



Autor
Sandra Ponte

Relatório de Projeto:
Implementação da Via Verde Sepsis
no Serviço de Urgência Geral

Relatório de Trabalho de Projeto
Apresentação para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Realizado sob orientação científica de Prof. Doutora
Alice Ruivo

Maio 2013



Autor
Sandra Ponte

Relatório de Projeto:
Implementação da Via Verde Sepsis
no Serviço de Urgência Geral

Relatório de Trabalho de Projeto
Apresentação para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Realizado sob orientação científica de Prof. Doutora
Alice Ruivo

Maio 2013

DECLARAÇÃO

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

A candidata,

Setúbal, 31 maio de 2013

Declaro que este Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

A orientadora,

Setúbal, 31 de maio de 2013

- Este documento foi redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico -

“...construir um projecto, é já procurar fazê-lo acontecer...”

“...é um futuro a «fazer», um amanhã a concretizar,

um possível a transformar em real,

uma ideia a transformar em acto...”

Barbier

Dedico a todos os clientes e profissionais de saúde envolvidos...

Desejando que no futuro este trabalho de projeto seja um contributo valioso para o desenvolvimento do conhecimento e melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados.

AGRADECIMENTOS

A finalização deste trabalho de projeto foi conseguida pelo interesse e dedicação nele depositado. Na sua concretização estiveram envolvidas diversas pessoas, que direta ou indiretamente colaboraram, apoiaram e encorajaram, pelo que gostaria de manifestar o meu reconhecimento e expressar a minha gratidão, através de uma simples palavra, obrigada!

A todos aqueles que me acompanharam nesta caminhada, gostaria de referenciar e agradecer particularmente:

-À professora doutora Lucília Nunes e à professora doutora Alice Ruivo, pelos conhecimentos transmitidos, que me ajudaram a adquirir e aperfeiçoar as minhas competências, pelas valiosas sugestões, orientações e disponibilidade demonstrada, sendo as minhas referências durante todo este meu percurso académico;

- À enfermeira chefe M^a de Lurdes Almeida, pois só com o seu apoio é que consegui chegar até aqui com tudo o que já alcancei, obrigada por ter sempre acreditado em mim, e ter colaborado no meu crescimento pessoal e profissional.

- Ao bibliotecário Alberto e à técnica superior de sistemas de informação Sónia Nunes, pela colaboração na orientação de pesquisa bibliográfica e recolha de dados de registo na aplicação informática existente.

- Ao marido, filhos, mãe e falecido pai, pela compreensão, apoio moralizador e incentivo neste caminho da formação contínua e na procura do desenvolvimento de competências especializadas de excelência.

RESUMO

Segundo estudos recentes na Europa, atualmente a sépsis representa um grave problema de saúde pública, tanto a incidência da inadequada resposta do organismo à infecção, como a mortalidade hospitalar por sépsis, têm vindo a aumentar (DGS, 2010). Neste sentido, a criação de Vias Verdes como estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, permitindo não só diminuir a morbilidade e mortalidade, mas também a rentabilização de recursos e a redução de custos para as organizações, é crucial para combater esta problemática. Baseada nas diretrizes da *Surviving Sepsis Campaign* (SSC, 2008) e da Direção Geral de Saúde (DGS, 2010) surgiu a oportunidade de implementação de uma Via Verde para a Sépsis (VVS) nos serviços de urgência.

Utilizámos a metodologia de trabalho de projeto com o intuito de avaliar o projeto implementado e o cumprimento do protocolo VVS num Serviço de Urgência Geral (SUG) de um Centro Hospitalar de Lisboa, passado um ano do início do seu desenvolvimento. Assim, temos como objetivos específicos: analisar as etapas do projeto de intervenção em serviço, realizadas; apresentar os resultados obtidos no primeiro ano da implementação do protocolo VVS; evidenciar os resultados de aprendizagem e o desenvolvimento das competências de enfermeira especialista comuns e específicas em enfermagem em pessoa em situação crítica; e refletir sobre o perfil desenvolvido relativamente às competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Concluímos que foram concretizadas todas as etapas do projeto planeadas, tendo sido introduzidas medidas corretivas na sua consecução. O protocolo de ativação VVS foi aplicado a uma população de 165 clientes, na qual obtivemos uma amostra de 68 para estudo dos resultados. Na recolha de dados, recorreu-se aos indicadores de registos da aplicação informática existente, sendo que os resultados obtidos permitiram validar a possibilidade da sua aplicação e o cumprimento do protocolo na sua totalidade em 19 clientes.

De forma geral pensamos que a realização deste trabalho de projeto contribuiu para a reflexão das aprendizagens e das competências especializadas desenvolvidas, assim como para o desenvolvimento do nosso perfil de mestre, no sentido em que podem ser aplicadas na promoção e garantia da melhoria da acessibilidade, qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem especializados, prestados à pessoa em situação crítica, e particularmente ao cliente com suspeita de infecção candidato à inclusão no protocolo de atuação e tratamento em contexto de VVS.

Palavras- chave: Competências Especializadas; Projeto de Intervenção em Serviço; Serviço de Urgência; Via Verde Sépsis.

ABSTRACT

According to recent studies in Europe, currently sepsis is a serious public health problem. Both the incidence of inadequate body's response to infection and hospital mortality caused by sepsis has increased (DGS, 2010). Creation Greenways, as an organized strategy for addressing, routing and more appropriate treatment, allows a decrease of morbidity and mortality but also maximize resources and reduce costs for organizations. It is crucial to combat this problem. Based on the guidelines of Surviving Sepsis Campaign (SSC, 2008) and the General Directorate of Health (DGS, 2010) had the opportunity to implement a Green Way to Sepsis (VVS) in emergency department.

We used the methodology of the project work in order to evaluate the project implemented in compliance with the protocol VVS in emergency department of a Lisbon Hospital Center, one year from beginning of its development. We have the following objectives: analyze the stages of the project intervention service performed; present the results obtained in the first year of implementation of the protocol VVS; highlight the learning outcomes and skills development of general and specific nurse specialist to a person in a critical condition, and finally a reflection regarding the profile developed in relation to capabilities in master medical-surgical nursing.

We conclude that all steps were completed project planned coorrective measures have been introduced in their accomplishment. The VVS activation protocol was applied to a population of clients 165 witch obtained a sample of 68 to analyze the results. In data collection, we used the indicators record the computer application and the results obtained allowed to validate the possibility of their implementation and compliance with the protocol in its entirety in 19 clients.

Overall we think that this work project contributed to the reflection of lessons learned and expertise developed and weel as developing our profile master, in the sense that they can be used to promote and ensure the improvement of accessibility, quality and safety of skilled nursing care, provided to a peson in critical condition, and particularly to the client witch suspected infection candidate for inclusion in the protocol of operation and treatment in the context of VVS.

Keywords: Emergency Department, Intervention Project in Service; Specialized Competencies; Green Way Sépsis.

RESUMEN

De acuerdo con estudios recientes en Europa, actualmente la sepsis es un problema de salud pública. La respuesta inadecuada del organismo a la infección y la mortalidad hospitalaria por sepsis han aumentado (DGS, 2010). En este sentido, la creación de vías verdes, como una estrategia organizada para el direccionamiento, el monitoreo y el tratamiento adecuado, lo que permite no sólo disminuir la morbilidad y la mortalidad, pero también para maximizar los recursos y reducir los costes para las organizaciones, es crucial para combatir este problema. Con base en los lineamientos de la Campaña Sobrevivir a la Sepsis (SSC, 2008) y la Dirección General de Salud (DGS, 2010), tuvo la oportunidad de poner en práctica una Vía Verde de Sepsis (VVS) en los servicios de emergencia.

Se utilizó la metodología de trabajo del proyecto, con el objeto de evaluar el proyecto y ejecución, con el protocolo VVS en servicio de urgencia de uno Centro Hospitalario de Lisboa, un año desde el inicio de su implementación y desarrollo. Así tenemos los siguientes objetivos: analizar las etapas en el servicio de intervención del proyecto realizado, se presentan los resultados obtenidos en el primer año de aplicación del protocolo VVS, destacan los resultados del aprendizaje y desarrollo de habilidades de especialista en enfermería común y específica a personas en estado crítico, y reflexionar sobre el perfil de competencias desarrollado en relación a dominar habilidades de enfermería especializada medico-quirúrgica.

Concluimos que se han concretizado todas las etapas previstas del proyecto, las medidas correctoras previstas se han introducido en su consecución. El protocolo de activación VVS se aplicó a una población de 165 clientes, que obtuvieron una muestra de 68 para analizar los resultados. En la recolección de datos, se utilizaron los indicadores derivados de los registros de la aplicación informática y los resultados obtenidos permitieron validar la posibilidad de su aplicación y el cumplimiento del protocolo en su totalidad en 19 clientes.

En general, pensamos que este proyecto de trabajo contribuyó a la reflexión de la experiencia adquirida y los conocimientos desarrollados, así como el desarrollo de nuestro perfil de categoría de maestro, en el sentido que se puede aplicar en la promoción y garantizar la mejora de la accesibilidad, la calidad y la seguridad de la atención de enfermería especializada, a condición de que la persona en estado crítico, y en particular al cliente con sospecha de infección por el candidato para su inclusión en el protocolo de la operación y el tratamiento en el contexto de la VVS.

Palabras clave: Habilidades especializadas; Intervención del Proyecto en Servicio; Servicio de Emergencias, Vía Verde Sepsis.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACCP – American College of Chest Physicians
ACS – Alto Comissariado da Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
APDH – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar
ARS – Administração Regional de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
bpm – Batimentos por minuto
CCIH – Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar
CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem
CHLO, EPE - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Entidade Pública Empresarial
CPLEEMC - Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico -
Cirúrgica
cpm – Ciclos por minuto
CVC – Cateter Venoso Central
DGS – Direção Geral de Saúde
dl – Decilitro
DQS – Departamento de Qualidade de Saúde
D.R. – Diário da República
Dr.^a – Doutor/a
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
ECG - Eletrocardiograma
Enf.^a – Enfermeiro/a
EPI – Equipamento Individual de Proteção
ESS – Escola Superior de Saúde
EUA – Estados Unidos da América
FC – Frequência Cardíaca
FIG. - Figura
FR – Frequência Respiratória
°C – Graus centígrados
GPT – Grupo Português de Triagem
= - Igual
< - Inferior
h – Hora
HEM - Hospital de Egas Moniz
HP/ HCIS – Hewlett-Packard Healthcare Information System
HSC - Hospital de Santa Cruz
HSFX - Hospital São Francisco Xavier
HOSA – Hospital Ortopédico de Sant`Ana
IACS – Infecção Associada a Cuidados de Saúde
ICN – International Council of Nurses
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
IPS – Instituto Politécnico de Setúbal
ISBN – International Standard Book Number
ISDC - International Sepsis Definitions Conference
ISSN – International Standard Serial Number
Kg – Kilograma

L – Litro
M – Manhã
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
µl – Microlitros
min - Minuto
mg – Miligrama
ml - Mililitro
mm/hg – Milímetros de mercúrio
mmol - Milimol
MODS – Multiple Organ Dysfunction Syndrome
MS – Ministério da Saúde
N – Noite
Nº - Número
OE – Ordem dos Enfermeiros
Pág. /p. – Página
PBE . Prática Baseada na Evidência
PBL – Problem Based Learning
PC-R – Proteína C-Reativa
PCR – Paragem Córdio-Respiratória
% - Por cento
1^a/^o – Primeira/o
PCT - Procalcitonina
PIS – Projeto de Intervenção no Serviço
PNS – Plano Nacional de Saúde
PVC – Pressão Venosa Central
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
séc. – Século
2^o - Segundo
SIRS – Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SCCM – Society of Critical Care Medicine
SSC – Surviving Sepsis Campaign
SWOT- Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats
SU – Serviço de Urgência
SUG – Serviço de Urgência Geral
> - Superior
T – Tarde
TAC – Tomografia axial computadorizada
Temp. – Temperatura
TM – Triagem de Manchester
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
Vol. – Volume
VVS – Via Verde Sépsis

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I	17
I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
1 – VISÃO EPISTEMOLÓGICA: INTERPRETAÇÃO DA PROBABILIDADE	18
2 – MODELO TEÓRICO: TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA	20
3 – REFERENCIAL TEÓRICO - SÉPSIS	33
CAPÍTULO II	54
II – SÍNTESE DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)	55
1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	57
1.1 – Da problemática identificada à oportunidade	57
1.1.1 – Análise SWOT	59
1.1.2 – Questionário diagnóstico	62
1.1.3 – Caracterização do Serviço de Urgência Geral	64
2 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	69
3 – PLANEAMENTO	70
3.1 – Calendarização das atividades, meios e estratégias	71
4 – EXECUÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA	74
5 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO	86
5.1 – Apresentação dos dados obtidos do cumprimento do protocolo interno de atuação VVS, após um ano de implementação do projeto	93
6 – DISSEMINAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	102
CAPÍTULO III	107
III – SÍNTESE DOS RESULTADOS DE APRENDIZAGEM CLÍNICA	108

1 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA	109
2 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	116
3 - ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	127
<i>CAPÍTULO IV</i>	136
IV – CONCLUSÃO.....	137
REFERÊNCIAS.....	140
<i>APÊNDICES</i>.....	149
<i>ANEXOS</i>	150

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - CRITÉRIOS DE SIRS E SÉPSIS.....35

FIGURA 2 – REPRESENTAÇÃO DA RELAÇÃO INFEÇÃO, SIRS E SÉPSIS37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

**GRÁFICO 2 - NÚMERO TOTAL DE ATIVAÇÕES VVS NA TRIAGEM E
RESPECTIVOS FORMULÁRIOS DE REGISTO.....95**

**GRÁFICO 3 - NÚMERO DE FORMULÁRIOS DE REGISTO, SEM ATIVAÇÃO
PRÉVIA NA TRIAGEM96**

ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS

**FLUXOGRAMA 1 - PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NO
PROTOCOLO VVS.....88**

**FLUXOGRAMA 2 - ESQUEMA DE INCLUSÃO DE CLIENTES NO PROTOCOLO
VVS.....101**

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - CRITÉRIOS DE SIRS E DE SÉPSIS (ACCP/SCCM)34

QUADRO 2 - VARIÁVEIS PARA CRITÉRIOS DE SIRS (ISDC, 2001)36

QUADRO 3 - CONCEITO DE PIRO (SSC, 2008).....39

QUADRO 4 – CRITÉRIOS DE PRESUNÇÃO DE INFEÇÃO51

QUADRO 5 – CRITÉRIOS DE SIRS51

QUADRO 6 – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA VVS52

QUADRO 7 - ANÁLISE SWOT60

INTRODUÇÃO

Temos consciência que esta nova era da globalização implica maiores desafios e exigências para as pessoas e para as organizações. O ajuste a constantes mudanças é essencial para manter a competitividade e a prestação de serviços de qualidade e segurança nos cuidados prestados.

Em Portugal, o Departamento da Qualidade de Saúde (DQS, 2012) tem como missão “*promover e disseminar uma cultura de melhoria contínua da qualidade, adaptada às exigências atuais da população*”, pelo que tem vindo a melhorar a acessibilidade, permitindo estabelecer nas organizações de saúde, a nível nacional, a criação de projetos inovadores de boas práticas, que assegurem os melhores e mais seguros cuidados de saúde aos cidadãos. Neste sentido, propôs a criação de Vias Verdes que garantam o acesso, qualidade e segurança, na procura da excelência nos cuidados de saúde.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2010), as vias verdes são essenciais para identificar e estratificar tratamento mais eficaz, permitindo não só diminuir a mortalidade, mas também a rentabilização de recursos e a redução de custos para as organizações.

A Sépsis é uma patologia que atualmente representa um grave problema de saúde pública, segundo estudos recentes na Europa publicados pela DGS (2010), declaram que os dados da inadequada resposta do organismo à infeção são comparáveis aos do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e aos do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), revelando ainda que a incidência está a aumentar 1,5% ao ano, ao contrário dos casos anteriores que estão a decrescer, representando cerca de 38% da mortalidade hospitalar, sendo três vezes superior à mortalidade por AVC. Pelo que, a DGS (2010) decidiu publicar uma Circular Normativa¹, relativa à criação e implementação de uma Via Verde Sépsis (VVS), em todos os Serviços de Urgência.

Os desafios que se colocam hoje aos profissionais de enfermagem exigem abordagens interdisciplinares para resolver situações complexas de saúde e doença. Estes ao se encontrarem inseridos na equipa multidisciplinar das organizações de saúde integram-se

¹ DGS – Circular Normativa nº 01/DQS/DQSCO de 06/01/2010 - Implementação da Via Verde Sépsis

como elementos cooperativos na implementação de projetos inovadores, mas que por vezes se torna- necessária uma redefinição das atividades a desenvolver durante a prestação de cuidados de enfermagem ao cliente e família. **Os enfermeiros do SUG** são na equipa, os profissionais de saúde mais bem posicionados para rapidamente identificar e melhorar o atendimento e a qualidade dos cuidados à pessoa com suspeita de infeção. Podem assumir um papel fulcral, na eficiência e rentabilização dos recursos, contribuindo para diminuição da morbilidade, da mortalidade e dos gastos em saúde, com a prevenção, monitorização e tratamento destas pessoas que vivenciam processos complexos de saúde/doença, melhorando significativamente o seu prognóstico e contribuindo assim para os melhores resultados e sucesso do seu tratamento.

No âmbito do **2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica** da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), no ano letivo de 2011/2012, foi-nos lançado o desafio de apresentar um **trabalho de projeto** elaborado com base no **relatório de estágio III** (adequação 1ªPG) realizado no decorrer do **2º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica** (2ºCPLEEMC), segundo metodologia de projeto, onde estavam inseridas as explicitações do desenvolvimento de competências e avaliação das aprendizagens, assim como o contributo da formação, vivências e reflexões **da 1ª Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica** (1ª PG MC). Tendo em conta o nosso elevado nível de responsabilidade e de competências, e de acordo com a problemática identificada devido à sua inexistência, desenvolvemos um projeto de intervenção em serviço, relacionado com a **implementação da Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência Geral**, num Centro Hospitalar de Lisboa, emergindo concomitantemente a oportunidade de planear e operacionalizar a sua implementação em contexto de trabalho.

Na vivência deste processo de mudança e passado pouco mais de um ano do início do seu desenvolvimento, pretendemos que o trabalho de projeto que agora apresentamos sirva de análise e avaliação do estado real da situação, pelo que definimos como **objetivos:**

- Analisar as etapas do projeto de intervenção em serviço, realizadas;
- Avaliar os resultados obtidos no primeiro ano da implementação do protocolo VVS;
- Evidenciar os resultados de aprendizagem e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica desenvolvidas aquando a realização do projeto de intervenção;

- Refletir sobre o desenvolvimento das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Para uma melhor compreensão, estruturalmente apresentamos este trabalho em **quatro capítulos**, identificados da seguinte forma:

No capítulo I efetuamos um enquadramento com uma pequena descrição da visão epistemológica de Karl Popper e uma breve abordagem da teoria de enfermagem de Merle Mishel. Abordamos e interligamos alguns pressupostos e conceitos em enfermagem, bem como a sua operacionalização. Efetuamos ainda uma síntese da revisão da literatura mais recente e pertinente, no sentido de melhorar a compreensão e conhecimento da temática em estudo, a sépsis. Ao longo deste capítulo, contextualizamos a pertinência deste trabalho, apresentando a problemática enquadrada num contexto global, descrevendo, os pressupostos a obter de acordo com os níveis de evidência existentes.

No capítulo II descrevemos sinteticamente as etapas elaboradas da metodologia de trabalho de projeto, através da descrição do diagnóstico de situação efetuado, com a identificação e definição do problema, suportada pela argumentação da sua pertinência, pela definição dos objetivos, o seu planeamento, a calendarização e descrição das atividades desenvolvidas, a seleção dos meios e estratégias, resultados esperados e indicadores de avaliação utilizados. Descrevemos os passos da sua execução e efetuamos a análise da experiência. Efetuamos a avaliação da sua implementação e apresentamos os primeiros resultados obtidos do cumprimento do protocolo, após o primeiro ano da implementação do projeto VVS, assim como o percurso já decorrido da sua disseminação.

No capítulo III efetuamos a síntese crítica dos resultados das aprendizagens, através do relato da evolução das competências comuns desenvolvidas, salientando as específicas como enfermeira especialista em pessoa em situação crítica de acordo com os padrões de qualidade definidos, assim como o perfil desenvolvido das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

No capítulo IV expomos a síntese dos principais aspetos/ideias abordadas, assim como as dificuldades e limitações na realização deste trabalho. Efetuamos uma síntese da avaliação dos objetivos e a reflexão analítica sobre os contributos no processo das aprendizagens e no desenvolvimento de competências. Apresentamos ainda as principais conclusões

sugerindo algumas linhas orientadoras a desenvolver no *continuum* deste projeto ou em futuras implementações e investigações.

Por fim apresentamos as referências bibliográficas e eletrônicas consultadas, com a preocupação de terem sido selecionadas para consulta as mais atuais e adequadas a este trabalho e à temática abordada. Incluímos ao longo deste relatório, os apêndices elaborados e os anexos que alicerçam este trabalho, que podem ser consultados através de hiperligação durante a leitura do texto.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

E

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“Aprender a Aprender”.
(Novak e Gowin, 1999)

Os modelos teóricos são uma representação estrutural de conceitos que os enfermeiros utilizam na sua prática, fornecendo uma orientação e consistência aos cuidados prestados ao cliente/família, ajudam e apoiam as intervenções e decisões tomadas, servindo de guia de orientação na área da formação e investigação (Nunes, 2003).

As teorias procuram organizar e articular os conceitos entre si para explicar a realidade. As teorias de enfermagem têm ainda a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado. Partindo deste pressuposto, esperamos que os resultados obtidos com este trabalho possam ser transportados para a prática, demonstrando níveis de evidência.

No âmbito do 2º CPLEE MC, foram abordados diversos epistemólogos e teóricas de enfermagem., pelo que, na organização e suporte deste trabalho foram selecionados **Karl Popper e Merle Mishel**, por serem os mais adequados para a sustentação e interligação dos conceitos abordados neste trabalho de projeto.

1 – VISÃO EPISTEMOLÓGICA: INTERPRETAÇÃO DA PROBABILIDADE

Karl Popper, filósofo do séc. XX, veio revolucionar o pensamento sobre a probabilidade. O desenvolvimento do cálculo das probabilidades sempre esteve associado à matemática, teve este autor outra visão, quando refere que todos os problemas estão relacionados com a **interpretação da probabilidade**, considerando a probabilidade como sendo uma propensão inerente às condições que produzem sequências, devendo ter uma interpretação objetiva, levantando discussões sobre as diferenças de interpretação filosóficas e operacionais que têm grande relevância num dos conceitos mais atuais: **o conceito de “Risco”**(Popper, 2002).

A palavra **probabilidade** deriva do latim “*probare*”, que segundo o Dicionário Priberam de Língua Portuguesa On-line (2012) pode ser substituída pela palavra “*risco*”, ou sinónimo de palavras como *incerteza* ou *dúvida*. A probabilidade pode ser aplicada a um acontecimento ocorrido ou que poderá ocorrer, mas sobre o qual não temos conhecimentos completos ou não há evidência suficiente. Popper demonstrou que nem a verificação, nem a indução andam sozinhas, devendo-se elaborar hipóteses na procura de evidências para conhecer a realidade como ela é e não como gostaríamos que fosse.

Na discussão do problema da probabilidade relativamente às diferentes interpretações podemos agrupar as intervenções de Karl Popper, através dos seus livros “A Lógica da Pesquisa Científica”(2002) e “Conjecturas e Refutações” (2003), na contribuição para melhorar a interpretação das probabilidades e na discussão da probabilidade lógica e do grau de corroboração de uma teoria, na proposta de um novo tipo de interpretação designado por **teoria de propensão** e na discussão relativa à **aplicação de critérios de falsificabilidade às teorias da probabilidade**.

Para Popper (2007) a verdade é inalcançável, ele chamava a sua filosofia de racionalismo crítico, argumentando que seria sempre provisória, pois as experiências e as observações serviam para encontrar provas que aquela teoria estaria falsa e teria de ser substituída por outra para voltar a explicar o problema ou fenómeno.

Acerca do possível e impossível Popper (2002, p.22) refere “...a maior das improbabilidades sempre continua a ser uma probabilidade”.

