hospital – foram delineadas três actividades: A revisão bibliográfica das orientações nacionais e internacionais sobre o tema; Consulta do manual sobre elaboração de normas de procedimento; e execução de protótipos da NP.

Como forma de atingir o segundo objectivo específico – Divulgar a NP para a normalização da organização dos carros de emergência existentes no SUG do Hospital – planearam-se três actividades: Realização de sessões de divulgação da NP; Envio da NP a todos os enfermeiros via correio electrónico; e atribuição de responsabilidade a um elemento da equipa para divulgar e supervisionar o cumprimento da NP.

O terceiro objectivo específico – Construir dossier com documentação de apoio para a monitorização do carro de emergência a ser colocado nos mesmos – será atingido com as seguintes três actividades: Selecção de documentos a colocar no dossier de apoio; apresentação do dossier protótipo ao Enfermeiro-chefe; e execução dos três dossiers de apoio a colocar em cada um dos carros de emergência existentes.

Por último, o quarto objectivo específico – Organizar os carros de emergência de acordo com a NP aprovada – será alcançado através da verificação e substituição de todo o material de acordo com a NP aprovada.

No apêndice II serão apresentados os dados do planeamento, sob a forma de tabela, de forma clara e sistematizada, incluindo os recursos necessários e os indicadores de avaliação para cada um dos objectivos específicos.

As diferentes fases do PIS encontram-se em desenvolvimento segundo o cronograma, que pode ser consultado com maior pormenor no apêndice III.

2.4. Implementação do Projecto de Intervenção em Serviço

As fases de diagnóstico de situação e de planeamento do PIS decorreram de Setembro de 2011 a Fevereiro de 2012 de acordo com o previsto, e sendo concluídas durante a realização do Estágio III. Tal era o previsto nos objectivos do Estágio III, tendo por isso mesmo estes objectivos sido atingidos. Contudo tal era insuficiente face ao problema detectado sendo extremamente pertinente a prossecução do PIS até ao seu término. Não obstante o tempo de duração do Estágio III ser insuficiente para a finalização do PIS, houve necessidade da sua continuação para além da duração do estágio.

Em Março de 2012 iniciaram-se as actividades delineadas para atingir os objectivos específicos dos PIS, tendo sido a prioridade a construção dos vários protótipos da NP. O primeiro protótipo (ver apêndice IV) teve em conta a orientação nº 008/2011, tendo sido excluídos os itens referentes à utilização de material pediátrico. Tal deveu-se ao facto de o SUG apenas receber clientes a partir dos 15 anos, idade a partir da qual os materiais e técnicas de adulto são as adequadas. Este protótipo foi entregue em Julho de 2012, ao Enfermeiro-Chefe do SUG tendo sido sugerido posteriormente que deveria ser incluído na NP uma distribuição do material e fármacos o mais similar possível à norma hospitalar que entrou em vigor nesta altura. Este segundo protótipo da NP (ver apêndice V) incluiu esta sugestão e outras alterações. Estas incluíram a remoção de material necessário ao procedimento toracocentese (drenos, frasco de drenagem e válvula de Heimlich) por este não estar incluído igualmente na norma hospitalar e ser facilmente acessível no stock do SUG e a inclusão de medicação de emergência prevista quer na NP hospitalar quer nas guidelines do ILCOR mais recentes. Este segundo protótipo foi entregue em Janeiro de 2013 ao Enfermeiro-Chefe, que após a sua consulta o remeteu para os restantes elementos do SUG a fim de se obter uma apreciação da equipa de enfermagem. No início de Fevereiro de 2013 obteve-se o feedback que alguma medicação deveria ser colocada em destaque, em recipientes de cor vermelha, para ser facilmente identificada, uma vez que se encontram referenciadas pela comissão de gestão de risco, na NP Geral nº 1117. Embora se tenha tido em conta as semelhanças entre ampolas e nomes genéricos dos fármacos na sua distribuição e organização, de forma a evitar a sua incorrecta utilização, tal não tinha sido contemplado, sendo por isso criado um terceiro protótipo da NP (ver apêndice VI), entregue ao Enfermeiro-chefe em

meados de Fevereiro. Como tal, as actividades previstas no primeiro objectivo foram concluídas na sua totalidade, tendo por isso mesmo o objectivo sido atingido em pleno.

Uma vez que a NP encontra-se em fase de aprovação, não foi possível cumprir as duas primeiras actividades do segundo objectivo específico, que se remetem directamente para a divulgação da norma. Quanto à terceira actividade contemplada para o segundo objectivo, os responsáveis pela divulgação e supervisão do cumprimento da norma já se encontram referenciados pelo Enfermeiro-chefe desde Setembro de 2012, aquando da aprovação da NP URG-GER 3023. Tal informação foi veiculada pelo Enfermeiro-chefe através de correio electrónico para a restante equipa de enfermagem. A pedido do Enfermeiro-chefe, e com o intuito de assegurar a funcionalidade, reposição e manutenção dos carros de emergência enquanto o PIS não se encontra finalizado, foi criada e aprovada a NP URG-GER 3023 (Ver apêndice VII), considerando a carga do carro de emergência referenciada na norma hospitalar antiga (NP nº GR – 34/06). Nesta norma encontra-se contemplada a uniformização da verificação diária e mensal dos três carros de emergência já referidos anteriormente e do carro de emergência presente na sala de reanimação e que será alvo de uma NP específica. Este último carro, presente na sala de reanimação, não foi incluído na NP criada através deste PIS, pois a organização da sala de emergência, incluindo o carro de emergência aí presente, é alvo de uma norma específica. Aquando da aprovação final da NP derivada do terceiro protótipo, a NP URG-GER 3023 deverá ser revista, de forma a reflectir as alterações na organização e níveis de carga do carro de emergência.

Relativamente ao terceiro objectivo específico, encontram-se criadas a lista de conferência diária, mensal e a cada utilização (Ver apêndice VII). Os restantes documentos mencionados encontram-se dependentes da aprovação da NP para a sua elaboração/inclusão no dossier (Ver apêndice VII).

No que diz respeito ao quarto objectivo, a organização dos carros de emergência só poderá ser efectuada após a aprovação da NP, pelo que as actividades programadas ainda não se encontram finalizadas.

3. Análise de Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

No âmbito legal um enfermeiro especialista é «enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem», sendo as suas competências «um aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.2). Tal definição foi aprovada pela Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros a 29 de Maio de 2010, sob proposta apresentada pelo Conselho Directivo, sendo publicado em Diário da República (2ª Série nº 35 a 18 de Fevereiro de 2011). Aqui ficou ainda definido que todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de actuação partilham quatro domínios, ou competências comuns, que podem ser aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde, sejam primários, secundários ou terciários. Estas são demonstradas por meio da sua «capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados», bem como pelo «exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.3). Estes são:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão de cuidados, e
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

É através da certificação das competências clínicas especializadas, que o enfermeiro especialista demonstra possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica. Cada uma destas competências ramifica-se em várias unidades de competência, que representam uma realização concreta, com significado claro. Por sua vez cada uma destas unidades de competência contempla vários critérios de avaliação, que representam os vários aspectos de desempenho profissional, e que devem ser entendidos como evidência do mesmo

3.1.A. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Neste domínio a aquisição de competências teve um contributo importante da UT Ética de Enfermagem incluída na UC Filosofia e Teoria de Enfermagem, que foi leccionada na PGEMC e dos Módulos Direito da Enfermagem e Ética em Investigação integrados na UC Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem e o Módulo Segurança e Gestão do risco nos Cuidados de Enfermagem integrado na UC Enfermagem, e ambos integrados no MEMC. A reflexão proporcionada permitiu um crescimento profissional e pessoal que seria difícil de igualar sem esse contributo, permitindo assim dar resposta às unidades de competência previstas no Regulamento das competências comuns para o EEPSC.

3.1.A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

«Demonstra um exercício seguro, profissional e ético utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

O processo de tomada de decisão é algo que é inerente à prática de cuidados de enfermagem. Durante a prática clínica somos diariamente confrontados com problemas de difícil resolução, e que requerem uma análise criteriosa da nossa parte. Especialmente no início da carreira, enquanto principiantes que caminham na direcção de peritos, o processo de tomada de decisão segue um caminho formal que implica a recolha de informação preliminar, equacionando várias hipóteses de resolução do problema, sendo posteriormente analisados os prós e contras das várias hipóteses escolhendo a que for favorecida por maior evidência, e que posteriormente será avaliada em termos de efeitos e consequências. Apenas mais tarde se obtêm uma compreensão profunda da situação global, em que se compreende de maneira intuitiva cada situação e se apreende directamente o problema, evitando um leque excessivo de opções que inclua situações supérfluas e estéreis (Nunes, 2006; Benner, 2005).

Durante a construção do nosso percurso em enfermagem vamos interiorizando os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, nomeadamente o primado do Ser Humano, procurando que todos os nossos cuidados respeitem alguns princípios básicos, nomeadamente os princípios da autonomia, justiça e beneficência, reconhecendo assim a dignidade da vida humana. Como tal, o desenvolvimento de estratégias de resolução de

problemas em parceria com o cliente e a tomada de decisão em equipa permitem a respeito pelos princípios éticos inerentes à profissão. Tal implica que o corpo de conhecimentos em que se baseia a tomada de decisão seja o mais alargado, mas acima de tudo, o mais actualizado possível, para que as respostas mais apropriadas sejam fornecidas a partir de um amplo leque de opções (Nunes, 2006; Oliveira, 2007).

A nível pessoal sempre procurei estar munido dos conhecimentos mais recentes relativamente à minha área de actuação, a urgência e emergência. Tal permite gerir o equilíbrio delicado da tomada de decisão que implica o respeito pelas necessidades e características do cliente, e a prática da enfermagem baseada na evidência, sempre norteada pelos princípios éticos inerentes à profissão. Contudo, nem sempre tal é possível sendo que para se obter uma sinergia que conduza a reais ganhos de saúde para o cliente é necessário saber que nem sempre as nossas características são as mais adequadas para as necessidades do cliente encaminhando o cliente para outro colega, cujas características sejam mais profícuas, ou até mesmo outro profissional de saúde.

Para obter a melhor adesão do cliente ao projecto de saúde, procuro que o mesmo seja estabelecido em parceria com o mesmo e com a sua família, para além da equipa de saúde. Embora por vezes tal seja difícil, pelas características da área e especialmente do serviço onde exerço funções – SUG do Hospital, durante a realização do estágio, quer na PGEMC, quer agora no MEMC, em contextos de trabalho, pude confirmar que a adopção desta prática contribui de forma decisiva para a melhoria do estado de saúde do cliente. Infelizmente nem sempre tal é realizado da melhor forma, pois o tempo limitado de contacto com alguns clientes não permite conhecer as suas reais características e necessidades, fragilizando todo este processo.

A existência de elementos na equipa de enfermagem com mais tempo de experiência e com backgrounds diferentes permite um crescimento de toda a equipa, através da partilha de experiências e auxílio no processo de tomada de decisão de elementos mais novos. Para além disso a presença de especialistas de diferentes especialidades permite uma partilha de experiências que enriquece a prática clínica exercida no SUG. Contudo, não é apenas o título profissional que faz diferença neste aspecto, mas acima de tudo o investimento pessoal que cada um faz na melhoria da qualidade dos seus cuidados. Neste âmbito não posso deixar de salientar também a importância que as UT de Supervisão de Cuidados I e II da PGEMC tiveram ao simularmos o processo de tomada de decisão em situações complexas em pequenos grupos, cuja experiência passada era bastante diversa, o que permite abrir os horizontes. De igual forma a

orientação fornecida por parte da professora nesta UT permitia balizar sempre as decisões tomadas em consenso tendo em conta todas as dimensões, nomeadamente as éticas, deontológicas e legais, bem como a vontade do doente.

3.1.A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

«Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

A protecção da liberdade e dignidade humana encontra-se inscrita no código deontológico da OE no seu artigo 78º, aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº111/2009 de 16 de Setembro. Expressa os princípios gerais à luz dos quais se identificam os valores associados à profissão e os princípios orientadores da mesma. Implica a assumpção de responsabilidade profissional, que deverá ter em conta, reconhecendo e respeitando, o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida na actividade profissional (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Por isso mesmo é considerado que a informação é um dever, em respeito para com a autonomia, a dignidade e a liberdade do cliente. Todas as minhas intervenções enquanto enfermeiro se regem por este princípio, procurando que o cliente consinta as intervenções que pretendo realizar depois de lhe explicar a importância das mesmas, quais os riscos associados e alternativas. Apenas assim poderei trabalhar com o cliente enquanto parceiro dos cuidados de saúde contribuindo para a sua satisfação. A minha principal dificuldade nesta área é a linha ténue que separa o cliente da sua família. Procuro obter o consentimento do cliente para falar à frente da sua família, mas tal nem sempre é bem aceite pela mesma – embora seja bem aceite pelo cliente. Sinto que muitas famílias se consideram unas, esquecendo-se que cada elemento tem a sua individualidade e dignidade e que por isso mesmo tem o direito à sua privacidade. Não obstante esta dificuldade esforço-me por integrar na minha prática clínica o dever de sigilo e o respeito pela intimidade.

O dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa foi para mim a característica enquanto enfermeiro que mais tive dificuldade em desenvolver. Implicou um profundo conhecimento de mim, de quem sou, qual o

meu passado, quais as minhas crenças e valores pessoais e quais as minhas motivações para que posteriormente, durante a minha prática clínica estes não interfiram nos meus cuidados. Considero que ter valores que eventualmente possam entrar em conflito com os clientes não é impeditivo de ter uma prestação de excelência, mas para isso é preciso ter a noção exacta desses mesmos valores. Apenas se os conhecer, posso evitar que influenciem a minha conduta, garantindo assim que os meus clientes têm direito aos melhores cuidados da minha parte.

O respeito pelos direitos humanos não foi esquecido durante a realização do PIS, tendo sido respeitado a autonomia, a dignidade e a liberdade dos intervenientes. Foi garantido o anonimato durante as auditorias efectuadas e explicado qual o objectivo das mesmas para a obtenção de autorização junto dos responsáveis. A criação de listas de conferência diária e mensal dos carros de emergência, não tem o objectivo de responsabilizar as pessoas, mas sim incentivar e assegurar que o carro de emergência se encontra sempre operacional quando necessário, recordando a todos os elementos da equipa que um pequeno gesto permite diminuir drasticamente a probabilidade de ocorrência de erros.

A gestão do risco nos cuidados em enfermagem começa actualmente a assumir importância nos contextos de trabalho. Os erros acontecem e se a mentalidade associada for uma mentalidade castradora haverá tendência para a sua ocultação em detrimento da sua análise. Aquando da realização do estágio e após a frequência do Módulo Segurança e Gestão do risco nos cuidados de Enfermagem integrado na UC enfermagem do MEMC procurei actualizar-me sobre quais os instrumentos de prevenção de risco que podem ser utilizados no meu local de trabalho e como contribuir para a análise dos mesmos. Por isso mesmo, tenho procurado divulgar e incentivar os instrumentos que existem a nível institucional para reportar acidentes, incidentes ou quase-incidentes. Apenas com uma adequada divulgação e preenchimento destes instrumentos se poderá concluir que situações que poderão parecer um erro isolado, eventualmente poderão ser falhas mais amplas e que, caso não seja detectada a sua real origem, se poderão repetir e com consequências mais graves.

3.1.B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A criação de sistemas de qualidade em saúde é uma acção prioritária, na qual as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental. São estas que podem definir os padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos

sociais de cada uma das profissões. No caso específico da enfermagem, tal foi reconhecido pelo estado português aquando da criação da OE, tendo ficado definido nos seus estatutos a necessidade de definir padrões de qualidade. Estes permitirão reflectir a melhoria que se pretende atingir dos cuidados de enfermagem a fornecer aos clientes e fornecem um espaço de reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

Contudo não são só os enfermeiros enquanto prestadores de cuidados que estão envolvidos. As organizações onde estes exercem funções devem satisfazer as necessidades dos enfermeiros, favorecendo desta forma o seu esforço em prol da qualidade. Para tal tem de adequar os recursos e criar as estruturas necessárias a um exercício profissional com qualidade. Contudo tal não pode ser um fim em si mesmo, uma vez que sem um ambiente favorável à implementação e consolidação dos projectos de qualidade, corre-se o risco destes projectos entrarem em conflito com a rotina em lugar de se tornarem parte desta (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Para a aquisição desta competência é difícil de destacar apenas alguns dos conteúdos leccionados tanto na PGEMC como no MEMC. Contudo, a UT Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade integrada na UC Gestão de Processos e Recursos e a UT Segurança e Gestão de Risco nos Cuidados de Enfermagem, que se encontravam integradas na UC Enfermagem leccionadas no CPLEE MC, destacam-se das demais ao fornecerem ferramentas que permitam identificar oportunidades de melhoria da qualidade, bem como de identificação e prevenção de potenciais riscos.

3.1.B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

«Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

O hospital onde exerço funções concluiu o processo de acreditação do CHKS Healthcare Accreditation and Quality Unit no início de 2011, tendo correspondido às normas presentes no Manual Internacional de Acreditação de Hospitais de 2006. Actualmente encontra-se em fase de recertificação, de acordo com a terceira edição do manual, emitida em 2010. O Programa de Acreditação CHKS constitui uma ferramenta de garantia da qualidade para organizações de saúde,

através de uma estrutura de normas que têm de estar implementadas para assegurar que existem sistemas para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e assegurar que tal é replicável de forma consistente (CHKS, 2010).

Para o efeito todos os profissionais de saúde contribuíram para a implementação de projectos institucionais na área da qualidade com o intuito de satisfazer todas as normas estipuladas no manual de acreditação. O PIS realizado no âmbito do MEMC permite auxiliar o hospital da prossecução destes objectivos. Do manual de acreditação fazem parte objectivos na área de ressuscitação/reanimação (CHKS, 2010), que implicam a organização e verificação regular das condições do equipamento de ressuscitação/reanimação nomeadamente o carro de emergência sob a forma de uma NP integrada no Manual de Políticas e Normas de Procedimento do Hospital.

A realização deste projecto permitiu o desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, para além de permitir colaborar na realização de actividades na área da qualidade dos cuidados de enfermagem.

3.1.B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

«Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

Tendo em consideração que a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem implica constante análise e revisão das práticas, considerando os resultados das auditorias realizadas, procuro tomar conhecimento destes resultados, incorporando os novos dados na minha prestação de cuidados.

O PIS realizado no âmbito do MEMC permitiu desenvolver competências na área da concepção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade. Neste foi necessário identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades, seleccionar estratégias adequadas aos objectivos estabelecidos e coordenar a sua implementação. A completa implementação de qualquer projecto institucional é atingida com a supervisão da mudança e avaliação do impacto do projecto na qualidade dos cuidados prestados.

3.1.B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

«Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

Ao pensar em gestão de risco facilmente se faz associação com protecção da integridade física do cliente. No entanto, a componente física do cliente é apenas uma pequena porção do que compõe a pessoa de quem cuidamos. Como tal, os enfermeiros respeitam a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa, promovendo a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural do cliente, pelas necessidades espirituais do mesmo e envolvendo a família nesse sentido (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Historicamente o erro na área da saúde era encarado como resultado de incompetência ou negligência e como tal a análise de risco focava-se nos trabalhadores como fontes de erro. Contudo, no final dos anos 90 vários estudos demonstraram que a maioria dos erros na área da saúde não resultava de descuidos individuais, mas sim de falhas básicas nos sistemas de prestação de cuidados de saúde. Vários factores foram então identificados enquanto contribuintes para a incidência de efeitos adversos durante a prestação de cuidados, nomeadamente a falta de cultura de responsabilização, a ausência de relatos de erros cometidos e problemas encontrados, os riscos de infecção nosocomial e a falta de recursos humanos. Como tal, cada vez mais os hospitais se preocupam com estes riscos, encarando a sua minimização como uma necessidade com vista à melhoria dos cuidados prestados. No caso do Hospital existe uma equipa multidisciplinar responsável pela Gestão de Risco Clínico (nomeada em Outubro de 2011), que permite a existência de uma abordagem estruturada e sistemática à gestão do risco na organização, resultando em sistemas de trabalho mais seguros, práticas mais seguras, instalações mais seguras e uma maior consciência do perigo e das responsabilidades potenciais. É por isso cada vez mais de vital importância a capacidade de assumir os erros, procurando desta forma discernir sobre a sua causa e implementando medidas preventivas (Delaune & Ladner, 2011a; Ordem dos Enfermeiros, 2006; CHKS, 2010).

O PIS delineado tem como objectivo contribuir para a diminuição da probabilidade de ocorrência de erro numa situação de emergência. Para tal, a organização do carro teve em conta não só NP Geral nº 1117 – Lista dos medicamentos de risco acrescido, como as semelhanças entre ampolas, procurando que ampolas semelhantes não se encontrem contíguas. Para além disso procura-se garantir que o carro de emergência se encontre sempre preparado para atender a

qualquer situação, o que nem sempre se verificava até agora, como se pôde constatar pelos resultados da auditoria efectuada.

3.1.C. Domínio da Gestão dos Cuidados

Como não podia deixar de ser a aquisição de competências neste domínio teve uma forte influência dos contributos leccionados tanto na PGEMC como no MEMC. Ressalva-se no entanto os contributos da UT Supervisão de Cuidados I e II integrada na UC Praxis Clínica I e II leccionadas na PGEMC, e os Módulos Liderança de Equipas e Gestão dos Cuidados de Enfermagem, integradas na UC Gestão de Processos e Recursos leccionadas no MEMC, ao permitirem o desenvolvimento de competências enquanto líder de equipa, fornecendo valiosos instrumentos com vista à melhoria da qualidade na gestão de cuidados.

3.1.C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar

«Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

Das competências do enfermeiro de cuidados gerais emanam conceitos centrais da gestão de cuidados, nomeadamente ambiente seguro, cuidados de saúde multiprofissionais, delegação de tarefas e sua supervisão. Como tal, é expectável que o enfermeiro especialista seja capaz de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Para o efeito é sobejamente importante que seja capaz de disponibilizar assessoria aos restantes elementos da equipa, sempre que os seus conhecimentos sejam necessários, colaborando nas decisões da equipa multiprofissional e reconhecendo quando é necessária a referência para outros prestadores de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

No entanto como já foi referido anteriormente o processo de tomada de decisão é um processo complexo e requer experiência, bem como conhecimentos teóricos da matéria em apreço e respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Contudo tal não é suficiente em si só. Não adianta estabelecer um excelente plano de cuidados, que cumpra todos os objectivos estabelecidos e que tenha em conta todos os diagnósticos do cliente caso este não

seja envolvido nesse processo. Sem esta parceria e sinergia muito dificilmente se obterá ganhos de saúde para o cliente, pois este dificilmente aderirá ao plano terapêutico estabelecido.