Para integrarmos estes conceitos na problemática do nosso projeto, podemos referir que sempre que exista suspeita de infeção, há risco, logo estamos perante uma interpretação da probabilidade, e tal como refere Popper devem ser sempre testados os critérios de falsificabilidade para interpretação do grau de probabilidade de vir a ser ou não uma infeção (sépsis) e de identificar o foco infeccioso.

Podemos refletir ainda sobre se o conhecimento de probabilidades (riscos) diminui o grau de incerteza, sendo um fator motivador da sobrevivência e desenvolvimento no âmbito dos problemas da enfermagem e conseqüentemente tomada de decisão.

2 – MODELO TEÓRICO: TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

Segundo o Dicionário Priberam de Língua Portuguesa On-line (2012), o termo incerteza significa “dúvida” ou “*estado de coisa incerta*”, “*imprecisão*” ou “*falta de certeza*”, sendo que certeza se encontra descrito como “*ausência de dúvida*” e antônimo de incerteza. Podemos referenciar que perante situações de incerteza associadas a situações de doença, surgem problemas e preocupações relacionadas com o desconforto, desconhecimento, dúvida e estado de ansiedade quanto ao estado de saúde da pessoa.

O Termo **incerteza** também está ligado à Física ao princípio da incerteza de Heisenberg, mas também vinculado à filosofia, mas no campo da saúde ela surge quando há problemas conseqüentes de doença, **situações de risco complexas ou imprevisíveis**.

Apesar de num serviço de urgência não se seguir um único modelo teórico, cada enfermeiro, mentalmente já adotou o seu “modelo” de modo a orientar a sua atividade profissional, uma vez que não existe teoria de enfermagem testada para o atendimento de clientes em situação de urgência. Consideramos que **a teoria da incerteza na doença de Merle Mishel** de 1988 e reconcetualizada em 1990 poderá ser a mais adequada perante o tipo de situações que ocorrem à urgência, pois os clientes em condições de urgência e emergência, em situação crítica ou de falência orgânica, estão em situação de risco agudas e imprevisíveis que terão necessidades de cuidados rápidos e complexos de enfermagem. Pelo que ao estar inicialmente perante uma incerteza na doença que pode ou não ser resolvida, esta pode ter um impacto negativo sobre a qualidade de vida, tornando-se parte da realidade do indivíduo.

Merle Mishel nasceu em Boston e formou-se em enfermagem, os seus estudos a respeito da incerteza na doença iniciaram-se com a sua tese de doutoramento. A teoria de Merle

Mishel foi desenvolvida para abordar a incerteza nas diferentes fases de diagnóstico e tratamento de uma doença ou de uma doença com evolução negativa. Segundo Mishel (2008, p.55) a **incerteza** é definida como “*a incapacidade de determinar o significado dos eventos relacionados com a doença*”, e ocorre quando “*o tomador de decisão não é capaz de atribuir valor ao evento*” ou prever com precisão os resultados, como é o caso das situações em que incide o nosso projeto. Assim, um cliente que é admitido no SUG, apresenta uma “queixa”/ sintomatologia, que provavelmente nos pode levar à suspeita de infeção, onde à partida se desconhece o foco infeccioso antes da observação, avaliação clínica, realização de exames e confirmação do diagnóstico. Ou seja, sempre que há suspeita, existe desconfiança, então é apenas uma suposição, logo a informação obtida não contém todo o conhecimento, pelo que não podemos dizer que estamos perante uma certeza, mas sim de uma suspeita. Desta forma, poderemos também afirmar que esta teoria encontra-se relacionada com o conceito epistemológico de Popper sobre a probabilidade, que quando aplicado a problemas envolve a suposição, incerteza e a previsão de acontecimentos.

Mishel (2008) revela ainda que o facto de a pessoa ter um diagnóstico, por si só, não minimiza a incerteza, pois segundo a autora, a pessoa necessita de obter conhecimento sobre o seu tratamento, significado da sua sintomatologia, recorrência de sintomas ou da própria doença e controle da dor. Para esta autora, as pessoas mais predispostas à incerteza são aquelas com diagnóstico de maior gravidade e aquelas que possuem menor grau de instrução académica, encontrando-se assim, menos motivadas para dar continuidade ao tratamento, possuindo menor qualidade de vida.

Podemos aqui interligar a primeira atividade do enfermeiro enquadrado no protocolo deste projeto, ou seja no primeiro passo de identificação e avaliação do cliente. O enfermeiro na triagem ao identificar sinais ou sintomas sugestivos de infeção, desconhece à partida qual o foco, estando perante uma incerteza, terá de avaliar os sinais de despiste ou passíveis critérios de inclusão numa provável VVS. Neste passo, deverá ser avaliado o nível risco clínico e classificar a gravidade da situação, atribuindo uma cor de prioridade no atendimento e a um tempo recomendado, assim podemos afirmar que esta intervenção de enfermagem tem relação direta com o conceito de probabilidade, pois perante a possibilidade do cliente ter uma infeção, o enfermeiro avaliará as prováveis situações de risco, efetuará o encaminhamento mais adequado para o seu atendimento, tendo sempre em

conta que as situações clínicas de maior risco devem ter um atendimento mais rápido, pela probabilidade de aumentar a sua gravidade clínica.

Recorrendo novamente ao modelo teórico de enfermagem desenvolvido por Mishel, englobam-se conceitos como: **Incerteza**, já descrita anteriormente e onde acrescentamos o **Esquema Cognitivo**, referente à interpretação da pessoa sobre os eventos relacionados com a doença. As ideias associadas a estes conceitos são, segundo Mishel (2008, p.55), *os Antecedentes de Incerteza*, ou seja dependem da forma como a pessoa percebe, da capacidade de processamento da informação que detém, da familiaridade dos eventos e dos recursos disponíveis para ajudarem a pessoa na sua interpretação; a *Avaliação da Incerteza*, como resultado é a valorização da incerteza como um risco ou oportunidade, onde inicialmente é vista como um estado neutro, até que a pessoa a submeta a um processo de avaliação. Para explicar este processo recorreremos aos dois fenómenos que a compõem, a inferência, que diz respeito às crenças que a pessoa tem no controlo dos acontecimentos da sua vida e à ilusão, que também diz respeito à crença, mas onde só são considerados os aspetos positivos da situação. Assim, na avaliação da incerteza podemos interpretar que ela acontece quando a pessoa sente ameaça ou risco se obtiver um resultado negativo, ou é vista como uma oportunidade fruto da ilusão, alimentada de esperanças; e *Lidar com a Incerteza*, onde se incluem o *perigo* de possibilidade de um resultado prejudicial, a *oportunidade* de possibilidade de um resultado positivo, o *coping* e a *adaptação* .

À teoria original foram associados outros conceitos que são a **Auto-organização**, na qual surgem novas perspetivas de vida onde a incerteza é aceite como um ritmo natural da vida e o **Pensamento probabilístico**, onde a crença e a expectativa de certezas e previsibilidades não existe (Mishel, 2008). Estes novos conceitos foram desenvolvidos mais tarde em 1990, nesta teoria reconceptualizada, propondo a influência de quatro fatores sobre a formação de uma nova perspetiva de vida, sendo eles: experiência de vida prévia, o estado fisiológico, os recursos sociais e os prestadores de cuidados de saúde, descrevendo e explicando assim as respostas humanas face às situações nas diversas fases da doença.

É fundamental que a pessoa perante a doença consiga identificar e superar os problemas. O apoio de familiares e dos profissionais de saúde pode exercer efeito direto sobre a incerteza, podemos minimizá-la com habilidades profissionais no estabelecimento de um

diagnóstico, no fornecimento das informações necessárias, no controlo dos sintomas e num tratamento adequado. Pelo que podemos assim afirmar, que uma das **intervenções de enfermagem** importantes é sem dúvida o **esclarecimento e o fornecimento de informação necessária** que ajude a pessoa a gerir a incerteza. Outra é a avaliação da capacidade cognitiva da pessoa, podendo esta, estar comprometida devido a febre, dor ou outro sinal suspeito de infeção, assim como a administração de fármacos que alterem o seu nível de consciência, causando a incerteza. Mishel (2008, p.72) refere que *“compreender as fontes de incerteza do doente, pode ajudar os enfermeiros a planear a forma de dar informação eficaz e pode contribuir em muito para ajudarem os doentes a controlar ou reduzir a sua incerteza”*.

Segundo Mishel (2008) a incerteza surge também devido à falta ou sobrecarga de informação, ou informações complexas ou existência de conflito de informações. A ambiguidade é a característica mais geral da incerteza, relacionada com a falta de habilidade para se realizar uma atividade planeada, um dos exemplos é a falta de informação sobre o estado de saúde, que impede de traçar planos, a curto ou a longo prazo. A falta de clareza é outro dos pressupostos, resultado de uma explicação incompleta ou inexistente sobre o diagnóstico ou situação, ou ainda a falta de compreensão da informação fornecida pelo profissional. A falta de informação como pressuposto da incerteza ocorre quando não há partilha de informação sobre a doença, um dos exemplos é quando há desconhecimento de um diagnóstico. A imprevisibilidade encontra-se relacionada com a falta de habilidade em fazer previsões no que se relaciona com a sintomatologia da doença, não se conseguindo estabelecer uma causa-efeito.

A atuação do enfermeiro nestes momentos é crucial, este deverá obter conhecimentos e desenvolver capacidades no sentido de fornecer as informações de suporte e usar abordagens apropriadas que reduzam o nível de incerteza, no sentido de transformar este processo de mudança e conduzi-lo para uma oportunidade, avaliando as dificuldades e riscos associados, assim como analisando as alternativas, orientando e apoiando a pessoa que vivencia este processo e seus familiares.

Por vezes são inúmeros os dilemas e incertezas dos profissionais de enfermagem sobre o que fazer com a informação, em que momento e que tipo de esclarecimento deve ser adotado. O processo do **consentimento informado** pressupõe o desenvolvimento de laços

relacionais, que facilitem o processo comunicacional no sentido de acompanhar, esclarecer e preconizar o respeito pela autonomia da Pessoa na sua tomada de decisão.

Uma das principais características do esclarecimento, segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa Online (2012) é a “*ação de esclarecer*”, é a “*explicação, clareza, elucidação*” ou seja é o fornecimento de informação sobre as vantagens, os inconvenientes ou riscos das intervenções ou tratamentos, para que a pessoa permaneça isenta de dúvidas e decida autonomamente de forma livre e esclarecida.

O consentimento deriva da palavra consentir e é, segundo o mesmo dicionário (2012), o “*ato de consentir ou a manifestação de autorizar*”, ou seja o consentimento esclarecido ou informado pode ser considerado um acordo, aprovação ou aceitação das soluções ou intervenções propostas, através de uma decisão autónoma, como resultado da reflexão após obtenção de conhecimento.

O enunciado de posição da OE (2007, p.1) sobre **consentimento informado para as intervenções de enfermagem** decorre do “*respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa*”, estando intimamente ligado à “*autodeterminação e liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal*”. Encontra-se referido ainda que a proteção da Pessoa é um compromisso profissional, pelo que as intervenções de enfermagem “*são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*”, baseadas no princípio do respeito pelos direitos humanos.

As exigências da prática nunca deverão separar-se da **ética** nem dos **códigos deontológicos** da profissão, ou seja por um lado o dever de informar (código deontológico), por outro a noção do conceito de Pessoa e o direito à informação. De acordo com o estatuto da OE, (2009, p.75) o enfermeiro assume o dever de: “*Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem*”; “*Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado*”, “*Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem*” e “*Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter*”. É, de salientar que em situações de urgência, a exceção ao cumprimento do consentimento encontra-se salvaguardada no código deontológico e penal.

Em síntese, o enfermeiro neste processo tem de obter conhecimentos e possuir “habilidades”, constituindo-se como um recurso, gerindo adequadamente a informação e a comunicação, facilitando positivamente o processo de adaptação, controlando a incerteza através de uma nova visão da doença.

2.1 – Conceitos da prática profissional

Ao longo dos anos, o desenvolvimento e interesse pelo **exercício da enfermagem** conduziu a uma construção e clarificação de um enquadramento concetual para a prática profissional, com a identificação de conceitos e enunciados descritivos, que os enfermeiros utilizam e promovem na sua *práxis*, visando a qualidade do exercício profissional, exigindo a reflexão sobre a prática em benefício da saúde da população.

O objeto da intervenção do enfermeiro é a **Pessoa**, esta segundo a OE (2001, p.6) é “ *um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e desejos individuais, o que torna a pessoa um ser único com dignidade própria e direito a auto determinar-se*”.

O foco de atenção do enfermeiro no exercício da sua profissão é o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida, baseada na inter-relação pessoal (OE, 2003). Assim, esta relação caracteriza-se pela parceria estabelecida entre o cuidador e a pessoa cuidada. Este tipo de relação, segundo a OE (2001, p.8) “...*fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem como objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde*”.

A saúde, de acordo com a OE (2001), é um bem adquirido através do equilíbrio que se estabelece entre a Pessoa e o ambiente, através do controle do sofrimento, do bem-estar físico e no conforto, emocional, espiritual e cultural.

O ambiente é constituído por vários elementos que condicionam e influenciam os estilos de vida, ou seja “*os comportamentos da Pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela se envolve*” (OE, 2001, p.6), e repercutem-se no conceito de saúde, no qual os enfermeiros devem focalizar as suas intervenções tendo em conta esta interdependência (pessoa/ambiente) nos cuidados de enfermagem prestados.

O exercício da enfermagem em Portugal inicia-se no final do século XIX, desde então que as competências exigidas aos enfermeiros têm sofrido modificações ao nível académico e profissional, atribuindo assim maior relevância aos cuidados de enfermagem. De acordo com a própria evolução da sociedade, surgiu a necessidade de **regulamentação e controlo do exercício profissional** e a criação de uma associação representativa da classe denominada **Ordem dos Enfermeiros (OE)**. Na sua atividade o Conselho de Enfermagem da OE definiu **padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem** que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da profissão e publicou as **competências do enfermeiro de cuidados gerais** ancorando a sua prática em estratégias que devem ser aplicadas e desenvolvidas nos diferentes domínios de intervenção, referindo ainda que estas devem utilizar a metodologia da resolução de problemas (OE, 2010).

Abreu (2008, p.31) faz referência a várias teóricas no que respeita às **intervenções de enfermagem** definindo-as como o suporte de todo o processo, mencionando que têm como principal objetivo *“capacitar as pessoas para o meio, melhor poder agir sobre elas”*, conforme Nightingale já referenciava, *“ajudar as pessoas a atingir os seus próprios objetivos”* de acordo com Newman, e cita Orem quando menciona o objetivo relacionado com a promoção do auto-cuidado, assim como referencia King no âmbito da promoção *do “melhor estado de saúde possível”*. Distinguem-se dois tipos de **intervenções de enfermagem** no exercício profissional dos enfermeiros: as interdependentes e as autónomas, estas implicam uma abordagem sistémica e sistemática para a tomada de decisão, com o objetivo de detetar precocemente potenciais problemas, resolver ou minimizar os já existentes (OE, 2001).

Os enfermeiros assim, no seu quotidiano, fundamentam o seu cuidar nos padrões da qualidade preconizados pela OE, estes são uma referência nos diferentes níveis de intervenção, são as linhas orientadoras que apelam a uma prática reflexiva e ao desenvolvimento de processos eficazes. Para que os enfermeiros avaliem e intervenham no processo em que a pessoa e família estão sujeitos ao longo do seu contínuo de vida, é necessário que estes mobilizem os conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, tal como refere Nightingale citado por Abreu (2008, p.25) *“Ao experienciar novos conhecimentos ou vivenciar novas situações, existe um potencial de desajustamento, cabendo à enfermagem, promover o ajustamento ou adaptação à nova situação ou estado”*.

Os cuidados de enfermagem visam assim “...prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência...” (OE, 2001, p.8).

Os enfermeiros, tal como outros profissionais, necessitam de se adaptar às mudanças que ocorrem a vários níveis e afirmarem-se com um campo de intervenção próprio. Vieira (2007, p.129) refere que o cuidado de enfermagem “...deve estar atento às actuais necessidades de saúde, dos indivíduos, famílias e comunidades, em ambientes complexos em constante mudança e interação”, respondendo assim, melhor e eficazmente às necessidades atuais de cuidados de saúde da população, como é esta problemática da sépsis.

A Enfermagem tem vindo a sofrer uma evolução significativa ao nível do conhecimento científico e da formação. Os desafios que se colocam aos enfermeiros, exigem hoje uma abordagem cada vez mais diferenciada para contornar os obstáculos, superar as dificuldades e resolver as situações de maior complexidade. O aumento da complexidade das situações profissionais exige abordagens multi- interdisciplinares e sistémicas, o que implica “a emergência da competência coletiva resultante da qualidade da cooperação entre as competências individuais” (OE, 2004, p.4). Ou seja, para a resolução de problemas de maior complexidade há necessidade de desenvolvimento de competências e de trabalho em equipa com todos os profissionais.

No sentido de acompanhar estas mudanças e garantir a qualidade dos cuidados, emergiram revisões no Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem (REPE), assim como a necessidade de definir o nível de qualificação profissional, através da promoção e valorização profissional e científica e desenvolvimento da formação e investigação, surge o **Modelo de Desenvolvimento Profissional** (MDP) para dar resposta aos novos desafios de certificação de competências e de individualização de especialidades em enfermagem.

Na adequação do enquadramento concetual existente aos **padrões de qualidade preconizados para os cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica**, a OE (2011) acresce conceitos como pessoa em situação crítica, situação de catástrofe ou emergência multi-vítima, prevenção e controlo de infeção associado à pessoa em situação crítica e cuidados de enfermagem especializados à pessoa

em situação crítica, tendo sido **redefinidos enunciados descritivos e clarificados os descritores de qualidade**, pelo que no enquadramento deste projeto, consideramos pertinente explorá-los de seguida:

A Pessoa em situação de doença crítica é segundo a OE (2011, p.3) *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*.

A catástrofe é definida de acordo com o artigo nº3 da Lei de bases da Proteção Civil nº 27/2006, de 3 de julho, como *“um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional (OE, 2011, p.3)*. **A emergência multi-vítima** é a situação resultante das agressões sofridas, envolvendo um elevado número de vítimas, com a perda de saúde, brusca e violenta, por vezes afetando órgãos vitais que se não forem imediatamente assistidas, põem em grave risco as suas vidas. Estas situações exigem procedimentos fora do normal funcionamento do serviço, com o propósito de salvar o maior número de vítimas fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis (OE, 2011).

No que se relaciona à infeção adquirida em consequência dos procedimentos ou cuidados de saúde prestados a **prevenção e controlo da infeção associado aos cuidados à pessoa em situação crítica** assume maior relevância. Segundo a OE (2011, p.3) *“à medida que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, que aumentam a esperança de vida, o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, também aumenta o risco de infeção”*.

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são segundo a OE (2011, p.4) *“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”*.

A implementação de cuidados especializados de qualidade assume-se como uma mais-valia, atendendo ao crescimento e diversidade das problemáticas que a pessoa em situação

crítica ou em falência orgânica vivencia e que requerem uma avaliação e monitorização diferenciada face à complexidade da situação.

Na redefinição dos enunciados descritivos dos **padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados** na área da especialização em enfermagem **em pessoa em situação crítica**, a OE (2011) regula e identifica sete categorias para servirem de referencial para a prática especializada do enfermeiro especialista na área: satisfação do cliente, promoção da saúde e prevenção de complicações, bem-estar e auto-cuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, explicando a sua natureza, no sentido de precisar **o papel do enfermeiro especialista** e a obtenção dos melhores resultados.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista **procura** os mais **elevados níveis de satisfação do cliente**, tendo em vista minimizar o impacto negativo na pessoa em situação crítica, através de uma intervenção precisa, eficiente, em tempo útil, eficaz e de forma holística e com uma boa gestão da comunicação e implementação de técnicas facilitadoras da relação terapêutica (OE, 2011).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista **promove a saúde da pessoa** a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, através da promoção do potencial de saúde da pessoa, do fornecimento da informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades e da avaliação de ganhos em conhecimentos e capacidades da pessoa que vivenciou processos complexos decorrentes da sua situação crítica (OE, 2011).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista **previne complicações para a saúde da pessoa** a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. Identificando rapidamente os potenciais problemas, implementando com rigor, referenciando, supervisionando, gerindo e avaliando as intervenções de alta complexidade, que contribuem para preveni-los, minimizá-los ou resolvê-los (OE, 2011).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista maximiza **o bem-estar e o auto-cuidado dos clientes** e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente. A rápida identificação dos

problemas e o rigor técnico/científico na implementação de intervenções especializadas, a referenciação para outros profissionais, a supervisão e a responsabilização na tomada de decisão, são elementos importantes face ao bem-estar e auto cuidado da pessoa em situação crítica. Para a pessoa que vivencia um processo complexo, a gestão diferenciada e eficaz da dor, com implementação de medidas não farmacológicas e farmacológicas é fundamental para o seu alívio, assim como a gestão da relação terapêutica e do impacto emocional perante a pessoa/família, sendo necessário a utilização de habilidades facilitadoras na relação de ajuda (OE, 2011).

No que se refere à **readaptação funcional**, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde. A continuidade de cuidados especializados, o planeamento da alta, a optimização dos diferentes recursos disponíveis de acordo com as necessidades do cliente, os ensinamentos, a instrução e o treino da pessoa/família em situação crítica, são fundamentais para a sua readaptação funcional (OE, 2011).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na **organização dos cuidados de enfermagem especializados**. A existência de um quadro referencial e um sistema de melhoria contínua da qualidade para o exercício especializado da profissão, torna-se um elemento importante face à organização dos cuidados. A dotação de enfermeiros especialistas face às necessidades de cuidados especializados e a existência de uma política de formação contínua promotora de desenvolvimento e qualidade da intervenção de enfermagem especializada é fundamental na organização e satisfação da qualidade do exercício profissional especializado. São exemplos de organização de cuidados os métodos de triagem de um atendimento do cliente por prioridade clínica, a revisão de guias de boas práticas, a elaboração de planos de resposta eficaz e eficiente perante pessoas em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima (OE, 2011).

No que respeita à representação universal, a **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** (CIPE) constituiu um avanço na nomenclatura, ordenação e descrição das intervenções de enfermagem, criando uma ferramenta de registo baseada em linguagem comum, que segundo o ICN (2009), tinha em vista a produção de determinados resultados, permitindo ganhos na qualidade dos cuidados prestados. Para Abreu (2008, p.34),

“identificar os focos de atenção, formular diagnósticos ou definir intervenções adequadas, só é possível se os enfermeiros explorarem a realidade cultural da pessoa, para assim entenderem as transições e os processos vivenciados”.

No que se refere à **prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados**, na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção. Sendo essencial a participação na elaboração de planos estratégicos e preventivos no controlo de infeção associado aos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica, liderando e capacitando as equipas no que respeita à definição, estabelecimento de circuitos e procedimentos na área da prevenção e controlo da infeção (OE,2011).

Os cuidados especializados de enfermagem exigem colaboração e respeito mútuo pelos valores pessoais e profissionais entre cliente e enfermeiro. Ambos devem cumprir as suas **responsabilidades no projeto de saúde que participam ou vivenciam**. As intervenções de enfermagem especializada devem corresponder às necessidades identificadas e satisfação do cliente. O cliente deve conhecer os seus **direitos e deveres** pois assim potencia a sua capacidade de intervenção, formando assim uma **parceria na promoção e garantia da qualidade dos cuidados prestados**.

Sempre existiu preocupação com o bem-estar da Pessoa associada à qualidade dos cuidados de saúde prestados, tendo o seu conceito evoluído ao longo do tempo, associado ao progresso político, económico e cultural. A Pessoa ao deparar-se com um problema de saúde, procura os cuidados de saúde com objetivo de resolução do seu problema tendo em conta a melhor qualidade de vida possível.

Atualmente o conceito de qualidade passou a ser compreendida como parte da gestão e como elemento essencial para a sobrevivência das organizações que são altamente competitivas (Rolo, 2008). Cada vez mais as instituições estão empenhadas em avaliar a satisfação dos clientes, promovendo desta forma uma responsabilização individual pela gestão do seu projeto de saúde e valorização da conceção na qualidade dos cuidados prestados.