A delegação de tarefas implica a responsabilização pelas mesmas, constituindo um dever deontológico do enfermeiro. Contudo a escolha de delegar uma tarefa não é fácil. É necessário ter em conta as condições necessárias para a decisão de delegação. Implica encontrar a tarefa certa a delegar nas circunstâncias certas e à pessoa certa. É necessário que a transmissão de informação seja efectuada correctamente garantindo a compreensão das indicações transmitidas. Tal pressupõe a posterior orientação e supervisão do que foi delegado, nunca esquecendo que apesar de delegada a responsabilidade é partilhada. A delegação apenas pode ocorrer ou com colegas, por exemplo durante a ausência para alimentação, ou com terceiros funcionalmente dependentes dos enfermeiros. Neste último caso todas as responsabilidades são assumidas por quem delega (Mutzebaugh, 2007; Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

No contexto onde exerço existe uma grande limitação do tempo disponível para a prestação de cuidados. Tal requer uma adequada tomada de decisão para uma consciente delegação de tarefas. Sem o auxílio proporcionado pelos colegas que assumem postos de trabalho com menor carga de trabalho não seria possível a partilha de algumas responsabilidades e intervenções. Consequentemente ficaria comprometido a qualidade dos cuidados prestados, pois seria impossível cumprir o plano de cuidados estabelecido no tempo útil do turno. De igual forma o auxílio proporcionado por quem é funcionalmente dependente dos enfermeiros no serviço é imprescindível. Contudo nesta situação requer que a delegação seja precedida pela garantia de que o delegado se encontra capaz de executar a tarefa, requerendo por vezes instruções mais detalhadas ou demonstração prática das tarefas e sempre a sua supervisão e orientação.

Desde o início da minha experiência profissional que a priorização correcta dos cuidados prestados é uma preocupação fulcral. O exercício de funções num ambiente complexo, com elevada capacidade de mudança requer atenção redobrada e capacidade de decisão clínica. Lidar com clientes em situação crítica, ao mesmo tempo que se cuida de clientes com doenças crónicas ou clientes com situações de pequena gravidade não é semelhante e requer tempos de actuação diferentes. O exercício de funções num Serviço de Urgência é por isso mesmo único. A gestão dos processos de doença de um cliente em situação crítica é desafiante, mas ao mesmo tempo consumidor de tempo, requerendo uma vigilância mais apertada e uma actuação mais rápida para que se possa auxiliar da melhor forma o cliente. É necessária uma avaliação de cada

situação, tendo em conta a especificidade de cada doente, formulando os diagnósticos que irão guiar a minha intervenção, avaliando rápida e correctamente os resultados obtidos face aos esperados. É um processo que se desenvolve naturalmente e que à medida que se cresce enquanto enfermeiro se torna mais fácil, pois o background de situações similares pode ser utilizado como guia para a prática, tal como é esperado de um enfermeiro proficiente ou perito. É preciso não esquecer que os enfermeiros têm um tempo e energia limitados para cuidar dos seus clientes, manter o ambiente seguro e comunicar com os outros profissionais de saúde, pelo que a delegação de tarefas que não requeiram tomada de decisão ou avaliação do cliente em quem é dele funcionalmente dependente, permite ao enfermeiro concentrar-se em intervenções mais complexas e libertando-o para as situações de emergência (Mutzebaugh, 2007; Benner, 2005).

3.1.C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados

«Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

A utilização eficiente dos recursos existentes, que implica alcançar máxima qualidade com o menor consumo de recursos, é cada vez mais essencial na prestação de cuidados. O principal recurso existente é o ser humano, que enquanto indivíduo desenvolve actividade laboral num grupo social e onde a sua motivação assume enorme importância para o seu nível de eficiência. A liderança assume neste sentido um papel mais importante do que a gestão, uma vez que liderança é o processo interpessoal que envolve motivação e orientação dos outros para atingir os objectivos propostos. Gestão será o concretizar das tarefas, seja pelo próprio ou por outros. Assim para se ter sucesso enquanto líder é necessário um bom planeamento, boa capacidade de organização, capacidade de incentivar os outros, boa capacidade de controlo situacional e por último, boa capacidade de decisão. No entanto sem uma liderança eficaz não será possível motivar e inspirar os outros para o atingir dos objectivos estabelecidos.

A liderança pode ser essencialmente de três tipos: autocrática, ou seja, focada no líder que mantém um forte controlo sobre o grupo e tomada de decisão; democrática, em que todos os membros do grupo participam na tomada de decisão e no estabelecimento de objectivos; e por último, *laissez-faire*, em que o líder assume uma atitude passiva e não directiva, onde as decisões

são tomadas pelo grupo com o mínimo de intervenção do líder. Não se considera que qualquer um destes estilos de liderança tem vantagem sobre o outro, possuindo todos eles vantagens e desvantagens. Como tal, um líder eficaz adequa o seu estilo de liderança às circunstâncias e eventos presentes, de acordo com as necessidades do grupo e tarefas a serem concluídas. Em 1969, Hersey-Blanchard publicam o seu trabalho sobre liderança situacional, que presume que não existe apenas um estilo de liderança adequado a todas as situações. Ou seja, para cada situação em concreto, e tendo em conta o nível de desenvolvimento do liderado, o líder adequa a sua postura e estilo de liderança. O líder passa assim a assumir uma postura mais personalizada, implicando maior capacidade de adaptação e conhecimento profundo dos membros da sua equipa. A liderança situacional apresenta um elevado nível de exigência, daí se tornar um processo complexo e consumidor de tempo. Implica capacidade de diagnóstico, de conhecimento do outro, sensibilidade, capacidade de orientação sem imposição e de motivação e envolvimento dos liderados no trabalho da equipa (Sousa & Barroso, 2009; Grimm, 2010; Lourenço & Trevizan, 2002).

A realização de um PIS implica sempre liderança, que sendo eficaz, é essencial para uma mudança de comportamento, como a pretendida. A minha intervenção a esse nível tem sido o motivar para a mudança de comportamento, salientando que apesar de haver mais uma tarefa a realizar essa tarefa é relativamente simples e fácil face aos benefícios que poderá trazer se for correctamente executada. Igualmente, a inclusão da equipa ao ser consultada e convidada a fornecer a sua opinião enquanto peritos, antes da elaboração da versão final, fará com que a equipa sinta que faz parte integrante do projecto motivando-a para continuar. Tal pode ser confirmado através da adesão ao preenchimento da folha de verificação diária dos diferentes carros de emergência que desde Setembro têm tido poucas falhas, que normalmente estão associadas a turnos com elevada afluência e elevado volume de trabalho (Ver apêndices VIII e IX).

3.1.D. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Neste domínio a aquisição de competências deve-se principalmente ao investimento pessoal para me manter actualizado cientificamente, e ao desejo que o crescimento profissional seja acompanhado por autoconhecimento e maturação pessoal. Todo o caminho percorrido ao longo da minha vida contribuiu para a pessoa e profissional que sou. Ser enfermeiro exige a aquisição de competências de diversificados âmbitos, entre eles, âmbito emocional, comunicacional e relacional. São de salientar os contributos teóricos leccionados nos módulos

Psicossociologia das Organizações (UC Ambientes em Saúde) e Liderança de Equipas (UC Gestão de Processos e Recursos), na medida em que, os conflitos nem sempre são inevitáveis e tornam-se essenciais competências para os saber gerir.

Ao adquirir novos conhecimentos científicos, para além de ter a preocupação de os aplicar na prática diária, procuro ter presente a disseminação do conhecimento para os meus pares. A produção de conhecimento em enfermagem deve ser acompanhada pela sua publicação ou transmissão aos semelhantes contribuindo activamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Este aspecto foi-me lembrado na UC Investigação integrada no MEMC. A realização de um artigo sobre o PIS aqui apresentado é uma forma de poder dar o meu contributo neste âmbito (Ver apêndice X).

3.1.D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade

«Demonstra, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

O auto conhecimento afecta todos os aspectos da vida, incluindo relações, habilidades funcionais e estado de saúde. Faz parte do que nos torna únicos, implica uma auto-avaliação nas dimensões física, emocional, intelectual e funcional, variando ao longo do tempo e consoante o contexto de cada situação. É o guia referencial para perceber e entender o mundo e embora não seja visível nem tangível, exerce uma poderosa influência na vida de cada um. O conhecimento dos valores pessoais permite a base para reconhecer e desenvolver valores profissionais, estes em última instância fornecem um guia para como exercemos enfermagem. Por isso sem uma constante consciência de quais são os valores pessoais e profissionais em cada momento da nossa vida é impossível o estabelecimento de objectivos, o reconhecimento dos recursos e dos limites pessoais e profissionais (Carroll, 2007).

O ambiente hospitalar torna-se propício ao aparecimento de conflitos. Embora estes possam instigar mudanças positivas, os envolvidos terão de aprender a geri-los construtivamente. Uma gestão adequada de conflitos é aquela que alcança um entendimento e aumenta as interações futuras. Para isso o entendimento tem de ser justo e durável e ter em conta os interesses de todos os envolvidos. Tal é impossível sem uma adequada avaliação do conflito e um

adequado conhecimento de si e de quais os objectivos pessoais e institucionais. Tal como com a liderança não existe um estilo de gestão de conflitos que seja universalmente eficaz. Em algumas situações um estilo competitivo ou de acomodação poderá ser eficaz, enquanto noutras um estilo que evite o conflito, que force um compromisso ou inicie uma colaboração será mais eficaz.

Um posto de trabalho onde a capacidade de resolução de conflitos é posta à prova é a triagem. Devido à frequente demora de atendimento no SUG, a triagem é frequentemente interrompida por clientes e familiares revoltados com a demora. A gestão destes conflitos é difícil, requerendo um elevado conhecimento de nós próprios para manter uma relação cordial, começando muitas vezes por ter de explicar aos familiares e clientes que não é correcto interromper a triagem de outros clientes e que o assunto que querem debater não justifica essa interrupção. Posteriormente procuro perceber qual o motivo pelo qual os clientes e familiares regressam à triagem e explico novamente como se processa o encaminhamento dentro do SUG. Esclareço e encaminho os clientes quando estes querem apresentar uma reclamação escrita da situação (normalmente associada à demora no atendimento do SUG e não da triagem) e procuro acima de tudo detectar se houve alterações na situação do cliente, agindo em conformidade. Demonstrar disponibilidade para escutar tanto os familiares como os clientes é normalmente extremamente útil, pois diminuí a carga negativa inerente à situação de conflito. Mas o estabelecimento de uma relação empática não se inicia apenas aquando do início do conflito, mas sim desde o primeiro contacto com o cliente. Por isso mesmo, desde o início da triagem que explico as condições de atendimento actuais do SUG, incluindo o tempo que a próxima pessoa a ser atendida está à espera sem que ainda tenha sido chamada, reforçando e incentivando que caso note alguma alteração pode e deve informar o enfermeiro na triagem sem interromper uma triagem em progresso.

3.1.D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

«Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo de investigação» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

Desde o início da minha vida profissional que tenho procurado a excelência na prestação de cuidados. Para o efeito depois de diagnosticar as minhas necessidades de formação,

estabeleço metas e objectivos a atingir e avalio se foram eficazes ou não, alterando conforme necessário, tendo sempre em vista a melhoria da qualidade dos cuidados que presto. O exercício de funções em ambiente de urgência/emergência implica não só uma consciência ético-deontológica apurada, mas também uma constante actualização técnico-científica.

Para o efeito ao longo do meu percurso profissional foi essencial a frequência de formações teórico-práticas, que serviram para a formação de uma sólida base de conhecimentos na área do atendimento à pessoa em situação crítica. As formações realizadas foram seleccionadas tendo em conta as necessidades pessoais e a qualidade da formação de entidades credíveis.

Este mesmo percurso foi reconhecido com o convite para participar como formador no curso de urgência/emergência fornecido pela instituição a todos os elementos que tenham integrado recentemente o serviço. Esta colaboração tem sido desenvolvida na área do atendimento ao politraumatizado (três ultimas edições), e na área da abordagem ao doente crítico (duas últimas edições).

Como forma de facilitar o desempenho do papel de formador tornou-se premente a aquisição de competências na área da formação. Para o efeito senti necessidade de melhorar o suporte técnico-científico na área na pedagogia, daí ter frequentado o curso de Formação de Formadores que me alertou para a importância de saber transmitir a informação de modo a que seja correctamente apreendida pela população-alvo. Sinto que os conhecimentos de pedagogia adquiridos facilitam igualmente a educação para a saúde realizada na prática clínica diária.

Têm sido colocados vários desafios na minha vida profissional e um deles prende-se com a orientação de estudantes em contexto de ensino clínico. Devido à complexidade das situações experienciadas pelos clientes no SUG, os estudantes de enfermagem realizam o ensino clínico apenas no último ano do curso de licenciatura em enfermagem, sendo por isso esperado o aperfeiçoamento da responsabilidade ético-deontológica e o desenvolvimento da aprendizagem. Tal representa um desafio pessoal, pois exige tutelar a prestação de cuidados de enfermagem do estudante, orientando o seu crescimento e maturação profissional.

Um outro desafio é a integração de colegas no SUG. Nos últimos anos os enfermeiros que ingressam no serviço têm sido essencialmente recém-licenciados. Este aspecto representa um grande desafio, na medida que implica ajudar na gestão de sentimentos gerados pela entrada da pessoa no mundo de trabalho, que nem sempre corresponde aos ambientes vividos durante os

ensinos clínicos. Uma das principais noções que procuro transmitir é a necessidade de permanente actualização dos conhecimentos científicos, uma vez que é um valor universal de enfermagem a competência e o aperfeiçoamento profissional. Este não é um processo que fique concluído aquando do finalizar do período de integração. Implica a formação em contexto de trabalho sempre que uma oportunidade de aprendizagem surja e favorecer o crescimento profissional dos colegas.

Em contexto da PGEMC e MEMC tive a oportunidade de desenvolver projectos concebidos a pensar nas oportunidades de melhoria contínua da qualidade. Os PIS proporcionaram momentos desafiantes que me levaram a pensar em estratégias de resolução de problemas, incentivaram o desenvolvimento de competências de gestão, liderança e de formação. As dificuldades encontradas e ultrapassadas incitaram o meu crescimento pessoal e profissional, levando-me a valorizar todo o trabalho que nem sempre é directamente visível para o cliente mas que, sem o qual, a prestação de serviços seria dificultada.

A pesquisa efectuada para a realização de ambos os PIS teve em conta critérios de pertinência e actualidade científica. Para o devido efeito recorreu-se no caso da PGEMC às guidelines mais recentes do ILCOR, a entidade mundial que congrega os mais recentes desenvolvimentos na área de reanimação. No caso da MEMC, sendo uma área mais específica, tal pesquisa foi dificultada pela pouca existência de informação disponível sobre a temática carros de emergência. O recurso às orientações nacionais, emanadas pela DGS teve de ser colmatado, na falta de mais informações, pelo recurso aos conteúdos igualmente do ILCOR, no que diz respeito aos fármacos necessários num carro de emergência.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

As competências específicas do EEPSC foram aprovadas em Assembleia Geral extraordinária da OE a 20 de Novembro de 2010, por proposta apresentada pelo Conselho Directivo após aprovação em Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica em 25 de Setembro de 2010. Foi publicado em Diário da República 2ª série nº 35, a 18 de Fevereiro de 2011 constituindo uma comunicação aos cidadãos do que podem esperar de um EEPSC.

A pessoa em situação crítica «é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica» (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p.1). Assim os cuidados de enfermagem a estes clientes são altamente qualificados sendo prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades. Contudo, considera-se uma competência igualmente a capacidade de resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, bem como, a prevenção e controlo de infecção.

As competências específicas do EEEPSC incluem (ordem dos Enfermeiros, 2010b):

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção, e
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Este capítulo pretende ser uma reflexão sobre a aquisição destas competências ao longo do meu percurso profissional, o que implica um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades. As três competências específicas referidas acima contemplam várias unidades de competência, que por sua vez, se concretizam em critérios de avaliação. Estes são entendidos como evidência do desempenho do enfermeiro.

3.2.A. Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

«Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

O SUG do Hospital tem como objectivos «prestar cuidados adequados a todos os utentes que a ele recorram, em situação de doença aguda/crítica e/ou agudização de doença

crónica» e «proporcionar um acolhimento e acompanhamento individualizados, promovendo a comunicação/informação entre prestadores de cuidados, utentes e familiares de modo a assegurar a sua participação activa no processo de saúde» (HGO, EPE, 2005). Enfermagem de urgência pode ser definida como a prestação de cuidados em indivíduos de todas as idades com alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Por esse motivo os cuidados de enfermagem de urgência são episódicos, primários e normalmente agudos. Implica uma diversidade de conhecimentos e de processos de doença requerendo por isso um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, quer de âmbito geral, quer de âmbito especializado. A sua resolução tanto pode implicar apenas cuidados mínimos, como medidas de reanimação ou até mesmo ensino ao cliente ou família, encaminhamento adequado e conhecimento de implicações ético-deontológicas (MacPhail, 2001).

A prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, e que permita antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica implicam a aquisição de conhecimentos e habilidades altamente específicos. Para o efeito ao longo do meu percurso profissional foi de vital importância a realização de cursos teórico-práticos com sucesso que visassem suprir estas necessidades. Assim, a aquisição de competências em Suporte Básico de Vida foi iniciada em 2003, tendo sido re-certificada em 2005, 2009 e 2012, associada às competências adquiridas no curso de urgência e emergência realizado pouco tempo após a integração no SUG constituíram a base da pirâmide a partir da qual iniciei o desenvolvimento da capacidade de executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica. Como tal em 2007 realizei o Curso de Abordagem Avançada da Paragem Córdio-Respiratória que me aprimorou as competências na área de Suporte Avançado de Vida. Por considerar ter lacunas a nível do atendimento do cliente vítima de politraumatismo realizei em 2008 o Curso de Emergência, Trauma e Catástrofe e o Curso de International Trauma Life Support, sendo este último um curso internacionalmente reconhecido como standard para a prestação de cuidados em trauma pré-hospitalar. Estas competências foram reconhecidas com o convite para integrar a equipa da viatura médica de emergência e reanimação (VMER) do HGO, EPE, tendo concluído no final de 2008 o curso de técnicas de emergência médica ministrado pelo INEM, e integrado a equipa em Abril de 2009. Com o objectivo de manter os conhecimentos e habilidades actualizados realizei o curso Avançado de Trauma Hospitalar (Grupo de Trauma e Emergência) no final de 2009 e em 2011 o curso Fundamental Critical Care Support (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos).

Em 2010, realizei a integração na unidade de cuidados diferenciados imediatos do SUG, local onde são prestados cuidados a clientes com instabilidade hemodinâmica e/ou com necessidade de ventilação invasiva ou não invasiva. Aqui há necessidade de gerir protocolos terapêuticos complexos, o que requer conhecimentos quer ao nível das complicações, quer ao nível das respostas esperadas, exigindo o desenvolvimento de capacidades de monitorização, avaliação, implementação e adequação das respostas de enfermagem às complicações e problemas identificados. A realização do Estágio III (Parcial) nesta unidade, sob a orientação de um EEEMC permitiu o aperfeiçoamento destas respostas, sendo extremamente benéfico para o crescimento profissional.

Considerar a dor como 5º sinal vital é um reflexo da preocupação do enfermeiro em relação a este âmbito, uma vez que a avaliação é o início do processo para o controlo da dor. A dor é a queixa que mais frequentemente leva a pessoa a procurar cuidados de saúde no serviço de urgência, quer de foro agudo, quer de foro crónico ou crónico agudizado. Como tal o alívio da dor e do sofrimento deverá ser uma das prioridades iniciais no atendimento ao cliente. Infelizmente há por vezes tendência para protelar o tratamento da dor por receio que o mesmo possa atrasar ou complicar a observação ou exame do cliente.

Na minha prática clínica incluo sempre o cliente enquanto parceiro estratégico. É o melhor avaliador da sua própria dor e o único que é capaz de fornecer com exactidão as características da dor, nomeadamente localização, qualidade, intensidade, duração e frequência. Estou atento as formas de comunicar a dor ou às expressões de dor do cliente, nomeadamente, as não verbais (especialmente taquicardia ou agitação motora). Especialmente na triagem considero como sendo de vital importância o conhecimento dos factores de alívio e de agravamento da dor, as estratégias de *coping* já utilizadas pelo cliente, as implicações da dor nas suas actividades de vida, e se já tomou medidas farmacológicas ou não farmacológicas para o alívio da dor e se surtiram efeito. Para o efeito considero essencial a capacidade de utilizar adequadamente as escalas da avaliação da dor, nomeadamente a escala de avaliação analógica e a escala qualitativa.

Para a prestação correcta de cuidados ao cliente com dor implica o conhecimento da farmacologia utilizada nomeadamente dos três principais grupos de analgésicos (opióides, não opióides e adjuvantes) e qual o seu mecanismo de acção, efectividade, formas de administração, duração da acção, efeitos adversos e interacções medicamentosas. Sem estes conhecimentos é impossível a gestão de medidas farmacológicas podendo com isso colocar o cliente em risco.

Aparte dos protocolos terapêuticos complexos que implicam intervenções de enfermagem interdependentes, o enfermeiro pode prescrever e implementar intervenções autónomas para gestão da dor e do bem-estar. Estas podem ser de foro cognitivo-comportamental; físico; ou de suporte emocional. Na minha prática clínica aquelas com que obtenho melhores resultados têm sido a imobilização, aplicação de frio e calor e a massagem, no âmbito nas físicas, conforto e toque terapêutico no âmbito do suporte emocional, e a distração e auxílio do cliente na utilização das estratégias de *coping* já conhecidas pelo próprio no âmbito cognitivo-comportamental (Ordem dos Enfermeiros, 2008; Trautman, 2001).

A situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica é geradora de perturbações emocionais. A aquisição de competências neste domínio implica saber gerir a ansiedade e medo vividos pelo cliente e ser capaz de facilitar os processos de luto, contribuindo para a dignificação da morte. Tal requer o estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente/família, sabendo gerir a comunicação interpessoal que a fundamenta. Como tal, o desenvolvimento de técnicas e estratégias de comunicação adaptadas à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica são essenciais, seleccionando, utilizando e avaliando o processo de relação de ajuda, e reconhecendo o seu impacto junto do cliente/família que vivencia a situação. Neste sentido os conteúdos teóricos leccionados na PGEMC, mais concretamente a UC Praxis Clínica I (UT Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem), e a UC Espiritualidade e fim de Vida, (UT Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem e UT Cuidados ao Cliente em Fim de Vida), e a UC Cuidar em Ambiente Complexo (UT Cuidados em Situação de Crise ao Cliente e Família e UT Cuidados ao Cliente com Falência Multi-orgânica) foram sobejamente importantes. A conclusão destas UC com sucesso, permitiram-me a melhoria da minha prestação de cuidados, ao facilitarem o aperfeiçoamento das capacidades de escuta activa, de respeito e aceitação incondicional, de congruência e de empatia para com o cliente. O estabelecimento de uma relação terapêutica é um processo difícil que, sem os adequados aportes teóricos e orientação por enfermeiros com maior experiência na área, falha na prossecução dos seus objectivos.

3.2.B. Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multi-vítima, da Concepção à Acção

«Intervém na concepção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma

sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

O aumento da população a nível global e a contínua urbanização, com aumento do número de pessoas que vivem em espaços cada vez mais delimitados, juntamente com o aumento do movimento de pessoas a nível global, derivado do turismo e migração, e a produção, transporte e uso de materiais perigosos, que inclui substâncias radioactivas são factores que aumentam a probabilidade de ocorrência de uma catástrofe ou situação multi-vítimas. Igualmente o aumento do terrorismo a nível global contribui para o aumento dos receios de uma situação semelhante.

Como tal, a prestação de cuidados num SUG implica a obrigatoriedade de se estar preparado para a possibilidade de intervir numa situação semelhante. O objectivo máximo perante estas situações será sempre o de reduzir ou eliminar as baixas humanas, a diminuição da saúde e os subsequentes efeitos físicos e psicológicos na maior extensão possível. Para que tal possa ser atingido são necessários dois pontos: a relocação dos recursos disponíveis onde fazem mais falta com a rápida mobilização de recursos adicionais (humanos e materiais) e a utilização óptima dos recursos disponíveis, através do estabelecimento de prioridades e do uso de métodos simplificados de diagnóstico e tratamento. O principal receio numa situação destas será sempre o de os recursos disponíveis serem insuficientes para as necessidades imediatas de cuidados de saúde, situação que poderá comprometer a prestação de cuidados de saúde com a consequente perda de vidas ou aumento das incapacidades dos sobreviventes, situação que não se verificaria caso os recursos fossem suficientes (Lennquist, 2012).

A aprovação com sucesso em 2008 no Curso de Emergência, Trauma e Catástrofe ministrado pelo Grupo Trauma e Emergência e no curso de técnicas de emergência médica ministrado pelo INEM, foram de extrema utilidade, tendo fornecido os princípios de actuação em situações de catástrofe e permitido a distinção entre os vários tipos de catástrofe e as suas implicações para a saúde. Como cursos teórico-práticos, com uma elevada componente prática, ambos os cursos envolveram simulacros que permitiram o treino e reforço da aquisição de capacidades relativas à triagem de catástrofe e decisão de sequência de actuação conforme o grau de urgência e acima de tudo sistematizar as acções a desenvolver em situações de catástrofe ou emergência. Em ambos os cursos foi reforçado a necessidade de conhecer o plano de emergência interno e externo do hospital (que foi elaborado em 2004) como forma de estarmos preparados para qualquer eventualidade, necessidade que foi igualmente reforçada aquando da

realização do curso de triagem de Manchester, que contempla dois algoritmos referentes à triagem em situação de catástrofe. Contudo, foi apenas aquando do Seminário de Peritos realizado no último semestre do MEMC que fiquei desperto para a importância do conhecimento do Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência. No caso do distrito de Setúbal este é da responsabilidade do Governo Civil de Setúbal, tendo a sua versão mais recente (a terceira) sido efectuada em 2010. Este possibilita a criação de uma unidade de direcção e controlo, que garanta a coordenação das acções a desenvolver e a gestão dos meios e recursos mobilizáveis, face a um acidente grave ou catástrofe, de origem natural ou tecnológica, tendo em vista minimizar os prejuízos e perdas de vidas e o restabelecimento da normalidade. Este plano articula-se a nível nacional com o Plano Nacional de Emergência e Catástrofe, da responsabilidade da Autoridade Nacional de Protecção Civil, sendo ainda de destacar na área de influência do meu local de trabalho o Plano Especial de Emergência para o Risco Sísmico na Área Metropolitana de Lisboa e Concelhos Limítrofes, que visa minimizar os efeitos adversos da ocorrência de um sismo e/ou tsunami, uma vez que esta área se encontra tanto no limite geodinâmico entre a placa Africana e Euro-Asiática como de outras fontes sísmicas mais próximas, com registo histórico de sismos de elevada magnitude, sendo o mais recente o de Benavente em 1909.

Embora não tenha elaborado a NP nº 68/08 - Gestão da Urgência Geral em Situação de Catástrofe Externa; nem a NP nº 66/08 - Kit de triagem para situação de catástrofe externa, por motivos de indisponibilidade temporal, orientei a colega autora das mesmas para os aportes bibliográficos essenciais à sustentação teórica, dando sugestões sobre como proceder à sua elaboração.

A existência de uma norma não significa obrigatoriamente que perante uma situação de catástrofe o SUG consiga responder adequadamente, sendo por isso necessária a realização de simulacros como forma de testar estas capacidades. Em Julho de 2012, no âmbito da pós-graduação de uma colega foi realizado um simulacro de triagem em situação de catástrofe no SUG, no qual participei enquanto triador, tendo completado o mesmo de forma célere e correcta. Tal facto foi mencionado como digno de nota na auditoria a que o Hospital se submeteu em Outubro de 2012, reforçando a pertinência destas acções de formação.

A gestão dos cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe é uma competência que foi adquirida, como referido anteriormente através da realização de cursos teórico-práticos. A sua manutenção tem sido possível pela prestação de cuidados pré-hospitalares, durante os quais

já tive de colocar em prática os princípios de gestão de uma situação multi-vítimas enquanto integrante de uma equipa de VMER.

Ser capaz de actuar em situação de catástrofe ou multi-vítimas é essencial, mas é igualmente essencial a capacidade para a prevenir. A realização do curso de Segurança Contra Incêndios, realizado no HGO tem como objectivo limitar a propagação do fogo e suas consequências possibilitando uma actuação rápida e eficaz. Da mesma forma o conhecimento dos pontos de corte de gases medicinais, do quadro de electricidade, dos extintores de pó químico ABC, dos extintores de Dióxido de Carbono, da localização das lanternas e das saídas de emergência, garantindo a sua praticabilidade (garantido que não ficam obstruídas sob nenhuma circunstância) poderá significar a diferença entre uma situação controlada e um acidente multi-vítimas de grandes proporções.

Existe um esforço pelo actual Enfermeiro-chefe do SUG para que os enfermeiros se mantenham actualizados a este nível, facilitando a inscrição no curso de Segurança Contra Incêndios ministrado pelo serviço de formação do Hospital, bem como no curso de Suporte Básico de Vida. Igualmente têm sido política da administração a realização de cursos de Suporte Imediato de Vida e Suporte Avançado de Vida, para os quais tem existido sempre vagas para elementos do SUG. Igualmente, a divulgação de normas de segurança através de correio electrónico tem sido regular, facilitando o conhecimento de todos os envolvidos dos planos de emergência do Hospital.

3.2.C. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infecção perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

«Considerando o risco de infecção face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infecção» (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (PNCI) tem como principal objectivo «identificar e reduzir os riscos de transmissão de infecções entre doentes, profissionais e visitantes (como os voluntários, estudantes estagiários,

trabalhadores contratados) e consequentemente diminuir as taxas de infecção e mantê-las a um nível aceitável» (Costa, Silva & Noriega, 2007, pp.6).

O Despacho nº 18 052/2007 da Direcção Geral de Saúde revê a constituição e a operacionalização das Comissões de Controlo de Infecção (CCI) em todas as unidades de saúde, determinando que estas sejam reestruturadas de forma a obterem capacidade técnica para abranger as três vertentes do PNCI, que são vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, e formação dos profissionais. Como forma de maximizar a eficiência todas as recomendações internas e planos de acção emitidas pelas CCI tenham carácter vinculativo, e não meramente consultivo. É por isso responsabilidade das CCI a implementação de uma cultura de segurança, com intuito de que a prevenção e controlo das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) sejam encarados como parte integrante da rotina diária de todos os profissionais, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a segurança do cliente.

Durante a realização do Estágio III, e com o intuito de dar resposta a esta competência frequentei o curso de Precauções Básicas e Controlo de Infecção. Este foi delineado pela CCI do Hospital visando que o profissional de saúde saiba reconhecer os riscos e desenvolva um sentido de responsabilidade relativamente à sua segurança, dos seus colegas de trabalho e clientes. Neste curso foram revistos conceitos base de IACS, bem como, as precauções básicas de controlo de infecção, o que incluiu um exercício prático da técnica de higiene das mãos e de colocação e remoção do equipamento de protecção individual.

Tais conhecimentos não são suficientes sem uma cultura organizacional que favoreça a sua implementação na prática clínica. Para o efeito a CCI em conjunto com a Direcção do SUG implementou algumas medidas, que passaram pela divulgação de posters informativos da World Alliance for Patient Safety sobre a higiene das mãos, estrategicamente colocados nos locais próprios para higienização das mãos. Estes posters reflectem as mais recentes evidências científicas e são de dois tipos: um divulga a técnica correcta de higiene das mãos, seja com lavagem das mãos, seja com fricção anti-séptica (solução alcoólica), enquanto o segundo divulga os cinco momentos para a higiene das mãos. Para além disso foi reforçada a presença de solução alcoólica para fricção anti-séptica, encontrando-se distribuída pelo serviço em locais estratégicos, nomeadamente uma por cada unidade do doente. Na sequência destas preocupações, a 22 de Setembro de 2011 na UCDI foi retirada uma vaga por não se cumprirem as distâncias mínimas de segurança entre as unidades de doente.

Estas práticas foram introduzidas em 2007 no Hospital tendo-se registado uma evolução favorável da taxa global à higiene das mãos, passando de 35% em 2006 para 71% em 2010 (Anexo XIII). No que diz respeito ao SUG a introdução destas práticas ocorreu mais tarde, tendo a sua implementação em pleno apenas ocorrido durante o ano de 2011. Para o efeito foram designados cinco elementos de ligação à CCI, um por cada equipa de enfermagem, para além do elemento de ligação do serviço. Estes actuam como enfermeiros dinamizadores, tendo recebido formação específica para o efeito para além do curso de precauções básicas e controlo de infecção. Na equipa onde me encontro inserido a escolha recaiu sobre o único EEEMC, sendo-lhe como tal reconhecido competências para desempenhar esta função. Como resultado, o consumo de solução alcoólica (principal critério de êxito) aumentou em 46% do primeiro para o segundo semestre de 2011, e na auditoria interna de observação das práticas de higiene das mãos e utilização de luvas realizada em Dezembro constatou-se que os grupos profissionais enfermeiros e assistentes operacionais, obtiveram um resultado satisfatório, com 71,98% e 52,22% respectivamente (Anexo XIV).

Contudo tal não é suficiente, sendo importante a manutenção das auditorias internas de lavagem das mãos enquanto forma de diagnóstico de situação e a implementação de medidas preventivas. Estas tem sido efectuadas de forma regular tendo a última sido realizada no último trimestre de 2012. A manutenção adequada do material necessário é igualmente importante, sendo que apesar de os distribuidores de solução alcoólica estarem adequadamente distribuídos pelo serviço, nem sempre se encontram operacionais, especialmente ao nível do doseador, dificultando a actuação dos elementos da equipa. Igualmente é importante a manutenção dos incentivos à frequência do curso de precauções básicas em controlo de infecção, enquanto pilar da melhoria da qualidade ao nível da lavagem das mãos no SUG.

Durante a PGEMC adquiri e aprofundei conhecimentos no âmbito do controlo de infecção ao frequentar a UT Cuidados ao Cliente com Múltiplos Sintomas, inserida na UC Cuidar em Ambiente Complexo. Já no MEMC o módulo Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Enfermagem inserido na UC Enfermagem revelou-se de extrema importância no aperfeiçoamento das capacidades nesta área. Dos conteúdos leccionados apreendi que enquanto enfermeiro especialista tenho responsabilidades redobradas para questionar, ponderar e procurar constante actualização na área de prevenção e controlo da infecção perante as vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica. Apenas cumprindo os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infecção, monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas poderei contribuir para a melhoria dos cuidados prestados a estes clientes.

4. Análise de Competências de Mestre em Enfermagem

O Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março institui que, em termos de ensino politécnico, o grau de mestre deverá corresponder à aquisição de uma especialização de natureza profissional. No caso específico da Enfermagem e mais concretamente da Enfermagem Médico-Cirúrgica, tal implica que em complemento com as competências do enfermeiro especialista, um Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica possua um conhecimento aprofundado no domínio especializado da área Médico-Cirúrgica. Terá de ter em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, que se traduzam num conjunto de competências clínicas especializadas relativas à Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo esse o objectivo do curso de MEMC da ESS do IPS.

4.1. Demonstre competências clínicas específicas na concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem:

A concepção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem encontram-se patentes no processo de enfermagem. Este implica a realização de uma avaliação exaustiva da pessoa, o que inclui não só o indivíduo, como as famílias e as comunidades, formulando os diagnósticos de enfermagem tendo em conta a análise crítica dos dados obtidos na avaliação e prescrevendo as intervenções de enfermagem gerais e especializadas necessárias. Contudo este processo não fica por aqui implicando igualmente a avaliação de todo este processo, garantindo que os resultados obtidos são os resultados esperados, revendo os diagnósticos de enfermagem iniciais e alterando as intervenções com o evoluir da situação de saúde do cliente.

A tomada de decisão inerente a estas competências tem sempre uma dimensão ética e deontológica inerente, assegurando cuidados de saúde de qualidade de forma equitativa. O respeito pela autonomia do cliente, respeitando a sua vontade e encarando-o como um parceiro no seu processo de saúde é inerente à prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Segundo Benner (2005), faz parte do enfermeiro perito a capacidade de intuição que cada situação clínica exige para apreender os reais problemas do cliente, sem se perder por um largo leque de soluções e diagnósticos estéreis, porque age a partir de uma compreensão profunda da situação global.

Enquanto enfermeiro num SUG a minha actuação perante um cliente em situação crítica é direccionada primariamente aos problemas que este experiencia no momento, agindo de forma rápida e segura e tendo em conta todos os dados da avaliação efectuada. Embora nestes contextos seja fácil divagar nos cuidados de natureza técnica e interdependentes, não descuro os cuidados de enfermagem independentes, contribuindo para uma rápida recuperação.

4.2. Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas:

A realização do MEMC contribuiu fortemente para o desenvolvimento do domínio das aprendizagens profissionais, permitindo desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade, e ajudando a basear a minha prática clínica enquanto enfermeiro especialista em conhecimentos sólidos e válidos. Contudo, como descrito anteriormente, a auto e hetero-formação enquanto componente essencial do desenvolvimento nunca foram descuradas, procurando sempre manter os meus conhecimentos actualizados dentro do domínio da prática especializada.

Actualmente a acesso à base de dados uptodate em todos os computadores do Hospital permite o esclarecimento de dúvidas pontuais durante a prestação de cuidados, incentivando a auto-formação como forma de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

4.3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva:

A capacidade de ser proactivo, implica um elevado conhecimento de si, como foi referido na análise das competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Requer o domínio dos conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as ciências de Enfermagem, como forma de suportar a sua actividade na área de especialização e aplicando os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares. Implica igualmente estar disponível enquanto consultor especializado na sua área de intervenção, fomentado o trabalho em colaboração com outros profissionais de saúde.

O investimento efectuado ao especializar-me na área do doente crítico é reconhecido, pela solicitação que recebo por parte da equipa de enfermagem relativamente à prática clínica, bem como pela consultadoria requerida pelo Enfermeiro-chefe do SUG nalgumas temáticas

relacionadas com a área de emergência. Tal fornece uma motivação extra para me manter como um elemento válido, pró-activo e com conhecimentos permanentemente actualizados na minha área de especialização.

4.4. Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:

O processo de tomada de decisão é uma competência multidimensional, constituída por um processo mental ou cognitivo. Implica capacidade de raciocínio, que permita a análise de toda a informação e ideias disponíveis à vista de um corpo de conhecimentos sólido de forma sistemática, reflexiva, racional e direccionada. É um processo consciente que deverá ser exercido de forma sistemática e organizada, implicando o recurso a competências que se desenvolvem ao longo do tempo através da prática, experiência e esforço. Estas competências incluem a capacidade de interpretação, análise, inferência e auto-regulação, bem como o raciocínio lógico (Johnson & Temple, 2010).

Em Enfermagem este processo é usado como forma de validar os dados obtidos e a veracidade dos diagnósticos efectuados, permitindo a prescrição de intervenções de enfermagem independentes conforme a sua efectividade. É de extrema importância a utilização de fontes credíveis na construção do corpo de conhecimentos necessários bem como uma avaliação activa e melhoria constante do processo de pensamento. Acima de tudo implica a coragem para se auto-questionar e um forte senso ético e deontológico de forma a minimizar os efeitos decorrentes dos nossos valores pessoais e profissionais, garantindo desta forma o respeito pelos princípios da autonomia, justiça e beneficência e reconhecendo a dignidade da vida humana (Johnson & Temple, 2010).

A utilização do processo de tomada de decisão deve ser efectuada em todos os contextos de exercício profissional, pois independentemente do contexto, cada cliente deve ser visto como único e dinâmico, devendo igualmente ser encarado como um todo enquanto alvo de cuidados. O processo de tomada de decisão já se encontra desenvolvido num enfermeiro proficiente, mas é típico de um enfermeiro perito, permitindo a gestão de situações complexas de uma forma notável.

4.5. Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência:

A realização do presente PIS irá permitir contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no SUG, no âmbito da prática especializada da pessoa em situação crítica. A utilização da metodologia de projecto juntamente com os contributos das evidências mais recentes na temática em questão permitiu a elaboração de um PIS actual e pertinente, com um claro contributo para a prática. De igual forma, a sua divulgação será uma importante forma de contribuição para a prática de enfermagem baseada na evidência.

Uma reflexão mais aprofundada sobre esta temática foi realizada no subcapítulo 4.1.D. Domínio das aprendizagens profissionais.

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

O percurso profissional desenvolvido até ao momento permitiu-me a aquisição de competências a este nível. Para o efeito para além da frequência com sucesso da PGEMC (a qual implicou uma componente de formação que era o pilar do PIS) e da frequência do actual MEMC foi importante a realização do curso de formação de formadores que forneceu os instrumentos essenciais ao nível da capacidade de análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação, bem como de pedagogia.

Tal foi reconhecido, como foi dito em capítulos anteriores, na confiança demonstrada com a orientação de estudantes em contextos de ensino clínico e na integração de novos profissionais no SUG, bem como na integração de colegas do SUG na UCDI. Nestes papéis procuro integrar não só os contributos da formação, mas igualmente as políticas de saúde inerentes ao local onde exerço funções.

De igual modo, este esforço foi reconhecido com o convite para colaborar no curso de urgência/emergência do Hospital, quer na área de atendimento ao politraumatizado, quer na área de abordagem ao doente crítico. Igual reconhecimento foi obtido com o convite para colaborar na UC Suporte Avançado de Vida da Pós-Graduação em Trauma, Emergência e Apoio Humanitário do Instituto Politécnico de Leiria em 2009.

5. Conclusão

O trajecto realizado desde a realização de PGEMC ao MEMC foi um espaço de aprendizagem de importância vital, que conduziu ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, contribuindo para o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho.

A realização do enquadramento conceptual representou um desafio moroso, na medida em que exigiu introspecção cuidada no sentido de auto-conhecer o guia teórico na minha prática profissional. Apenas conhecendo o modelo teórico por trás da minha prática consigo especificar os fenómenos de enfermagem que observo dentro de uma estrutura específica e relativamente concreta que me permite a interpretação de comportamentos, situações e eventos. Assim, com a utilização eficaz de uma teoria como guia para a prática clínica diária contribuo para a minha autonomia e responsabilização, bem como, para a consciencialização do que é para mim enfermagem - o fornecer de uma relação de cuidado, em que é dado o primado ao cliente, e em que a sinergia entre enfermeiro e cliente/família facilita o processo de cura.

Assim os resultados esperados com a realização do Estágio III foram atingidos e inclusivamente excedidos. Foi identificada uma oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados em contexto de estágio, tendo sido formulado o diagnóstico de situação e o planeamento do PIS, com vista a resolução do problema de enfermagem identificado que eram os objectivos a atingir com a realização do estágio e foi ainda iniciada a sua implementação que se encontra quase concluída. Igualmente, foi efectuada uma reflexão crítica sobre a aquisição/aprofundamento de competências comuns e específicas do EEEPSC, fazendo uma ponte com os contributos do estágio e com os leccionados em contexto de aula obtidos na PGEMC e no MEMC. Nesta etapa não foi descurado os contributos inerentes à experiência profissional que se revelaram essenciais à aquisição e desenvolvimento das capacidades inerentes às competências específicas do EEEPSC, fornecendo o conhecimento prático que a teoria por si só não permite obter. Foram igualmente atingidos os objectivos do MEMC, que visavam a aquisição de um conhecimento aprofundado no domínio da Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.

A realização de um PIS aquando da PGEMC foi uma mais-valia para a realização do presente PIS. Ao contrário do PIS da PGEMC, que acabou por se tornar meramente académico por falta de interesse na direcção do serviço no seu aproveitamento, o actual PIS encontra-se em fase de implementação, procurando desta forma contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados do SUG do Hospital. A conjugação entre a vida pessoal, profissional e académica revelou-se extremamente complexa e exigente, o que contribuiu para que o PIS necessite de se prolongar por maior período de tempo. É expectável que o PIS seja concluído até Abril de 2013 ao ser atingido o quarto objectivo específico – Organizar os carros de emergência de acordo com a NP aprovada. Actualmente o primeiro objectivo específico – elaborar a NP para a normalização da organização dos carros de emergência existentes no SUG do Hospital – já foi atingido, enquanto os segundo – Divulgar a NP para a normalização da organização dos carros de emergência existentes no SUG do Hospital – e terceiro – Construir dossier com documentação de apoio para a monitorização do carro de emergência a ser colocado no mesmo – encontram-se parcialmente atingidos. A conclusão com sucesso dos objectivos ainda em aberto será concretizada assim que a NP esteja aprovada e se possam assim implementar as actividades em falta.

A aceitação por parte da equipa de enfermagem da NP tem sido positiva, o que pode ser constatado pelo preenchimento sem falhas da lista de verificação diária e mensal. Para tal contribuiu a integração da equipa de enfermagem na elaboração da NP, tendo sido auscultadas e integradas as suas sugestões quando pertinentes. Para além disso o facto de os procedimentos mais morosos (verificação mensal dos carros de emergência) terem ficado a cargo dos elementos de coordenação do serviço contribuiu para uma melhor aceitação da NP, pois a mesma não é vista como consumidora do tempo necessário à prestação de cuidados directos.