O direito à proteção da saúde é conferido através do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Os Serviços de Urgência fazem parte desta rede de prestação de cuidados, onde o recurso a este tipo de serviço tem aumentado significativamente ao longo dos anos, para combater esta problemática, que desde 2006 se tem vindo a requalificar as urgências hospitalares, encontramos-nos atualmente a aguardar nova reforma. Ao longo deste tempo pretendeu-se, com as medidas implementadas, normalizar a afluência, evitando o uso inapropriado, concentrar recursos, promovendo assim a qualidade destes serviços.

O conceito de qualidade em saúde segundo o DQS (2012) é um processo contínuo de atividades planeadas, baseado no estabelecimento de metas específicas e na revisão de desempenhos, que segundo Mezomo (2001, p.66) depende do (...) *grau de adequação dos serviços prestados (testes, diagnósticos e tratamentos baseados em conhecimento atualizado em relação à eficácia)*, das (...) *reais necessidades do doente*, e do (...), *nível de satisfação do doente (...)*.

Mezomo (2001) refere que durante muitos anos, os cuidados de saúde eram dominados pelas atividades médicas, onde se estabeleciam relações desiguais entre os médicos e clientes, pelo que a qualidade só era avaliada pelos primeiros pois só estes é que detinham o conhecimento. Ao longo do tempo estas concepções foram mudando, abrindo espaço para outros profissionais e para a relação com os clientes, tendo em conta os aspetos técnicos e comunicacionais, psicológicos, éticos e sociais.

Atualmente os profissionais de enfermagem são os principais protagonistas na produção de cuidados de saúde no SUG, uma vez que são os primeiros e últimos profissionais a terem contacto com os clientes e durante a sua permanência, são aqueles que estabelecem maiores contatos e prestam mais cuidados. Segundo a OE (2004), estes cuidados são prestados tendo em conta a sua complexidade, especificidade e diversidade, dependentes do contexto e influenciados pelas novas dinâmicas, onde os enfermeiros frequentemente se deparam com novas exigências e dificuldades, pelo que a qualidade dos cuidados prestados só é atingida se existir equilíbrio entre as perceções dos intervenientes e se as expectativas de ambos corresponderam a uma avaliação satisfatória. Para que os profissionais se demonstrem empenhados em prestar cuidados de enfermagem de qualidade, é necessário fomentar um trabalho mais sistemático de ligação entre os padrões de qualidade

estabelecidos, as necessidades formativas, as práticas de desempenho e a reflexão sobre os seus contributos para uma melhoria (OE, 2004).

O Ministério da Saúde (MS) no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 contempla e valoriza a importância de uma boa política de recursos humanos de forma a garantir a resposta necessária, que vá ao encontro das expectativas dos clientes e dos profissionais. O conceito de garantia de qualidade em saúde no PNS 2004-2010 refere-se à elaboração de estratégias tanto para a avaliação e monitorização da qualidade como para a implementação de normas e orientações de boas práticas através de programas locais ou nacionais, onde se encontra enquadrado o nosso serviço e o projeto em que incidimos – **Implementação da Via Verde Sepsis no SUG.**

3 – REFERENCIAL TEÓRICO - SÉPSIS

No sentido da obtenção de um conhecimento aprofundado, desenvolvimento e mobilização de competências especializadas para o julgamento clínico e a tomada de decisão sustentada numa prática baseada na evidência, torna-se necessário a **exploração do estado da arte sobre a temática** em estudo - **Sépsis.**

A decisão de escolha em abordar a problemática da sépsis foi por ser uma temática ainda pouco abordada e divulgada a nível nacional, pela evidência da sua crescente incidência e gravidade, possuindo elevadas taxas de morbi-mortalidade, com internamentos prolongados de clientes que acarretam elevados custos.

Como começar a descrever esta síndrome complexa, difícil de definir, diagnosticar e tratar? – **Sépsis**, palavra de origem grega - *Σήψις, septikós*, que segundo Dicionário Priberam da Língua Portuguesa *On-Line* (2012) significa “*o que causa putrefação*”, está associado ao conceito de infeção, processo que deteriora o organismo provocado pela invasão de microrganismos nocivos, como as bactérias. Para explorar este significado, procedemos à consulta de algumas definições sobre sépsis, e constatámos que não há apenas uma definição clínica clara e única, pois durante muito tempo, diferentes autores usaram diferentes termos para designar sépsis. Nas mais recentes que consultamos, referem

que esta pode ser entendida como uma resposta sistêmica do organismo aos microrganismos, dependendo-se que sépsis grave é aquela que é acompanhada por disfunção ou falência de órgão.

Desde há muito que se tentava chegar a consenso na sua definição, através da diferenciação e classificação, surgindo definições como SIRS, Sépsis, Sépsis Grave e Choque séptico. Estas definições surgiram após uma *Conferência de Consenso em 1991* do **American College of Chest Physicians (ACCP)** e a **Society of Critical Care Medicine (SCCM)**. Roger Bone em 1992, no sentido de divulgar que a mortalidade é diferente e o tratamento precoce é determinante no prognóstico, publica as seguintes definições classificativas (QUADRO 1), que são hoje usadas internacionalmente, como sendo um processo evolutivo: SIRS; Sépsis; Sépsis Grave e Choque séptico.

QUADRO 1 - CRITÉRIOS DE SIRS E DE SÉPSIS (ACCP/SCCM)

<p>Síndrome da Resposta Inflamatória Sistémica - SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome)</p>	<p>- Um conjunto de manifestações sistémicas que traduzem a resposta do organismo à inflamação, com a presença de pelo menos dois dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura corporal > 38 °C ou < 36 °C; • FC > 90 bpm; • Hiperventilação com FR > 20 cpm ou PaCO₂ < 32 mmHg; • Leucócitos séricos > 12 000 células µL.
<p>Sépsis</p>	<p>- A associação de pelo menos 2 critérios de SIRS provocado por infeção;</p>
<p>Sépsis grave</p>	<p>- A sépsis com disfunção de órgãos, com sinais de hipoperfusão ou hipotensão;</p>
<p>Choque séptico</p>	<p>- A sépsis grave, associada a hipotensão (PAs < 90 mmHg ou redução de 40mmHg do valor de base), que persiste mesmo depois da reposição da volémia adequada (“fluid change”).</p>

Fonte: Adaptado do BONE, et al. (1992) - *Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis: The ACCP/SCCM Consensus Conference, 1991.*

Estas definições classificativas facilitaram os estudos posteriores, uma vez que tal como demonstra a figura (FIG.1), são de fácil compreensão no preenchimento dos respetivos critérios e realça a sua progressão no diagnóstico.

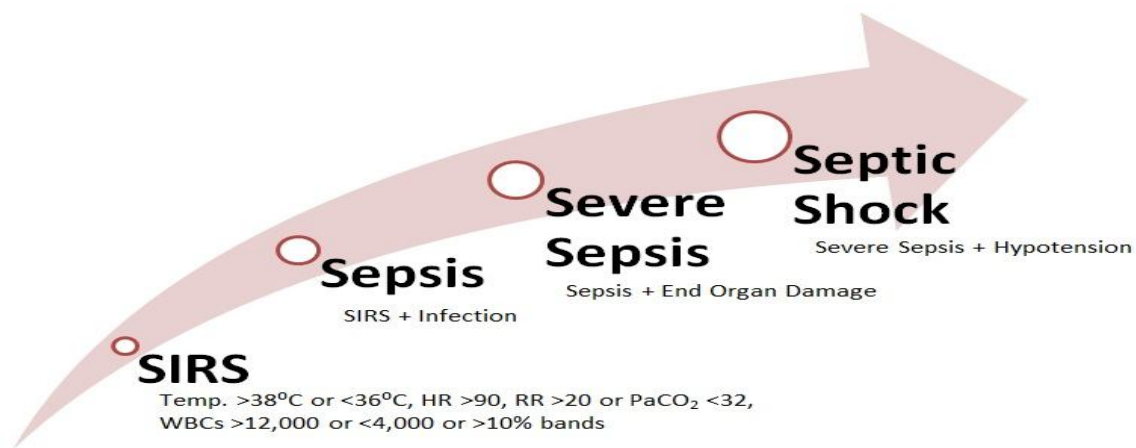


FIGURA 1 - CRITÉRIOS DE SIRS E SÉPSIS

Fonte: BONE, et al, (1992)- *Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis: The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee.*

Após a sua divulgação, estas classificações foram alvo de controvérsia, pois surgiram insatisfações de alguns autores, considerando que estas manifestações também poderão surgir em clientes que não tenham sépsis.

No sentido de rever e atualizar as definições elaboradas na Conferência de Consenso de 1991, dez anos depois, as sociedades que a tinham promovido voltaram-se a reunir e em 2001, associaram-se a outras entidades, criando a *International Sepsis Definitions Conference* (ISDC), tendo reconhecido que os critérios anteriores eram limitadores e pouco específicos, propondo uma lista de critérios mais amplos, com manifestações mais frequentes e precoces na instalação dos quadros de sépsis, apenas no que se relaciona à definição de SIRS, mantendo as restantes definições da classificação anterior (Levy et al., 2002).

Neste contexto, propuseram uma lista de manifestações habituais na resposta à inflamação, selecionando algumas variáveis para os **Crítérios de SIRS**, de acordo com o quadro seguinte

QUADRO 2 - VARIÁVEIS PARA CRITÉRIOS DE SIRS (ISDC, 2001)

Variáveis Inespecíficas Febre > 38 °C; Hipotermia < 36 °C; FC > 90 bpm; Taquipneia com FR > 20 cpm; Edemas significativos; Hiperglicemia > 120 mg/dl (na ausência de diabetes).
Variáveis Inflamatórias Leucocitose > 12 000 µL; Leucopenia > 4000 µL; > de 10% de leucócitos imaturos; Elevação da proteína C reativa > 2 valores acima do valor normal; Elevação da procalcitonina plasmática >2 valores acima do normal.
Variáveis Hemodinâmicas Hipotensão arterial sistêmica com PAs < 90 mmHg ou queda superior a 40 mmHg; Saturação venosa de O ₂ < 70 %; Índice cardíaco elevado > 3,5 L/min
Manifestações atribuídas à disfunção de órgãos Alterações do estado de consciência; Hipóxia arterial com PO ₂ /fiO ₂ < 300; Oligúria aguda com débito urinário < 0,5 ml/kg/h; Aumento da creatinina superior a 0,5 mg/dl; Alterações da coagulação com INR > 1,5 e prolongamento do APTT > 60 seg.; Trombocitopenia < 100 000 µL; Ausência de sons intestinais (íleo); Hiperbilirrubinemia > 4 mg/dl.
Indicadores de perturbação da perfusão tecidual Hiperlactidemia > 1 mmol/L; Atraso no preenchimento capilar e/ou pele marmoreada.

Fonte: Adaptado do do ACCP/SCCM (ISDC, 2001)

Relembramos que no documento de revisão de 2001, refere que diagnóstico de sépsis estabelece-se quando há cruzamento destes critérios com a suspeita de infecção salientando que no texto consultado, encontrava-se relatado que nenhum destes critérios tem prioridade sobre o outro.

Pizzolatti (2004) no seu estudo de avaliação de conhecimentos, detetou através da aplicação de questionários, que 54,8% dos inquiridos (n=25) demonstraram obter conhecimento adequado, mas salienta que é primordial que todos profissionais obtenham conhecimento dos critérios de definição de sepsis pois só assim é que seria possível efetuar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, influenciando positivamente no prognóstico do cliente.

Em 2002, a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva realizou um inquérito a médicos, avaliando a sua satisfação com as definições mais atuais da sépsis e opções de tratamento, e os resultados obtidos foram os seguintes: 86% referiram que os sintomas da sépsis poderiam ser facilmente atribuído a outras condições; 89% referiram inquietação/desejo

por um maior avanço no tratamento da sepsis; 81% referiram que uma definição comum de sépsis, seria um passo significativo em direção a um melhor tratamento (SSC, 2008).

Martin (2007) após a divulgação das anteriores definições revela que houve estudos efetuados que demonstraram em clientes de alto risco internados, foram encontrados em cerca de 44%, 2 critérios de SIRS e 3 critérios em cerca de 68%, onde apenas 50% destes casos é que tinham documentado parâmetros de infecção. Refere ainda que os critérios de SIRS são comuns em clientes no pós-operatório e trauma, revelando ainda que estudos efetuados em UCI's demonstraram que entre 10% e 43% dos clientes com sépsis não apresentavam os critérios de SIRS, anteriormente definidos. Depreende-se assim que este autor também constatou que os critérios de SIRS ainda não são os mais específicos e universais para o diagnóstico de sépsis.

Tal como se demonstra na figura (FIG.2), os critérios de SIRS podem estar presentes ou associados a outro tipo de patologia, relacionados ou não com infecção.

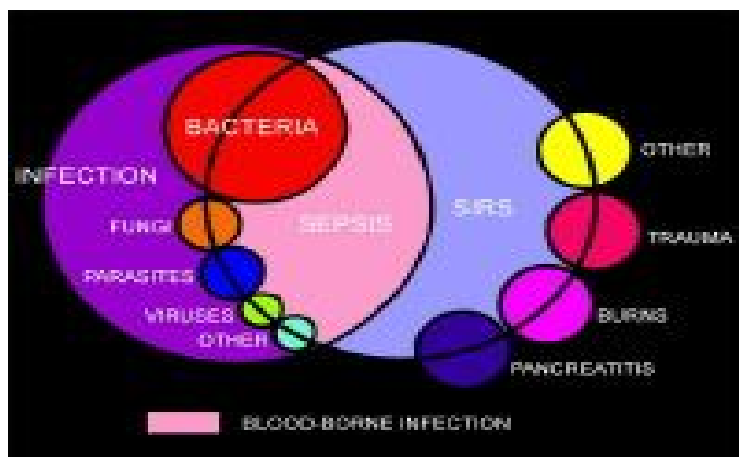


FIGURA 2 – REPRESENTAÇÃO DA RELAÇÃO INFEÇÃO, SIRS E SÉPSIS

Cardoso, *et al.* (2009, p.410) são alguns dos autores que descrevem Sépsis como a resposta sistémica do organismo à infecção, acrescentando que esta se pode manifestar por “*sinais e sintomas como a febre ou hipotermia, aumento da frequência cardíaca e respiratória, hipotensão, hiperglicemia e edema*”. Mas tal como já foi referido, também existem autores que referenciam nos seus estudos que estes sinais e sintomas podem ser facilmente atribuídos a outras condições. Na revisão efetuada, muitos autores referem que o tipo de

resposta do organismo depende, em parte, das características inatas do sistema imunológico de cada pessoa, logo o prognóstico depende, da capacidade do organismo manter/ recuperar o equilíbrio da resposta inflamatória e anti-inflamatória.

Sendo assim, com a evolução do conhecimento e as constantes mudanças, reconhecemos na problemática da sépsis, a falta de uma definição mais sensível, comum ou universal, podendo esta condição ser identificada como um potencial fator do atraso ou falha do seu diagnóstico e tratamento.

Depreendemos que a fisiopatologia da sépsis é um processo complexo e heterogêneo, que envolve o sistema imunitário da pessoa com infecção. Constatamos ainda que, a pessoa que vivencia este tipo de situação crítica, corre elevado risco e requer atenção imediata da situação clínica, uma vez que gerada a cascata imunológica e inflamatória leva progressivamente à disfunção celular, tecidual e orgânica. Pelo que, no sentido de evitar uma deterioração rápida e a evolução para uma falência orgânica, é necessário uma rápida identificação e um rápido diagnóstico, sendo este um passo vital para uma intervenção precoce e o sucesso do seu tratamento.

Cardoso (2010) refere que a tríade constituída por febre, taquicardia e hiperventilação é a mais comum, sendo de fácil suspeita e identificação na triagem. Este autor, através de um estudo efetuado comprova que uma abordagem eficaz na primeira hora de atendimento do cliente reduz a morbidade e mortalidade.

O diagnóstico diferencial de sépsis já inclui inúmeras patologias. Quando existe compromisso cardiovascular com sinais de má perfusão podemos estar perante o choque séptico, ou seja em fase avançada de disfunção orgânica que pressupões um pior prognóstico, salientando que a hipotensão é um sinal tardio, mas que confirma o diagnóstico.

Martin (2007) veio reforçar a importância das definições e das adições que podem ser consideradas para melhor caracterizar ou estratificar os clientes com sepsis, incluindo os estudos com os biomarcadores e as variáveis clínicas e as específicas de infecção. Esta abordagem gerou novos conceitos para grupos de risco diferentes, à semelhança do que se realiza na área de oncologia no diagnóstico e tratamento da neoplasia, caracterizando-se o tipo de tumor, o seu estadio e as intervenções terapêuticas adequadas.

Assim, no âmbito da SSC (2008), os peritos preocupados com a limitada especificidade de critérios, propuseram um novo conceito que para além de classificar, estratificar a sua gravidade, avaliava o seu prognóstico e orientava as intervenções terapêuticas, baseado no acrónimo PIRO, descrito no quadro seguinte (QUADRO 3), mas que segundo os autores e os estudos recentes consultados ainda não há muita evidência da sua aplicação na prática atual.

QUADRO 3 - CONCEITO DE PIRO (SSC, 2008)

P – Predisposição
I – Infecção; Lesão, Isquémia
R – Resposta sistémica
O – Disfunção Orgânica

Fonte: <http://www.survivingsepsis.org>

Em relação à alteração progressiva da função/órgão/sistema que estava associada ao conceito de falência orgânica, este conceito também já foi abandonado e substituído por disfunção múltipla de órgãos que apresenta um carácter reversivo. Para clarificar este conceito os peritos da ACCP/SCCM adotaram as classificações **MODS** = *Multiple Organ Dysfunction Syndrome* e **SOFA** = *Sequential Organ Failure Assessment*, permitindo assim através de pontuações determinar o tipo e o grau de disfunção, sendo útil para estratificar a gravidade da doença e a monitorização da sua evolução (SSC, 2008).

No que se relaciona à **evolução do conhecimento da Sépsis em Portugal**, gostaríamos de relatar que em 1997, foi criado o **Projeto Europeu de Sépsis**, desde então em Portugal tem-se vindo a fazer estudos, visando o desenvolvimento de um modelo específico, aplicável aos doentes já admitidos com sépsis e aos doentes que desenvolveram sépsis durante o internamento em UCI's. Moreno, *et al.*, (1999) descreveu que na altura foram analisados todos os doentes adultos admitidos em 29 UCI's da Europa, incluindo três Portuguesas, durante um determinado período de tempo e realça como conclusão desse estudo, o facto de o nosso país ser um dos que tem maiores taxas de infeção à admissão, comparando com os da restante Europa. Este estudo, efetuado há mais de uma década, já referia que a presença de infeção teve um impacto marcado na mortalidade e no uso de recursos, com aumento significativo na utilização de intervenções terapêuticas específicas. Podemos referir que também em Portugal, há mais de uma década, que se tentou

demonstrar que a sépsis constitui uma das maiores causas de mortalidade hospitalar, com elevados custos. No estudo efetuado pelos autores supracitados, encontra-se ainda descrito que a sua crescente prevalência e o aparecimento de novas etiologias, têm sido relacionadas com mudanças nas características demográficas das populações e no uso cada vez mais frequente de terapêutica imunossupressora e de procedimentos. Tal como já referia Moreno, *et al.*, (1999, p.2), “*existem doentes cada vez mais idosos e com mais patologia associada e sujeitos a terapêuticas mais agressivas, que não tem sido acompanhada pelo aparecimento de novas abordagens terapêuticas invasivas*”.

Tendo em conta que a resposta do organismo é muito mais complicada do que se julgou, consideramos assim que a ocorrência do conceito de disfunção de órgãos é o principal indicador de gravidade da doença, influenciando o seu prognóstico.

Tal como já foi referido anteriormente, o conhecimento científico sobre a sépsis continuou em evolução, e os avanços da fisiopatologia, obrigaram à revisão das definições, e na necessidade de encontrar critérios de diagnóstico e de estratificação, pelo que em 2004, emergiu a campanha mundial com a designação de **Surviving Sepsis Campaign** (SSC), que reconhece que a mortalidade associada à sépsis é inaceitável e que podiam ser feitas melhorias no que respeita aos conhecimentos das intervenções e opções terapêuticas.

Ao serem divulgadas que as taxas de mortalidade por sépsis grave são a uma escala semelhante à morte por neoplasia da mama, pulmão e cólon, com cerca de 30% de mortes no primeiro mês de diagnóstico aumentando para 50% dentro dos 6 meses, e que a sua incidência estaria a aumentar ao contrário da mortalidade por EAM, pretendeu-se aumentar a consciencialização, compreensão e conhecimento sobre esta problemática e envolver profissionais de saúde, investigadores, patrocinadores e financiadores da investigação, clientes e famílias, instituições de saúde e seus responsáveis, com a estratégia de salvar vidas ameaçadas pela sépsis, com vista à implementação das seguintes recomendações:

- A precocidade da intervenção terapêutica;
- O suporte eficaz e precoce das funções vitais;
- O controlo rápido e eficiente do foco infeccioso.

Martin (2007) no estudo que efetuou anunciou que a mortalidade associada à sépsis era cerca de 20%. Nos clientes que desenvolveram disfunção de órgãos a probabilidade de mortalidade era de 40%, e de 60% nos que desenvolveram choque séptico.

Apesar da evolução científica do conhecimento da sépsis, concluímos que o melhor tratamento para a sépsis é, tal como para qualquer doença, a **prevenção**.

Em Portugal, há mais de uma década, Moreno, *et al.*, (1999) referia que esta prevenção é na maioria das vezes impossível, pela inexistência de definições consensuais para o seu diagnóstico e de métodos prognósticos apropriados para a sua estratificação.

Friedman (1998), num estudo efetuado na Bélgica, também tinha referido que a prevenção encontrava-se ainda mais dificultada, pelos próprios agentes microbiológicos responsáveis pelo quadro clínico de sépsis que tinham vindo a mudar, o que originou infeções a bactérias gram-positivas mais graves e uma frequência cada vez mais crescente das infeções mistas.

Póvoa (2010) descreve que já referia há 10 anos atrás, que o isolamento de agentes bacteriológicos faz o diagnóstico de sépsis, mas alertava para o facto de muitas das vezes não se conseguir obter culturas positivas apesar de ser óbvio que a pessoa se encontrava infetada. Na altura este autor propunha a descoberta de um biomarcador mais preciso que desse a indicação se o cliente está infetado para se fazer um diagnóstico mais seguro.

Atualmente este autor (Póvoa, 2010) ainda refere que o diagnóstico de infeção nem sempre é fácil e mesmo após suspeita clínica este é por vezes demorado, pelo que efetuou um estudo com os biomarcadores laboratoriais disponíveis e mais usados no diagnóstico de infeção, concluindo que o marcador ideal da sépsis ainda não existe, mas salienta que os biomarcadores de infeção como a procalcitonina (PCT) e a proteína c-reativa (PC-R) demonstram rapidamente que podem ser úteis, pois em conjunto com a avaliação clínica fornecem informação adicional para o diagnóstico mais preciso de infeção. Podemos comparar a necessidade da existência de um marcador ideal para a realização do diagnóstico de sépsis com o “*ECG para o EAM*” ou o “*TAC para o AVC*”,. Este autor relata ainda que tratar uma situação em que não esteja presente a infeção com antibiótico, para além de ser ineficaz, atrasa a abordagem correta, assim como não tratar uma infeção atempadamente com antibiótico agrava o prognóstico.

Foi também através destes estudos, que na altura se constatou que a identificação dos agentes patogénicos é relativamente baixa e que o tratamento teria de envolver uma variedade de intervenções terapêuticas, ou seja para além de serem sempre realizadas culturas de produtos biológicos, com o objetivo de eliminar a infeção, deveria ser instituída a adequada e rápida prescrição e administração de antibioterapia, sendo também esta intervenção pedra fundamental para o seu sucesso.

Nos cuidados aos clientes com sépsis, atualmente, a terapêutica antimicrobiana é considerada pedra fulcral nas suas duas vertentes: tempo e adequação. Martin (2007), descreve que o risco de mortalidade por choque séptico aumenta de 5% a 10% por cada hora de atraso de administração de antibioterapia. Kumar (2006) citado por Shorr (2007) demonstra que cada hora de atraso na administração de antimicrobiano diminui em 7,6% a sobrevivência de clientes com sépsis grave. Martin (2007) refere ainda que mais importante do que o início de administração é assegurar que o antibiótico escolhido é o adequado ao tipo de infeção. Assim podemos concluir que, tanto o tempo como a adequação de antibiótico são fatores contributivos para o sucesso do tratamento e para a sobrevivência dos clientes com sépsis. Os antibióticos segundo a orientação da DGS (2011, p.5) *“representam um dos maiores avanços na história da medicina”*, sendo significativo na *“diminuição da mortalidade prematura e no aumento da esperança de vida”*.