Embora o PIS não seja completamente inovador revela-se essencial à prossecução dos objectivos impostos pelo programa de acreditação CHKS, na área de ressuscitação/reanimação sendo por isso essencial a sua implementação.

O atingir do segundo objectivo será essencial para uma conclusão com sucesso do PIS. Será aí que se poderá fazer a diferença em termos de motivação para assegurar que os carros de emergência se encontrem sempre operacionais e prontos a ser utilizados, o que será comprovado pelo registo dessa mesma operacionalidade nas listas de verificação diárias e mensais. Futuramente será interessante a criação de indicadores de resultado com a estatística de preenchimento, como forma de prever a necessidade de motivação extra para manter os níveis de qualidade no assegurar da operacionalidade dos carros de emergência.

A reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEPSC revelou-se extremamente construtiva, enriquecedora e produtiva, permitindo a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do percurso realizado quer a nível profissional quer a nível académico. Sensibilizou-me para determinados domínios que carecem de maior investimento, nomeadamente, no âmbito da prevenção e controlo de infeção em pessoa em situação crítica e no âmbito da gestão dos cuidados. Embora considere que atingi com sucesso a aquisição destas competências, sinto que posso almejar mais, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Finalizando este processo concluo que foram também atingidos os objectivos delineados para o MEMC da ESS do IPS. Foram demonstradas competências clínicas específicas em enfermagem médico-cirúrgica, realizando a concepção, gestão e supervisão clínica de cuidados especializados; tendo sido realizada análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação de pares e colaboradores, contribuindo para a prática da enfermagem baseada na evidência, através da realização dos PIS. Realizou-se o desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida, com o desenvolvimento de processos de tomada de decisão e raciocínio, que permitem a construção e aplicação de argumentos rigorosos, tendo-se integrada equipas multi-disciplinares de forma proactiva.

Referências Bibliográficas

- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2004). Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (5.^a ed.), *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: modelos e teorias de enfermagem* (pp. 3-13). Loures: Lusociência;
- Becker, D., Kaplow, R., Muenzen, P. M. & Hartigan, C. (2006). Activities Performed by Acute and critical Care Advanced Practice Nurses: American Association of Critical-Care Nurses Study of Practice. *American Journal of Critical Care*, 15, 2, 130-148;
- Benner, P. (2005). O modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem. In Benner, P. (2.^a ed.), *De Iniciado a Perito: a excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (pp.39-59). Coimbra: Quarteto;
- Brykczynski (2004). De Prindipiente a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. In Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (5.^a ed.), *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: modelos e teorias de enfermagem* (pp. 185-200). Loures: Lusociência;
- Carroll, T. (2007). Chapter 22 – Manage Yourself for a more Fulfilling Career. In Jones, R., *Leadership and Management: theories, processes and practice* (pp. 360-374). Philadelphia: F.A.Davis Company;
- CHKS (2010). *Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde* (pp. 1-528). (s/l): CHKS;
- Colley, S. (2003). Nursing Theory: its importance to practice. *Nursing Standart*, 17, 46, 33-37;
- Costa, A. C., Silva, M. G., & Noriega, E. (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: manual de operacionalização. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 25 de Maio de 2012, em http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf;
- Curley, M. (2007). The Synergy Model: from the theory to practice. In Curley, M., *Synergy: The unique relationship between nurses and patients* (pp. 1-24) Indianapolis: Sigma Theta Tau International;
- DECRETO-LEI nº 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros;
- DECRETO-LEI nº 74/2006 de 25 de Março.
- Delaune, S. & Ladner, P. (2011a). Chapter 29 - Safety, Infection Control and Hygiene. In Delaune, S. & Ladner, P. (4.^a ed.), *Fundamentals of Nursing, Standards & Practice* (pp. 653-748). New York: DELMAR Cengage Learning;
- Delaune, S. & Ladner, P. (2011b). Chapter 22 - Self-concept. In Delaune, S. & Ladner, P. (4.^a ed.), *Fundamentals of Nursing, Standards & Practice* (pp. 423-438). New York: DELMAR Cengage Learning;
- Direcção-Geral da Saúde (2011). Orientação 008/2011 – Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 20 de Outubro de 2011, em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/carros_de_emergencia.pdf;
- Fawcett, J. (2005). The Studies of Contemporary Nursing Knowledge. In Fawcett, J (2.^a ed.), *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (pp. 3-30). Philadelphia: F. A. Davis Company;
- Hospital Garcia de Orta (2005). *Manual de Integração dos Enfermeiros no Serviço de Urgência Geral*. Almada: Hospital Garcia de Orta;
- Johnson, J. Y., & Temple, J. S. (2010). Critical Thinking, Ethical Decision Making, and the Nursing Process. In Smeltzer, S. C., Bare, B. G.; Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (12.th ed.), *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (pp. 22-40). Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins

- Lenquist, S. (2012). Capítulo 1 – Major Incidents: definitions and demands on the health-care system. In Lenquist, S., *Medical Response to Major Incidents and Disasters: a practical guide for all medical staff* (pp. 1-7). Estocolmo: Springer;
- MacPhail, E. (2001). Capítulo 1 – Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In Sheehy, S. (4.ª ed.), *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (pp. 3-15). Loures: Lusociência;
- McKenna, H. (2005). Introduction to nursing Theories. In McKenna, H. (4.ª ed.), *Nursing Theories and Models* (pp. 85-126). Londres: Routledge;
- Mutzebaugh, C. (2007). Chapter 21 - Delegation: an art of professional practice. In Jones, R., *Leadership and Management: theories, processes and practice* (pp. 345-356). Philadelphia: F.A.Davis Company;
- Nunes, L. (2006). II Congresso Ordem dos Enfermeiros: Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. (s/l): Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 22 de Outubro de 2011, em http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf;
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos* (pp.19-454). (s/l): Ordem dos Enfermeiros;
- Oliveira, P. H. (2007). Bioética e a Filosofia de Kant. In Malagutti, W., *Bioética e Enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas* (pp. 117-128). Rio de Janeiro: Editora Rubio;
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. (s/l): Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. (s/l): Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente. (s/l): Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 27 de Outubro de 2011, em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (s/l): Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 19 de Outubro de 2011, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (s/l): Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 19 de Outubro de 2011, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf;
- Smith, M. (2008). Disciplinary Perspectives Linked to Middle Range Theory. In Smith, M. & Liehr, P. (2.ª ed.), *Middle Range Theory for Nursing* (pp. 1-12). New York: Springer Publishing Company;
- Smith, M., & Parker, M. (2010). Nursing Theory and the Discipline of Nursing. In Parker, M., & Smith M. (3.ª ed.), *Nursing Theories & Nursing Practice* (pp.3-15). Philadelphia: F. A. Davis Company;
- Tomey, A. M. (2004). Os Elementos da Enfermagem: um modelo de enfermagem baseado num modelo de vida. In Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (5.ª ed.), *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: modelos e teorias de enfermagem* (pp. 406-417). Loures: Lusociência;
- Trautman, D. (2001). Capítulo 16 – Controlo da Dor. In Sheehy, S. (4.ª ed.), *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (pp. 191-198). Loures: Lusociência.

Apêndices

Apêndice I – Resultados da Auditoria

Localização	Descrição do Material	Quantidade		UCDI	Observações	UIMC	Observações	Balcão L/A	Observações
		Norma urgência	Norma Hospital						
Exterior do Carro	Ambu	1	1	2		1		1	
	Estetoscópio	1	1	1		0		0	
	Desfibrilhador	1	1	1		1		1	
	Bala de Oxigénio+Debitómetro+Copo Humidificador	1	1	1		1		1	
	Lanterna	Não Contemplado	1	0		1		0	
	Livro de Ocorrências	1	1	1		1		0	
	Contentor de Cortantes	1	Não Contemplado	1		1		0	
	Gel Condutor	Não Contemplado	Não Contemplado	1		0		0	
Parte Superior do Carro	Máscara nº 1	Não Contemplado	1	0		0		0	
	Máscara nº 2	Não Contemplado	1	0		0		0	
	Máscara nº 3	Não Contemplado	1	0		0		0	
	Máscara nº 4	Não Contemplado	1	0		0		0	
	Máscara nº 5	Não Contemplado	1	0		0		0	
	Tubo Orofaringeo nº 2	1	2	0		1		0	
	Tubo Orofaringeo nº 3	1	2	1		0		0	
	Tubo Orofaringeo nº 4	1	2	1		1		1	
	Tubo Orofaringeo nº 5	Não Contemplado	2	0		1		1	
	Tubo Nasofaringeo nº 26	Não Contemplado	2	0		1		1	
	Tubo Nasofaringeo nº 28	2	2	2		1		1	
	Tubo Nasofaringeo nº 30	2	2	2		1		2	
	Laringoscópio com cabo de Adulto	1	1	1		1		1	Cabo de criança
	Lâmina MacIntosh nº 2	1	1	2		0		1	
	Lâmina MacIntosh nº 3	1	1	2	1 descartável	3	2 descartáveis	1	
	Lâmina MacIntosh nº 4	1	1	2	1 descartável	1	1 descartável	2	
	Tubo Oro Traqueal nº 6	Não Contemplado	Não especifica	1		0		0	
	Tubo Oro Traqueal nº 6,5	Não Contemplado	Não especifica	1		0		1	
	Tubo Oro Traqueal nº 7	1	Não especifica	1		1		1	
	Tubo Oro Traqueal nº 7,5	1	Não especifica	1		1		1	
	Tubo Oro Traqueal nº 8	1	Não especifica	1		1		1	
	Tubo Oro Traqueal nº 8,5	1	Não especifica	1		1		1	
	Condutor	1	1	1		1		1	
	Kit de Cricotiroideostomia Percutânea	Não Contemplado	1	0	Noutro local	0	Noutro local	0	Noutro local
	Cânula de Traqueostomia	Não Contemplado	1	0	Noutro local	0	Noutro local	0	
	Seringa de 20 ml	Não Contemplado	1	0		0		0	
	Seringa de 10 ml	2	Não Contemplado	2		4		3	
	Seringa de 5 ml	Não Contemplado	Não Contemplado	0		2		0	
	Lâminas de Bisturi	3	4	2		3		3	
	Xilocaina Spray	1	1	0		0		0	
	Gel Lubrificante	3	1	1		0		1	
	Neosinefrina	Não Contemplado	1	0		0		0	
	Electrodos	Não Contemplado	Não especifica	0	Noutro local	0	Noutro local	0	Noutro local
	Gel Condutor	2	1	0	Noutro local	0	Noutro local	0	Noutro local
	Adesivo	2	2	2		2		2	
	Nastro	3	4	4		4		4	
	Garrote	Não Contemplado	1	0		0		0	
	Pinça de Maguill	1	1	1		1		1	
	Cânula de Aspiração - Yankauer	1	1	1		1		1	
	Pilhas para cabo de laringoscópio	1	1	1		1		1	Não adequadas
	Sonda Nasogástrica nº 18	1	Não Contemplado	1		1		1	
	Saco Colector Esterilizado	1	Não Contemplado	1		1		1	
	Nariz humidificador	2	Não Contemplado	2		3		2	
	Sonda Nasogástrica Lavagem nº 18	Não Contemplado	Não Contemplado	1		0		0	
	Seringa Lavagem 100ml	Não Contemplado	Não Contemplado	1		1		1	
	Agulha de diluição	Não Contemplado	Não Contemplado	0		2		0	
	Abocath nº 20	Não Contemplado	Não Contemplado	0		1		0	
	Compressas não esterilizadas	Não Contemplado	Não Contemplado	0		várias		0	
Gaveta Lateral 1	Abocath nº 22	Não Contemplado	4	0		0		0	
	Abocath nº 20	Não Contemplado	4	0		0		0	
	Abocath nº 18	Não Contemplado	4	0		0		0	
	Abocath nº 16	Não Contemplado	4	0		0		0	
	Abocath nº 14	Não Contemplado	4	0		0		0	
	Agulhas IM	Não Contemplado	8	0		0		0	
	Agulhas EV	Não Contemplado	10	0		0		0	
	Agulhas SC	Não Contemplado	6	0		0		0	
	Agulhas Diluição	Não Contemplado	10	0		0		0	
	Eléctrodos	Não especifica	Não Contemplado	Presentes		Presentes		Presentes	
Gaveta Lateral 2	Gel Condutor	1	Não Contemplado	1		1		1	
	Seringa de 2 ml	Não Contemplado	3	0		0		0	
	Seringa de 5 ml	Não Contemplado	3	0		0		0	
	Seringa de 10 ml	Não Contemplado	10	0		0		0	
	Seringa de 20 ml	Não Contemplado	10	0		0		0	
	Seringa de 50 ml	Não Contemplado	8	0		0		0	
	Cabo de Pace Externo	Não especifica	Não Contemplado	1		1		1	
	Pás para Pace Externo	Não especifica	Não Contemplado	2	1 Aberta	1		1	
Gaveta Lateral 3	Seringa de Insulina	Não Contemplado	6	0		0		0	
	Seringa de Gasimetria	Não Contemplado	4	0		0		0	
	Selos para Carro de Reanimação	1	Não Contemplado	1		1		1	
	Rolo de papel para desfibrilhador	1	Não Contemplado	0		2		3	
	Máscara disposable para SBV	Não Contemplado	Não Contemplado	1		0		0	

1ª Gaveta	Cloreto de Potássio	Não contemplado	5	0	0	0	Noutro local
	Gluconato de Cálcio		5	5	4	5	
	NaHCO3 8,4% Ampolas		2	5	2	2	
	Cloreto de Cálcio		5	5	5	1 Mal Colocado	5
	MgSO4		5	5	4		5
	Salbutamol Ampolas 0,5 mg	Não contemplado	5	0	0		0
	Salbutamol Ampolas 5 mg	Não contemplado	4	0	0		0
	Salbutamol Aerossol		2	0	0		0
	Adenosina	Não contemplado	5	0	0		0
	Hidrocortisona	5	5	5	3		5
	Vasopressina	Não contemplado	2	0	0		0
	Neostigmina	Não contemplado	10	0	0		0
	Dinitrato de Isossorbido	5	5	10	5		9
	Lidocaina a 2% - Frasco de 20 ml		5	4	1		2
	Lidocaina a 2% com Adrenalina - Frasco de 20 ml	Não contemplado		1	0		0
	Lidocaina a 1% - Frasco de 20 ml	Não contemplado		3	0		0
	Isoprenalina	Não contemplado	12	10	No frigorífico	10	No frigorífico
	Efedrina	Não contemplado		0			0
	Atropina	20	20	20	20		20
	Naloxona	5	4	5	4		
	Adrenalina	20	20	20	19		20
	Flumazenil	5	3	5	5		5
	Abocath nº 22	Não contemplado		0	1		0
	Abocath nº 20	5	Não contemplado	5	1		3
	Abocath nº 18	5	Não contemplado	6	2		5
	Abocath nº 16	3	Não contemplado	4	1		1
	Abocath nº 14	3	Não contemplado	0	0		0
	Agulhas diluição	10	Não contemplado	27	em 2 locais	13	35
	Seringa 2 ml	Não contemplado		1	0		0
	Seringa 5 ml	Não contemplado		3	0		7
	Seringa 10 ml	8	Não contemplado	2	8		6
	Seringa 20 ml	2	Não contemplado	0	2		3
	NaCl 0,9% Ampolas de 10 ml	10	Não contemplado	0			10
	Propofol	5	Não contemplado	5	1 fora de prazo	4	1 fora de prazo
	Midazolam	5	Não contemplado	5	10		5
	Furosemida	10	Não contemplado	12	10		12
	Diazepam	10	Não contemplado	10	8		10
	Amiodarona	10	Não contemplado	11	7		10
	Tegaderm	Não contemplado		4	0		0
	Etomidato	Não contemplado		2	0		2
	NaCl 0,9% frascos de 100 ml	Não contemplado		0	5		0
2ª Gaveta	Diazepam	Não Contemplado	5	0	Noutro local	0	Noutro local
	Midazolam 15 mg/3ml	3	5	0	Noutro local	0	Noutro local
	Succinilcolina	Não Contemplado	3	0			0
	propofol	Não Contemplado	5	0	Noutro local	0	Noutro local
	Furosemida	Não Contemplado	10	0	Noutro local	0	Noutro local
	metoclopramida	Não Contemplado	5	0		0	0
	Água Bidestilada ampolas de 10 ml	Não Contemplado	10	0		0	0
	Noradrenalina 1 mg	3	Não Contemplado	4	3		0
	Noradrenalina 10 mg	5	3	3	0		5
	Dopamina	5	5	5	5		5
	Dobutamina	5	5	5	5		10
	Propanolol	5	5	5	4		5
	Amiodarona	Não Contemplado	5	0	Noutro local	0	Noutro local
	Digoxina	5	5	5	5	1 fora de prazo	7
	Glicose hipertónica 30%	5	5	5	0		6
	NaCl 0,9% Ampolas de 10 ml	Não Contemplado		10	0		0
	Nitroglicerina discos 5 mg	Não Contemplado		0	0		2
	Nitroglicerina discos 10 mg	Não Contemplado		0	0		2
	Aminofilina	5	Não Contemplado	5	5		5
	Adenosina	10	Não Contemplado	10	6		10
	isoprenalina	10	Não Contemplado	10	No frigorífico	10	No frigorífico
	Metilprednisolona 2 gr	1	Não Contemplado	2	0		0
	Acetilsalicilato de Lisina ev	5	Não Contemplado	5	5		5
	Salbutamol 0,5 mg	5	Não Contemplado	5	0		5
	Salbutamol aerossol	1	Não Contemplado	1	1		1
	Brometo Ipatropio Aerossol	1	Não Contemplado	5	4		14
	Salbutamol Puffs	2	Não Contemplado	2	2		2
	Brometo Ipatropio Puffs	2	Não Contemplado	2	2		2
	Beclometasona Puffs	2	Não Contemplado	2	2		2
	Nifedipina Gotas	1	Não Contemplado	0	0		0
	Nifedipina cp 5 mg	Não Contemplado		1	6		10
	Nitroglicerina frasco	1	Não Contemplado	1	1		1
	Captopril cp 25 mg	6	Não Contemplado	5	20		20
	AAS cp 100mg	5	Não Contemplado	5	10		10
	Tubo Colheita Hemograma	5	Não Contemplado	6	6		0
	Tubo Colheita Bioquímica	5	Não Contemplado	3	5		0
	Tubo Colheita Coagulação	5	Não Contemplado	6	5		0
	Adaptador Colheita para tubos de sangue	Não Contemplado		5	0		0
	Midazolam 50mg/10ml	Não Contemplado		3	0		5
	Clopidogrel cp 75 mg	Não Contemplado		10	0		8
	Cloreto de Potássio	Não Contemplado		0	0		6
	Metamizol Magnésico	Não Contemplado		0	0		5
	Clonixina	Não Contemplado		0	0		15
	Heparina	Não Contemplado		0	0		5

3ª Gaveta	Compressas 7,5x7,5	4	5	5	3	
	Compressas 10x10	4	5	4	4	14
	Compressas 30x10	Não Contemplado	Não Contemplado	0	2	3
	Luvas Esterilizadas nº 6,5	4	4	3	4	3
	Luvas Esterilizadas nº 7	4	4	3	4	4
	Luvas Esterilizadas nº 7,5	4	4	4	5	4
	Luvas Esterilizadas nº 8	4	4	4	3	3
	Luvas Palhaço Esterilizadas	Não Contemplado	Não Contemplado	0	1	0
	Máscaras de Proteção	Não Contemplado	8	0	0	0
	Máscaras de Venturi	Não Contemplado	2	1	0	0
	Óculos Nasais	Não Contemplado	Não especifica	1	0	0
	Sondas Nasogástrica nº 14	Não Contemplado	2	1	3	0
	Sondas Nasogástrica nº 16	Não Contemplado	2	3	1	1
	Sondas Nasogástrica nº 18	4	2	3	3	2
	Algália Foley nº 16	Não Contemplado	2	0	0	0
	Algália Foley nº 18	Não Contemplado	2	0	0	0
	Saco Colector Esterilizado	Não Contemplado	1	3	2	5
	Saco Colector não Esterilizado	2	2	0	0	0
	Lubrificante	Não Contemplado	1	0	0	0
	Sondas de Aspiração	Não Contemplado	Não especifica	0	0	0
	Soro Fisiológico - Balões de 100 ml	Não Contemplado	3	0	0	0
	Sistemas de Soros	Não Contemplado	6	2	6	0
	Torneiras de 3 Vias	Não Contemplado	6	0	0	0
	Prolongamentos de 25 cm	Não Contemplado	5	6	0	0
	Tubo Oro Traqueal 5,5	Não Contemplado	Não Contemplado	1	1	6
	Tubo Oro Traqueal 6	2	2	2	3	4
	Tubo Oro Traqueal 6,5	2	2	4	4	5
	Tubo Oro Traqueal 7	5	2	7	6	3
	Tubo Oro Traqueal 7,5	5	2	5	6	4
	Tubo Oro Traqueal 8	5	2	4	6	4
	Tubo Oro Traqueal 8,5	2	2	3	4	3
	Cânula de Traqueostomia nº 8 com cuff	1 Não Contemplado	1	1	1	0
	Condutor	2 Não Contemplado	0	2	3	
	Seringa de lavagem	1 Não Contemplado	1	0	0	0
	Adesivo Castanho	Não especifica	Não Contemplado	0	1	0
	Adesivo Hipoalérgico	Não especifica	Não Contemplado	0	1	0
	Kit de Cricototomia	Não Contemplado	Não Contemplado	3	1	2
	Cânula de Aspiração - Yankauer	Não Contemplado	Não Contemplado	4	2	5
	Mascara de Aerossol	Não Contemplado	Não Contemplado	1	0	0
	Mascara de Alto Débito	Não Contemplado	Não Contemplado	1	0	0
	Máscara de FIO2	Não Contemplado	Não Contemplado	1	0	0
	Campo Esterilizado 90x75 com buraco	Não Contemplado	Não Contemplado	0	2	0
Espaço por baixo das Gavetas	Bicarbonato de Sódio a 8,4% - Frascos de 100 ml	Não Contemplado	2	0	Noutro local	0
	Lactato de Ringer 500 ml	Não Contemplado	1	0	0	0
	Lactato de Ringer 1000 ml	Não Contemplado	1	0	0	0
	Soro Fisiológico 500 ml	Não Contemplado	2	0	0	0
	Soro Fisiológico 1000 ml	Não Contemplado	1	0	0	0
	Dextrose 5% em Água 500 ml	Não Contemplado	2	0	0	0
	Dextrose 5% em Água 1000 ml	Não Contemplado	2	0	0	0
	Gelatina modificada	Não Contemplado	2	0	0	0
	Hidroxietilamido 3% 500 ml	Não Contemplado	1	0	0	0
	Kit de técnicas invasivas	1 Não Contemplado	0	0	0	0
	Cateter Venoso Central de 3 Lumens	1 Não Contemplado	1	1	1	0
	Kit de Drenagem Tórax completo	1 Não Contemplado	1	1	1	1
	Kit de Cricototomia	1 Não Contemplado	1	1	1	0
	Tabladura para frasco de drenagem	Não Contemplado	Não Contemplado	1	1	1
	Dreno Torácico 18	Não Contemplado	Não Contemplado	1	0	0
	Dreno Torácico 20	1 Não Contemplado	1	0	0	0
	Dreno Torácico 24	1 Não Contemplado	0	0	0	0
	Dreno Torácico 28	1 Não Contemplado	2	4	2	2
	Dreno Torácico 30	1 Não Contemplado	1	0	0	0
	Dreno Torácico 32	1 Não Contemplado	1	1	1	0
	Câmara Expansora	1 Não Contemplado	2	1 ventilador	3	1
	1 Suporte de Atrovent	1 Não Contemplado	1	3	0	0
	Máscara de FIO2 regulável	1 Não Contemplado	0	2	0	0
	Máscara de alto débito	1 Não Contemplado	0	2	1	1
	Máscara com copo de aerossol	1 Não Contemplado	0	2	0	0
	Máscara de O2	Não Contemplado	Não Contemplado	0	1	0
	Válvulas de transporte	Não Contemplado	Não Contemplado	2	1	0
	Sonda Naso Gástrica nº 18	Não Contemplado	Não Contemplado	1	0	0
	Cateter Dialise	Não Contemplado	Não Contemplado	1	0	0
	Filtro humidificador	Não Contemplado	Não Contemplado	1	1	2
	Filtro bacteriano	Não Contemplado	Não Contemplado	0	1	0
	Swivel	Não Contemplado	Não Contemplado	1	2	0
	Sengstaken Blackmore	Não Contemplado	Não Contemplado	2	0	0
	Saco para ambu	Não Contemplado	Não Contemplado	1	0	0
	Mascara Laringea nº 3	Não Contemplado	Não Contemplado	0	1	0
	Mascara Laringea nº 4	Não Contemplado	Não Contemplado	0	1	0
	Mascara Laringea nº 5	Não Contemplado	Não Contemplado	0	1	0
	Saturometro descartavel	Não Contemplado	Não Contemplado	0	1	0
	Condutor	Não Contemplado	Não Contemplado	0	4	0
	Ambu + 2 mascara 5	Não Contemplado	Não Contemplado	0	0	1
	Algália foley nº 22	Não Contemplado	Não Contemplado	0	0	1