Outra área de evidência nos estudos consultados é a reposição da volémia como tratamento para a sépsis grave e choque séptico. Martin (2007) compara que no tratamento da sépsis à semelhança do AVC, do EAM e do Trauma também existe a *“golden hour”*, ou seja a hora de ouro, na administração de fluidos para a otimização hemodinâmica.

Assim podemos concluir que a mortalidade associada à sépsis é influenciada pelo local de infeção, pelo agente microbiano, pela reserva fisiológica da pessoa que vivencia este processo e pela gravidade da resposta inflamatória nomeadamente o número e o tipo de disfunções orgânicas, bem como a adequação e *timing* da terapêutica instituída.

Shorr, *et al.* (2007) efetuaram um estudo num SUG dos Estados Unidos da América (EUA), onde participaram 120 clientes, para determinar o impacto financeiro da implementação de um protocolo sepsis num serviço de urgência, comparando antes e depois da sua aplicação, revelam assim que a utilização de um protocolo para a sépsis pode

não só reduzir a mortalidade como é um meio potencial para melhorar a utilização dos recursos com significativa contenção de custos para as organizações.

Diretores médicos e enfermeiras coordenadoras de 100 serviços de urgência dos EUA responderam a entrevistas telefónicas no sentido de identificarem as principais barreiras de implementação de um protocolo sépsis no SUG, tendo sido efetuado o tratamento de dados por Carlbon e Rubenfeld (2007), que decreveram hierarquicamente que as principais barreiras identificadas por estes profissionais são, a escassez de pessoal, as incapacidades de monitorização do catéter venoso central e os desafios na identificação dos clientes com sepsis.

Através da iniciativa do desenvolvimento da Campanha SSC, iniciada em 2004, pela junção, financiamento e acordo de três organizações (Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, do Internacional Sépsis Fórum e da Sociedade de Cuidados em Medicina Intensiva), tendo sido apenas concluída em 2008, estendendo-se a sua concessão até 2013, foi comprovado que **com um diagnóstico precoce de sépsis, o cliente tem uma maior possibilidade de sobrevivência**. E, ao detetar problemas como:

- *Inconsistência no diagnóstico precoce;*
- *Utilização tardia ou inadequada de antibióticos;*
- *Inadequada reposição da volémia, e sem parâmetros definidos;*
- *Frequentes falhas na correção ou controlo da hiperglicemia.*

A **campanha SSC** (2008) lançava o desafio às organizações hospitalares no sentido de implementar protocolos de atuação de acordo com diretrizes baseadas nesta evidência científica. Esta campanha assentou assim, na reorganização dos serviços de forma a assegurar a precocidade e eficácia nas primeiras horas de contato do cliente com os cuidados de saúde. Encontrava-se dividida em três fases, na **primeira fase da campanha** focava-se a importância da formação de médicos e enfermeiros sobre a fisiologia da sépsis, sépsis grave e choque séptico. Na **segunda fase** o desenvolvimento de diretrizes de tratamento (algoritmos). Na **terceira fase** os membros da campanha estabeleciam um processo de melhoria de desempenho e avaliação (SSC, 2008). Estas orientações tinham como mensagem principal, o facto de a precocidade de intervenção determinar o prognóstico e salvar vidas, onde a prioridade da intervenção é estabilizar as disfunções dos órgãos que põem a vida em risco.

Após o desenvolvimento destas orientações, no sentido de desenvolver um programa de melhoria da qualidade foram identificadas intervenções para as primeiras 6 horas e para as 24 horas, denominadas *Sepsis Bundle*² em torno das melhores práticas baseadas em evidências, com o objetivo de reduzir 25% de mortalidade por sépsis (ANEXO I).

No reconhecimento da necessidade de melhorar as práticas, foi demonstrado que os padrões de cuidados baseados em evidências melhoravam resultados, com favoráveis prognósticos para os clientes (Dellinger *et al.*, 2008).

Evidência é aquilo que comprova que determinado assunto é verdadeiro ou falso. Então no estudo do conhecimento e pensamento baseado na experiência, podemos relembrar novamente Popper (2003) na sua abordagem para a lógica empírica e epistemologia demonstra preocupação, não só com a validade do conhecimento, mas também com as condições de acesso a esse conhecimento, enfatizando sempre que uma ideia ou conceito nunca é completamente verdadeiro, porque haverá outras ideias ou conceitos que o invalidam, através da sua teoria e critérios de falsificabilidade.

Validamos a aplicação desta teoria na publicação do artigo denominado “*Surviving sepsis: going beyond the guidelines*”, onde o autor Marik (2011) refere que as *Bundles* da SSC apresentam baixo nível de evidência científica, por se basearem apenas nos resultados de um único tipo de estudo, este autor caracteriza ainda o estudo efetuado como “*não controlado*”, baseado em “*série de casos e opiniões de especialistas*”. Este autor revela ainda, que nem todas as diretrizes preconizadas pela SSC podem ser completamente observáveis, dando exemplos através da experiência da prática clínica, logo podemos dizer que estas diretrizes são “*falsificáveis*”, tal como Popper afirmou na sua teoria.

A campanha da SSC foi associada à melhoria da qualidade na abordagem ao cliente com diagnóstico de sépsis, no estudo efetuado, por Levy, *et al.* (2010) em 15.022 clientes internados em UCI da Europa, EUA e América do Sul, foram aplicadas as sépsis bundles e embora não tenha sido comprovada causa-efeito das taxas de mortalidade hospitalar, serviu de impulso para uma melhoria dos esforços da equipa multidisciplinar para melhorar resultados em estudos semelhantes.

² In http://www.survivingsepsis.org/About_the_Campaign/Documents/Sepsis_Bundles_Badge_1__1.pdf

Contrariamente Cardoso, *et al.* (2010) comprova através de um estudo efetuado em 4.142 clientes internados com sépsis, em 17 UCI portuguesas, que a implementação do protocolo da *sépsis bundle 6h* reduz substancialmente a mortalidade em 28 dias. Realçando que é necessário competências especializadas na sua ativação, sendo estas a identificação precoce, a medição do lactato, a otimização da entrega do oxigénio, a ressuscitação hemodinâmica com fluidoterapia e o tratamento da infeção com administração de antibiótico adequado, assim como a identificação do foco de infeção através da realização de hemoculturas.

Noutro questionário mais recente, aplicado a médicos e enfermeiros de um serviço de urgência de NovaYork, Bunney, *et al.* (2011) revelam que **ainda existem lacunas no conhecimento dos profissionais, e são estes défices que criam barreiras na deteção e tratamento precoce da sépsis.**

Para validar a importância do papel dos enfermeiros no reconhecimento precoce e no tratamento de clientes com sépsis num serviço de urgência, Tromp *et al.* (2010) descrevem num estudo holandês efetuado com 825 adultos, que estes profissionais são os principais responsáveis por agrupar os clientes no protocolo e obterem *feed-back* do desempenho no que concerne à aplicação da sépsis bundles aos clientes com sépsis num serviço de urgência.

Estas argumentações poderão revelar-se importantes para o desenvolvimento e evolução do conhecimento científico, pois realça a obrigação do constante esforço no acompanhamento real e atual de novas descobertas. Pois, para que exista evidências científicas é necessário que surjam também novas pesquisas realizadas dentro dos mesmos assuntos, é importante que estas sejam passíveis de repetição por outros autores e em locais diferentes do local original de pesquisa.

Assim como, não nos podemos limitar apenas aos estudos, é necessário que as práticas acompanhem os constantes resultados de investigação, para garantir a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A argumentação anterior remete-nos para o conceito da **Prática Baseada na Evidência** (PBE) que implica conhecimento e experiência. Para diferentes autores a PBE é definida com o uso da melhor evidência na tomada de decisão. Ferrito (2007, p.37) descreve que a

enfermagem baseada na evidência é “*um instrumento para a tomada de decisões sobre os cuidados a prestar, baseado na localização e na integração dos melhores resultados científicos...*”, esta autora refere ainda que através da evidência científica o enfermeiro prova com base sólida e credível as suas ações, podendo assim contribuir para implementação de mudanças organizacionais. Através do seu estudo Ferrito (2007, p.40) refere ainda que este é um meio de aplicar a melhor investigação clínica às práticas de enfermagem, podendo ainda ser utilizada como instrumento de gestão, através da “*avaliação entre o custo/benefício de um procedimento, permitindo optar pelo mais adequado (...) e evitar a dispersão de gastos em diferentes materiais*”.

Os enfermeiros são constantemente desafiados para a procura do conhecimento científico, a metodologia intitulada **Problem Based Learning** (PBL) parece-nos ser a mais indicada na promoção de uma melhor prática. Ou seja, a aprendizagem baseada em problemas, permite identificar e definir um problema, desenvolver o pensamento crítico, capacidade de análise e decisão, na construção de caminhos ou soluções mais criativas e efetivas para a resolução de problemas, evidenciando os modos de aprendizagem. Esta metodologia foi por nós aplicada no decurso da 1ª PG MC e reconhecemos que esta aprendizagem nos capacitou para o trabalho em equipa, para a motivação da auto-aprendizagem, para a identificação e análise de problemas, identificando objetivos, recursos e apresentando com autonomia e segurança alternativas ou soluções, por fim fez-nos desenvolver competências essenciais na fundamentação da “arte do cuidar”.

Na fase inicial de um projeto, a investigação é sempre necessária, pelo que proceder à revisão sistemática da bibliografia sobre o assunto e as temáticas que pretendemos abordar, é essencial para fundamentar as nossas intervenções com elevados níveis de evidência e assim dar maior credibilidade ao trabalho efetuado.

Para esclarecer a nossa pesquisa da revisão bibliográfica e proceder à respetiva fundamentação teórica, descrevemos de seguida as fontes às quais recorreremos: os apontamentos das aulas lecionadas no recente percurso académico (1ª PGMC, 2º CPLEEMC, 2ª MEMC), à documentação disponível nas bibliotecas da ESS/IPS e do nosso Centro Hospitalar. Para encontrar o que há de mais atual em artigos de revistas periódicas, solicitamos ajuda ao nosso bibliotecário e pesquisamos na base de dados eletrónicas *PubMed*, *MEDLINE*, *B-On* e *UpToDate*. No domicílio foram pesquisados eletronicamente

artigos académicos através do motor de pesquisa Google e Google Académico e consultamos teses e monografias das Escolas Superiores de Enfermagem.

Os artigos foram selecionados pela relevância da problemática da patologia sépsis, os critérios de inclusão foram os critérios de gravidade em contexto de adultos e em ambiente hospitalar nos serviços de urgência ou UCI com a implementação de protocolos relacionados com a sepsis, limitada aos últimos 15 anos. Foram excluídos todos os artigos que incidiam sobre clientes com idade pediátrica, relacionados com trauma e pós-cirúrgicos. Foram selecionadas palavras-chave nos idiomas português, inglês e espanhol, como *emergency department*, *emergency service*, *implementation of protocol*, *nursing interventions*, *sépsis*, *sepsis bundles*, *sepsis guidelines*, *sepsis protocol*, *sépsis grave*, *septicemia*, *servicio de urgencias*, *serviço de urgência*, *severe sépsis*, *SIRS*, *surviving sepsis campaign*. Primariamente foi efetuada a recolha das referências bibliográficas e os respetivos resumos, hierarquizando o seu grau de importância, para posteriormente aceder à restante informação.

Na análise dos resumos dos artigos foi seguida a metodologia PICOD, pelo que elaboramos o quadro seguinte, tendo em conta a presença de:

Autor Revista Ano País	P Participantes	I Intervenções	C Comparações	O Resultados (outcomes)	D Desenho do estudo
---	----------------------------	---------------------------	--------------------------	--	------------------------------------

- **P** - Participantes: Adultos admitidos num serviço de urgência ou internados em UCI com diagnóstico de sépsis;
- **I** - Intervenções: Implementação/cumprimento do protocolo sépsis - *sépsis bundles 6h*;
- **C** - Comparações: comparações entre resultados dos vários estudos;
- **O** - Resultados (outcomes): variáveis, métodos e indicadores de avaliação;
- **D** - Desenho do estudo: estudos controlados e randomizados, ensaios clínicos, estudos quantitativos, qualitativos e mistos.

No total selecionámos 28 trabalhos, artigos de revisão sistemática e de investigação realizada em contexto clínico. Efetuada a primeira triagem estabeleceu-se o nosso plano de leitura, que se encontra representada no quadro em apêndice (APENDICE I).

Nos artigos de revisão sistemática da literatura consultados, considerámos pertinentes todos aqueles que abordavam conceitos e definições relacionados com sépsis, assim como os que apresentavam guidelines ou bundles na sua abordagem e tratamento, tendo estes sido essenciais para elaborar e sustentar a nossa fundamentação teórica.

A maioria dos artigos consultados relacionados com estudos de investigação clínica foram efetuados em contexto de UCI, em que os participantes eram médicos-clientes que tiveram como objetivo a avaliação do impacto da implementação das guidelines da SSC (bundles 6h e 24h) e os seus resultados nos clientes, relacionado com taxas de morbilidade e mortalidade por sépsis.

No que se relaciona aos artigos baseados em inquéritos efetuados aos profissionais de saúde, a sua avaliação incidiu no nível de conhecimentos profissionais e na identificação das principais barreiras de criação de equipas multidisciplinares para implementação do protocolo sépsis num serviço de urgência.

Em contexto de serviço de urgência, os cinco artigos encontrados estavam relacionados com o papel do enfermeiro no reconhecimento precoce e com os critérios de administração de antibioterapia precoce. Encontramos também estudos que validaram que a aplicação do protocolo, encontrava-se relacionada com o decréscimo da mortalidade e aumento da alta hospitalar, assim como a redução de custos. Não foram encontrados estudos sobre processos ou resultados da implementação da Via Verde Sépsis em serviços de urgência, a nível nacional.

3.1 - Implementação de uma Via Verde para a Sépsis

Em Portugal e segundo dados publicados da DGS em 2010, os casos de mortalidade hospitalar por sépsis são três vezes superiores à mortalidade dos casos de AVC (internados no ano de 2007), sendo estes casos atualmente a primeira causa de morte hospitalar a nível nacional. Comparado também com a incidência da doença cardiovascular que tem vindo a diminuir, a sépsis tem vindo a constituir um verdadeiro flagelo, pois segundo esses mesmos dados (DGS, 2010), a incidência tem aumentado 1,5% ao ano, a gravidade dos casos também aumentou, sendo maior nº os casos de sépsis grave (com disfunção de

órgãos), chegando a atingir 51 % de mortalidade por choque séptico (forma mais grave de sépsis).

Assim, pode-se constatar, que se tem vindo a verificar nos últimos anos uma consciencialização progressiva, a par de um aprofundamento do conhecimento científico sobre um determinado grupo de patologias, os quais levaram recentemente ao reconhecimento de que a sépsis, à semelhança das doenças cérebro-cardiovasculares podem e devem ser prevenidas, sobretudo através do controlo dos fatores de risco, do reconhecimento precoce da sintomatologia e do tratamento com recurso a novas terapêuticas farmacológicas, com o apoio de procedimentos complexos e especializados de enfermagem. Estes **procedimentos de enfermagem** incluem a identificação correta e estratificação rápida de clientes, que se efetuadas numa fase precoce da doença, reduzem substancialmente a morbi-mortalidade.

Segundo o Alto Comissariado da Saúde (ACS, 2009), Via Verde pode ser definida como uma estratégia organizada, que visa a rápida acessibilidade para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, aplicada nas fases pré, intra e inter-hospitalares, nas situações clínicas mais frequentes e/ou graves, que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância na saúde das populações.

Através de Benchmarking da metodologia da SSC (2008) e por recomendação do DQS, entendeu a DGS em 2010, determinar **a criação de uma Via Verde para a sépsis em todos os serviços de urgência**. Elaborou ainda, a nível nacional, um documento onde se encontrava sistematizado os vários passos a seguir, desde a identificação de suspeita de infeção, passando pelo tratamento, até ao encaminhamento, ou seja, adotou as mesmas medidas, com o objetivo de permitir não só reduzir a morbi-mortalidade nacional, mas também reduzir substancialmente os custos para as organizações.

No que respeita ao tratamento da sépsis, e de acordo com as diretrizes da DGS (2010) tornou-se premente uma avaliação rápida da situação clínica, com a avaliação dos sinais de hipoperfusão e realização em *timing* certo do doseamento de lactato sérico, para se identificarem os casos que possam beneficiar de terapêuticas urgentes, nomeadamente a administração de antibioterapia precoce e adequada, assim como estratégias de ressuscitação hemodinâmica. Sabe-se hoje que por cada hora de atraso no tratamento, há

uma redução de 7,6% na sobrevivência, pelo que podemos dizer a frase célebre: **Tempo... é Vida!**

O projeto de implementação da Via Verde Sépsis em todos os serviços de urgência, do DQS, foi condecorado no ano 2010, como prémio de boas práticas sobre qualidade e inovação em saúde, pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), ACS, DGS e Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), uma vez que já tinha sido desenvolvido uma experiência-piloto na ARS Norte, em analogia à abordagem do AVC e do EAM, onde se verificou uma redução de 30% da mortalidade por sépsis grave (DGS, 2010).

Assim, baseada na estratégia da SSC (2008) cabe-nos reorganizar o nosso SUG, pois segundo a diretriz da DGS (2010) é da responsabilidade dos serviços que o implementarem treinar as equipas multiprofissionais através de formação específica, com objetivos comuns e coordenação do trabalho em equipa, como a aquisição dos recursos materiais, equipamentos e fármacos necessários à concretização deste protocolo, de forma a assegurar o cumprimento do algoritmo de procedimento delineado, que permitirá um diagnóstico e tratamento precoce, com suporte de órgãos eficaz e controle imediato do foco infeccioso, garantindo assim o processo do cuidar precoce e eficaz ao cliente com suspeita de infeção.

Para implementar este projeto, temos assim de adquirir novas competências, modificar comportamentos, adotar novas abordagens face aos clientes, temos de envolver os profissionais para obter a sua colaboração na reorganização de processos e coordenação de trabalho em equipa, na criação de encaminhamentos organizacionais que viabilizem um acesso mais rápido, eficaz e eficiente, ao tratamento adequado para cada cliente. Pois só assim é que poderemos concretizar as orientações estratégicas do PNS, o cumprimento da Circular Normativa da DGS nº 01/DQS/DQSCO de 06/01/2010 (ANEXO II), no percurso a seguir na identificação, diagnóstico e tratamento de pessoas com Sépsis e garantir a excelência no cuidar, e concomitantemente reduzir recursos e diminuir custos com o sucesso da sua implementação.

Em síntese, a sépsis é uma síndrome caracterizada por um conjunto de manifestações graves que têm como causa a infeção. Pode-se ainda referir que alguns autores a descrevem como uma infeção generalizada, mas que não quer dizer que está presente em

todos os órgãos, pode causar processos inflamatórios em todo o organismo, ao que, se dá o nome de SIRS, e então quando este SIRS é de causa infecciosa, pode-se considerar que estamos perante um diagnóstico de sépsis.

Assim, e de acordo com as diretrizes da DGS, se um cliente que seja admitido no SUG, durante a realização da triagem efetuada pelo enfermeiro, apresentar pelo menos um critério de presunção de infeção, associado a pelo menos dois sinais de alerta de SIRS, conforme demonstrado nos quadros seguintes (QUADRO 4 e 5) deverá ser ativado o protocolo VVS.

QUADRO 4 – CRITÉRIOS DE PRESUNÇÃO DE INFEÇÃO

a)	Tosse + (dispneia ou dor pleurítica)
b)	Dor lombar + (disúria ou polaquiúria)
c)	Dor abdominal ou icterícia
d)	Diminuição aguda do nível de consciência
e)	Cefaleias + vômitos
f)	Sinais inflamatórios cutâneos extensos
g)	Critério clínico do responsável

Fonte: Circular Normativa da DGS n.º1/2010

QUADRO 5 – CRITÉRIOS DE SIRS

a)	Frequência cardíaca > 90 bpm
b)	Frequência respiratória > 20 cpm
c)	Temperatura corporal < 36 °C ou > 38 °C

Fonte: Circular Normativa da DGS n.º1/2010

Assim, a identificação e estratificação destes clientes deve seguir três passos:

1º Passo – corresponde à avaliação sistemática do cliente na triagem como possível candidato à VVS. Estes critérios são complementares ao protocolo da TM. Clientes com

uma queixa de suspeita de infecção associado a dois critérios de SIRS positivos são incluídos na ativação. Avança-se para o passo 2.

2º Passo – corresponde à rápida reavaliação do cliente com o objetivo de se confirmar ou não a suspeita de infecção e a ativação prévia da VVS. Clientes com hipoperfusão grave que se traduz por hipotensão (TAs < 90 mmHg) ou por hiperlactacidemia (> 4mmol/l) estão incluídos no protocolo, mas não deve ser validade a sua ativação sem que sejam despistados os critérios de exclusão representados no quadro seguinte.

QUADRO 6 – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA VVS

a)	Gravidez
b)	ICC descompensada / Síndrome Coronário Agudo
c)	Doença cerebrovascular aguda
d)	Hemorragia digestiva ativa
e)	Estado de mal asmático
f)	Politrauma / grandes queimados
g)	Doente não candidato a técnicas de suporte orgânico (situação para limitação de cuidados)

Fonte: Circular Normativa da DGS nº1/2010

3º Passo – Consiste na aplicação do algoritmo terapêutico preconizado, com o objetivo fundamental de otimizar a entrega de oxigénio aos tecidos, da instituição de antibioterapia precoce e adequada, após colheitas de hemoculturas e a introdução de fluidoterapia.

Dellinger, *et al.*, (2008) refere que para atingir os objetivos preconizados pela SSC na redução da mortalidade por sépsis, é necessário envolver e identificar níveis de participação da equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde e outros profissionais) no cumprimento do protocolo.

Portanto, de acordo com as *Bundle* preconizadas pela SSC (2008), podemos desde já identificar os potenciais problemas que poderão levar ao incumprimento do protocolo VVS, pelos profissionais do nosso SUG:

- Desconhecimento ou falha na identificação dos critérios de suspeita de infecção e SIRS;
- Ausência ou tardia realização de gasimetria para validação do nível de lactato sérico;

- Inexistência de realização de hemoculturas antes da administração de antibioterapia;
- Tardia ou desajustada administração de antibioterapia;
- Inadequada reposição da volêmia para tratamento de hipotensão e correção de lactato;

Existem indicadores de desempenho que monitorizam e avaliam os projetos (Abreu, 2007). Para que este projeto seja implementado com qualidade e inovação, garantindo a *equidade*, a *efetividade* e a *eficiência*, é necessário responder adequada e atempadamente aos problemas que surgem, com a capacidade de atingir os objetivos, definindo os recursos necessários, utilizando corretamente os disponíveis, mais úteis e produtivos e estabelecendo prioridades para obtenção de ganhos de eficiência e os melhores resultados possíveis, na qualidade dos cuidados prestados (Simões, 2006).

Para dar resposta aos problemas detetados, tal como refere Rolo (2008) “*a empresa deve desenvolver uma capacidade contínua de adaptação e mudança*”. Embora esta empresa hospitalar já esteja dotada de equipamentos e tecnologia, recursos humanos e materiais, estes poderão não ser suficientes ou rentabilizados adequadamente, pelo que é necessário envolver os profissionais para que estes mudem comportamentos, ativem corretamente os recursos existentes e proporcionem os resultados desejados, atingindo assim os objetivos delineados.

Pelo que se conseguiu apurar, em Portugal já existem nove unidades de saúde que realizaram o planeamento e formação necessária, encontrando-se no início da sua implementação, mas ainda não existem resultados divulgados ou publicados.

CAPÍTULO II

SÍNTESE DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

II – SÍNTESE DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

“... uma ideia a transformar em acto”.
Barbier (1996:52)

O termo **Projeto** deriva do latim “*projectus ou projectare*” (*lançar para a frente*), que segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa *On-line* (2012) significa “*o que planeamos fazer*”, podendo ser substituída pela palavra *desígnio*, *tenção*, *plano* ou *propósito*.

Leite, *et al.* (2001) citado por Ferrito, *et al.* (2010, p.4) referem que o trabalho de projeto é “*um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspecto da realidade, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projecto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas*”.