Apêndice II – Planeamento do PIS

Objectivos Específicos	Actividades / Estratégias	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Elaborar a Norma de Procedimento (NP) para a normalização da organização dos carros de emergência existentes no SUG do Hospital.	Revisão bibliográfica das orientações nacionais e internacionais sobre o tema;	Enfermeiro responsável pelo PIS	Acesso à internet		NP para aprovação pela Coordenação de Enfermagem
	Consulta de manual sobre elaboração de NP;		Acesso à internet;		
	1. Execução de protótipo nº1 da NP; 2. Distribuição de protótipo nº1 ao Enfermeiro-Chefe; 3. Recolha de sugestões; 4. Elaboração de protótipo nº 2; 5. Distribuição de protótipo nº 2 aos Enfermeiros Chefes de Equipa; 6. Recolha de sugestões; 7. Elaboração de protótipo nº 3; 8. Distribuição do protótipo nº 3 ao Enfermeiro Chefe; 9. Recolha de sugestões; 10.Elaboração da versão para aprovação.		Manual de políticas e normas de procedimento da instituição		

Divulgar a NP para a normalização da organização dos carros de emergência existentes no SUG do Hospital.	Realização de sessões de divulgação da NP: - Divulgação da sessão; - Planeamento da sessão; - Construção do material para a sessão; - Avaliação da sessão.	Enfermeiro responsável pelo PIS	Sala de Formação equipada		Cartazes de divulgação da sessão de divulgação; Guia da sessão de divulgação; Diapositivos utilizados na sessão de divulgação; Resultados da aplicação da folha de avaliação aplicada à sessão informativa.
	Envio da NP para todos os enfermeiros via correio electrónico.	Enfermeiro Chefe do SUG	Acesso à internet		Recepção da NP por parte da equipa de enfermagem.
	Atribuição de responsabilidade a um elemento da equipa para divulgar e supervisionar o cumprimento da NP.		Não se aplica		Nomeação dos elementos da equipa
Construir dossier com documentação de apoio para a monitorização do carro de emergência a ser colocado no mesmo	Seleção de documentos a colocar no dossier de apoio (NP aprovada, Lista de conferência diária, Lista de conferência mensal, Lista de conferência a cada utilização, Registo fotográfico de cada carro de emergência, etc.);	Enfermeiro responsável pelo PIS e Enfermeiro Chefe do	3 dossier; Máquina fotográfica; Computador e impressora.		Três dossiers no total (um por cada carro de emergência)

	Apresentação do dossier protótipo ao Enfermeiro Chefe; Execução de três dossiers de apoio a colocar em cada um dos carros de emergência existentes.	SUG			
Organizar os carros de emergência de acordo com a NP aprovada	1. Remoção de todo o material de dentro dos carros de emergência e sua limpeza de acordo com protocolo de serviço; 2. Verificação de prazos de validade e/ou integridade de embalagens de material esterilizado, e de funcionamento de material específico (ressuscitador manual, bala de oxigénio, monitor/desfibrilhador, laringoscópio, etc.); 3. Comunicação à responsável da necessidade de reposição/pedido de material em falta/avariado; 4. Arrumação dos carros de emergência segundo NP aprovada; 5. Colocação de selo;	Enfermeiro responsável pelo projecto	Carro de emergência; Materiais consumíveis previstos na NP		Carros organizados de acordo com a NP aprovada.

Apêndice III – Cronograma do PIS

Actividades	Ano 2011				Ano 2012												Ano 2013		
	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.
Estágio III	26 de Setembro a 8 de Fevereiro																		
Fases do PIS																			
Diagnóstico Situação																			
Definição Objectivos																			
Planeamento																			
Execução																			
Avaliação																			
Disseminação de Resultados																			

Apêndice IV – Protótipo I da Norma de Procedimento

Normalização da organização do carro de emergência do SUG do

Assunto: Carro de Emergência da UCDI, UIMC e Balcão de Enfermagem 2;

Destinatários: Enfermeiros

Objectivo: Estabelecer padrão de organização, reposição e verificação do carro de emergência no SUG, de

Conceito: A existência do carro de emergência organizado e adequadamente repostado constitui uma ferramenta importante para o sucesso da abordagem de um cliente em situação crítica. É por isso essencial que todos os enfermeiros se encontrem familiarizados com a organização, disposição e conteúdo do carro de emergência.

Descrição:

Organização do Carro de Emergência

Material de Via Aérea		
Ressuscitador Manual (adulto)		1
Máscara Facial Transparente	Nº 3	1
	Nº 4	1
	Nº 5	1
Tubo de Guedel	Nº 2	1
	Nº 3	1
	Nº 4	1
	Nº 5	1
Tubo Nasofaríngeo	Nº 26	1
	Nº 28	1
	Nº 30	1
Laringoscópio	Cabo normal	1
	Lâmina laringo curva nº2	2
	Lâmina laringo curva nº 3	2 (1 descartável)
	Lâmina laringo curva nº 4	2 (1 descartável)
Tubo Endotraqueal c/cuff	Nº6	2
	Nº6.5	2
	Nº7	2
	Nº7.5	2
	Nº8	2
	Nº8.5	2
Máscara Laríngea	Nº4	1
	Nº5	1
Laringoscópio McCoy		1
Introdutor Bougie		1
Pinça Maggill	Adulto	1
Kit de Cricotireostomia		1
Máscara de O2 c/saco reservatório (alto débito)	Adulto	2
Máscara com nebulizador e tubo		2
Guia ou condutor	Adulto	1
Gel lubrificante		2
Fita de nastro ou outro sistema de fixação		3
Cânula de Aspiração Rígida - Yankauer		2
Sonda de Aspiração	CH 12	4

	CH 14	4
	CH 16	4
	CH 18	4
Drenos torácicos	(nº14→40)	2
Válvula de Heimlich		1
Fonte de Aspiração Portátil/Aspirador de secreções		1
Fonte de Oxigénio Portátil (bala de oxigénio)		1
Drenos torácicos nº 14 → 40F		1 de cada
Material de Desfibrilhação		
Desfibrilhador		1
Eléctrodos p/desfibrilhação/pacemaker externo		2
Gel ultrassons		1
Eléctrodos p/monitorização		1
Material de Fluidoterapia		
Cloreto de Sódio 0.9%	500 ml	1
	1000 ml	1
Lactato de Ringler	500 ml	1
Gelafundina	500 ml	1
Hidroxietilamido (HAES)	500 ml	1
Manitol a 20%	250 ml	1
Bicarbonato de Sódio 8.4%	100 ml	1
Soro glicosilado 5%	500 ml	1
	100 ml	1
Cateter I.V.	14G	4
	16G	4
	18G	4
	20G	4
	22G	4
Sistema de soro		5
Prolongamentos 25 cm		5
Torneira de 3 vias c/prolongador		5
Sistema de Fixação Tegaderm ®		5
Garrote Descartável		1
Seringa irrecuperável	1 c.c.	5
	2 c.c.	5
	5 c.c.	5
	10 c.c.	5
	20 c.c.	5
	Gasimetria	3
Agulhas irrecuperáveis	I.M. (0.8x40mm)	10
	I.V. (0.9x40mm)	10
	S.C. (0.60x25mm)	10
Agulha-Intraóssea	Adulto	2
Fármacos		Quantidade
Adenosina 6mg (amp)		10
Adrenalina 1mg (amp)		10
Água Bidestilada 20cc (amp)		10
Amiodarona 150mg (amp)		5
Atropina 0,5mg (amp)		9
Bicarbonato de Sódio 8,4%, 10 MEq (amp)		5
Cloreto de Cálcio 10% (amp)		2
Cloreto de Potássio 7,45% (amp)		3
Cloreto de Sódio 20cc (amp)		5
Glucose 30% 20cc (amp)		2
Diazepan 100mg (amp)		5
Digoxina 0,5mg (amp)		3
Dopamina 200mg (amp)		3
Flumazenil, 5mg (amp)		4
Furosemida 20mg (amp)		15

Hidrocortisona 100mg (amp)	2
Lidocaína a 1 % 10mg (amp)	2
Sulfato de Magnésio 20% (amp)	3
Midazolan 15mg (amp)	4
Naloxona 400micg (amp)	4
Prednisolona 1gr (amp)	1
Propofol 1% (amp)	3
Ácido Acetilsalicílico 100mg (cp)	3
Brometo de Ipratrópio Nebulizador amp	4
Captopril 25mg	5
Nitroglicerina 0,5mg (cp)	4
Salbutamol Frasco para nebulização	1
Outro Material	Quantidades
Estetoscópio	1
Adaptador Colheita Sangue	3
Tubo colheita Bioquímica	3
Tubo colheita Coagulação Citrato de Sódio	3
Tubo colheita Hemograma EDTA	3
Adesivo Hipoalérgico 5x10	1
Aventais descartáveis	5
Compressas Esteril. 7.5x7.5	3
Compressas Esteril. 10x10	3
Contentor Cortantes	1
Luvas Cirúrgicas nº 6,5	3
Luvas Cirúrgicas nº 7	3
Luvas Cirúrgicas nº 7,5	3
Luvas Cirúrgicas nº 8	3
Luvas de Latex Médias (cx de 100)	1
Óculos de Protecção	3
Sonda Nasogástrica Tam.16	1
Sonda Nasogástrica Tam. 18	1
Seringa Irrecuperável 100ml	2
Saco drenagem não esterilizado	2

Localização Material

Exterior do Carro

- Ressuscitador Manual (adulto)
- Máscara Facial Transparente nº 5 adaptada a ressuscitador manual
- Filtro bacteriano para ressuscitador manual
- Desfibrilhador Bifásico
- Estetoscópio
- Bala de Oxigénio com debitómetro

Caixa Exterior do Carro

- Compressas não esterilizadas
- Contentor para Cortantes
- Dossier de Registo do Carro

Gaveta Superior

- Laringoscópio
- Lâminas laringoscopia nº 2,3 e 4. Pelo menos uma descartável nas lâminas 3 e 4.
- Pilhas para cabo de laringoscópio
- Tubo Orofaringeo nº 2, 3, 4 e 5.
- Tubo Nasofaringeo nº 26, 28 e 30
- Mascara Facial transparente tamanhos 3 e 4
- Tubo orotraqueal nº 7,0; 7,5; 8,0 e 8,5 – 1 de cada
- Pinça Maguill
- Condutor de TOT
- Lubrificante
- Cânula de Aspiração rígida – Yankauer
- Nastro
- Adesivo estreito
- Seringa de 10cc – 2
- Spray Xilocaína

Primeira Gaveta Lateral

- Seringas 1, 2, 5, 10 e 20 ml
- Agulhas Diluição
- Agulhas EV
- Agulhas IM
- Agulhas SC
- Seringas Gasimetria
- Abocath nº 22 a 14
- Tubos colheita de Sangue
- Garrote
- Tegaderm

Segunda Gaveta Lateral

- Electrodo
- Cabo de Pace
- Pás de Pace
- Gel Condutor

Terceira Gaveta Lateral

- Selos do Carro
- Rolo de Papel para Desfibrilhador

1ª Gaveta – Drogas de Emergência

- Adenosina 6mg (amp)

- Adrenalina 1mg (amp)
- Água Bidestilada 20cc (amp)
- Amiodarona 150mg (amp)
- Atropina 0,5mg (amp)
- Bicarbonato de Sódio 8,4%, 10 MEq (amp)
- Cloreto de Cálcio 10% (amp)
- Cloreto de Potássio 7,45% (amp)
- Cloreto de Sódio 20cc (amp)
- Glucose 30% 20cc (amp)
- Diazepan 100mg (amp)
- Digoxina 0,5mg (amp)
- Dopamina 200mg (amp)
- Flumazenil, 5mg (amp)
- Furosemida 20mg (amp)
- Hidrocortisona 100mg (amp)
- Lidocaína a 1 % 10mg (amp)
- Sulfato de Magnésio 20% (amp)
- Midazolan 15mg (amp)
- Naloxona 400micg (amp)
- Prednisolona 1gr (amp)
- Propofol 1% (amp)
- Ácido Acetilsalicílico 100mg (cp)
- Brometo de Ipratrópio Nebulizador amp
- Captopril 25mg
- Nitroglicerina 0,5mg (cp)
- Salbutamol Frasco para nebulização

2ª Gaveta – Drogas de segunda linha

3ª Gaveta – Outro material

- TOT Suplentes 2 de cada
- Kit de crico
- Adesivo Hipoalérgico 5x10
- Aventais descartáveis
- Compressas Esterl. 7.5x7.5
- Compressas Esterl. 10x10
- Contentor Cortantes
- Luvas Cirúrgicas nº 6,5
- Luvas Cirúrgicas nº 7
- Luvas Cirúrgicas nº 7,5
- Luvas Cirúrgicas nº 8
- Luvas de Latex Médias (cx de 100)
- Óculos de Proteção
- Sonda Nasogástrica Tam.16
- Sonda Nasogástrica Tam. 18
- Seringa Irrecuperável 100ml

- Saco drenagem não esterilizado
- Sistema de soro
- Prolongamentos 25 cm
- Torneira de 3 vias c/prolongador

Espaço Vazio do Carro

- Cloreto de Sódio 0.9% 500 ml e 1000 ml
- Lactato de Ringler 500 ml
- Gelafundina 500 ml
- Hidroxietilamido (HAES) 500 ml
- Manitol a 20% 250 ml
- Bicarbonato de Sódio 8.4% 100 ml
- Soro glicosilado 5% 500 ml e 100 ml
- Agulha-Intraóssea Adulto
- Tubos Torácicos
- Sistema de Drenagem Torácica
- Câmara Expansora
- Máscara de alto débito
- Máscara de Venturi
- Filtros humidificador
- Nariz humidificador
- Sondas de Aspiração

Normas de Utilização

- Utilizar o carro de emergência em todas as situações com grave compromisso das funções vitais, nomeadamente:

Via Aérea	Permeabilidade ameaçada / compromisso da via aérea
Ventilação	Paragem respiratória Frequência Respiratória < 6 ou > 35 Saturação periférica oxigénio < 85% com oxigénioterapia
Circulação	Paragem cardíaca Frequência Cardíaca < 40 ou > 140 Tensão arterial sistólica < 90 mmHg
Estado Neurológico	Perda súbita de consciência Diminuição na Escala de Glasgow superior a 2 valores Convulsões repetidas ou prolongadas

- Manter sempre o carro de emergência no local pré-definido e sem qualquer obstáculo à sua mobilização, organizado, limpo e funcional, com atenção ao cumprimento dos prazos de validade dos fármacos e do material estéril.

Recomendações de Manutenção

1. Manter o desfibrilhador sempre ligado à corrente eléctrica.
2. Deve diariamente:
 - a) Verificar-se se o “carro de emergência” está devidamente selado.
 - b) Testar-se o desfibrilhador, independentemente das verificações periódicas da responsabilidade da marca e registar em folha própria.
3. Deve mensalmente:
 - a) Verificar-se, com a *Check list*, a validade, acondicionamento dos fármacos e material e registar na folha de abertura do carro (Anexo 4).
 - b) Efectuar-se a troca dos fármacos ou material três meses antes da data de fim da sua validade.
 - c) Selar-se o “carro de emergência” após cada verificação, reposição ou auditoria.
4. Sempre que o “carro de emergência” for utilizado deve:
 - a) Proceder-se à sua higienização.
 - b) Repor-se, de imediato, o material através de verificação da *checklist*.
 - c) Registar na folha de abertura do carro.
5. Em todos os registos deve constar a data e hora e a assinatura legível de quem o efectuou.

Apêndice V – Protótipo II da Norma de Procedimento

Protótipo 2 da Norma de Procedimento – Normalização da organização do carro de emergência do SUG do

Assunto: Carro de Emergência da UCDI, UIMC e Balcão de Enfermagem 2;

Destinatários: Enfermeiros

Objectivo: Estabelecer padrão de organização, reposição e verificação do carro de emergência no SUG, do

Conceito: A existência do carro de emergência organizado e adequadamente reposto constitui uma ferramenta importante para o sucesso da abordagem de um cliente em situação crítica. É por isso essencial que todos os enfermeiros se encontrem familiarizados com a organização, disposição e conteúdo do carro de emergência.

Descrição:

Organização do Carro de Emergência

Material de Via Aérea		
Ressuscitador Manual (adulto) com Filtro, reservatório e tubo de Oxigénio		1
Máscara Facial Transparente	Nº 3/4	1
	Nº 5	1
Tubo de Guedel	Nº 2	1
	Nº 3	1
	Nº 4	1
	Nº 5	1
	Nº 26	1
Tubo Nasofaríngeo	Nº 28	1
	Nº 30	1
	Nº 30	1
Laringoscópio	Cabo normal	1
	Lâmina laringo curva nº2	2
	Lâmina laringo curva nº 3	2 (1 descartável)
	Lâmina laringo curva nº 4	2 (1 descartável)
Tubo Endotraqueal c/cuff	Nº6	2
	Nº6.5	2
	Nº7	2
	Nº7.5	2
	Nº8	2
	Nº8.5	2
	Nº8.5	2
Máscara Laríngea	Nº4	1
	Nº5	1
Laringoscópio McCoy		1
Introdutor Bougie		1
Pinça Maggil	Adulto	1
Kit de Cricotirostomia		1
Máscara de O2 c/saco reservatório (alto débito)	Adulto	2
Máscara com nebulizador e tubo		2
Guia ou condutor	Adulto	1
Gel lubrificante		2

Fita de nastro ou outro sistema de fixação		3
Adesivo fino (rolo)		1
Cânula de Aspiração Rígida - Yankauer		2
Pilhas para Laringoscópio		1 pacote
Lidocaina Spray		1
Nariz humidificador		2
Sonda de Aspiração	CH 12	4
	CH 14	4
	CH 16	4
	CH 18	4
Material de Desfibrilhação		
Desfibrilhador		1
Eléctrodos p/desfibrilhação/pacemaker externo		2
Gel ultrassons		1
Eléctrodos p/monitorização		1
Material de Fluidoterapia		
Cloreto de Sódio 0.9%	100 ml	3
	500 ml	2
	1000 ml	1
Lactacto de Ringler	500 ml	1
Gelafundina	500 ml	1
Hidroxietilamido (HAES)	500 ml	1
Manitol a 20%	250 ml	1
Dextrose 5% em água	500 ml	1
	100 ml	1
Cateter I.V.	14G	4
	16G	4
	18G	4
	20G	4
	22G	4
Sistema de soro		5
Sistema de Microgotas		1
Prolongamentos 25 cm		5
Prolongamentos 150 cm		2
Torneira de 3 vias		5
Sistema de Fixação Tegaderm ®		5
Garrote Descartável		1
Seringa irrecuperável	1 c.c. (insulina)	5
	2 c.c.	5
	5 c.c.	5
	10 c.c.	5+2
	20 c.c.	5
	50 c.c.	2
	Gasimetria	3
Agulhas irrecuperáveis	I.M. (0.8x40mm)	10
	Diluição	10
	S.C. (0.60x25mm)	10
Agulha-Intraóssea	Adulto	2
Fármacos		Quantidade
Adenosina 6mg (amp)		5
Adrenalina 1mg (amp)		10
Água Bidestilada 20cc (amp)		10
Amiodarona 150mg (amp)		6
Atropina 0,5mg (amp)		9
Bicarbonato de Sódio 8,4%, 10 MEq (amp)		2
Cloreto de Cálcio 10% (amp)		2
Cloreto de Potássio 7,45% (amp)		3
Cloreto de Sódio 20cc (amp)		5
Diazepan 100mg (amp)		5