Segundo Ferrito (2010, p.2) esta metodologia é “*...promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência*”, onde a análise das necessidades corresponde à primeira etapa desta metodologia.

Através da metodologia de projeto, baseada na prática e sustentada pela investigação, visámos identificar um problema real, e com a definição de objetivos proposemo-nos a implementar estratégias adequadas, executando um conjunto de intervenções, ao longo de um determinado tempo, utilizando os diversos recursos disponíveis para a sua resolução, tendo esquematizado da seguinte forma:



Após validação da identificação da sépsis como um problema real em saúde, percebemos que tratar este problema seria interessante tanto para nós como para a equipa multidisciplinar do serviço e para o público em geral, pelo que detetámos a oportunidade de implementar o projeto Via Verde Sépsis no SUG.

Na primeira fase efetuámos o **diagnóstico de situação**, clarificando a problemática (como um problema de saúde) e a sua pertinência de acordo com as necessidades identificadas. Pois, problema em saúde, pode ser definido segundo Ferrito, *et al.*, (2010, p.11), como “*um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela colectividade*”, e a necessidade definida como “*...a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir*”, determinando o necessário para corrigir o problema identificado. Segundo Ferrito (2010), nesta etapa é também necessário identificar as causas prováveis e as possíveis repercussões, assim como seleccionar recursos e os grupos intervenientes.

Na elaboração de diagnósticos de situação, para validação de problemas ou para análise de situação podem ser utilizados variados instrumentos. Para os enfermeiros da *práxis* os que fazem mais sentido são as entrevistas e os questionários ou segundo Ferrito, *et al.*, (2010) podem ser aplicados outros métodos de análise como a Análise SWOT, a Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) e a Stream Analysis (SA). No sentido de aplicar estas ferramentas, efetuámos entrevistas não estruturadas com a Enf^a Chefe, com a Diretora Clínica do SUG e com alguns dos responsáveis dos serviços de apoio. Dentro das nossas opções, seleccionámos a elaboração de uma **análise SWOT** e a elaboração de um **questionário** para o sustentar. O risco da execução ou implementação de qualquer projeto está sempre presente, pelo que a análise de risco não deve ser descurada, assim como a sua avaliação.

Através da aplicação de um questionário pretendíamos efetuar o levantamento das necessidades com que se depararam os profissionais da equipa médica e de enfermagem, que integram o nosso SUG, na consequente aquisição, consolidação e contínuo desenvolvimento de competências profissionais para a prestação de cuidados seguros e de qualidade nesta área.

Uma vez que todo o problema surge de um contexto e se materializa num contexto, considerámos pertinente efetuar também uma **breve caracterização do SUG** para dar a conhecer os recursos do nosso contexto.

Foi através destas três fases que construímos os nossos instrumentos de diagnóstico de situação, servindo assim de linhas orientadoras no desenho da realidade sobre a qual incidiu este projeto.

1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Para efetuar um diagnóstico é sempre necessário partir da identificação de um problema, para posteriormente ser possível conhecer as necessidades (Barbier, 1996).

A necessidade de efetuar a análise do contexto nacional, sobre a problemática da sépsis trouxe-nos o reconhecimento da carência de indicadores que divulgassem resultados sobre esta problemática, a nível nacional nos serviços de urgência. Após revisão da literatura detetámos que só recentemente em alguns dos hospitais do Norte se iniciou o planeamento e o desenvolvimento de projetos semelhantes, não existindo ainda artigos ou estudos divulgados que nos fornecessem evidências do processo e dos resultados da sua implementação.

Surgiu aqui a oportunidade de criar e integrar uma equipa de trabalho multidisciplinar que aplicasse esta metodologia de trabalho, na implementação deste projeto inovador em contexto académico e de trabalho, com a finalidade de permitir e assegurar cuidados de saúde com qualidade e segurança, o que traduzirá certamente ganhos em saúde na população que ocorre ao nosso SUG, com redução de custos para o serviço e instituição hospitalar

1.1 – Da problemática identificada à oportunidade...

Abreu (2007) descreve que criar oportunidades é identificá-las ou reconhecê-las e transformá-las em projetos. As oportunidades segundo Simões (2006) derivam das

atividades do dia-a-dia, do conhecimento e interação que se tem com o contexto. A oportunidade pode ser identificada de diversas formas (Simões, 2006). Realçamos que na nossa fase preliminar, foi identificada e validada a pertinência de avançar com este projeto, após entrevista não estruturada com a Enf.^a Chefe do Serviço e com a Diretora Clínica sobre as informações da recente divulgação da Circular Normativa sobre a implementação da VVS (DGS, 2010). Foi aqui que identificámos a sua inexistência como um problema, surgindo assim no serviço, **a necessidade de nomear os elementos dinamizadores e intervenientes neste projeto**. Ainda em parceria com a chefia do serviço, esta levou-nos à tomada de decisão de **analisar os principais benefícios e os riscos** de implementação do projeto VVS no nosso SUG, através de uma **análise SWOT**.

Um dos aspetos de investigação nesta área problemática foi o nível de conhecimentos e as competências da equipa multiprofissional, pois o capital intelectual incrementa o *empowerment* da equipa, e o seu reconhecimento é chave para o sucesso no alcance dos objetivos (Rolo, 2008). Pelo que, após nova entrevista não estruturada com as responsáveis da chefia e direção do serviço, validamos também a pertinência de **aplicar um questionário que identificasse ou não a existência de necessidades formativas da equipa multidisciplinar**.

Gostaríamos de realçar que no âmbito desta oportunidade, em Setembro de 2010, já tinha sido lançado o desafio dentro da temática deste projeto, através de uma sessão clínica realizada no nosso SUG, por uma representante da equipa médica de Medicina Interna que revelou um estudo retrospectivo efetuado num serviço de Medicina do nosso Centro Hospitalar, entre Outubro de 2006 e Agosto de 2008, com o objetivo de identificar e caracterizar os episódios de Sepsis existentes nos clientes internados naquele serviço. Foi divulgado que dos 55 episódios estudados, 51 dos casos entraram no seu serviço provenientes do nosso SUG, o que correspondeu a 97,2% das admissões estudadas no seu serviço. Nesta sessão foram relatados que destes casos, 49% já tinham diagnóstico de sepsis à entrada e 15,7% tinham parâmetros de infeção que desenvolveram sepsis nas primeiras 24 horas de permanência no serviço. Esta representante da equipa médica do serviço de medicina, referiu ainda que a demora média de internamento hospitalar destes clientes foi de cerca de 26,7 dias, dos quais estiveram uma média de 2,9 dias previamente no nosso SUG, sendo este tempo superior aos das recomendações atuais pela DGS, que preconiza a rápida transferência para as UCI's sempre que se detete sinais de instabilidade

hemodinâmica. Como resultados finais apresentaram um gráfico semelhante ao seguinte, em que a mortalidade intra-hospitalar neste período foi de 47,3%, o que correspondeu a 26 clientes dos 55 que entraram no estudo.

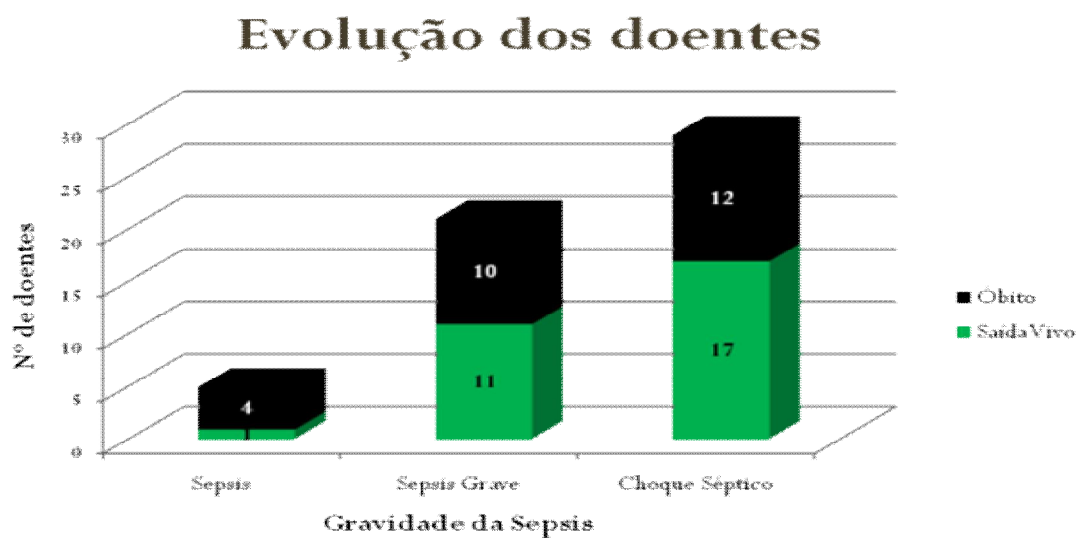


GRÁFICO 1 – EVOLUÇÃO DOS DOENTES ESTUDADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA DE UM CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA, COM DIAGNÓSTICO DE SÉPSIS.

Com estes resultados, foi feita uma sensibilização à equipa multidisciplinar presente nesta sessão, reforçando a importância e o peso que o nosso SUG tem, na deteção e diagnóstico precoce da sépsis, realçando já na altura, a urgente implementação de um protocolo interno de atuação, uma vez que o estudo da amostra apresentada, denuncia que os tempos de atuação ultrapassaram a chamada “*Golden Hour*”, na identificação, intervenção, tratamento e transferência destes clientes.

1.1.1 – Análise SWOT

O termo SWOT resulta da conjugação das iniciais das palavras *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças), e consiste na realização de uma síntese das análises interna e externa, normalmente aplicada nesta fase de planeamento estratégico. A análise interna corresponde aos recursos de que a empresa dispõe, deteta as suas forças e potencialidades, a fim de utilizá-las, e deteta as dificuldades ou fraquezas que limitam a sua evolução, para corrigi-las ou melhorá-las. Enquanto a análise externa é ambiental, em que a empresa não tem controlo nestes fatores, podendo escapar ou isolar-se das ameaças (Chiavenato, 2007).

Consiste assim, na elaboração de um diagnóstico, apresentado em forma de quadro dividido em quatro partes, onde estão representadas as forças e as fraquezas da organização/empresa, as oportunidades e ameaças identificadas no mercado ou concorrência, na procura do melhor caminho para alcançar os objetivos.

Ferrito, *et al.* (2010) descreve que este método de análise “*permite a reflexão e a confrontação com os factores positivos e negativos*”. Para uma melhor compreensão do diagnóstico deste projeto apresentamos no quadro seguinte, a análise SWOT elaborada na implementação deste projeto.

QUADRO 7 - ANÁLISE SWOT

Análise SWOT	
S (Forças)	W (Fraquezas)
<ul style="list-style-type: none"> - A existência de uma equipa de enfermagem jovem, dinâmica, com espírito aberto para o desenvolvimento de novos projetos; - A boa relação e cooperação de trabalho multidisciplinar; - A possibilidade de estratificação rápida dos clientes, através da identificação de sinais e sintomas; - A existência de um protocolo de triagem de prioridades (TM) existente no SUG; - A rápida acessibilidade de atendimento no SUG; - A boa articulação e cooperação dos serviços de apoio; - O conhecimento e a capacidade de rentabilizar os recursos existentes; - A informatização do serviço com a possibilidade de produzir indicadores; - A implementação e operacionalização de outros projetos semelhantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Carência de profissionais na equipa multiprofissional; - Pouca disponibilidade de tempo dos profissionais; - Pouca adesão dos profissionais nas sessões de formação; - Dificuldades na divulgação e barreiras na circulação da informação a todos os profissionais; - A necessidade de reestruturação do <i>stock</i> de antibioterapia; - Limitações na aquisição de novos materiais e equipamentos; - Carência de protocolos clínicos, nos diferentes níveis de cuidados.

O (Oportunidades)	T (Ameaças)
<ul style="list-style-type: none"> - Implementar um projeto de qualidade e inovador no SUG, baseado numa Circular Normativa da DGS; - Aumentar a capacitação dos profissionais envolvidos; - A evidência dos estudos publicados demonstra a necessidade de implementação; - Sedimentar e maximizar a articulação das redes existentes; - Melhorar o acesso aos cuidados de saúde; - Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados; - Contribuir para a redução das taxas de morbi-mortalidade; - Contribuir para a redução de custos e taxas de internamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Restrições orçamentais e organizacionais podem limitar o desenvolvimento do projeto; - O aumento da quantidade dos recursos materiais em stock, poderá aumentar os gastos; - A falha do sistema informático poderá consentir o incumprimento do protocolo e não produzir indicadores; - A diminuição da afluência de clientes no SUG com suspeita de infeção.

Os **pontos fortes e as vantagens** de implementação deste projeto encontram-se representados no lado esquerdo, no quadro das forças, que conforme está descrito, são sem dúvida trunfos internos muito positivos e favoráveis ao seu bom desenvolvimento, e no lado direito estão representadas as **fraquezas e as desvantagens**, compostas por elementos internos, situações que ao serem precocemente identificadas podem ser prevenidas e trabalhadas no sentido de se serem rapidamente resolvidas ou minimizadas. Na parte inferior do quadro, no lado direito encontram-se representados as **oportunidades** externas, que nos parecem ser elementos muito favoráveis para a obtenção de sucesso do projeto, assim como as **ameaças ou constrangimentos** provenientes do exterior, que podem prejudicar o projeto, mas que não nos parece que constituam um obstáculo para a sua implementação.

1.1.2 – Questionário diagnóstico

Fortin (2003) afirma que o questionário pode ser um método eficaz na colheita de dados, uma vez que permite organizar, normalizar e controlar dados, para que as informações possam ser recolhidas de forma rigorosa.

A seleção do conteúdo e a forma de aplicação do questionário diagnóstico foi decidida em parceria com o elemento da equipa médica nomeado para fazer parte do grupo dinamizador, com a finalidade de validar a pertinência de abordar esta temática e definir prioridades de atuação. Para proceder à aplicação do questionário de diagnóstico, foi feito um pedido de autorização prévio à direção médica e chefia de enfermagem do serviço, com o intuito de assegurar a ética e a legalidade. O pedido foi aceite e autorizado, uma vez que se encontrava garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

Tentou-se seguir as recomendações no que respeita ao aspeto geral, à ordem e encadeamento das questões, o uso de questões fechadas e à duração de preenchimento. Foi testado previamente a 3 intervenientes, antes da sua aplicação, mas como não se recolheram mais dados nem se procedeu a alterações, foi autenticada a aplicação deste pré-teste, como questionário definitivo, tendo estes 3 questionários sido considerados válidos.

Este instrumento de colheita de dados foi constituído por seis questões, na caracterização pretendeu-se obter informação apenas sobre o grupo profissional, nas questões optou-se por elaborar perguntas curtas e fechadas, pois o objetivo era efetuar um diagnóstico e chegar às necessidades reais de formação dos profissionais de saúde, apresentando-se o exemplar em apêndice (APÊNDICE II).

Antes de proceder à recolha de dados, os enfermeiros e os médicos que participaram neste diagnóstico de situação foram elucidados sobre os objetivos do estudo. O questionário foi pessoal e individualmente explicado e entregue simultaneamente a cada elemento da equipa médica e de enfermagem que estavam presentes nos turnos, com a indicação da sua devolução ser efetuada no gabinete da Enf.^a Chefe ou no gabinete da Direção Médica em caixa própria elaborada para o efeito. No total foram distribuídos 65 questionários, dos quais foram devolvidos 64, 24 do grupo profissional médico e 35 do grupo profissional enfermeiros, e 5 não identificados, sendo na avaliação global considerados todos válidos.

O processo de recolha e tratamento de dados decorreu na última semana de Maio de 2011. A análise estatística foi efetuada através do programa informático Excel. Os resultados estatísticos podem ser consultados em apêndice. (APÊNDICE III).

As principais conclusões evidenciam desconhecimento teórico geral dos profissionais no que se relaciona ao tratamento relacionado com a antibioterapia em contexto de sépsis, assim como desconhecimento das recomendações da DGS sobre a criação e implementação da VVS. Conscientes destas dificuldades, 100% dos profissionais inquiridos identificaram a necessidade de formação nesta área problemática.

Na avaliação detalhada por grupo profissional, na primeira questão os médicos obtiveram 100% das respostas corretas, enquanto os enfermeiros só obtiveram 77% maioria das respostas, o que claramente identifica a necessidade dos enfermeiros obterem conhecimentos sobre definições e conceitos sobre a problemática.

Na segunda questão a diferença da percentagem de respostas corretas não é significativa uma vez que ambas foram superiores a 97%, o que significa que ambos os grupos profissionais têm conhecimento sobre o procedimento correto acerca da colheita de sangue para hemoculturas. Estes resultados poderão estar correlacionados com o fato das normas de colheita terem sido elaboradas e divulgadas concomitantemente à aplicação do questionário.

Na questão número três, foi onde se detetou menor conhecimento relacionado com o tratamento mais adequado, nomeadamente a antibioterapia precoce que deve ser instituída na primeira hora, o que culminou numa percentagem de 47% respostas corretas para o grupo profissional de enfermeiros e 67% para o grupo profissional médico.

Na quarta questão, os resultados obtidos de ambos os grupos foram 100% satisfatórios, evidenciado conhecimento sobre a fulcral importância de realização de gasometria para obtenção do valor de lactato sérico, perante a problemática identificada.

Nas duas últimas questões as principais conclusões são que a maioria dos enfermeiros e uma percentagem significativa de médicos tinha desconhecimento das recomendações da DGS sobre a criação e implementação da VVS. E na totalidade dos inquiridos foi referido

a necessidade de formação na abordagem e tratamento da problemática, o que justifica claramente a implementação deste projeto.

Sustentada na evidência produzida através da análise dos resultados de ambos os instrumentos, validamos a pertinência de implementação deste projeto, realçando a importância do investimento na formação específica dos profissionais envolvidos, no sentido de dotá-los de conhecimentos e capacitá-los para que este colaborem para melhorar a acessibilidade dos clientes com suspeita de infecção aos cuidados de saúde, na implementação de ações preventivas e no método de trabalho em equipa no que respeita ao diagnóstico e tratamento do cliente, diferenciando os níveis de responsabilidade e de intervenção dentro da equipa multidisciplinar.

A necessidade de racionalização e reestruturação de recursos poderão ser contornadas, se forem bem planeadas e monitorizadas. Ao fundamentar e registar as intervenções baseadas no protocolo de atuação preconizado, poderemos obter indicadores de melhoria contínua e significativa na prestação de cuidados contribuindo para a melhoria da qualidade de vida destes clientes.

1.1.3 – Caracterização do Serviço de Urgência Geral

Carvalho, *et al.*, (2009) refere que depois de se identificar o mercado alvo e o tipo de clientes, deverá ser formulada a estratégia, após explicação da visão, missão e objetivos. A definição da missão que segundo Sarkar (2000) é a razão de ser da existência da empresa, implica que esta tenha uma visão focada no futuro, revele os seus valores e defina os objetivos gerais que se pretendem alcançar.

O SERVIÇO

Tem como **Missão** prestar cuidados de saúde urgentes, integrados e diferenciados, com respostas de qualidade, personalizadas, flexíveis e adequadas a cada situação clínica de urgência/emergência. Tem a **Visão** de ser referenciado pela melhor qualidade e segurança nos cuidados de saúde prestados em Serviços de Urgência. E os seus **Valores** são:

- *Humanização*
- *Responsabilidade*

- *Sentimento de pertença e coesão*
- *Qualidade*

Tem como principais **Objectivos**:

- Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados, satisfazendo as necessidades da população.
- Melhorar a eficiência, rentabilidade e produtividade tendo em conta a racionalização, valorização e satisfação dos recursos humanos.

O SUG caracteriza-se por ser polivalente e possuir recursos materiais e humanos preparados para dar respostas diferenciadas às necessidades da população. A sua estrutura física foi remodelada recentemente, dividindo-se em duas grandes áreas de atuação, designadas por: **Atendimento** e **Observação**, subdivididas em 10 setores.

A “porta de entrada” do SUG é a **Triagem**, posto de trabalho de enfermeiros, estes são os primeiros profissionais de saúde com que o cliente se depara. Este é o primeiro setor onde se preconiza a ativação do protocolo VVS, uma vez que as recomendações da SSC (2008) divulgam que a identificação deve ser efetuada logo à entrada e o algoritmo de tratamento deve ser aplicado na primeira hora de contacto do cliente com os cuidados de saúde. Assim, após a admissão administrativa do cliente é efetuada a Triagem pelo enfermeiro, que no primeiro contato relacional e de acordo com o protocolo de Triagem de Manchester (TM), descreve o “motivo/queixa” de vinda do cliente à urgência. Identifica, caracteriza e temporiza a queixa, efetua a sua tomada de decisão ao escolher um fluxograma adequado à sintomatologia e após a escolha de um discriminador específico é estabelecida uma cor que classifica a potencial gravidade da situação e a prioridade clínica de atendimento.

Durante a realização do protocolo de TM, o enfermeiro terá de estar alerta para suspeitar se existe sinais sugestivos de infeção, avaliar as variáveis fisiológicas incluídas no protocolo da VVS e de seguida encaminhar o cliente para o setor de atendimento mais adequado, segundo outro protocolo também já existente, o de gestão do circuito/encaminhamento do cliente no SUG.

Na sequência deste processo de tomada de decisão, o enfermeiro tem um papel preponderante no que respeita a: “*cliente certo, no local certo, no mais curto espaço de tempo*”, deve ainda ter em conta que tudo o que é efetuado, é segundo o melhor interesse e benefício do cliente.

Segundo o Grupo Português de Triage (GPT, 2001), no protocolo da TM, este processo de realização da triagem efetuada por enfermeiros não deverá ultrapassar os 3 minutos de atendimento. Pelo que não se espera que nesta primeira relação, o enfermeiro da triagem tome decisões sobre diagnósticos e tratamento da doença, isso cabe a outros profissionais e em outra fase do seu atendimento, espera-se sim que este enfermeiro durante a realização da triagem, consiga identificar problemas e prevenir potenciais riscos, a fim de poder intervir para os resolver ou minimizá-los, categorizando-os segundo uma prioridade de intervenção.

A **Sala de Reanimação** e o **Balcão Geral**, dependendo da avaliação do estado hemodinâmico do cliente, são os setores que recebem os clientes incluídos na ativação do protocolo VVS, por serem os setores que possuem as condições físicas e humanas adequadas para iniciar rapidamente o algoritmo de diagnóstico e tratamento. Caso até aqui, não tenha sido detetado os critérios de presunção de infecção, a sua ativação também poderá ser efetuada nestes setores. Devem ainda ser realizadas todas as intervenções preconizadas para validar os critérios que definem se o cliente é incluído ou excluído no protocolo da VVS.

As duas **Salas de Decisão Clínica** e a **Sala de Observação** são os setores preconizados para a monitorização e continuação do algoritmo de tratamento do protocolo de VVS, antes da alta/ transferência do cliente.

O SUG possui ainda uma **Sala de Isolamento** com quarto de pressão negativa, utilizada para acolher e acomodar clientes com necessidade de isolamento por suspeita de infecção com elevado grau de contágio.

O **Atendimento Geral**, a **Sala de Trauma**, **Pequena Cirurgia** e a **Psiquiatria**, são os outros setores do serviço que não se encontram estreitamente ligados com este projeto.

A EQUIPA

Segundo Chiavenato (2007), são as pessoas que dão vida, inteligência, emoção e ação à empresa, são elas que garantem a dinâmica dos projetos, que proporcionam a excelência, a qualidade, a produtividade e a competitividade. Hoje em dia as pessoas não trabalham isoladas, mas sim em equipas, com oportunidade de partilhar ideias e experiências, de aprender e aceitar diferentes pontos de vista, pelo que devem ser recolhidas as suas sugestões, no âmbito da melhoria contínua da qualidade.

Para melhor compreensão passamos a apresentar os recursos humanos constituintes da nossa equipa multidisciplinar, uma vez que a prestação de cuidados também é condicionada pelas relações interpessoais, pelas expectativas dos clientes e dos profissionais, que são maioritariamente médicos e enfermeiros.