Digoxina 0,5mg (amp)	3
Dinitrato de Isosorbido 10 mg (amp)	5
Dopamina 200mg (amp)	3
Efedrina 50mg (amp)	1
Etomidato 20mg (amp)	2
Flumazenil, 5mg (amp)	4
Furosemida 20mg (amp)	15
Gluconato de Cálcio 10% (amp)	2
Glucose 30% 20cc (amp)	2
Heparina 25 000 UI	1
Hidrocortisona 100mg (amp)	6
Isoprenalina 0,2 mg	3
Lidocaína a 1 % 10mg (amp)	1
Sulfato de Magnésio 20% (amp)	3
Metoclopramida 10 mg (amp)	2
Midazolan 15mg (amp)	4
Naloxona 400micg (amp)	4
Noradrenalina 10mg (amp)	1
Propanolol 1mg (amp)	2
Propofol 1% (amp)	3
Salbutamol 0,5mg (amp)	2
Succinilcolina 100mg	3
Ácido Acetilsalicílico 100mg (cp)	5
Brometo de Ipatrópio Nebulizador amp	4
Captopril 25mg	5
Nitroglicerina 0,5mg (cp)	1 frasco
Salbutamol Frasco para nebulização	1
Outro Material	Quantidades
Estetoscópio	1
Adaptador Colheita Sangue	3
Tubo colheita Bioquímica	3
Tubo colheita Coagulação Citrato de Sódio	3
Tubo colheita Hemograma EDTA	3
Aventais descartáveis	5
Compressas Esteril. 7.5x7.5	3
Compressas Esteril. 10x10	3
Compressas Limpas	várias
Contentor Cortantes	1
Lâminas de Bisturi 24	4
Lanterna	1
Livro de Ocorrências	1
Luvas Cirúrgicas nº 6,5	3
Luvas Cirúrgicas nº 7	3
Luvas Cirúrgicas nº 7,5	3
Luvas Cirúrgicas nº 8	3
Luvas de Latex Médias (cx de 100)	1
Óculos de Proteção	3
Máscara Cirúrgica Simples	3
Sonda Nasogástrica Tam.16	1
Sonda Nasogástrica Tam. 18	1
Seringa Irrecuperável 100ml	2
Saco drenagem não esterilizado	2
Rolo de papel para desfibrilhador	1
Selos do Carro	10

Localização Material

Exterior do Carro

- Ressuscitador Manual (adulto) com reservatório e tubo de oxigénio
- Máscara Facial Transparente nº 3/4 adaptada a ressuscitador manual
- Filtro bacteriano para ressuscitador manual
- Desfibrilhador Bifásico
- Estetoscópio
- Lanterna

Caixa Exterior do Carro

- Compressas não esterilizadas
- Contentor para Cortantes
- Dossier de Registo do Carro
- Xilocaina Spray
- Gel Ultrasons
- Luvas de Latex Médias (cx de 100)

Gaveta Superior

- Laringoscópio
- Lâminas laringoscopia nº 2,3 e 4. Pelo menos uma descartável nas lâminas 3 e 4.
- Pilhas para cabo de laringoscópio
- Tubo Orofaringeo nº 2, 3, 4 e 5 – 1 de cada
- Tubo Nasofaringeo nº 26, 28 e 30 – 1 de cada
- Máscara Facial transparente tamanho 5
- Tubo orotraqueal nº 7,0; 7,5; 8,0 e 8,5 – 1 de cada
- Pinça Maguill - 1
- Condutor de TOT - 1
- Lubrificante - 2
- Cânula de Aspiração rígida – Yankauer - 2
- Nastro - 3
- Adesivo estreito – 1 rolo
- Seringa de 10cc – 2
- Lâminas de Bisturi – 4
- Nariz humidificador – 2
- Sonda Nasogástrica nº 16 e nº 18 – 1 de cada
- Saco drenagem não esterilizado – 1
- Seringa irrecuperável 100 ml – 1
- Óculos de Proteção – 1
- Máscara cirúrgica Simples – 1

1ª Gaveta – Drogas de emergência

Flumazenil - 4	Propofol - 3	Adenosina - 5	Bicarbonato de Sódio 8,4% - 2	AAS - 5	Cloreto de Sódio 10cc - 5	Seringas 20 cc - 5
Cloreto de Cálcio - 2	Dinitrato de Issosorbido - 5	Gluconato de Cálcio - 2	Midazolam - 4	Captopril - 5	Lidocaina 1% - 1	Seringas 10cc - 5
Naloxona - 4	Furosemida - 15	Sulfato de Magnésio - 3	Diazepam - 5	Nitromint - 1 frasco	Cateter venoso periférico nº 14 a 22 - 4 de cada	Seringas 5cc - 5
Atropina - 9	Amiodarona - 6	Hidrocortisona - 6	Adrenalina - 10	Salbutamol 1 frasco; Brometo de Ipatropio - 4	Agulhas IM - 10 Agulhas Diluição - 10 Agulhas SC - 10	Seringas de 2cc - 5

2ª Gaveta – Drogas de segunda linha

Cloreto de Potássio - 3	Noradrenalina - 1	Propanolol - 2	Salbutamol EV/SC - 2	Heparina - 1	Adaptador Colheita de Sangue - 3 Garrote - 1 caixa
Isoprenalina - 3	Digoxina - 3	Dopamina - 3	Metocloprami da - 2	Glicose 30% - 2	Tubos de bioquímica, Coagulação e Hemograma - 3 de cada
Etomidato - 2	Succinilcolina - 3	Água Bidestilada - 10	Manitol 250 - 1	Efedrina - 1	Tegaderm - 5

3ª Gaveta – Outro material

- Tubo orotraqueal nº 7,0; 7,5; 8,0 e 8,5 - 1 de cada; nº 6; 6,5 - 2 de cada
- Kit de cricotirotomia - 1
- Aventais descartáveis - 5
- Compressas Esterl. 7.5x7.5 - 3
- Compressas Esterl. 10x10 - 3
- Luvas Cirúrgicas nº 6,5; 7; 7,5 e 8 - 3 de cada
- Óculos de Proteção - 2
- Mascara cirúrgica Simples - 2
- Sistema de soro - 5
- Sistema de Microgotas - 1

- Prolongamentos 25 cm – 5
- Prolongamentos 150 cm – 2
- Seringa de 50cc -2
- Seringas gasimetria – 3
- Seringas de insulina - 5
- Torneira de 3 vias – 5

Espaço Vazio do Carro

- Cloreto de Sódio 0.9% 100ml – 3; 500 ml -2; 1000 ml -1
- Lactato de Ringer 500 ml -1
- Gelafundina 500 ml -1
- Hidroxietilamido (HAES) 500 ml -1
- Dextrose 5% em água 100ml -1; 500 ml -1
- Agulha-Intraóssea Adulto - 2
- Máscara de alto débito -2
- Máscara de Venturi - 2
- Sondas de Aspiração nº 12 a 18 – 4 de cada
- Mascara Laríngea – nº 4 e nº 5 – 1 de cada

Primeira Gaveta Lateral

- Electrodo para desfibrilhação / Pacemaker Externo

Segunda Gaveta Lateral

- Electrodo para monitorização

Terceira Gaveta Lateral

- Selos do Carro
- Rolo de Papel para Desfibrilhador

Normas de Utilização

- Utilizar o carro de emergência em todas as situações com grave compromisso das funções vitais, nomeadamente:

Via Aérea	Permeabilidade ameaçada / compromisso da via aérea
Ventilação	Paragem respiratória Frequência Respiratória < 6 ou > 35 Saturação periférica oxigénio < 85% com oxigénioterapia
Circulação	Paragem cardíaca Frequência Cardíaca < 40 ou > 140 Tensão arterial sistólica < 90 mmHg
Estado Neurológico	Perda súbita de consciência Diminuição na Escala de Glasgow superior a 2 valores Convulsões repetidas ou prolongadas

- Manter sempre o carro de emergência no local pré-definido e sem qualquer obstáculo à sua mobilização, organizado, limpo e funcional, com atenção ao cumprimento dos prazos de validade dos fármacos e do material estéril.
- O carro de emergência deve ser alvo de verificações diárias e mensais, realizadas de acordo com a norma de procedimento em vigor, NP URG-GER 3023.

Apêndice VI – Protótipo III da Norma de Procedimento

Protótipo 3 da Norma de Procedimento – Normalização da organização do carro de emergência do SUG do

Assunto: Carro de Emergência da UCDI, UIMC e Balcão de Enfermagem 2;

Destinatários: Enfermeiros

Objectivo: Estabelecer padrão de organização, reposição e verificação do carro de emergência no SUG, de

Conceito: A existência do carro de emergência organizado e adequadamente reposto constitui uma ferramenta importante para o sucesso da abordagem de um cliente em situação crítica. É por isso essencial que todos os enfermeiros se encontrem familiarizados com a organização, disposição e conteúdo do carro de emergência.

Descrição:

Organização do Carro de Emergência

Material de Via Aérea		
Ressuscitador Manual (adulto) com Filtro, reservatório e tubo de Oxigénio		1
Máscara Facial Transparente	Nº 3/4	1
	Nº 5	1
Tubo de Guedel	Nº 2	1
	Nº 3	1
	Nº 4	1
	Nº 5	1
	Nº 26	1
Tubo Nasofaríngeo	Nº 28	1
	Nº 30	1
	Nº 30	1
Laringoscópio	Cabo normal	1
	Lâmina laringo curva nº2	2
	Lâmina laringo curva nº 3	2 (1 descartável)
	Lâmina laringo curva nº 4	2 (1 descartável)
Tubo Endotraqueal c/cuff	Nº6	2
	Nº6.5	2
	Nº7	2
	Nº7.5	2
	Nº8	2
	Nº8.5	2
	Nº8.5	2
Máscara Laríngea	Nº4	1
	Nº5	1
Laringoscópio McCoy		1
Introdutor Bougie		1
Pinça Maggil	Adulto	1
Kit de Cricotirotomia		1
Máscara de O2 c/saco reservatório (alto débito)	Adulto	2
Máscara com nebulizador e tubo		2
Guia ou condutor	Adulto	1
Gel lubrificante		2

Fita de nastro ou outro sistema de fixação		3
Adesivo fino (rolo)		1
Cânula de Aspiração Rígida - Yankauer		2
Pilhas para Laringoscópio		1 pacote
Lidocaina Spray		1
Nariz humidificador		2
Sonda de Aspiração	CH 12	4
	CH 14	4
	CH 16	4
	CH 18	4
Material de Desfibrilhação		
Desfibrilhador		1
Eléctrodos p/desfibrilhação/pacemaker externo		2
Gel ultrassons		1
Eléctrodos p/monitorização		1
Material de Fluidoterapia		
Cloreto de Sódio 0.9%	100 ml	3
	500 ml	2
	1000 ml	1
Lactacto de Ringler	500 ml	1
Gelafundina	500 ml	1
Hidroxietilamido (HAES)	500 ml	1
Manitol a 20%	250 ml	1
Dextrose 5% em água	500 ml	1
	100 ml	1
Cateter I.V.	14G	4
	16G	4
	18G	4
	20G	4
	22G	4
Sistema de soro		5
Sistema de Microgotas		1
Prolongamentos 25 cm		5
Prolongamentos 150 cm		2
Torneira de 3 vias		5
Sistema de Fixação Tegaderm ®		5
Garrote Descartável		1
Seringa irrecuperável	1 c.c. (insulina)	5
	2 c.c.	5
	5 c.c.	5
	10 c.c.	5+2
	20 c.c.	5
	50 c.c.	2
	Gasimetria	3
Agulhas irrecuperáveis	I.M. (0.8x40mm)	10
	Diluição	10
	S.C. (0.60x25mm)	10
Agulha-Intraóssea	Adulto	2
Fármacos		Quantidade
Adenosina 6mg (amp)		5
Adrenalina 1mg (amp)		10
Água Bidestilada 20cc (amp)		10
Amiodarona 150mg (amp)		6
Atropina 0,5mg (amp)		9
Bicarbonato de Sódio 8,4%, 10 MEq (amp)		2
Cloreto de Cálcio 10% (amp)		2
Cloreto de Potássio 7,45% (amp)		3
Cloreto de Sódio 20cc (amp)		5
Diazepan 100mg (amp)		5

Digoxina 0,5mg (amp)	3
Dinitrato de Isosorbido 10 mg (amp)	5
Dopamina 200mg (amp)	3
Efedrina 50mg (amp)	1
Etomidato 20mg (amp)	2
Flumazenil, 5mg (amp)	4
Furosemida 20mg (amp)	15
Gluconato de Cálcio 10% (amp)	2
Glucose 30% 20cc (amp)	2
Heparina 25 000 UI	1
Hidrocortisona 100mg (amp)	6
Isoprenalina 0,2 mg	3
Lidocaína a 1 % 10mg (amp)	1
Sulfato de Magnésio 20% (amp)	3
Metoclopramida 10 mg (amp)	2
Midazolan 15mg (amp)	4
Naloxona 400micg (amp)	4
Noradrenalina 10mg (amp)	1
Propanolol 1mg (amp)	2
Propofol 1% (amp)	3
Salbutamol 0,5mg (amp)	2
Succinilcolina 100mg	3
Ácido Acetilsalicílico 100mg (cp)	5
Brometo de Ipatrópio Nebulizador amp	4
Captopril 25mg	5
Nitroglicerina 0,5mg (cp)	1 frasco
Salbutamol Frasco para nebulização	1
Outro Material	Quantidades
Estetoscópio	1
Adaptador Colheita Sangue	3
Tubo colheita Bioquímica	3
Tubo colheita Coagulação Citrato de Sódio	3
Tubo colheita Hemograma EDTA	3
Aventais descartáveis	5
Compressas Esterl. 7.5x7.5	3
Compressas Esterl. 10x10	3
Compressas Limpas	várias
Contentor Cortantes	1
Lâminas de Bisturi 24	4
Lanterna	1
Livro de Ocorrências	1
Luvas Cirúrgicas nº 6,5	3
Luvas Cirúrgicas nº 7	3
Luvas Cirúrgicas nº 7,5	3
Luvas Cirúrgicas nº 8	3
Luvas de Latex Médias (cx de 100)	1
Óculos de Proteção	3
Máscara Cirúrgica Simples	3
Sonda Nasogástrica Tam.16	1
Sonda Nasogástrica Tam. 18	1
Seringa Irrecuperável 100ml	2
Saco drenagem não esterilizado	2
Rolo de papel para desfibrilhador	1
Selos do Carro	10

Localização Material

Exterior do Carro

- Ressuscitador Manual (adulto) com reservatório e tubo de oxigénio
- Máscara Facial Transparente nº 3/4 adaptada a ressuscitador manual
- Filtro bacteriano para ressuscitador manual
- Desfibrilhador Bifásico
- Estetoscópio
- Lanterna

Caixa Exterior do Carro

- Compressas não esterilizadas
- Contentor para Cortantes
- Dossier de Registo do Carro
- Xilocaina Spray
- Gel Ultrasons
- Luvas de Latex Médias (cx de 100)

Gaveta Superior

- Laringoscópio
- Lâminas laringoscopia nº 2,3 e 4. Pelo menos uma descartável nas lâminas 3 e 4.
- Pilhas para cabo de laringoscópio
- Tubo Orofaringeo nº 2, 3, 4 e 5 – 1 de cada
- Tubo Nasofaringeo nº 26, 28 e 30 – 1 de cada
- Máscara Facial transparente tamanho 5
- Tubo orotraqueal nº 7,0; 7,5; 8,0 e 8,5 – 1 de cada
- Pinça Maguill - 1
- Condutor de TOT - 1
- Lubrificante - 2
- Cânula de Aspiração rígida – Yankauer - 2
- Nastro - 3
- Adesivo estreito – 1 rolo
- Seringa de 10cc – 2
- Lâminas de Bisturi – 4
- Nariz humidificador – 2
- Sonda Nasogástrica nº 16 e nº 18 – 1 de cada
- Saco drenagem não esterilizado – 1
- Seringa irrecuperável 100 ml – 1
- Óculos de Proteção – 1
- Máscara cirúrgica Simples – 1

1ª Gaveta – Drogas de emergência

Flumazenil - 4	Propofol - 3	Adenosina - 5	Bicarbonato de Sódio 8,4% - 2	AAS - 5	Cloreto de Sódio 10cc - 5	Seringas 20 cc - 5
Cloreto de Cálcio - 2	Dinitrato de Issosorbido - 5	Gluconato de Cálcio - 2	Midazolam - 4	Captopril - 5	Lidocaina 1% - 1	Seringas 10cc - 5
Naloxona - 4	Furosemida - 15	Sulfato de Magnésio - 3	Diazepam - 5	Nitromint - 1 frasco	Cateter venoso periférico nº 14 a 22 - 4 de cada	Seringas 5cc - 5
Atropina - 9	Amiodarona - 6	Hidrocortisona - 6	Adrenalina - 10	Salbutamol 1 frasco; Brometo de Ipatropio - 4	Agulhas IM - 10 Agulhas Diluição - 10 Agulhas SC - 10	Seringas de 2cc - 5

2ª Gaveta – Drogas de segunda linha

Cloreto de Potássio - 3	Noradrenalina - 1	Propanolol - 2	Salbutamol EV/SC - 2	Heparina - 1	Adaptador Colheita de Sangue - 3 Garrote - 1 caixa
Isoprenalina - 3	Digoxina - 3	Dopamina - 3	Metocloprami da - 2	Glicose 30% - 2	Tubos de bioquímica, Coagulação e Hemograma - 3 de cada
Etomidato - 2	Succinilcolina - 3	Água Bidestilada - 10	Manitol 250 - 1	Efedrina - 1	Tegaderm - 5

3ª Gaveta – Outro material

- Tubo orotraqueal nº 7,0; 7,5; 8,0 e 8,5 - 1 de cada; nº 6; 6,5 - 2 de cada
- Kit de cricotirotomia - 1
- Aventais descartáveis - 5
- Compressas Esterl. 7.5x7.5 - 3
- Compressas Esterl. 10x10 - 3
- Luvas Cirúrgicas nº 6,5; 7; 7,5 e 8 - 3 de cada
- Óculos de Proteção - 2
- Mascara cirúrgica Simples - 2
- Sistema de soro - 5
- Sistema de Microgotas - 1

- Prolongamentos 25 cm – 5
- Prolongamentos 150 cm – 2
- Seringa de 50cc -2
- Seringas gasimetria – 3
- Seringas de insulina - 5
- Torneira de 3 vias – 5

Espaço Vazio do Carro

- Cloreto de Sódio 0.9% 100ml – 3; 500 ml -2; 1000 ml -1
- Lactato de Ringer 500 ml -1
- Gelafundina 500 ml -1
- Hidroxietilamido (HAES) 500 ml -1
- Dextrose 5% em água 100ml -1; 500 ml -1
- Agulha-Intraóssea Adulto - 2
- Máscara de alto débito -2
- Máscara de Venturi - 2
- Sondas de Aspiração nº 12 a 18 – 4 de cada
- Máscara Laríngea – nº 4 e nº 5 – 1 de cada

Primeira Gaveta Lateral

- Electrodo para desfibrilhação / Pacemaker Externo

Segunda Gaveta Lateral

- Electrodo para monitorização

Terceira Gaveta Lateral

- Selos do Carro
- Rolo de Papel para Desfibrilhador

Normas de Utilização

- Utilizar o carro de emergência em todas as situações com grave compromisso das funções vitais, nomeadamente:

Via Aérea	Permeabilidade ameaçada / compromisso da via aérea
Ventilação	Paragem respiratória Frequência Respiratória < 6 ou > 35 Saturação periférica oxigénio < 85% com oxigénioterapia
Circulação	Paragem cardíaca Frequência Cardíaca < 40 ou > 140 Tensão arterial sistólica < 90 mmHg
Estado Neurológico	Perda súbita de consciência Diminuição na Escala de Glasgow superior a 2 valores Convulsões repetidas ou prolongadas

- Manter sempre o carro de emergência no local pré-definido e sem qualquer obstáculo à sua mobilização, organizado, limpo e funcional, com atenção ao cumprimento dos prazos de validade dos fármacos e do material estéril.
- O carro de emergência deve ser alvo de verificações diárias e mensais, realizadas de acordo com a norma de procedimento em vigor, NP URG-GER 3023.
- A medicação que faz parte da Lista de Medicamentos de Risco Acrescido – NP Geral 1117 deverá ser acondicionada em suportes de cor diferente, idealmente de cor vermelha, ficando os restantes fármacos em suportes de cor verde.

Apêndice VII – Norma de procedimento 3023 Verificação dos Carros de Emergência

<i>Serviço de Urgência Geral</i>	NORMA DE PROCEDIMENTO URG-GER – 3023	
----------------------------------	---	--

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	Verificação dos Carros de Emergência
FINALIDADE:	Assegurar a funcionalidade, reposição e manutenção dos carros de emergência
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral
PALAVRAS-CHAVE:	Emergência; Reanimação; Fármacos; Carro

Autor (es)	Gabriel Lúcio	Data de elaboração	2012.06.10
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	1	Data de Revisão	

SIGLAS

CE – Carro de Emergência

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ES – Equipamento de Suporte Vital

SUG – Serviço Urgência Geral

INTRODUÇÃO

A existência do carro de emergência organizado e adequadamente reposto constitui uma ferramenta importante para o sucesso da abordagem de um cliente em situação crítica. É por isso essencial, que para além de se encontrar uniformizado, que todos os enfermeiros e médicos se encontrem familiarizados com a organização, disposição e conteúdo do carro de emergência (CE).

DESCRIÇÃO

I – A presente norma visa a uniformização da verificação diária e mensal dos quatro CE do Serviço de Urgência Geral (SUG) do Hospital de Santa Maria, localizados nos seguintes locais: Entrada da UCDI; Entrada da sala de Enfermagem da UIMC, perto do Gabinete de Enfermagem II e sala de reanimação.

II – 1. O equipamento e supervisão da manutenção dos CE é da responsabilidade do Director de Serviço e Enfermeiro Chefe do SUG.

2. Aos responsáveis do SUG cabe a promoção de acções de formação de médicos e enfermeiros.

III – Manutenção dos CE

- Manter o desfibrilhador permanentemente ligado à corrente eléctrica (220V), quando não estiver em utilização.
- Evitar o contacto do ecrã do monitor à luz directa por períodos prolongados;
- Deverá permanecer em ambiente seco;

- Nenhuma parte do equipamento (desfibrilhador; trolley) é autoclavável;
- Não tocar, pressionar ou riscar o ecrã do desfibrilhador;
- Realizar a higienização do CE segundo norma de procedimento do serviço.
- Revisões periódicas do conjunto do equipamento:

1. Diariamente:

- a) Verificar se o CE está devidamente selado;
- b) Verificar conexão do desfibrilhador à rede eléctrica;
- c) Ligar o desfibrilhador de forma a ser realizado o auto-teste. Confirmar que o desfibrilhador passa no mesmo;
- d) Verificar presença de cabos conectados ao desfibrilhador e sua integridade;
- e) Confirmar a presença do ressuscitador manual, com tubo de alimentação de oxigénio e reservatório, e filtro e máscara facial nº 3/4 conectada, confirmando a sua integridade (na reanimação em cada unidade);
- f) Verificar a carga da parte superior do CE;
- f) No CE da sala de reanimação verificar se o cabo da lâmina de laringoscópio se encontra à carga e com luz;
- e) Registo em folha própria da verificação efectuada (anexo I).