No que se refere às **Equipas Médicas**, existe uma Diretora Clínica e uma equipa fixa de especialidades médicas, das 8h às 20h durante a semana, e uma equipa rotativa no restante horário (a partir das 20h, feriados e fins-de-semana), que incorporam as especialidades de medicina interna, cardiologia, neurologia, pneumologia, psiquiatria, infecciologia, oncologia médica, gastroenterologia, entre outras. As equipas médicas das especialidades cirúrgicas, como a cirurgia geral, ortopedia, neurocirurgia, cirurgia plástica e maxilo-facial, urologia, cirurgia vascular, entre outras, são rotativas de 24h em 24h. Estas equipas têm como objetivo prestar cuidados médicos dentro das suas diversas áreas de especialidades. As especialidades de obstetrícia/ginecologia, otorrino/oftalmologia e pediatria médica, integram individualmente outros serviços de urgências do nosso Centro Hospitalar, assumindo-se também como serviços complementares do nosso SUG.

No que se refere às **Equipas de Enfermagem**, existe uma enfermeira chefe e duas coordenadoras de horário fixo e cerca de 70 enfermeiros distribuídos por 5 equipas em horário rotativo. A distribuição dos enfermeiros é feita em cada turno, pelos diferentes setores. Dependendo da época sazonal ou do período do dia e existe um limite mínimo e máximo de enfermeiros por turno (M, T e N). A dotação adequada de enfermeiros e o seu nível de competências são aspetos fundamentais para atingir índices de qualidade de cuidados, pelo que existem critérios de integração e da sua distribuição pelos sectores existentes, dependendo do seu grau de diferenciação e do seu nível de competências, são

adequadas diariamente consoante as necessidades do serviço e dos clientes. As equipas de enfermagem prestam cuidados gerais, não tendo ainda enfermeiros especialistas.

No que se relaciona ao nosso projeto, pensamos que é nestes dois grandes grupos profissionais que deve incidir a formação mais específica e diferenciada, uma vez que são eles que aplicam diretamente o algoritmo de identificação, diagnóstico e tratamento ao cliente com suspeita ou confirmação de infeção. São também os principais responsáveis em dar resposta para o restabelecimento ou recuperação da pessoa, e que influenciam o nível de satisfação dos clientes e seus familiares, através do profissionalismo, a comunicação, disponibilidade e informação proporcionada.

No que respeita à equipa de **Assistentes Operacionais**, existem cerca de 45 elementos integrados nas 5 equipas rotativas de enfermagem. À semelhança dos enfermeiros, a distribuição é feita por turno pelos diferentes setores. Estes profissionais também deverão ser sensibilizados e obter o conhecimento necessário do projeto dentro da sua área de intervenção, nomeadamente nos circuitos a estabelecer com os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e na área da infeção associada aos cuidados de saúde.

Em relação aos administrativos existem profissionais na área de Atendimento - admissão e na área de Observação – transferência/ internamento, que também têm horário rotativo e que integram as equipas de enfermagem. Estes também devem ter conhecimento do projeto, para melhor agilizarem todo o processo administrativo inerente a estas situações. Os administrativos do Serviço Informativo formam uma equipa própria das 8h às 22h e que nos apoiam no processo comunicacional, informativo e relacional com as famílias e acompanhantes dos clientes.

Trabalham no SUG, em articulação com a equipa multiprofissional fixa do serviço, outros profissionais de saúde, como Assistentes Sociais, Médicos e Técnicos de Imagiologia e de Cardiopneumologia, Farmacêuticos e Técnicos de Farmácia, Patologistas e Técnicos de Laboratório, Técnicos de Medicina Física e Reabilitação, Técnicos dos Sistemas de Informação. Consideramos que estes profissionais dentro da sua área de intervenção, também devem ser envolvidos neste projeto, com diferentes níveis de conhecimento e de responsabilização, pois também são fundamentais na agilização de processos.

Existe ainda uma equipa de voluntariado que colabora com o SUG no período das refeições aos clientes. A equipa de Segurança Pública e de Apoio e Vigilância, que em conjunto têm contribuído para que os objetivos e metas assumidos pelo serviço possam ser atingidos com maior facilidade. Consideramos ainda importante referir que existe uma equipa de limpeza, que assegura em todos os turnos a manutenção e limpeza das instalações do serviço, o que se torna relevante na área da prevenção da infeção hospitalar.

Em suma, a resposta a esta oportunidade requer um investimento a nível da dinâmica e reorganização do serviço, quer na rápida identificação, rápidos encaminhamentos para os setores adequados, quer na sua articulação com os diversos serviços de apoio, nomeadamente, na realização de MCDT's e no cumprimento das normas de boas práticas associadas a este processo. O fato de estarmos perante um cliente passível de ser incluído numa Via Verde Sépsis, é necessário diferentes processos comportamentais e de atuação no cumprimentado protocolo, garantindo a continuidade de cuidados adequados e a produção de indicadores indispensáveis para obtenção de dados de sucesso ou insucesso no tratamento dos clientes.

2 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Os objetivos são os resultados que se pretendem alcançar. A definição de um objetivo geral, segundo Mão-de-Ferro (1999), situa-se ao nível das competências a serem adquiridas pelo grupo alvo no final do processo formativo e/ou de intervenção.

Assim, na metodologia de trabalho do PIS, definimos como **objetivo geral**:

- Melhorar a acessibilidade, segurança e qualidade na prestação de cuidados complexos a clientes com suspeita de infeção, implementando a Via Verde Sépsis no Serviço de Urgência Geral.

Os objetivos específicos também denominados operacionais, segundo Mão-de-Ferro (1999), indicam os conhecimentos e as aptidões esperadas, situando-se ao nível das competências a serem desenvolvidas.

Para dar cumprimento ao objetivo geral, definimos os seguintes **objetivos específicos**:

- 1º - Estabelecer circuitos e definir procedimentos, mobilizando os recursos necessários e a articulação com os diversos serviços de apoio;
- 2º - Elaborar o protocolo interno de atuação da VVS no SUG;
- 3º - Atualizar, no âmbito das boas práticas, normas de procedimentos de enfermagem necessárias à implementação da VVS;
- 4º - Construir um instrumento de registo no processo clínico informatizado do cliente;
- 5º - Dotar os profissionais de conhecimentos nesta área problemática e capacitá-los;
- 6º - Efetivar a implementação do projeto VVS e programar o processo de monitorização do cumprimento do protocolo interno de atuação no SUG.

Traçados estes objetivos, iniciamos o processo de planificação, que constituiu a terceira etapa da metodologia do projeto.

3 – PLANEAMENTO

O planeamento foi a fase do ciclo da metodologia de projeto na qual elaborámos o plano, com base nas informações anteriores retirados do diagnóstico de situação e com a determinação do resultado esperado. Nesta fase, estabelecemos a estratégia, foram apresentadas as atividades, identificados os recursos, face aos objetivos anteriormente definidos.

À semelhança da elaboração do diagnóstico de situação, a docente desta unidade temática disponibilizou um documento orientador que permitiu sistematizar o planeamento da seguinte forma: Definição de objetivos, geral e específicos, centrados na resolução do problema; atividades e estratégias a desenvolver, assim como os meios a mobilizar; referir uma estimativa de tempo entre o planeado e o executado. Dando ainda a oportunidade de se explicitar os constrangimentos previstos/encontrados, bem como a forma planeada de os

resolver. O documento elaborado encontra-se em apêndice em forma de quadro (APÊNDICE IV).

Para iniciar este projeto integrado na formação da 2ª Pós-Licenciatura de Enfermagem Especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2º CPLEE MC), foi necessário definir o campo de estágio, pelo que a nossa decisão recaiu no nosso SUG para que o planeamento da sua implementação fosse efetuada simultaneamente em contexto de trabalho, durante as 13 semanas previstas de estágio. Tendo em conta que no âmbito do Estágio III (adequação 1ª PG), o propósito não era a concretização final do projeto, apenas o seu planeamento, realçamos que, à medida que decorria o planeamento em contexto académico conseguimos ir concretizando em simultâneo a maioria das atividades planeadas, em contexto de trabalho.

Gostariamos de salientar que o documento académico relativo ao planeamento, por nós realizado, foi partilhado em contexto de trabalho, para que a sua concretização fosse suportada teoricamente, tornando-se assim quase simultânea, mais organizada e realista.

No sentido de alinhar as recomendações da DGS (2010) e da campanha da SSC (2008), e pela sua inexistência, identificou-se primariamente, a necessidade de **validação com a chefia de enfermagem e direção médica do serviço, a nomeação coordenadores do projeto na equipa multidisciplinar e criação de um grupo de trabalho que elaborasse um protocolo interno de atuação** de acordo com as *guidelines* preconizadas, que garantisse o acesso ao reconhecimento precoce do quadro clínico, sinais e sintomas associados à infeção e disfunção orgânica, assim como assegurasse um encaminhamento adequado e uma intervenção precoce na sua abordagem e tratamento.

3.1 – Calendarização das atividades, meios e estratégias

Para melhor compreensão, esclarecemos os conceitos integrantes do nosso planeamento segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa Online (2012). Começamos por **Calendarização** ou **Cronograma** que é definido como “*representação gráfica do calendário de um projeto*”. De seguida, a palavra **atividade**, que significa “*faculdade de exercer ação*”, ou seja são as intervenções de trabalho a realizar no decurso do projeto. Os

meios, segundo o mesmo dicionário, podem ser entendidos como o “*modo, via, possibilidade de chegar a um fim*”, consistido assim na determinação de recursos humanos, materiais ou técnicos necessários para a realização das atividades do projeto. Baseado na mesma fonte, a palavra **estratégia** significa uma “*combinação engenhosa para conseguir um fim*”, pode ser entendida assim como a forma correta de utilização dos meios para a obtenção de um resultado eficaz.

Baseadas nestes conceitos foram planeadas as seguintes linhas de ação, de acordo com os objetivos específicos delineados anteriormente:

- a) Para **estabelecer circuitos e definir procedimentos, mobilizando os recursos necessários e a articulação com os diversos serviços de apoio**, foram marcadas reuniões com a Enf.^a Chefe e com a Diretora Clínica do SUG, no sentido de definir, nomear e divulgar os coordenadores do projeto e contactar e eleger os elos de ligação dos serviços de apoio, para que sejam estes os elementos de referência e de contacto durante o desenvolvimento deste projeto, com o intuito de em parceria definir os procedimentos necessários a diferentes níveis de intervenção, definir e aprovar o circuito mais adequado e o respetivo encaminhamento, criar parcerias com os diversos serviços de apoio que facilitem a acessibilidade do cliente no SUG, parcerias na elaboração e cumprimento do protocolo interno de atuação, parcerias na revisão e atualização de normas de boas práticas assim como na criação de um instrumento de registo informático no processo clínico do cliente.

- b) Para **elaborar o protocolo interno de atuação da VVS no SUG**, foi planeado a elaboração de uma primeira versão do protocolo interno de atuação, para ser apresentada à chefia e direção do serviço, que depois de validada deveria ser apresentada a alguns elementos chave da equipa multidisciplinar, para que estes a pudessem testar com intuito de recolher comentários e sugestões da sua aplicabilidade, antes de se proceder a uma versão final.

- c) Para **atualizar, no âmbito das boas práticas, normas de procedimentos de enfermagem necessárias à implementação da VVS**, foram identificadas e selecionadas aquelas que se enquadravam na problemática e incluídas nos procedimentos do protocolo interno de atuação. Após revisão da literatura existente detetámos a sua inexistência e/ou desatualizações no que respeita às boas práticas no procedimento de cateterização periférica, colheita de sangue para hemoculturas e intervenções de enfermagem na colocação, monitorização e registo da cateterização venosa central. Pelo que foram também planeadas reuniões com a Enf.^a Chefe do SUG, com a Enf.^a da Comissão de Controlo e Infeção Hospitalar (CCIH) e a Diretora do Serviço de Microbiologia, no sentido de motivar e criar grupos de trabalho entre as equipas multidisciplinares, para elaborar e/ou atualizar as respetivas normas de procedimento.
- d) Para **construir um instrumento de registo no processo clínico informatizado do cliente**, planeamos a marcação de reuniões com os responsáveis do Serviço de Sistemas de Informação, com o intuito de: - Criar no processo clínico informatizado do cliente, “um alerta de ativação via verde”; - Desenvolver um novo instrumento de registo com as intervenções preconizadas segundo os passos do algoritmo, garantindo assim a identificação, abordagem e tratamento adequado ao cliente com suspeita de infeção, assim como a continuidade de cuidados; - Definir a obtenção de indicadores que monitorizem a aplicação e o cumprimento do algoritmo do protocolo de atuação VVS.
- e) Para **dotar os profissionais de conhecimentos nesta área problemática e capacitá-los**, planeámos a marcação de reuniões entre os Cordenadores do projeto VVS, os Elos dinamizadores dos diferentes serviços de apoio e a Responsável do Centro de Formação, com o intuito de programar sessões de sensibilização/divulgação/formação em serviço, havendo sessões direcionadas para toda a equipa de enfermagem, envolvendo elementos chave das diferentes equipas, através da sua participação na apresentação de casos clínicos e outras sessões clínicas mais abrangentes direcionadas para a equipa multidisciplinar envolvida. No sentido de validar uma melhor compreensão da implementação deste projeto, nestes momentos seria igualmente proporcionado a divulgação da 1^a versão do protocolo interno de atuação, as normas de

procedimento de enfermagem atualizadas, o tipo de registos preconizados pelos profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos, assim como outras informações que fossem consideradas pertinentes.

- f) Para **efetivar a implementação do projeto VVS e programar o processo de monitorização do cumprimento do protocolo interno de atuação no SUG**, recorreremos à representação gráfica da calendarização planeada para as atividades e intervenções descritas anteriormente. Tendo em conta a duração prevista, planeamos reuniões entre os Cordenadores do Projeto, Chefia e Direção do SUG, para definição de indicadores de gestão e do processo de monitorização do cumprimento do protocolo interno de atuação assim como a deliberação da data de início de implementação efetiva do projeto.

4 – EXECUÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA

Todos os dias ouvimos falar de projetos de intervenção com vista à melhoria disto ou daquilo em vários contextos... mas como levá-los a cabo? – ... executando-os!

Nesta fase de execução prevê-se que sejam efetivadas as atividades definidas no planeamento, com a mobilização antecipada dos recursos necessários para que estas sejam realizadas, pois na sua análise, os objetivos da implementação do projeto não podem ser comprometidos.

Relembramos que **este projeto baseou-se nas diretrizes da metodologia SSC (2008)**, que em Portugal, segundo circular normativa da DGS (2010) se denomina de Via Verde Sépsis. Ao identificar a oportunidade de implementar este projeto, **pretendemos agilizar processos de melhorar a acessibilidade, a capacitação dos profissionais para a avaliação e tratamento dos clientes com suspeita de infeção, com a particularidade de aumentar a segurança, qualidade e visibilidade dos cuidados de enfermagem ao cliente com suspeita de infeção que recorre ao SUG.**

O planeamento do projeto implementação da VVS foi desenhado para um SUG de um Centro Hospitalar de Lisboa. A calendarização das atividades planeadas foi efetuada

através de uma representação gráfica ao longo do tempo, em cada barra da tabela do gráfico de *gantt*, sendo possível determinar sequencialmente em cada uma, o seu início, duração e fim (APÊNDICE V).

Apesar de cada atividade ter um período previsto para a sua execução este na sua realização não foi estanque, pois o percurso académico nem sempre coincidiu com as necessidades temporais e organizacionais do serviço, ou seja, apesar de todas as atividades terem sido iniciadas sofreram ajustes no seu desenvolvimento, pois dependeram da disponibilidade e resposta de outros intervenientes, pelo que a sua frequência e duração tornaram-se mais prolongadas do que previamente previsto, mas podemos validar atualmente que todas as atividades planeadas já foram concretizadas, não podendo dar algumas como concluídas porque se incluem num processo contínuo de monitorização.

Passamos a descrever as atividades executadas de acordo com os objetivos delineados:

1º - Para dar cumprimento ao objetivo específico, estabelecer circuitos e definir procedimentos, mobilizando os recursos necessários e a articulação com os diversos serviços de apoio, foram realizadas as reuniões programadas. Na preparação das reuniões houve a necessidade de levar escrito as ideias centrais para discutir, descrever quem foram os participantes presentes e redigir as opiniões individuais e decisões tomadas. Assim, após realizada a primeira reunião onde fomos nomeadas pela Enf^a. Chefe do serviço, elemento coordenador e dinamizador deste projeto, reunimos com o elemento coordenador e dinamizador da equipa médica nomeado pela Direção Clínica, e em parceria determinámos prioridades de ação, definimos quais os recursos e estratégias a adoptar para implementar este projeto. Contactámos os elos de ligação dos serviços de apoio e em parceria discutimos e definimos os procedimentos necessários aos diferentes níveis de intervenção, definimos o circuito e o respetivo encaminhamento mais adequado a este tipo de clientes, tendo em conta a realidade do nosso SUG.

A VVS visa identificar precocemente os casos de sépsis admitidos no serviço de urgência e instituir em tempo útil um conjunto de medidas que traduzem impacto no prognóstico do cliente. Pretendemos assim, que durante a realização do protocolo de TM, fossem identificados os potenciais clientes a incluir na VVS de acordo com os critérios de presunção de infeção e a avaliação dos parâmetros vitais que se justifiquem. A definição

do encaminhamento destes clientes foi baseada segundo o protocolo de encaminhamento/gestão do circuito do cliente já instituído no serviço e a sua articulação com o protocolo existente de TM.

Estes critérios foram apresentados à chefia e direção do serviço, os comentários legitimaram o facto da implementação deste protocolo não interferir com os dois protocolos já existentes, o protocolo da TM e o protocolo de encaminhamento/gestão do circuito do cliente, pelo que após terem sido aprovados, foram incluídos no protocolo interno de atuação elaborado na 2ª atividade programada.

2º - Para dar cumprimento ao objetivo específico, elaboração do protocolo interno de atuação no SUG, efetuamos uma revisão da literatura e utilizámos a ferramenta divulgada pela DGS (Anexo da Circular Normativa nº1/2010). Após troca de ideias via mail e encontros em reuniões com o elemento dinamizador da equipa médica definimos e desenvolvemos os conteúdos da primeira versão do protocolo. Assim, considerámos que durante a realização do protocolo de TM, fossem identificados os potenciais clientes a incluir na VVS, ou seja, todo o cliente admitido no SUG, que tivesse os critérios de presunção de infeção e apresentasse sinais ou sintomas suspeitos, deveria ser monitorizado pelo menos dois dos sinais fisiológicos de infeção (temperatura, frequência cardíaca ou respiratória elevada) e se na sua avaliação estes fossem superiores aos valores de referência (SIRS positivo) deveria ser ativada a Via Verde Sepsis, pelos enfermeiros, na Triagem, instituindo assim em tempo útil, medidas que melhoram a acessibilidade aos cuidados e traduzem impacto no prognóstico do cliente.

Preconizámos concomitantemente que teria de haver contacto telefónico entre o enfermeiro ativador e o médico a ativar, para informar da identificação/ encaminhamento/ localização do cliente com suspeita de infeção candidato à inclusão na VVS. Para facilitar este contacto, definimos que seria o médico gestor de balcão que receberia estas ativações através do seu nº de telefone móvel, à semelhança do contacto efetuado para o neurologista na ativação da Via Verde AVC, já implementada no serviço.

Para que os enfermeiros e outros profissionais interiorizassem esta informação, elaboramos um cartaz, que foi afixado na triagem, na sala de reanimação e no balcão geral, com a informação essencial do procedimento da ativação (APÊNDICE VI).

Para o atendimento de clientes incluídos no protocolo, pretendeu-se rentabilizar os recursos materiais relativos ao espaço físico, mobiliário, equipamentos e materiais informáticos já existentes. Ou seja, para a monitorização dos parâmetros vitais necessários (Temperatura, FC, FR e TA), preconizou-se a utilização dos monitores multifunções existentes nos diferentes sectores, para os contactos telefónicos os telefones fixos e móveis disponíveis no serviço são suficientes, assim como é satisfatório o equipamento existente para se proceder aos registos informáticos.

No passo seguinte da elaboração do protocolo interno de atuação, as intervenções foram definidas e direcionadas para a confirmação do diagnóstico, nesta fase as intervenções incluíam a avaliação dos sinais de hipoperfusão, com medição da PAs e do Lactato, através de monitorização da pressão arterial e realização de uma colheita de gasimetria ao cliente.

Para monitorização do lactato torna-se indispensável que a colheita de sangue por gasimetria seja o mais rapidamente efetuada, uma vez que constitui o 1º passo para a validação. Assim, preconizou-se que neste contexto esta análise gasimétrica, seja sempre processada no equipamento existente no serviço, rentabilizando o seu uso e permitindo o resultado imediato e incorporado automaticamente no registo do processo clínico informatizado do cliente, não sendo necessário o envio da colheita para o laboratório e aguardar o reenvio do resultado. Uma vez que se previa um ligeiro aumento de realização de gasimetrias, foi aumentado o stock deste tipo de seringas no serviço.

Na revisão da literatura efetuada, percecionámos que a colheita de sangue para hemoculturas é recomendada antes do início da antibioterapia, sendo no nosso serviço, efetuada pelos enfermeiros. Assim, na elaboração do protocolo interno de atuação, recomendámos que na colocação da cateterização periférica para um acesso venoso, seja logo efetuada a colheita de sangue para rotinas e culturas antes de iniciar antibioterapia (que deverá ser administrada na primeira hora após diagnóstico). Preconizou-se ainda que no que respeita à sua prescrição, assim como envio para o laboratório, estas deveriam ser

identificadas como VVS para se diferenciar como um produto de colheita prioritário no respetivo processamento.

Nesta fase evidenciámos também a responsabilidade profissional para o registo de horários em todas estas intervenções, pois só assim se conseguirá medir se estas foram ou não, efetuadas atempadamente.

Apesar do custo do consumo de frascos de hemocultura estar atribuído ao serviço de Microbiologia, pensámos ser prudente aumentar ligeiramente o stock de frascos existentes no serviço, uma vez que a norma atualizada preconiza uma maior colheita de sangue, sendo necessário utilizar o dobro dos frascos para cada hemocultura.

O facto de no contexto de sépsis, ser primordial a administração de antibioterapia na primeira hora, fez com que nas reuniões efetuadas com os serviços farmacêuticos se aferisse os stocks dos antibióticos, no sentido de diminuir as quantidades existentes no serviço e aumentar a sua variedade. Uma vez que o fornecimento da terapêutica é efetuada por dispensa automática de medicamento (pyxis), permite que a reposição seja quase imediata, mediante o consumo, possibilitando assim de acordo com as prescrições, conhecer os padrões de consumo associados ao tipo de infeção que o cliente apresenta.

Ficou da responsabilidade da Diretora dos Serviços Farmacêuticos a articulação com a Diretora do Serviço de Microbiologia, no sentido de estudar e definir os esquemas antimicrobianos para os principais focos de infeção e assim poder-se voltar a aferir mais tarde, quais e quantos antibióticos seriam de disponibilidade imediata no SUG.

De seguida pretendemos intervir nas medidas de ressuscitação, que após diagnóstico fornecem orientações para o tratamento do cliente nas primeiras seis horas - Bundles 6h da SSC (2008). Assim, a todos os clientes que iniciassem hipotensão deveria ser administrado fluidos em bólus seguido de vasopressores, até se conseguir uma medida de pressão venosa central (PVC) de 8 mm/Hg (DGS, 2010). As diretrizes da SSC (2008) determinam que na otimização hemodinâmica, a reposição da volémia deve ser agressiva, onde o volume deve ser infundido o mais rapidamente possível, e se houver necessidade do uso de

vasopressores, deve-se providenciar a cateterização através da colocação de um acesso central, para uma melhor monitorização.

No que respeita à gestão de cuidados, o algoritmo definido abrange o período de vinte e quatro horas – Bundles 24h da SSC (2008), onde é necessário continuar a reposição da volémia, o controlo da glicose e a manutenção da pressão respiratória em clientes com ventilação mecânica. Para cumprir com o tratamento adequado, necessitámos de recorrer a outros recursos, estabelecendo novos circuitos e procedimentos de articulação com os serviços de apoio, pelo que as reuniões efetuadas com os recursos humanos anteriormente identificados foram fundamentais para que se iniciasse este projeto de forma cooperativa e entusiástica, sendo que a envolvimento e colaboração de todos os intervenientes facilitou todo este processo mais complexo, pois atualmente o SUG não tem recursos humanos nem materiais disponíveis e necessários à monitorização e tratamento destes clientes incluídos no 4º passo do algoritmo de tratamento. Assim, nesta fase preconizou-se que após as 6h do protocolo de tratamento haveria a necessidade de se iniciar o contacto e articulação de toda a equipa multidisciplinar envolvida para a rápida transferência destes clientes para uma Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar.

No âmbito de orientação e cumprimento deste protocolo interno de atuação, criou-se um dossier para as Vias Verdes, colocado um separador para toda a informação pertinente baseada nestas diretrizes da SSC (2008) e foram afixados os algoritmos terapêuticos preconizados nas primeiras 6 horas e nas 24 horas - Sépsis Bundles.

Terminada a 1ª versão do protocolo, foi apresentada à Enfª Chefe do serviço e à Diretora clínica do SUG, tendo esta sido validada, pelo que testámos pessoalmente e posteriormente disponibilizámos a alguns elementos da equipa multidisciplinar que considerámos válidos para testar e recolher comentários e sugestões, antes de procedermos à versão final e sua divulgação (APÊNDICE VII).

3º - Para dar cumprimento ao objetivo específico, atualizar, no âmbito das boas práticas, normas de procedimento de enfermagem, necessárias à implementação da VVS, efetuamos revisão da literatura e detetámos a sua inexistência e desatualizações no que respeita às boas práticas no procedimento de cateterização periférica, colheita de sangue para hemoculturas e intervenções de enfermagem na colocação, monitorização e registo da

cateterização venosa central. Uma vez que também verificámos que as normas existentes também não eram transversais a todos os serviços do Centro Hospitalar, tal como estava planeado, efetivámos as reuniões com a Enf.^a Chefe do SUG, com a Enf.^a da Comissão de Controlo e Infeção Hospitalar (CCIH) e a Diretora do Serviço de Microbiologia, e definiu-se os grupos de trabalho entre as equipas multidisciplinares, atribuíram-se responsabilidades para a sua atualização, desenvolvimento e divulgação, apresentamos um exemplar em apêndice (APÊNDICE VIII). Em síntese, trabalhámos em parceria com a Enf.^a responsável da CCIH na área da cateterização periférica e central e com a Dr.^a responsável do serviço de microbiologia na área das colheitas para culturas. Após a sua realização estas foram apresentadas ao En.^o Diretor para aprovação e respetiva divulgação para uniformização de procedimentos entre serviços.

4º - Para dar cumprimento ao objetivo específico, construir um novo instrumento de registo no processo clínico informatizado do cliente, efetivámos as reuniões com os responsáveis dos sistemas de informação, onde foi planeado a criação de um símbolo de “alerta” na aplicação informática, que ficasse visível sempre que se aciona na triagem, um protocolo via verde sépsis. Nestas reuniões abordou-se também a necessidade de elaborar um registo designado informaticamente template de enfermagem, onde a informação da primeira avaliação na triagem transitasse automaticamente para o processo clínico informatizado e assim se iniciasse os primeiros registos informatizados que correspondem ao primeiro passo do protocolo VVS, garantindo assim a identificação da suspeita de infeção de acordo com os critérios definidos, dando maior visibilidade à intervenção de enfermagem neste processo de identificação e acessibilidade do cliente. Para dar continuidade ao registo clínico, preconizou-se que através do preenchimento de um formulário informático seria possível dar continuidade às intervenções da equipa multidisciplinar necessárias e preconizadas pelo protocolo, pelo que foi elaborada uma primeira versão do formulário de registo, à semelhança de um check-list das intervenções preconizadas na abordagem e tratamento adequado ao cliente com suspeita de infeção e que permitisse a continuidade de cuidados. Esta versão foi apresentada em suporte de papel à chefia e direção do serviço e aos responsáveis dos sistemas de informação para ser validada, tendo sido testada a sua funcionalidade e aplicada informaticamente no processo clínico, pelos responsáveis do serviço de sistemas de informação (APÊNDICE IX).

Não se encontrava inicialmente planeado, mas foi identificado no decorrer das reuniões com os serviços referidos anteriormente, a possibilidade de definir, através da aplicação informática existente, um protocolo de prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), onde a identificação, colheita ou realização, meio de transporte e resultados dos produtos ou exames efetuados, fossem prioritários.

Houve necessidade de reunirmos novamente com a diretora clínica para que fossem agilizados os processos com os serviços de apoio intervenientes no sentido de, integrar as requisições de MCDT's preconizadas neste âmbito, e que estas fossem geradas como pedidos de colaboração automáticos para as respetivas listas de trabalho dos profissionais de saúde, dentro do seu campo de ação. Ficou atribuída também esta responsabilidade aos serviços de sistema de informação no sentido de agilizar, informatizando este processo para que todos os profissionais de saúde pudessem ter acesso de consulta e registo, promovendo e garantindo o processo comunicacional entre a equipa multidisciplinar e promoção da continuidade de cuidados ao cliente.

Neste processo de reuniões com o serviço de sistemas de informação relativamente aos registos, foi ainda levantada a hipótese de falha informática e a respetiva inexistência de indicadores como um problema, pelo que foi solicitado aos responsáveis deste serviço a elaboração de um plano de contingência no que se relaciona à necessidade de efetuar os respetivos registos em suporte de papel e no que se relaciona à obtenção de indicadores que monitorizem a aplicação e o cumprimento do algoritmo do protocolo VVS. Efetuámos nova reunião com o elemento dinamizador da equipa médica e definimos os indicadores necessários no sentido de entregarmos como proposta à chefia do serviço e direção clínica para que estes fossem validados e assim posteriormente podermos solicitar aos responsáveis dos sistemas de informação a sua elaboração informática e que estes fossem disponibilizados como indicadores de gestão (APÊNDICE X).

5º - Para dar cumprimento ao objetivo específico dotar os profissionais de conhecimentos nesta área problemática e capacitá-los, efetivámos as reuniões programadas entre os Coordenadores do projeto VVS, os Elos dinamizadores dos diferentes serviços de apoio e a Responsável do Centro de Formação.

A primeira tomada de decisão no que se relaciona à formação dos profissionais recaiu na equipa de enfermagem que ativa o protocolo, pelo que o nosso foco de atenção centrou-se nos enfermeiros que fazem triagem. Formar estes profissionais foi uma das prioridades para que estes interiorizem qual o seu papel e funções neste processo de identificação precoce e eficácia na ativação do protocolo, ou seja na primeira hora de contacto do cliente com os cuidados de saúde.

Planeámos e elaborámos cinco sessões de sensibilização/divulgação/formação em serviço, para a equipa de enfermagem (APÊNDICE XI), convocámos elementos chave para integrarem a formação, seleccionámos aqueles que são considerados uma referência para a equipa, tendo sido os enfermeiros chefes de equipa ou segundos elementos que elaboraram e apresentaram os casos clínicos.

No sentido de validar uma melhor compreensão da implementação deste projeto, nestes momentos foi igualmente proporcionado a divulgação da 1ª versão do protocolo interno de atuação, as normas de procedimento atualizadas, a definição dos registos preconizados pelos profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos, assim como outras informações que foram consideradas pertinentes.

Através das convocatórias da responsável do Centro de Formação reuniu-se os intervenientes especializados e programou-se a respetiva formação específica e diferenciada para a equipa multidisciplinar do Centro Hospitalar. Integrámos a equipa organizadora, que após definição de objetivos do curso e seleção das temáticas a abordar, elaborámos o programa (APÊNDICE XII). Considerámos pertinente convidar outros profissionais peritos, tendo em conta os temas específicos do programa elaborado e a sua envolvência no projeto, para tal seleccionámos 6 preletores da equipa multidisciplinar de diferentes serviços de apoio que já possuíam o Curso de Sépsis (frequentado no ano de 2010 na ARS do Norte), que aceitaram integrar o grupo de formadores do Curso Via Verde Sépsis do Centro Hospitalar.

6º - Para dar cumprimento ao objetivo específico, efetivar a implementação da VVS e programar o processo de monitorização do cumprimento do protocolo interno de atuação no SUG, tivemos de aguardar que todas as atividades anteriores estivessem concluídas para

reunir com a chefia de enfermagem e direção clínica do SUG. Apresentámos os indicadores que tínhamos definido, para revisão e aprovação. Discutimos qual o processo de monitorização do cumprimento do protocolo interno de atuação, mas não foi deliberada nenhuma decisão. Uma vez que já se encontrava disponível o instrumento de registo informático elaborado, foi deliberada pela chefia e direção do SUG, que a data de início de implementação efetiva da Via Verde Sépsis fosse no mês de Junho de 2012.

Chegado o momento de refletir sobre o trabalho desenvolvido e o que ainda resta desenvolver, estamos convictos que de acordo com esta metodologia, as estratégias definidas foram as mais pertinentes e eficazes, na medida que nos permitiram refletir sobre os vários aspetos na envolvência da sépsis, tentando compreender o papel do enfermeiro perante esta problemática, assim como tudo o que envolve a implementação de um projeto de intervenção em serviço. Durante a fase de execução focamos a nossa atenção nas atividades a realizar com a equipa, identificando e mobilizando os diversos recursos e a necessidade de cumprir o cronograma elaborado. A preocupação com a qualidade na sua execução, fomentou o nosso espírito de liderança rumo aos objetivos.

Destacamos que para além do enorme espírito de trabalho em equipa, foram essenciais os “talentos individuais” de cada interveniente, pois com criatividade e participação ativa nos grupos de trabalho foi possível materializar as estratégias definidas, evidenciando-se assim o comprometimento coletivo do grupo com o nosso projeto. A concretização das atividades descritas e o esforço depositado em manter um bom desempenho em todas as etapas de consecução do projeto, proporcionaram o nosso desenvolvimento relativo às capacidades de comunicação, de liderança, de gestão e condução de reuniões.

A análise do cronograma verifica a solidez do planeamento do projeto, e se os prazos esperados são realistas ou alcançáveis (Ferrito et al, 2010), pelo que o essencial não é só descrever e analisar as atividades planeadas e as efetuadas, é também efetuar a análise do cumprimento temporal do cronograma planeado e do executado, pelo que remetemos esta análise para o ponto da descrição da etapa da avaliação.

Realçamos o quanto foi gratificante implementar o projeto académico simultaneamente em contexto de trabalho, proporcionando outra visibilidade e aceitação, assim como

colaboração e empenho dos profissionais na medida que este ia decorrendo, não tendo sido “mais um projeto a ficar guardado na gaveta”.

Em resumo, esta análise sumária do planeamento e da execução da implementação deste projeto obrigou ao conhecimento prévio da incidência do problema e suas necessidades, para definir e calendarizar as atividades. No decorrer das atividades verificou-se a necessidade de antecipar aquelas que se encontravam interligadas e adiar aquelas que dependiam da execução e conclusão de outras.

A adoção e promoção de boas práticas, assim como a identificação de riscos e obstáculos, permitiram-nos intervir precocemente ao longo do desenvolvimento do PIS e assim refletir nas falhas ou desvios e aplicar medidas corretivas, sistemas alternativos e de avaliação para poder minimizar os potenciais problemas.

A oportunidade de efetuar a análise dos fatores de risco permitiu-nos uma melhor compreensão da natureza do projeto. Na sua análise realçamos que a implementação deste projeto aparentemente tinha baixo risco, uma vez que foi baseado em evidência científica através das diretrizes da SSC (2008) e na norma elaborada pela DGS (2010), também por se encontrar em fase embrionária a nível nacional também o considerámos ser de baixa competitividade.

Durante o planeamento deste projeto, como constrangimento já prevíamos que o tempo das diferentes fases de concretização poderia não ser exatamente cumprido, uma vez que se encontrava inter-dependente da resposta e da articulação e disponibilidade de diversos profissionais da equipa multidisciplinar e da resposta atempada dos diferentes serviços de apoio.

Conseguir manter sempre presente um forte espírito de equipa e conseguir envolver os profissionais intervenientes neste processo, foi fundamental para que surgisse motivação rumo ao cumprimento dos objetivos traçados. A constante preocupação com a qualidade e a obtenção de mais conhecimento permitiu o desenvolvimento, a colaboração e criação de respostas rápidas, organizadas e adequadas às necessidades, tanto da equipa multidisciplinar do serviço, como dos intervenientes dos serviços de apoio.

Durante o planeamento tínhamos previsto que os encargos financeiros poderiam estar relacionados com a formação dos profissionais, no que respeita às horas de trabalho acrescidas, tanto dos formandos como dos formadores. Estes encargos foram contabilizados em horas de trabalho, não se traduzindo em prejuízo significativo nem para o trabalhador nem para o serviço, pelo que não constituíram qualquer barreira para a sua implementação.

Outro dos encargos previstos prendeu-se com a gestão de recursos materiais, relacionada com o processo de compra, armazenagem, distribuição e utilização. O custo total de aquisição corresponde ao somatório do custo da aquisição, encomenda, armazenagem e posse de stock (Rolo, 2008). No serviço de urgência a responsabilidade pelo pedido e reposição do material de consumo clínico e administrativo é de um assistente operacional, mas os níveis de stock, a manutenção, conservação, funcionamento dos materiais e equipamentos, assim como dos produtos farmacêuticos é da responsabilidade das enfermeiras coordenadoras. Estas validam que a sua reposição é mediante justificação de consumo, estando despertas para ajustar e reduzir stocks sempre que se justifique, pois tal como refere Chiavenato (2007) os stocks representam custos para as empresas, pelo que se não houver um atempado financiamento, poderá surgir como obstáculo à sua implementação, mas em nenhuma destas situações verificou-se que este tipo de encargos fomentassem a criação de barreiras que podessem provocar o impedimento da sua concretização.

Também no planeamento antevíamos outro obstáculo que se prendia com a definição do tipo de realização de registos em simultâneo com os do protocolo de TM, pois seria necessário avaliar outros sinais ou sintomas não incluídos no protocolo existente, o que poderia aumentar os tempos de realização de triagem, que também são sujeitos a auditorias, pois no atual protocolo de TM ainda não estão contemplados os critérios de avaliação para inclusão de clientes nas Vias Verdes existentes. Pela experiência vivida e pelas auditorias internas efetuadas pelos elementos da coordenação de enfermagem, validamos que a avaliação inicial do cliente passível de ser incluído numa via verde sépsis, aumenta os tempos de realização de TM uma vez que há necessidade de complementar com outras avaliações e registos. Assim, consideramos pertinente reunir com a equipa

coordenadora e informamos através de um relatório via email, o Grupo Português de Triagem (GPT) da situação inerente á inclusão de vias verdes no protocolo TM, à qual obtivemos resposta de validação da necessidade.de reestruturação deste protocolo, tendo o GPT informado que irão proceder a uma 2ª versão de TM.

Constatou-se assim, que os custos deste projeto não foram significativos nem obstáculos para a sua implementação, pelo que após o termos finalizado, enviamos para a Chefia do SUG e Direção de Enfermagem, assim como Direção Clínica do SUG e Conselho de Administração do Centro Hospitalar para aprovação. Atualmente esta foi concedida verbalmente, aguardamos ainda que seja anunciada institucionalmente por escrito e a nível nacional.

5 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO

A avaliação é contínua e dinâmica em todas as fases da metodologia do projeto, implicando a comparação entre os objetivos definidos e os atingidos (Leite, *et al.*, 1993) citado por Ferrito, *et al.*, (2010). Esta autora refere ainda que a avaliação pode ser apenas um juízo de valor, mas mede a qualidade pelos resultados do projeto, pelo que a sua monitorização deve ter continuidade e não ser deixada “ao acaso”.

Para avaliar a implementação deste projeto foi necessário definir quais os indicadores de avaliação, estes segundo Abreu (2007), podem ser entendidos como um instrumento produtor de informação quantificável.

Os indicadores de avaliação previamente definidos foram: - a realização de todas as reuniões programadas com os diversos intervenientes; - a elaboração e respetiva divulgação do protocolo interno de atuação da VVS no SUG; - a identificação, atualização e divulgação das normas de procedimento de enfermagem elaboradas, necessárias à implementação do projeto VVS; - a construção de um novo instrumento de registo, seu desenvolvimento na aplicação informática e disponibilização no processo clinico informatizado do cliente; - a realização das formações programadas; - a implementação do projeto e a programação de indicadores de monitorização de cumprimento do protocolo.

Nesta fase pretendemos quantificar e qualificar os objetivos traçados e determinar o sucesso da implementação deste projeto. Pelo que ao avaliar objetivo a objetivo podemos referir que:

Conseguimos cumprir na totalidade o **1º objetivo**, tendo realizado todas as reuniões programadas, no entanto foi necessário reajustar os tempos preconizados para a sua realização e seu desenvolvimento, uma vez que apesar das reuniões estarem programadas, não se encontrava definido o tempo de duração de cada, nem a sua frequência, pelo que foi necessário efetivar ao longo de todo o desenvolvimento do projeto, reuniões de curta duração e com maior frequência, do que inicialmente se tinha planeado. Mas, através do indicador de avaliação definido, podemos validar o cumprimento deste objetivo.

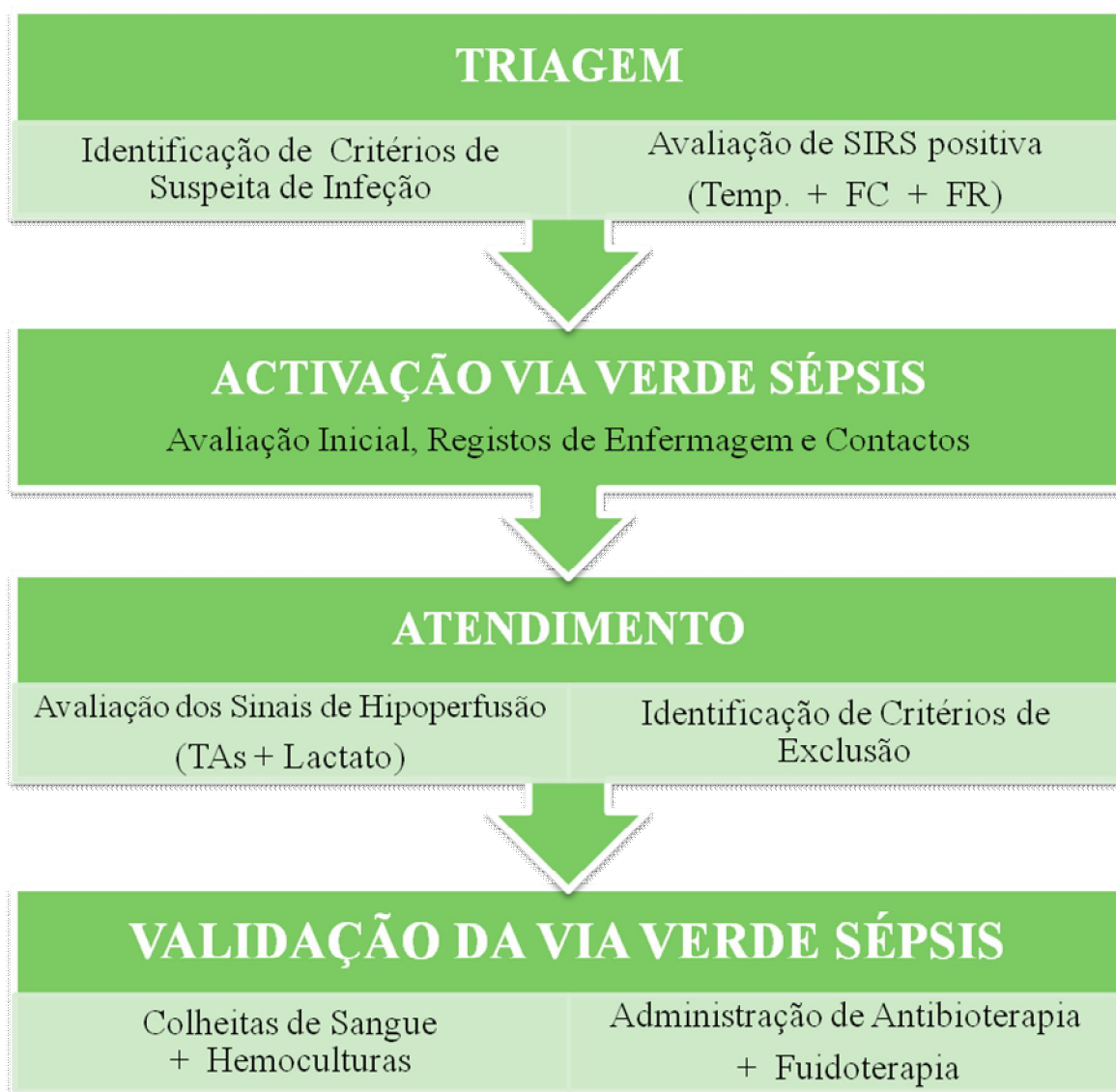
No que respeita ao **2º objetivo**, conseguimos efetivar o protocolo interno de atuação conforme planeado, tendo sido concretizado em duas fases, a primeira versão após validação pela chefia e direção do serviço, foi disponibilizada à equipa e acabou por ser divulgada nos momentos formativos preconizados, após recolha de comentários e sugestões, no final de todas as formações, (facto que só aconteceu após termino do 2º CPLEE e início deste 2º Mestrado), procedemos à realização da versão final, tendo esta sido validada e ficado disponibilizada no *dossier* uma versão (de consulta rápida) de documentação das vias verdes criado para o serviço, pelo que através do indicador de avaliação definido, consideramos também ter cumprido na totalidade este objetivo.

Segundo Harvey, citado na página da internet da SSC (2008), os enfermeiros conseguem implementar quase todas as recomendações. Bell citado no mesmo *site* da SSC (2008:4) refere que *“num protocolo a seguir, todos os clientes são tratados de forma sistemática, todos os profissionais sabem o que esperar de seguida (...), o processo poderia prosseguir, quer o médico esteja lá ou não, porque uma vez iniciado o protocolo, todos sabem o que fazer. Isso tem feito a diferença.”*. A SSC (2008) cita ainda Harvey quando aborda a avaliação dos resultados para ajustar os processos, descrevendo que os enfermeiros são os profissionais que frequentemente recolhem e registam os dados necessários, e só assim se consegue avaliar o decorrer da campanha e os resultados da sua implementação.

O bom desempenho em todas as etapas, deve traduzir os resultados esperados.

No sentido de melhorar a compreensão, nesta avaliação efetuámos uma síntese relativamente à definição dos procedimentos de enfermagem incluídos neste protocolo, pelo que elaboramos o seguinte fluxograma, de acordo com o que é pretendido para o cumprimento do protocolo interno de atuação:

FLUXOGRAMA 1 - PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NO PROTOCOLO VVS



Os protocolos e as normas de procedimento refletem o conhecimento atual, servindo de guia orientador de boas prática, no sentido de facilitar e melhorar o desempenho dos profissionais. Estes segundo Nunes (1999) devem ser sujeitas a permanente aperfeiçoamento e atualização. Tivemos como **3º objetivo**, atualizar no âmbito das boas

práticas, as normas de procedimento de enfermagem necessárias à implementação da VVS. Para o cumprir tivemos de rever a literatura existente e efetuar observação e reflexão da prática, pelo que identificaámos e detetámos a importância de melhorar a realização, monitorização e registo dos procedimentos em torno da cateterização periférica e central, assim como na realização da colheita de sangue para hemoculturas. Tivemos de recorrer aos profissionais dos respetivos serviços de apoio, pedindo a sua colaboração na criação de grupos de trabalho, para as realizar e/ou atualizar e validar. Após delegação e cumprimento destas tarefas, estas foram cumpridas, aferindo-se durante este processo, os tempos de realização para a sua concretização, finalização e validação, ficando por realizar, dentro do contexto do 2º CPLEEMC, o processo da sua divulgação. No entanto, no contexto deste 2º MEMC, já foram difundidos na intranet do Centro Hospitalar, os **documentos orientadores de boas práticas** atualizados pelos serviços responsáveis, onde estão agregadas as normas abordadas. Estas normas foram ainda colocadas em suporte de papel e incorporadas no *dossier* do Manual de Normas de Procedimento de Enfermagem do SUG, disponível no serviço, no sentido de melhorar a acessibilidade e orientar uniformizando procedimentos, assim como otimizar resultados cruciais no âmbito da prevenção, diagnóstico e tratamento dos clientes com suspeita ou confirmação de infeção, refletindo assim as boas práticas preconizadas e publicadas pela DGS (2008). De acordo com o indicador de avaliação definido, consideramos ter cumprido este objetivo

Para dar cumprimento ao **4º objetivo** tivemos de realizar diversas reuniões com os responsáveis dos sistemas de informação, para criar “o alerta informático” que simboliza a ativação da via verde pelo enfermeiro da triagem, no processo clínico informatizado do cliente. Para a elaboração de um registo único (*template*) dos critérios de ativação na aplicação informática existente, efetivámos novas reuniões. Foi necessário efetuar uma reorganização das reuniões, tendo estas sido mais curtas mas mais frequentes do que estavam planeadas. Para a criação de um formulário de registo com as intervenções preconizadas no protocolo interno de atuação tivemos de proceder a uma primeira versão em suporte de papel, que apresentámos à chefia e direção do serviço e posteriormente aos responsáveis dos sistemas de informação que validaram a sua aplicabilidade informaticamente e a disponibilizaram como um instrumento de registo comum da equipa multidisciplinar. Assim, atualmente todos estes registos informáticos são possíveis de se efetivar, pelo que avaliamos como cumprido este objetivo.