Esta verificação deve ser efectuada todas as noites pelo:

Na Reanimação:

- Enfº Chefe de equipa

No Atendimento II / Gabinete 12

- Enfermeiro mais antigo no serviço escalado no sector

Na UCDI

- Enfermeiro mais antigo na integração da sala

Na UIMC

- Enfermeiro mais jovem no serviço, escalado na UCDI

2. Mensalmente:

- a) Verificar a validade, o acondicionamento dos fármacos e do material e registar na folha de abertura do CE a sua realização e anomalias detectadas (ver anexo II para checklist de material inerente a cada CE).
- b) Efectuar-se a troca dos fármacos ou material três meses antes da data de fim da sua validade.
- c) Promover a higienização do carro de acordo com a norma de procedimento do serviço em vigor. Não esquecer que o desfibrilhador deverá ser limpo, após ter sido desligado, com um pano húmido e não molhado.
- d) Confirmar a integridade do desfibrilhador, cabos, pás e acessórios. Contactar os Serviços de Instalação e Equipamentos em caso de ser detectada qualquer anomalia.
- d) Selar o CE após cada verificação, reposição ou auditoria.
- e) Registo em folha própria da verificação efectuada (anexo I).

Esta verificação deve ser efectuada:

Na Reanimação:

- Pelo Enfº Chefe de equipa na primeira N do mês

No Atendimento II / Gabinete 12

- Por 1 enfermeiro coordenador na 1ª 4ª feira do mês

Na UCDI

- Por 1 enfermeiro coordenador na 2ª 4ª feira do mês

Na UIMC

- Por 1 enfermeiro coordenador na 3ª 4ª feira do mês

3. Revisões periódicas e reparações deverão ser efectuadas por profissionais qualificados, sendo da responsabilidade dos Serviços Instalações e Equipamentos.

4. Após a utilização do CE deve-se:

- a) Realizar a higienização do CE segundo norma de procedimento do serviço em vigor. Não esquecer que o desfibrilhador deverá ser limpo, após ter sido desligado, com um pano húmido e não molhado. Em caso de utilização das pás manuais confirmar que não ficam resíduos de gel nas mesmas após limpeza.
- b) Repor-se, de imediato, o material através de verificação da *checklist* inerentes a cada CE (Ver anexo II).
- c) Registar na folha de abertura do carro.
- d) Em todos os registos deve constar a data e hora e a assinatura legível de quem o efectuou.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direcção-Geral da Saúde (2011). Orientação 008/2011 – Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 20 de Outubro de 2011, em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/carros_de_emergencia.pdf;

Anexo I – Folhas de Verificação Mensal e Diárias dos CE

Lista de verificação mensal dos CE da UCDI, UIMC, Balcão Enfermagem II e Reanimação.

Ano 20__

Mês	Validade dos Fármacos	Acondicionamento Fármacos e Material	Integridade do Desfibrilhador e Cabos	Limpeza do CE	Selo	Observações	Ident. / N.º Mecn.
Janeiro	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Fevereiro	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Março	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Abril	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Maiο	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Junho	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Julho	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Agosto	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Setembro	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Outubro	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Novembro	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Dezembro	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			

Lista de verificação diária dos CE da UCDI, UIMC e Balcão Enfermagem II.

Mês: _____	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
Selo Carro																															
Auto Teste																															
Ressuscitador Manual																															
Tubo O2																															
Reservatório O2																															
Máscara 3/4 com Filtro																															
Cabos																															
Conexão à electricidade																															
Compressas																															
Contentor de Cortantes																															
Cardiogel																															
Lidocaina Spray																															

Lista de verificação diária CE da Reanimação.

Mês: _____	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
Selo Carro																															
Auto Teste																															
Ressuscitador Manual																															
Tubo O2																															
Reservatório O2																															
Máscara 3/4 com Filtro																															
Cabos																															
Conexão à electricidade																															
Compressas																															
Contentor de Cortantes																															
Cardiogel																															
Lidocaina Spray																															
Laringoscópio com Luz e à Carga																															
Estetoscópio																															

Anexo II – Checklist de material em cada CE

Carro de Emergência Piso 1 - Gabinete de Enfermagem II

PARTE SUPERIOR DO CARRO			Caixa lateral
3 Lâminas Bisturi 3 Lidocaína gel (dose unitária)	1 Tubo de Guedel nº2 1 Tubo de Guedel nº 3 1 Tubo de Guedel nº4 2 Tubos Nasofaringeos nº28 2 Tubos Nasofaringeos nº30	2 Adesivo castanho Estreito 3 Nastos	Compressas não esterilizadas 2 Cardiogel 1 Xilocaína Spray 1 Contentor para Cortantes
1 Tubo Traqueal nº 7;7,5; 8; 8,5 1 Condutor 1 Pinça de Maguill 1 Sonda Nasogástrica nº 18 1 Saco Colector 1 Cânula de Aspiração			
2 Seringas de 10cc 2 Nariz Humidificado 2 Pilhas para Cabo de Laringoscópio	1 Cabo de Laringoscópio 1 Lâmina de Laringoscópio nº 3, 4		

1ª GAVETA

2 Bicarbonato Sódio 8,4%	10 Soro Fisiológico 0,9%10cc	Cateter Venoso Periférico nº 14G 3 16G 3 nº 18G 5 20G 5	10 Agulhas de Diluição 8 Seringas de 10cc 2 Seringas de 20cc
5 Naloxona 400mcg	5 Propofol 200mg/20ml	5 Sulfato Magnésio 20%	
5 Hidrocortisona 100mg	5 Lidocaína 2%	5 Midazolam 5mg/3ml	
5 Flumazenil 0,5mg/5ml	10 Furosemido 20mg/2ml	5 Gluconato de Ca 10%	
5 Cloreto Cálcio 10%	5 DNI 10mg/10ml	10 Diazepan 10mg/2ml	
20 Adrenalina 1mg/ml	20 Atropina 0,5mg/ml	10 Amiodarona 150mg/3 ml	

2ª GAVETA

1 Salbutamol Sol. Resp. 2 Brometo Ipratrópio Sol. Resp.	2 Salbutamol Inalador 2 Brometo Ipratrópio Inalador 2 Beclotaide Inalador	1 Nitroglicerina Compr. 6 Capropril Compr. 5 AAS (100mg) Compr.	Tubos p/a análise: 5 Hemograma
3 Midazolam 5mg/ml	2 Metilprednisolona 1gr	5 Noradrenalina 1mg/ml 1 ml	Tubos p/a análise: 5 Coagulação
5 Dopamina 200mg/5ml	5 Glicose Hipertónica 30%	2 Isoprenalina 0,2mg/ml 5 ml	Tubos p/a análise: 5 Bioquímica 5 Conetor múltiplo Luer
		5 Salbutamol 0,5 mg/ml	
		5 Propanolol 1mg/ml	

5 Digoxina 0,25mg/ml				Rótulos de droga adicional
5 Aminofilina 240mg/10ml	5 Dobutamina 12,5mg/ml	10 Adenosina 6mg/2ml	5 AAS 1gr	Rótulos variados

3ª GAVETA

Tubos Traqueais c/ cuff 2 – nº 6 2 – nº 6,5 5 – nº 7 5 – nº 7,5 5 – nº 8 2 – nº 8,5	Luvas Cirúrgicas 4 – nº 6,5 4 – nº 7 4 – nº 7,5 4 – nº 8	4 Sondas Nasogástricas Nº 18 2 Saco de drenagem	Compressas Esterilizadas: 4 pacotes de 7,5x7,5 4 pacotes de 10x10
1 Cânula de Traqueostomia nº 8, c/ cuff 2 Introdutores p/ tubo Traqueal 1 Seringa de 100 ml	1 Adesivo Castanho 1 Adesivo Hipoalérgico		

FUNDO DO CARRO

1 Cateter Central de 3 lumens 1 Kitt de Drenagem torácica completo 1 Kitt de Traqueostomia de Urgência	Drenos Torácicos nº 20, 24, 28, 30, 32 1 de cada número	1 Câmara Expansora 1 Suporte de Atrvent 1 Máscara Venturi 1 Máscara de alto débito 1 Máscara c/ copo de Aerossol
---	---	---

GAVETA LATERAL

20 Eléctrodos 1 Gel -Cardiogel 1 Cabo de Pace Externo 1 Pás p/ Pace Externo 10 Selos p/a carro de reanimação

CARRO DE EMERGÊNCIA – UIMC

PARTE SUPERIOR DO CARRO

Caixa lateral

1 Tubo de Guedel nº2 1 Tubo de Guedel nº 3 1 Tubo de Guedel nº4 2 Tubos Nasofaringeos nº28 2 Tubos Nasofaringeos nº30		2 Pilhas para Cabo de Laringoscópio	
3 Lâminas Bisturi 3 Lidocaína gel (dose unitária)	1 Tubo Traqueal nº 7;7,5; 8; 8,5 1 Condutor 1 Pinça de Maguill 1 Cânula de Aspiração	2 Adesivo castanho Estreito 3 Nastros	Compressas não esterilizadas 2 Cardiogel 1 Xilocaína Spray 1 Contentor para Cortantes
1 Sonda Nasogástrica nº 18 1 Saco colector		1 Cabo de Laringoscópio 1 Lâmina de Laringoscópio nº 3, 4 2 Seringas de 10cc 2 Nariz Humidificador	

1ª GAVETA

2 Bicarbonato Sódio 8,4%	10 Soro Fisiológico 0,9%10cc	Cateter Venoso Periférico nº 14G 3 16G 3 nº 16G 5 20G 5 10 Agulhas de Diluição 8 Seringas de 10cc 2 Seringas de 20cc
5 Naloxona 400mcg	5 Propofol 200mg/20ml	5 Sulfato Magnésio 20%
5 Hidrocortisona 100mg	5 Lidocaína 2%	5 Midazolan 5mg/3ml
5 Flumazenil 0,5mg/5ml	10 Furosemido 20mg/2ml	5 Gluconato de Ca 10%
5 Cloreto Cálcio 10%	5 DNI 10mg/10ml	10 Diazepan 10mg/2ml
20 Adrenalina 1mg/ml	20 Atropina 0,5mg/ml	10 Amiodarona 150mg/3 ml

2ª GAVETA

1 Salbutamol Sol. Resp. 2 Brometo Ipratrópio Sol. Resp.	2 Salbutamol Inalador 2 Brometo Ipratrópio Inalador 2 Beclotaide Inalador	6 Capropril Compr. 5 AAS (100mg) Compr.	1 Nitroglicerina Compr	Rótulos de droga adicional Rótulos variados
3 Midazolan 5mg/ml	2 Metilprednisolona 1gr	3 Noradrenalina 1mg/ml 5 ml	5 Noradrenalina 1mg/ml 1 ml	5 Salbutamol 0,5 mg/ml
5 Dopamina 200mg/5ml	5 Glicose Hipertónica 30%	2 Isoprenalina 0,2mg/ml 5 ml	5 Propanolol 1mg/ml	5 Dobutamina 12,5mg/ml
5 Digoxina	5 Aminofilina	10 Adenosina	5 AAS 1gr	Tubos p/a análise: 5 Hemograma

0,25mg/ml	240mg/10ml	6mg/2ml		5 Ionograma 5 Coagulação 5 Conetor múltiplo Luer
-----------	------------	---------	--	---

3ª GAVETA

Tubos Traqueais c/ cuff 2 – nº 6 2 – nº 6,5 5 – nº 7 5 – nº 7,5 5 – nº 8 2 – nº 8,5	Luvas Cirúrgicas 4 – nº 6,5 4 – nº 7 4 – nº 7,5 4 – nº 8	4 Sondas Nasogástricas Nº 18 2 Saco de drenagem	Compressas Esterilizadas: 4 pacotes 7,5x7,5 4 pacotes 10x10
1 Cânula de Traqueostomia nº 8, c/ cuff 2 Introdutores p/ tubo Traqueal 1 Seringa de 100 ml		1 Adesivo Castanho 1 Adesivo Hipoalérgico	

FUNDO DO CARRO

1 Cateter Central de 3 lumens 1 Kitt de Drenagem torácica completo 1 Kitt de Traqueostomia de Urgência	Drenos Torácicos nº 20, 24, 28, 30, 32 1 de cada número	1 Câmara Expansora 1 Suporte de Atrovent 1 Máscara c/ Fio2 regulável (azul) 1 Máscara de alto débito 1 Máscara c/ copo de Aerossol
---	---	---

GAVETA LATERAL

20 Eléctrodos 1 Gel -Cardiogel 1 Cabo de Pace Externo 1 Pás p/ Pace Externo 10 Selos p/a carro de reanimação

CARRO DE EMERGÊNCIA – UCDI

PARTE SUPERIOR DO CARRO

Caixa lateral

3 Lâminas Bisturi 3 Lidocaína gel (dose unitária)	1 Tubo de Guedel nº2 1 Tubo de Guedel nº 3 1 Tubo de Guedel nº4 2 Tubos Nasoferingeos nº28 2 Tubos Nasoferingeos nº30	2 Adesivo castanho Estreito 3 Nastros	Compressas não esterilizadas 2 Cardiogel 1 Xilocaína Spray 1 Contentor para Cortantes
1 Tubo Traqueal nº 7;7,5; 8; 8,5 1 Condutor 1 Pinça de Maguill 1 Sonda Nasogástrica nº 18 1 Saco Colector 1 Cânula de Aspiração			
2 Seringas de 10cc 2 Nariz Humidificado 2 Pilhas para Cabo de Laringoscópio		1 Cabo de Laringoscópio 1 Lâmina de Laringoscópio nº 3, 4	

1ª GAVETA

2 Bicarbonato Sódio 8,4%	10 Soro Fisiológico 0,9%10cc	Cateter Venoso Periférico nº 14G; 16G; 18G; 20G 3 3 5 5		10 Agulhas de Diluição 8 Seringas de 10cc 2 Seringas de 20cc
5 Naloxona 400mcg	5 Propofol 200mg/20ml	5 Sulfato Magnésio 20%		
5 Hidrocortisona 100mg	5 Lidocaína 2%	5 Midazolan 5mg/3ml		
5 Flumazenil 0,5mg/5ml	10 Furosemido 20mg/2ml	5 Gluconato de Ca 10%		
5 Cloreto Cálcio 10%	5 DNI 10mg/10ml	10 Diazepan 10mg/2ml		
20 Adrenalina 1mg/ml	20 Atropina 0,5mg/ml	10 Amiodarona 150mg/3 ml		
2ª GAVETA				
1 Salbutamol Sol. Resp. 2 Brometo Ipatrópico Sol. Resp.	2 Salbutamol Inalador 2 Brometo Ipatrópico Inalador 2 Beclotaide Inalador	1 Nitroglicerina Compr. 6 Capropril Compr. 5 AAS (100mg) Compr.		Rótulos de droga adicional
3 Midazolan 5mg/ml 2gr	2 Metilprednisolona 1gr	5 Noradrenalina 1mg/ml 1 ml 3 Noradrenalina 1mg/ml 5 ml	5 Salbutamol 0,5 mg/ml 5 Propanolol 1mg/ml	Rótulos variados
5 Dopamina 200mg/5ml	5 Glicose Hipertónica 30%	2 Isoprenalina 0,2mg/ml 5 ml	5 Nilotil 2g/5ml	Tubos p/a análise: 5 Hemograma 5 Ionograma 5 Coagulação

5 Digoxina 0,25mg/ml	5 Dobutamina 12,5mg/ml		5 Clonixinato de lisina 100mg/2ml	5 Conetor múltiplo Luer
5 Aminofilina 240mg/10ml	10 Adenosina 6mg/2ml	5 AAS 1gr		

3ª GAVETA

Tubos Traqueais c/ cuff 2 – nº 6 2 – nº 6,5 5 – nº 7 5 – nº 7,5 5 – nº 8 2 – nº 8,5	Luvas Cirúrgicas 4 – nº 6,5 4 – nº 7 4 – nº 7,5 4 – 8	4 Sondas Nasogástricas Nº 18 2 Saco de drenagem	Compressas Esterilizadas: 4 pacotes de 7,5x7,5 4 pacotes de 10x10
1 Cânula de Traqueostomia nº 8, c/ cuff 2 Introdutores p/ tubo Traqueal 1 Seringa de 100 ml	1 Adesivo Castanho 1 Adesivo Hipoalérgico		

FUNDO DO CARRO

1 Cateter Central de 3 lumens 1 Kitt de Drenagem torácica completo 1 Kitt de Traqueostomia de Urgência	Drenos Torácicos nº 20, 24, 28, 30, 32 1 de cada número	1 Câmara Expansora 1 Suporte de Atrvent 1 Máscara c/ Fio2 regulável (azul) 1 Máscara de alto débito 1 Máscara c/ copo de Aerossol
--	---	--

GAVETA LATERAL

20 Eléctrodos 1 Gel -Cardiogel 1 Cabo de Pace Externo 1 Pás p/ Pace Externo 10 Selos p/a carro de reanimação

CARRO DE EMERGÊNCIA – Reanimação

PARTE SUPERIOR DO CARRO

Em cima à Esq.

Caixa lateral à Dta.

Carregador + cabo de Laringoscópio	3 Lâminas Bisturi 3 Lidocaína gel (dose unitária)	1 Tubo Traqueal nº 6; 6,5; 7; 7,5; 8; 8,5 1 Condutor 1 Pinça de Maguill 1 Cânula de Aspiração 1 Sonda Nasogástrica nº 18 1 Saco colector 1 Seringa vesical	1 Estetoscópio 1 Bala de Oxigénio portátil com redutor Compressas não esterilizadas 2 Cardiogel 1 Xilocaína Spray 1 Contentor para cortantes
	1 Tubo de Guedel nº2 1 Tubo de Guedel nº3 1 Tubo de Guedel nº4 2 Tubos Nasofaringeos nº26 2 Tubos Nasofaringeos nº28 2 Tubos Nasofaringeos nº30		
	2 Adesivo castanho estreito 3 Nastros	1 Lâmina de Laringoscópio nº 1, 2, 3, 4 e 5	
	2 Seringas de 10cc 2 Nariz Humidificador	1 Cabo de Laringoscópio pediátrico	

1ª GAVETA

2 Bicarbonato Sódio 8,4%	5 Cloreto Cálcio 10%	5 Lidocaína 2%	5 Midazolam 5mg/3ml	Cateter Venoso Periférico nº 14G 3 16G 3 nº 18G 5 18G 5
				10 Soro Fisiológico 0,9% 10cc
5 Naloxona 400mcg	20 Adrenalina 1mg/ml	5 DNI 10mg/10ml	5 Gluconato de Ca 10%	10 Agulhas de Diluição
5 Hidrocortisona 100mg	5 Propofol 200mg/20ml	20 Atropina 0,5mg/ml	10 Diazepan 10mg/2ml	8 Seringas de 10cc
5 Flumazenil 0,5mg/5ml	10 Furosemido 20mg/2ml	5 Sulfato Magnésio 20%	10 Amiodarona 150mg/3 ml	2 Seringas de 20cc

2ª GAVETA

1 Salbutamol Sol. Resp. 2 Brometo Ipratrópio Sol. Resp.	2 Salbutamol Inalador 2 Brometo Ipratrópio Inalador 2 Beclotaida Inalador	2 Etomidato 2mg/ml	5 Clonixinato de Lisina 100 mg/2ml	5 Salbutamol 0,5 mg/ml		5 Nolotil 2gr/ 5ml
						1 Heparina
						1 Nitroglicerina
4 Isoprenalina 0,2mg/ml 5 ml	3 Midazolam 5mg/ml	5 AAS 1gr	5 Digoxina 0,25mg/ml	5 Glicose Hipertónica 30%	Metilprednisolona 2 gr	5 AAS 100 mg

5 Aminofilina 240mg/10ml	10 Adenosina 6mg/2ml	5 Dobutamina 12,5mg/ml	5 Dopamina 200mg/5ml	5 Metilprednisolona 125 mg/2ml	5 Verapamil 5 mg/ml	6 Captopril 25 mg
				5 Propanolol 1mg/ml		6 Clopidogrel 300 mg

3ª GAVETA

Tubos Traqueais c/ cuff 2 – nº 5,5 3 – nº 6 3 – nº 6,5 3 – nº 7 3 – nº 7,5 3 – nº 8 3– nº 8,5	Compressas Esterilizadas: 4 pacotes de 7,5x7,5 4 pacotes de 10x10	Luvas Cirúrgicas 2 – nº 6,5 2 – nº 7 2 – nº 7,5 2 – nº 8 1 Kitt de Traqueostomia de Urgência 1 Cânula de Traqueostomia nº 8, c/ cuff	1 Frova Airway intubating cateter 2 Condutores de tubo ET 1 Adesivo branco largo
1 Máscara laríngea nº 4 1 Máscara laríngea nº 5			

FUNDO DO CARRO

1 Pleurocan 1 Kitt de Cricotiroidectomia	1 Máscara Venturi 1 Máscara de alto débito 1 Máscara c/ copo de Aerossol
---	---

GAVETA LATERAL

40 Eléctrodos 2 Pás p/ Pace Externo / Desfibrilhação Selos p/a carro de reanimação Cabo de saturómetro para o desfibrilhador 2 Papel do desfibrilhador

Apêndice VIII – Folha de Verificação Mensal da UCDI – Ano 2012

Anexo I – Folhas de Verificação Mensal dos C. Emergência

Lista de verificação mensal dos CE da UCDI, UIMC, Balcão Enfermagem II e Reanimação.

Ano 2012

Mês	Validade dos Fármacos	Acondicionamento Fármacos e Material	Integridade do Desfibrilhador e Cabos	Limpeza do CE	Selo	Observações	Ident. / N.º Mecan.
Janeiro	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Fevereiro	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Março	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Abril	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Maio	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Junho	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Julho	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Agosto	OK ☐	OK ☐	OK ☐	OK ☐			
Setembro	OK ☒	OK ☒	OK ☒	OK ☒	98277/18		21562 Amy
Outubro	OK ☒	OK ☒	OK ☒	OK ☒	3876302		10132 Gylaine
Novembro	OK ☒	OK ☒	OK ☒	OK ☒	10022860	check de em a acub no PIMM nos	21562 Amy
Dezembro	OK ☒	OK ☒	OK ☒	OK ☒	10022860	Cardiogel fica a galta → OK	21562 Amy

Apêndice IX – Folha de Verificação Diária da UCDI – Outubro 2012

Lista de verificação diária dos CE da UCDI, UIMC e Balção Enfermagem II

Mês: OUTUBRO	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
Selo Carro (nº)	✓ 98-16302	✓ 98-16302	✓ 130333	✓ 1130334	✓ 1130335	✓ 1130336	✓ 1130337	✓ 1130338	✓ 1130339	✓ 1130340	✓ 1130341	✓ 1130342	✓ 1130343	✓ 1130344	✓ 1130345	✓ 1130346	✓ 1130347	✓ 1130348	✓ 1130349	✓ 1130350	✓ 1130351	✓ 1130352	✓ 1130353	✓ 1130354	✓ 1130355	✓ 1130356	✓ 1130357	✓ 1130358	✓ 1130359	✓ 1130360	
Auto Teste	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Resuscitador Manual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tubo O2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Reservatório O2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Máscara 3/4 com Filtro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cabos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Conexão à eletricidade	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Compressas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Contador de Cortantes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cardiogel	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Lidocaina Spray	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nº Mecanográfico	10132	10132	10133	10134	10135	10136	10137	10138	10139	10140	10141	10142	10143	10144	10145	10146	10147	10148	10149	10150	10151	10152	10153	10154	10155	10156	10157	10158	10159	10160	
Rubrica	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Apêndice X – Artigo do Projecto de Intervenção em Serviço

Implementação da Norma de Procedimento – Carros de Emergência - num serviço de urgência geral polivalente

LÚCIO, Gabriel¹ - gvslucio@gmail.com

RESUMO

O projecto de intervenção teve como objectivo geral a implementação de rotinas de monitorização dos carros de emergência, através da criação de uma Norma de Procedimento. Decorreu num serviço de urgência geral, iniciado em Setembro de 2011 e com término previsto para Abril de 2013.

Pretende-se que os enfermeiros, ao aplicarem a Norma de Procedimento, contribuam para a manutenção e organização do carro de emergência, facilitando a sua prestação de cuidados ao cliente em situação crítica. A implementação da Norma de Procedimento visa também dar resposta aos critérios exigidos pelo programa de acreditação a que o hospital se propôs.

Apesar de se encontrar em fase de aprovação, o projecto tem sido bem acolhido pelo enfermeiro-chefe e pela equipa, não se identificando previamente limitações à sua completa implementação.

Palavras-chave: carro de emergência, norma de procedimento, projecto de intervenção

ABSTRACT

The intervention project aimed at the implementation of general routine monitoring of crash cart by creating a standard procedure. It took place in the emergency department, started in September 2011 and is expected to be finished in April 2013.

It is intended that the nurses, when applying the standard procedure, contribute to the maintenance and organization of crash cart, facilitating their care of patients in critical condition. The implementation of standard procedure also aims to meet the criteria required by the accreditation program to which the hospital has proposed.

Despite being in the approval phase, the project has been welcomed by the chief of nursing staff and the nursing team, not being previously identified limitations to its full implementation.

Key-words: crash cart, standard procedure, intervention project

¹ Mestrando do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS-IPS. Enfermeiro Licenciado, Hospital Garcia de Orta, EPE.

INTRODUÇÃO

No decorrer do Estágio III do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal foi proposto, como elemento de avaliação, a realização de um Projecto de Intervenção. Este desenvolveu-se no âmbito da aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Assim, segundo a metodologia de projecto, iniciou-se em Setembro de 2011, num serviço de urgência geral polivalente, de um hospital na zona sul do país, a implementação da Norma de Procedimento – carros de emergência.

A garantia de qualidade nos cuidados prestados é não só uma preocupação, mas também uma necessidade nas instituições de saúde. Segundo o AACN Synergy Model for Patient Care uma das características do enfermeiro é o Clinical Inquiry, ou seja, a capacidade de reflexão sobre a prática, promovendo a alteração da mesma baseada na investigação, standards internacionais e conhecimento prático (Becker, Kaplow, Muenzen & Hartigan, 2006; Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A metodologia de projecto permite aos intervenientes identificar o problema, planificar as intervenções necessárias à transformação da sua realidade de forma mais eficaz. Um Projecto é um plano de trabalho desenhado para o estudo e resolução de um problema, onde se celebra a dinâmica entre a teoria e a prática clínica (Leite, Malpique & Santos, 1989; Nunes, 2010).

A realização do projecto de intervenção deve-se essencialmente a dois motivos:

- Necessidade de uniformizar práticas de organização e manutenção dos carros de emergência;
- Necessidade de responder aos critérios do programa de acreditação

do CHKS healthcare accreditation and quality unit².

A Direcção Geral da Saúde (DGS) emitiu a Orientação nº008/2011³ para a organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde. Nesta consta que o carro de emergência (CE) é «uma estrutura móvel ou, em certos caso, transportável, que contém um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para a reanimação cárdio-respiratória» (DGS, 2011, p.1). Acrescentando que devem existir em todas as salas de emergência, constituindo uma importante ferramenta para o sucesso da abordagem ao cliente em situação crítica. Esta Orientação sugere uma linha orientadora para a composição e organização do CE, salvaguardando que a organização dos fármacos e do material deve-se adaptar às características do modelo do CE.

A realização do Estágio III em contexto do MEMC incentivou à reflexão da prática clínica, evidenciando-se a constante falha de material nos CE, o que condiciona atraso na prestação de cuidados ao cliente. Este facto repercutiu-se na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Para o confirmar foi realizada uma auditoria aos CE a fim de confirmar ou não a existência de falhas. Ao serem confirmados os problemas percepcionados, numa entrevista semi-estruturada, foi proposto ao Enfermeiro-chefe a realização do projecto que vise a resolução desta problemática.

Posto isto, e com o intuito de resolver o problema de enfermagem identificado, o

² Do qual fazem parte objectivos na área de ressuscitação/reanimação, que incluem a criação de uma Norma de Procedimento integrada no Manual de Políticas e Normas de Procedimento do hospital.

³ Disponível em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/carros_de_emergencia.pdf.

projecto de intervenção visa a melhoria da qualidade na gestão dos recursos materiais e da actuação dos profissionais de saúde.

Com o presente artigo visa-se dar a conhecer o percurso realizado para implementação da Norma de Procedimento – Carros de Emergência. Assim apresenta-se a Definição do Problema, Planificação do Projecto e Implementação do Projecto. Termina-se com a Conclusão deste artigo de investigação e Referências Bibliográficas (segundo a norma de publicação da APA).

METODOLOGIA

Definição de Problema

Do Manual de Políticas e Normas de Procedimento do hospital constam a Norma de Procedimento nº GR – 34/06: Carros de Emergência, dirigida à maioria dos serviços do hospital, não se encontrando incluído o serviço de urgência geral. Específicas para o serviço de urgência geral destacam-se as Normas de Procedimento nº29/2003 – norma de segurança na manipulação do desfibrilhador, nº19/2004 – manutenção dos carros de emergência e nº20 – carros de emergência. Estas em conjunto com a Orientação nº 008/2011 da DGS e com as guidelines emitidas do ILCOR⁴ serviram de base para a auditoria realizada aos CE, donde foram identificadas as seguintes incongruências:

- Inexistência de uma norma relativa ao CE;
- Carga dos CE não correspondia às normas hospitalares;
- Condição de higiene dos CE dúbias;

- Existência de material em excesso ou em falta, e material fora de prazo de validade;
- Inexistência de selagem de um dos CE, bem como do seu livro de registos de utilização.

A equipa de enfermagem também foi incluída no processo de validação da pertinência no projecto, tendo também identificado as incongruências encontradas como um problema.

Direccionados para a resolução do problema de enfermagem descrito acima, o projecto de intervenção tem como objectivos:

Objectivo Geral

- Implementar a monitorização dos carros de emergência.

Objectivos Específicos

- Elaborar a NP para a normalização da organização dos carros de emergência existentes no SUG do Hospital;
- Divulgar a NP para a normalização da organização dos carros de emergência existentes no SUG do Hospital;
- Construir dossier com documentação de apoio para a monitorização do carro de emergência a ser colocado nos mesmos;
- Organizar os carros de emergência de acordo com a NP aprovada.

Planificação do Projecto

Para cada um dos quatro objectivos específicos foram delineadas as actividades e estratégias necessárias para os alcançar, bem como, a escolha dos recursos – humanos, materiais e temporais – e os indicadores de avaliação.

No primeiro objectivo específico foram contempladas três actividades: Revisão bibliográfica das orientações nacionais e internacionais; Consulta do manual sobre elaboração de NP; e execução de protótipos da NP. Servem de indicadores de avaliação os protótipos da NP.

⁴ ILCOR - International Liaison Committee on Resuscitation, formada em 1992 proporciona um fórum para troca de experiências entre as principais organizações de ressuscitação mundiais.

Alcança-se o segundo objectivo específico com as actividades: Realização de sessões de divulgação da NP; Envio da NP a todos os enfermeiros via correio electrónico; e atribuição de responsabilidade a um elemento da equipa para divulgar e supervisionar o cumprimento da NP. Servem de indicadores de avaliação os cartazes de divulgação da sessão de divulgação; Guia da sessão de divulgação; Diapositivos utilizados na sessão de divulgação; Resultados da aplicação da folha de avaliação aplicada à sessão informativa; Relatórios de Recepção da NP por parte da equipa de enfermagem, e Nomeação dos elementos da equipa.

O terceiro objectivo específico será atingido com as seguintes três actividades: Selecção de documentos a colocar no dossier de apoio; Apresentação do dossier protótipo ao Enfermeiro-chefe; e execução dos três dossiers de apoio a colocar em cada um dos carros de emergência existentes. Servem de indicadores de avaliação três dossiers com toda a documentação relativa ao CE: NP aprovada, Lista de conferência diária, Lista de conferência mensal, Lista de conferência a cada utilização, Registo fotográfico de cada carro de emergência, etc.

Por último, o quarto objectivo específico será alcançado através da verificação e substituição de todo o material de acordo com a NP aprovada, servindo de indicador de avaliação os CE organizados segundo a NP.

Implementação do Projecto

As fases de diagnóstico de situação e de planeamento do projecto decorreram de Setembro de 2011 a Fevereiro de 2012, ainda durante o Estágio III. As actividades

delineadas foram iniciadas em Março de 2012 com a realização do 1º protótipo da NP, que teve em conta a Orientação nº 008/2011 da DGS e tendo-se excluído o material pediátrico⁵. No 2º protótipo, entregue em Janeiro de 2013, foi incluída a sugestão do enfermeiro-chefe da distribuição do material e fármacos ser o mais similar possível à norma hospitalar, e removido o material utilizado na técnica toracocentese. O 3º e último protótipo foi concluído já após a apreciação da equipa de enfermagem e incluiu a sugestão de alguns fármacos serem colocados em destaque, em recipientes de cor vermelha. A entrega deste concretizou-se em meados de Fevereiro e aguarda a aprovação final.

Em fase de aprovação não é possível cumprir as duas primeiras actividades do segundo objectivo específico, que se remetem para a divulgação da NP. A terceira actividade do segundo objectivo específico foi atingida, tendo o enfermeiro-chefe divulgado em Setembro de 2012, via correio electrónico, os nomes dos actuais responsáveis através da NP URG-GER 3023. Com o intuito de assegurar a funcionalidade, reposição e manutenção dos CE enquanto o PIS não se encontra finalizado, foi criada e aprovada a NP URG-GER 3023, considerando a carga do CE referenciada na norma hospitalar antiga (NP nº GR – 34/06). Nesta norma encontra-se contemplada a uniformização da verificação diária e mensal dos três carros de emergência já referidos anteriormente e do CE presente na sala de reanimação, que será incluído na NP em curso.

Encontram-se criadas a lista de conferência diária, mensal e a de cada utilização. Os restantes documentos mencionados encontram-se dependentes da aprovação da NP para a sua

⁵ O serviço de urgência geral recebe clientes a partir dos 15 anos utilizando-se materiais e técnicas de adulto.

elaboração/inclusão no dossier, bem como, a organização e reposição dos CE.

CONCLUSÃO

O actual projecto encontra-se em fase de implementação, sendo expectável a sua conclusão até Abril de 2013 com a divulgação da NP e a organização dos CE segundo a mesma.

A aceitação por parte da equipa de enfermagem da NP tem sido positiva, o que pode ser constatado pelo preenchimento sem falhas da lista de verificação diária e mensal. Para tal contribuiu a inclusão das sugestões da equipa de enfermagem na elaboração da NP. Para além disso, o facto de os procedimentos mais morosos (verificação mensal dos carros de emergência) terem ficado a cargo dos elementos de coordenação do serviço contribuiu para uma melhor aceitação da NP, pois a mesma não é vista como consumidora do tempo necessário à prestação de cuidados directos.

Embora o PIS não seja completamente inovador revela-se essencial à prossecução dos objectivos impostos pelo programa de acreditação CHKS, na área de

ressuscitação/reanimação sendo por isso essencial a sua implementação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becker, D., Kaplow, R., Muenzen, P. M. & Hartigan, C. (2006). Activities Performed by Acute and critical Care Advanced Practice Nurses: American Association of Critical-Care Nurses Study of Practice. *American Journal of Critical Care*, 15, 2, 130-148;
- Direcção-Geral da Saúde (2011). Orientação 008/2011 – Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 20 de Outubro de 2011, em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/carros_de_emergencia.pdf;
- Leite, E., Malpique, M., & Santos, M. (1989). *Trabalho de Projecto 1: aprender por projectos centrados em problemas* (pp. 140-143). Porto: Edições Afrontamento. Acedido a 10 de Abril de 2011, em http://www.apena.rcts.pt/aproximar/monumentos/apoio/PDF1/trab_projecto1.pdf;
- Nunes L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 3-37. Acedido a 10 de Abril de 2011, em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revisita_Percursos_15.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. (s/l): Ordem dos Enfermeiros.

Anexos

Anexo I – Características do cliente, características do enfermeiro e diagrama do AACN – Synergy model for patient care

Characteristic	Definition
Resiliency	Patient's capacity to return to a restorative level of functioning by using compensatory and coping mechanisms
Vulnerability	Susceptibility to actual or potential stressors that may adversely affect patients' outcomes
Stability	Ability to maintain a steady-state equilibrium
Complexity	The intricate entanglement of two or more systems (eg, body, family, therapies)
Resource availability	Extent of resources (personal, financial, social, psychological, technical, etc) that the patient, the patient's family, and the community bring to the current situation
Participation in care	Extent to which the patient and the patient's family engage in care
Participation in decision making	Extent to which the patient and the patient's family engage in decision making with respect to care
Predictability	A summative characteristic that allows one to expect a certain course of illness

Tabela 1 – Características do cliente Segundo o AACN - Synergy Model for Patient Care

Characteristic	Explanation of continuum	
Resiliency	Level 1	Minimally resilient—unable to mount a response, failure of compensatory/coping mechanisms, minimal reserves, brittle
	Level 3	Moderately resilient—able to mount a moderate response, able to initiate some degree of compensation, moderate reserves
	Level 5	Highly resilient—able to mount and maintain a response, intact compensatory/coping mechanisms, strong reserves, endurance
Vulnerability	Level 1	Highly vulnerable—susceptible, unprotected, fragile
	Level 3	Moderately vulnerable—somewhat susceptible, somewhat protected
	Level 5	Minimally vulnerable—safe, out of the woods, protected, not fragile
Stability	Level 1	Minimally stable—labile, unstable, unresponsive to therapies, high risk of death
	Level 3	Moderately stable—able to maintain steady state for limited period of time, some responsiveness to therapies
	Level 5	Highly stable—constant, responsive to therapies, low risk of death
Complexity	Level 1	Highly complex—intricate, complex patient-family dynamics, ambiguous or vague, atypical presentation
	Level 3	Moderately complex—moderately involved patient-family dynamics
	Level 5	Minimally complex—straightforward, routine patient-family dynamics, simple or clear-cut, typical presentation
Resource availability	Level 1	Few resources—necessary knowledge and skills not available, necessary financial support not available, minimal personal/psychological supportive resources, few social systems resources
	Level 3	Moderate resources—limited knowledge and skills available, limited financial support available, limited personal/psychological supportive resources, limited social systems resources
	Level 5	Many resources—extensive knowledge and skills available and accessible, financial resources readily available, strong personal/psychological supportive resources, strong social systems resources
Participation in care	Level 1	No participation—patient and patient's family unable or unwilling to participate in care
	Level 3	Moderate level of participation—patient and patient's family need assistance in care
	Level 5	Full participation—patient and patient's family fully able to participate in care
Participation in decision making	Level 1	No participation—patient and patient's family have no capacity for decision making, requires surrogacy
	Level 3	Moderate level of participation—patient and patient's family have limited capacity, seeks input or advice from others in decision making
	Level 5	Full participation—patient and patient's family have capacity and make decisions for selves
Predictability	Level 1	Not predictable—uncertain, uncommon population of patients or uncommon illness, unusual or unexpected course, does not follow critical pathway or no critical pathway developed
	Level 3	Moderately predictable—wavering, occasionally noted population of patients or occasionally occurring illness
	Level 5	Highly predictable—certain, common population of patients or common illness, usual and expected course, follows critical pathway

Tabela 2 - Continuum de características clínicas do cliente segundo o AACN - Synergy Model for Patient Care

Characteristic	Definition
Clinical judgment	Clinical reasoning that includes clinical decision making, critical thinking, and a global grasp of the situation, as well as nursing skills acquired through a process of integrating formal and experiential knowledge.
Advocacy and moral agency	Working on another's behalf and representing the concerns of patients, patients' families, and/or nursing staff and serving as a moral agent in identifying and resolving ethical and clinical concerns within or outside the clinical setting.
Caring practices	A constellation of nursing activities that creates a compassionate, supportive, and therapeutic environment with patients and staff. The aim is to promote comfort, heal, and prevent unnecessary suffering.
Collaboration	Working with others, including physicians, patients' families, and other healthcare providers, in a way that promotes and encourages each person's contributions toward achieving optimal, realistic goals for the patient. Collaboration involves intradisciplinary and interdisciplinary work with colleagues.
Systems thinking	A body of knowledge and tools that allow nurses to manage whatever environmental and system resources exist for the patient, the patient's family, and staff within or across healthcare and nonhealthcare systems.
Response to diversity	The sensitivity to recognize, appreciate, and incorporate differences into the provision of care. Differences may include, but are not limited to, individuality, cultural differences, spiritual beliefs, sex, race, ethnicity, disability, family configuration, lifestyle, socioeconomic status, age, values, and alternative medicine involving patients' families and members of the healthcare team.
Clinical inquiry	The ongoing process of questioning and evaluating practice and providing informed practice and creating practice changes through research utilization and experiential knowledge.
Facilitator of learning	The ability to help patients, nursing staff, physicians, and other healthcare providers learn both formally and informally.

Tabela 3 – Características do enfermeiro segundo o AACN - Synergy Model for Patient Care

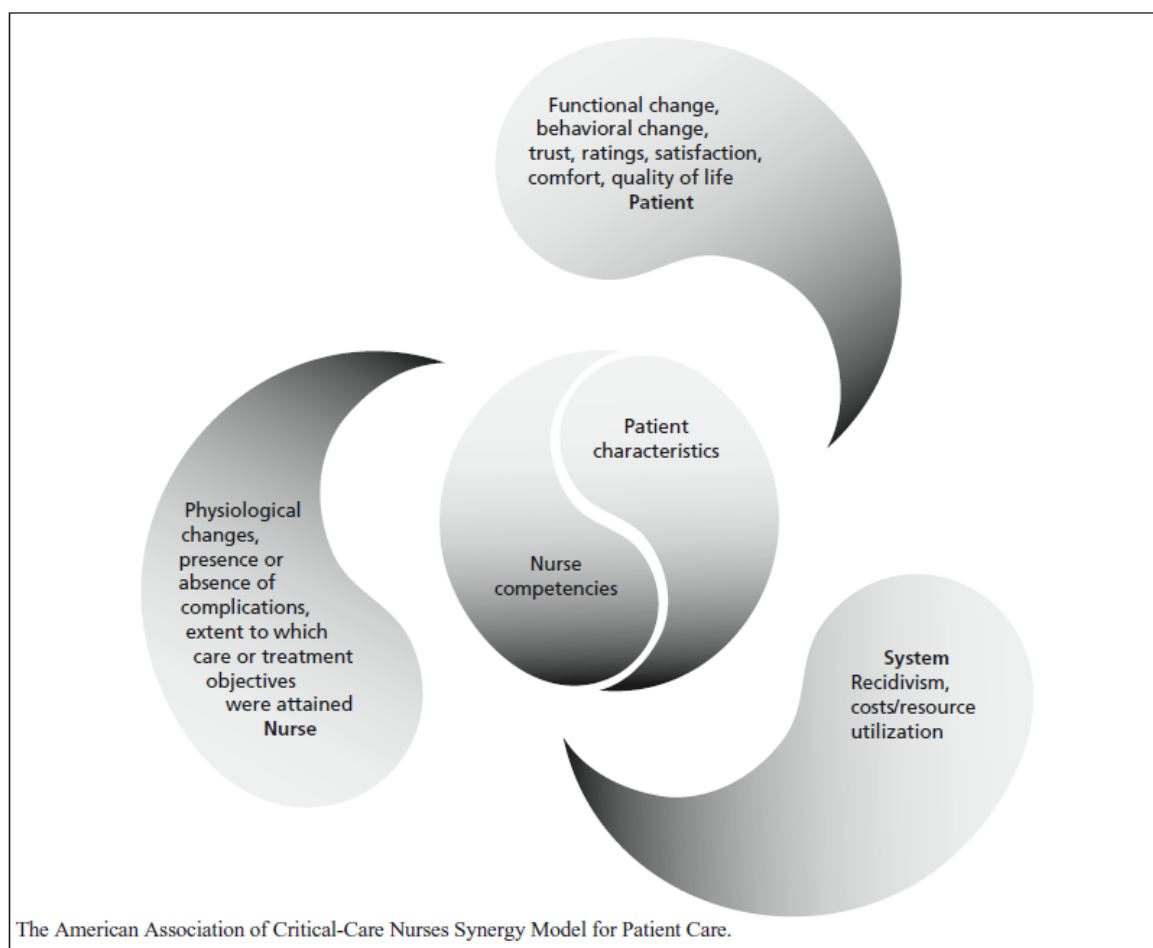


Diagrama 1 – AACN Synergy Model for Patient Care

Referência Bibliográfica: Becker, D., Kaplow, R., Muenzen, P. M. & Hartigan, C. (2006). Activities Performed by Acute and critical Care Advanced Practice Nurses: American Association of Critical-Care Nurses Study of Practice. *American Journal of Critical Care*, 15, 2, 130-148.

Anexo II – Evolução da taxa global de adesão à higiene das mãos no HGO



Anexo III – Resultados da adesão à campanha de higiene das mãos por categoria profissional no SUG



Campanha Nacional de Higiene das Mãos

Adesão por Categoria Profissional

Categoria Profissional	Oportunidades	Ações	Adesão
Auxil. Ação Médica	180	94	52,22%
Enfermeiro/Parteiro	232	167	71,98%
Médico	106	40	37,74%
Outros profissionais de saúde	23	8	34,78%
Total para todas as categorias	541	309	57,1%

Universo: Campanha: Campanha Nacional de Higiene das Mãos 2011
Unidade de Saúde: , E.P.E.
Serviço: Urgência Geral