No entanto gostaríamos de salientar que após disponibilização do formulário de registo informático à equipa, foram recolhidas novas opiniões e sugestões pertinentes acerca da migração e conteúdo dos registos, mas não houve possibilidade de efetuar qualquer alteração pela implicação de encargos financeiros entre empresas, ou seja, não se encontra previsto autorização para nova versão de formulário de registo na aplicação informática.

O facto de não ter sido previsto durante a fase de planeamento, e ter sido detetado nas reuniões efetuadas durante a fase de execução, a necessidade relativa à definição e criação de um protocolo de prescrição de MCDT`s através da aplicação informática. Tivemos a possibilidade de o concretizar, tendo sido este processo uma mais-valia na complementariedade da sistematização das intervenções necessárias dos profissionais de saúde no que respeita ao diagnóstico e tratamento do cliente com suspeita de infeção.

Também durante a fase de execução foi levantado o problema da possível falha informática e a inexistência de apresentação da definição de indicadores que monitorizem automaticamente através dos dados informáticos o cumprimento do algoritmo do protocolo interno de atuação, foi-nos comunicado por parte dos serviços de sistemas de informação, que por escassez de recursos humanos e aumento dos encargos financeiros esta etapa também não poderia ser concretizada.

O facto das atividades anteriores não terem sido contempladas na fase de planeamento fez-nos refletir nas lacunas agora identificadas, que antecipadamente poderiam trazer outro aperfeiçoamento ao projeto. No entanto o desenvolvimento deste projeto é contínuo, podendo em todas as suas fases serem introduzidas medidas que melhorem ou corrijam as intervenções planeadas, no sentido de minimizar ou resolver os problemas que vão surgindo ao longo do planeamento, execução e avaliação da implementação do PIS.

Das reuniões programadas entre os Cordenadores do projeto VVS, os Elos dinamizadores dos diferentes serviços de apoio e a Responsável do Centro de Formação, avaliamos que foram todas realizadas, e das quais resultaram a programação de algumas das formações que chegaram a ser efetivadas, pelo que de acordo com o indicador de avaliação podemos afirmar que cumprimos com este 5º objetivo.

Nas cinco formações em serviço efetuadas, comparaeceram cerca de 60 enfermeiros, 48 dos quais integrados no setor da triagem, que correspondem à sua totalidade. Conseguimos

envolver os elementos chave das diferentes equipas através da sua colaboração na apresentação de casos clínicos, aproveitámos estes momentos para refletir sobre a prática e discutir qual a melhor forma de identificar os clientes candidatos à Via Verde, como efetuar melhor a ativação deste protocolo, e o tipo de registo de enfermagem preconizado, enquadrámos ainda o papel do enfermeiro na abordagem e tratamento destes clientes e as suas funções no algoritmo terapêutico. Este momento serviu também de momentos de partilha, onde também se abordaram outras informações para melhor compreensão e agilização deste processo.

Na primeira formação proporcionada pelo Centro de Formação, direcionada apenas para os profissionais do SUG, compareceram 18 formandos num total previsto de 20, dos quais 15 eram enfermeiros e 3 médicos. Apresenta-se os resultados da avaliação desta 1ª formação (APÊNDICE XIII). Atualmente, e já em contexto extra 2º CPLEE, foram programadas e realizadas mais 4 cursos de formação VVS. Nas quais compareceram 46 médicos das especialidades médicas, 20 enfermeiros da UCI e 20 enfermeiros do SUG. Assim sendo, já foram formados através do Centro de Formação 104 profissionais da equipa multidisciplinar.

Apesar de podermos afirmar que no âmbito académico, o cumprimento do programa formativo proporcionou a concretização do 5º objetivo proposto, em contexto de trabalho não teve a sua finalização, pela necessidade de se formar continuamente os profissionais, assim como para avaliar o conhecimento e as capacidades destes profissionais teremos de incluir outros indicadores de avaliação direcionados para a observação da práxis clínica e monitorização dos dados obtidos na aplicação do protocolo, assim como a tradução e interpretação dos resultados na saúde dos clientes.

No que respeita à análise do cumprimento do 6º objetivo, efetivar a implementação do projeto VVS e programar o processo de monitorização do cumprimento do protocolo interno de atuação no SUG, podemos refletir que este objetivo poderia ter estado comprometido se os outros anteriores não tivessem sido cumpridos, pois só poderíamos executar as atividades planeadas para este objetivo, após as anteriores terem sido realizadas. No âmbito do cumprimento destes objetivos foi necessário realizar novas reuniões para definir e criar indicadores qualitativos e quantitativos, apresentá-los à chefia

e direção do serviço para a sua aprovação. Após entrega da primeira versão da proposta apresentada para recolha de indicadores através da aplicação informática, não obtivemos respostas, nem por parte da direção clínica no que se relaciona ao conteúdo, nem por parte dos serviços de sistemas de informação no que se relaciona com a possibilidade da sua aplicabilidade. Pelo que no final do 2º CPLEEMC ainda aguardávamos decisões superiores no que se relaciona à sua validação e à definição de critérios e periodicidade de controlo e monitorização do cumprimento do protocolo interno de atuação. No entanto foi deliberada verbalmente pela Direção do Serviço e Conselho de Administração do Centro Hospitalar, a existência de uma VVS, com início de implementação efetiva em Junho de 2011, pelo que através dos indicadores de avaliação definidos, consideramos que cumprimos com este objetivo, no entanto encaramos o fato de não o podermos dar como concluído, uma vez que possui características indeterminadas no tempo.

Em suma, na análise global da experiência destaca-se que o grande desafio da implementação deste projeto prendeu-se com a formação dos profissionais, pois o elevado nº de elementos constituintes da equipa multidisciplinar não facilitou nem se traduziu num rápido processo de formação e divulgação do protocolo de atuação. No entanto, apesar do cronograma delineado não ter sido exatamente cumprido, no que se relaciona ao timing preconizado para iniciar e concluir cada atividade, estas já foram todas efetivadas, embora algumas precisem de ser continuadas, como por exemplo a da área da formação.

Consideramos ter sido um elemento promotor na construção de cuidados inovadores, na motivação de equipas, no desenvolvimento do conhecimento e da formação, na capacitação dos profissionais, na pesquisa e reflexão dos nossos atos de “cuidar em enfermagem”, nomeadamente aos clientes com suspeita de infeção, pelo que esta experiência para nós já obteve o sucesso pretendido.

Nesta fase já são esperados resultados ao nível do desenvolvimento de competências e resolução de problemas, pelo que no ponto a seguir e já em contexto extra 2º CPLEE MC, consideramos que demosntramos a sua continuidade, através da proposta de recolha e obtenção de dados assentes numa pesquisa efetuada aos registos dos processos clínicos informatizados, apresentando os resultados no ítem seguinte.

Leite et al., (1993) citado por Ferrito et al. (2010) refere que a avaliação da metodologia de projeto é contínua, dinâmica e complexa, pelo que na apresentação e análise seguinte pretendemos apenas que esta sirva de pré-teste, sensibilizando e apoiando a chefia e direção do serviço na tomada de decisão final, de selecionar os indicadores que mais satisfaçam as necessidades de investigação e o maior envolvimento de outros membros da equipa e de outros serviços, nomeadamente os serviços de destino dos clientes após admissão no SUG, para lhe dar continuidade.

5.1– Apresentação dos dados obtidos do cumprimento do protocolo interno de atuação VVS, após um ano de implementação do projeto.

Após planeamento, elaboração, análise e avaliação das etapas de implementação, tornava-se imperativo definir e planear a investigação para conhecer e compreender a realidade.

Inicialmente não estava previsto que este trabalho de projeto obtivesse uma vertente de investigação, pois seria um processo com base científica mais complexo e moroso. No entanto, durante o nosso percurso de frequência do 2º MEMC considerámos ser pertinente a realização de uma recolha, apresentação e interpretação dos dados obtidos através da pesquisa nos registos efetuados, no que se relaciona ao cumprimento do protocolo interno de atuação, após um ano de implementação deste projeto. Apesar desta recolha não se enquadrar numa vertente de investigação formal, não menosprezámos o cumprimento dos princípios éticos, no que diz respeito aos respetivos pedidos de autorização e às exigências do conhecimento não porem em causa os direitos da Pessoa. Pretendíamos assim dar continuidade ao projeto iniciado no âmbito do 2º CPLEEMC e em contexto de trabalho, através da sensibilização e agilização das tomadas de decisão da chefia e direção do serviço, para a implementação de um processo de monitorização eficaz com definição e realização de auditorias e assim dar uma resposta mais eficaz ao nosso 6º objetivo.

Segundo Fortin (2003), este poderá ser um método particular de aquisição de conhecimentos, de uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões, que pressupõe não só um conhecimento profundo do tema estudado como também do processo de investigação. Conscientes que para efetuar um tipo de estudo aprofundado de

acordo com esta autora, seria necessário delimitar uma questão de investigação, efetuar a descrição dos objetivos que pretendemos atingir com o estudo, definir o desenho de investigação, a metodologia, instrumento a utilizar na colheita de dados, a forma de apresentação, tratamento e análise dos dados. Baseadas nesta fundamentação e ao efetuar esta primeira recolha e atual apresentação e interpretação dos dados, podemos comprovar que o planeamento da investigação é outro dos passos pretendidos após término deste mestrado, no sentido de posteriormente dar continuidade a este projeto.

Este projeto esteve centrado no tema Implementação da VVS no SUG, foi neste contexto que pretendemos apresentar dados que contribuam para a (re) definição de uma política de gestão e melhoria na prestação de cuidados de saúde nesta área de intervenção.

Sobre o grau de importância da definição da metodologia, Fortin (2003) refere que a fase metodológica é aquela que operacionaliza o estudo, precisando o tipo de investigação, os objetivos e as definições operacionais das variáveis, a população e o meio onde se desenrola o estudo.

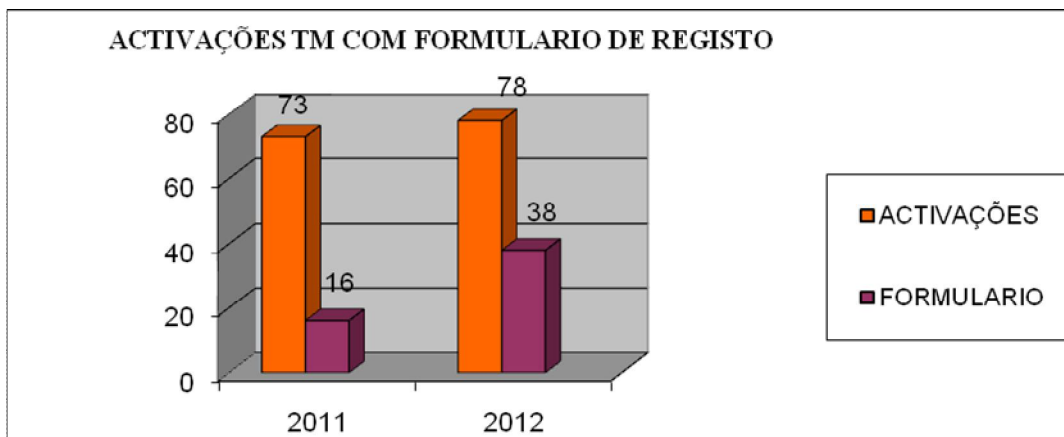
Ao relatarmos o percurso de recolha dos dados, podemos referir que este se iniciou com a pesquisa dos primeiros registos informáticos efetuados pela equipa multidisciplinar, o que correspondeu a um período de um ano, com início no 2º semestre do ano de 2011 (junho a dezembro) e terminando no final do 2º semestre de 2012 (janeiro a junho), constituindo assim, a nossa apresentação dos primeiros resultados obtidos no primeiro ano de implementação do protocolo de atuação VVS. A compilação destes dados foi realizada através do programa informático Excell, com a exposição dos dados estatísticos recolhidos em apêndice (APÊNDICE XIV).

O universo da nossa recolha foram todos os clientes que recorreram ao SUG no 2º semestre de 2011 e 1º semestre de 2012, que corresponderam a cerca de 104.000 clientes.

Segundo Fortin (2003, p.373) uma população é “*um conjunto de todos os sujeitos ou elementos de um grupo bem definido que apresentam em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação*”. Assim sendo, definimos como critérios de elegibilidade na delimitação da nossa população alvo, todos os registos de clientes identificados com critérios de presunção de infeção e SIRS positivo, que corresponderam a **165 clientes**, ou seja os 151 clientes identificados na triagem e 14

clientes identificados posteriormente nos setores de atendimento, tal como demonstramos nos gráficos seguintes.

GRÁFICO 2 - NÚMERO TOTAL DE ATIVAÇÕES VVS NA TRIAGEM E RESPECTIVOS FORMULÁRIOS DE REGISTO



De acordo com o gráfico apresentado, no 2º semestre de 2011 na triagem efetuada pelos enfermeiros, foram identificados 73 clientes com critérios de inclusão na VVS, ou seja foram efetivadas 73 ativações, das quais 16 corresponderam à avaliação do cliente com continuação de registo clínico no formulário VVS, concluindo assim o 1º passo do algoritmo de identificação de clientes com suspeita de infeção, candidatos à inclusão na VVS do SUG.

No 1º semestre de 2012 foram identificados pelos enfermeiros, logo na triagem, 78 clientes candidatos à VVS, das quais tiveram continuação de registo clínico através de formulário VVS, 38 clientes com suspeita de infeção, incluídos no 1º passo do algoritmo do protocolo interno de atuação.

Assim, na totalidade das triagens foram identificados pelos enfermeiros, 151 clientes com sinais ou sintomas sugestivos de infeção, passíveis de ser incluídos no protocolo VVS, obtendo uma amostra de 54 clientes passíveis de serem estudados, o que correspondeu a cerca de 36% dos clientes identificados na triagem como candidatos à VVS.

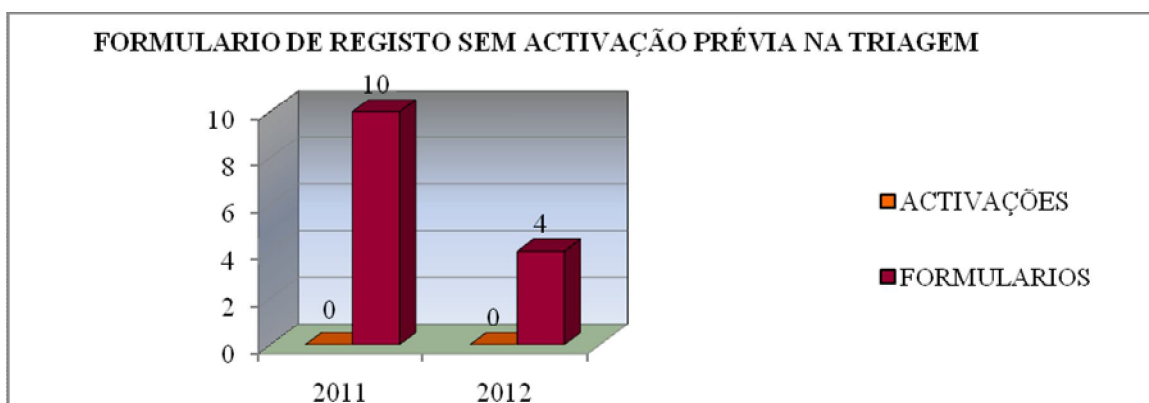
Na interpretação destes resultados podemos refletir sobre o desconhecimento, défice de comunicação e/ou falha de informação entre o 1º passo efetuado na triagem e o 2º passo do algoritmo efetuado no setor para onde foi encaminhado o cliente. Teóricamente podemos

comparar este problema de incumprimento da continuidade do protocolo, tal como tinha sido identificado como potencial problema, pela SSC (2008).

Estes resultados não nos permitiram obter dados de confirmação da suspeita dos 97 clientes que não obtiveram registo clínico, o que corresponde a uma ausência de registo de cerca de 64%, constatando-se assim, a necessidade de se implementar medidas corretivas para colmatar estas falhas de comunicação e de continuidade de registo.

À recolha destes primeiros dados, acrescentamos o gráfico seguinte, que corresponde às ativações efetuados pelos enfermeiros, agora não na triagem, mas já no setor de atendimento para onde o cliente foi encaminhado, ou seja, após o cliente ter sido admitido no SUG, não foram detetados pelo enfermeiro critérios de suspeita de infeção, e após o seu encaminhamento para o setor preconizado pelo protocolo de TM e de encaminhamento/gestão de circuito do cliente no serviço, aquando a sua abordagem e avaliação, identificam-se os respetivos critérios e inicia-se o respetivo registo no formulário, com continuidade na reavaliação clínica.

GRÁFICO 3 - NÚMERO DE FORMULÁRIOS DE REGISTO, SEM ATIVAÇÃO PRÉVIA NA TRIAGEM



Na interpretação destes resultados, podemos afirmar que foram efetuados no total do primeiro ano de implementação do protocolo VVS, 14 registos que não corresponderam a ativações prévias na triagem, mas que podemos relacionar estes dados com o facto dos profissionais se encontrarem despertos para os critérios de suspeita de infeção, tendo iniciado o seu registo no formulário VVS no setor de atendimento, identificando estes clientes como possíveis candidatos à inclusão na VVS. Assim, considerámos que estes 14 clientes que tiveram registos no formulário VVS, também fizessem parte da nossa amostra.

Para Fortin (2003), a amostra é um subconjunto ou um grupo que faz parte da população, sendo as características da amostra uma representação da população. O método de amostragem segundo a mesma autora é o não probabilístico, ou seja cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra. Assim sendo, a nossa **amostra é intencional, constituída por 68 clientes com suspeita de infecção**, dos quais 53% (36) são do género feminino e 37% (32) são do género masculino, existindo predominância do feminino sobre o masculino. Ao escalonar em grupo etário, observou-se que a média de idades correspondeu a 68 anos, sendo a idade mínima de 23 anos e a máxima de 94 anos.

Através do **protocolo de TM** reconheceu-se que 1% das situações corresponderam a situações pouco urgentes de atendimento, tendo sido atribuído cor verde a estes clientes (1) pela pouca gravidade de risco clínico, em 51% do total dos clientes (35) foi atribuído a cor de prioridade amarela, que classifica como uma situação urgente de atendimento, 43% (29) dos clientes foi atribuído cor de prioridade de atendimento laranja que corresponde a situação muito urgente e em 4 % (3) dos clientes a gravidade de risco clínico foi considerada de atendimento emergente, tendo sido atribuído cor vermelha com entrada direta para o setor da reanimação, constatou-se que existia maior prevalência das situações urgentes e muito urgentes.

Dos 53 quadros existentes no protocolo de TM, os mais selecionados pelos enfermeiros na avaliação da queixa dos clientes foram: o da dispneia, indisposição no adulto, dor lombar, dor torácica, dor abdominal, problemas urinários e vômitos. Pode-se ainda referenciar que neste protocolo da TM, por ordem decrescente, que dos vários discriminadores existentes, os mais selecionados foram: a dor moderada, SpO2 muito baixo, a instalação súbita, o pulso anormal, a alteração do estado de consciência, a dor pleurítica, SpO2 baixo e adulto quente.

No que respeita ao **1º passo do protocolo VVS**, que consiste na 1ª avaliação de todos os clientes, nos dados recolhidos verifica-se que nos clientes com critérios de suspeita de infecção e SIRS positivos, 59 % destes tinham temperatura elevada, superior a 38°C, 82% dos clientes tinham FC superior ou igual a 90bpm e 85% apresentavam FR > 20cpm. Lembra-se que clientes com 1 queixa sugestiva de infecção e com 2 sinais positivos de critérios de SIRS transitam para o passo 2 de identificação e estratificação de clientes com

suspeita de sépsis. Ressalva-se que de acordo com a revisão da literatura efetuada, a ausência de critérios de SIRS, não exclui o diagnóstico de sépsis, tal como refere Martin (2007) no seu estudo, os clientes podem ter diagnóstico de sépsis e não apresentarem critérios de SIRS.

No 2º passo do protocolo VVS, que corresponde à confirmação da suspeita anterior e da avaliação de existência de hipoperfusão e ausência de critérios de exclusão. Constatou-se que em 59% dos clientes não foi validada a inclusão na VVS, ou seja 40 clientes não tinham sinais de hipoperfusão ou apresentavam critérios de exclusão, pelo que não passaram para o 3º passo.

No final deste segundo passo, nos clientes em que foi confirmada a suspeita de infeção e que apresentavam sinais de hipoperfusão grave, foram despistados os critérios de exclusão, tendo correspondido a 10% dos clientes que o critério de exclusão considerado foi o de não candidato a técnicas de suporte orgânico.

Na recolha de dados apurou-se que em 13% não existe informação da sua validação, ficando omissos 9 clientes, pelo que foram validadas 19 das ativações que correspondem a 28% dos clientes incluídos no 3º passo do algoritmo terapêutico.

Destes 19 clientes que apresentavam sinais de hipoperfusão, 62% apresentavam TAs inferior ou igual a 90 mmHg e 38% apresentavam lactato superior a 4 mmol, sendo que 2 deles apresentavam os dois sinais. Neste passo o potencial problema identificado pela SSC (2008) não se verificou, uma vez que em todos os clientes incluídos neste passo foi realizado gasimetria para validação do valor do lactato.

Assim, dos iniciais 68 candidatos da amostra, obtivemos 28% que corresponderam a **19 clientes incluídos na VVS**, passando estes para o 3º passo que consiste no algoritmo terapêutico.

No que se relaciona ao cumprimento do **3º passo do algoritmo terapêutico**, preconiza-se essencialmente que seja administrada antibioterapia adequada e a otimização da entrega tecidual de oxigénio (DGS, 2010). Nos dados recolhidos nestes 19 clientes verificou-se que em 58% (11) foram colhidas hemoculturas antes ou logo após a validação pelo que nunca foi superior a uma hora e sempre antes da 1ª administração de antibioterapia. Nos

mesmos 58% (11) clientes foi administrado antibiótico endovenoso, sendo em 10 dos clientes na 1ª hora, de acordo com o protocolo e o restante cliente (1) não se encontrou informação. Do total dos 19 clientes incluídos no protocolo de algoritmo de tratamento, em 63% (12) foram iniciados fluidos conforme preconizado no 3º passo do algoritmo.

Constatámos ainda que nestes 19 clientes incluídos na VVS, o principal provável foco de infecção identificado foi de causa urinária, correspondendo a 58%, sendo o seguinte de causa respiratória, correspondendo a 21% e a restante percentagem devido a outras causas. Estes resultados vão de encontro ao estudo efetuado por Levy, *et al.* (2010) que identifica como sendo as infeções mais frequentes que evoluem para um quadro de sépsis, a pneumonia, a infeção do trato urinário e a infeção com ponto de partida abdominal.

Relatamos assim os dados encontrados após finalizadas as intervenções das primeiras 6 horas, para que os objetivos de tratamento sejam cumpridos, no âmbito do SUG. Se após estas intervenções, o cliente necessitar de continuar a repor a volémia, com monitorização da PVC e SvcO2 preconiza-se o rápido contacto de transferência do cliente para os serviços de apoio, nomeadamente para uma UCI. Ou seja, as diretrizes da DGS (2010) referem que, se o cliente necessitar de MCDT's secundários, exames ou técnicas de intervenção para controlo do foco, e colocação de CVC, transita para o Nível 2, onde as intervenções seguintes do 4º passo deverão ser efetuadas numa UCI, onde o rácio enfermeiro/cliente seja de 1 para 2, o que não é possível no nosso SUG, pela inexistência de recursos humanos em número suficiente, nem existência de recursos materiais adequados para este tipo de intervenção e monitorização.

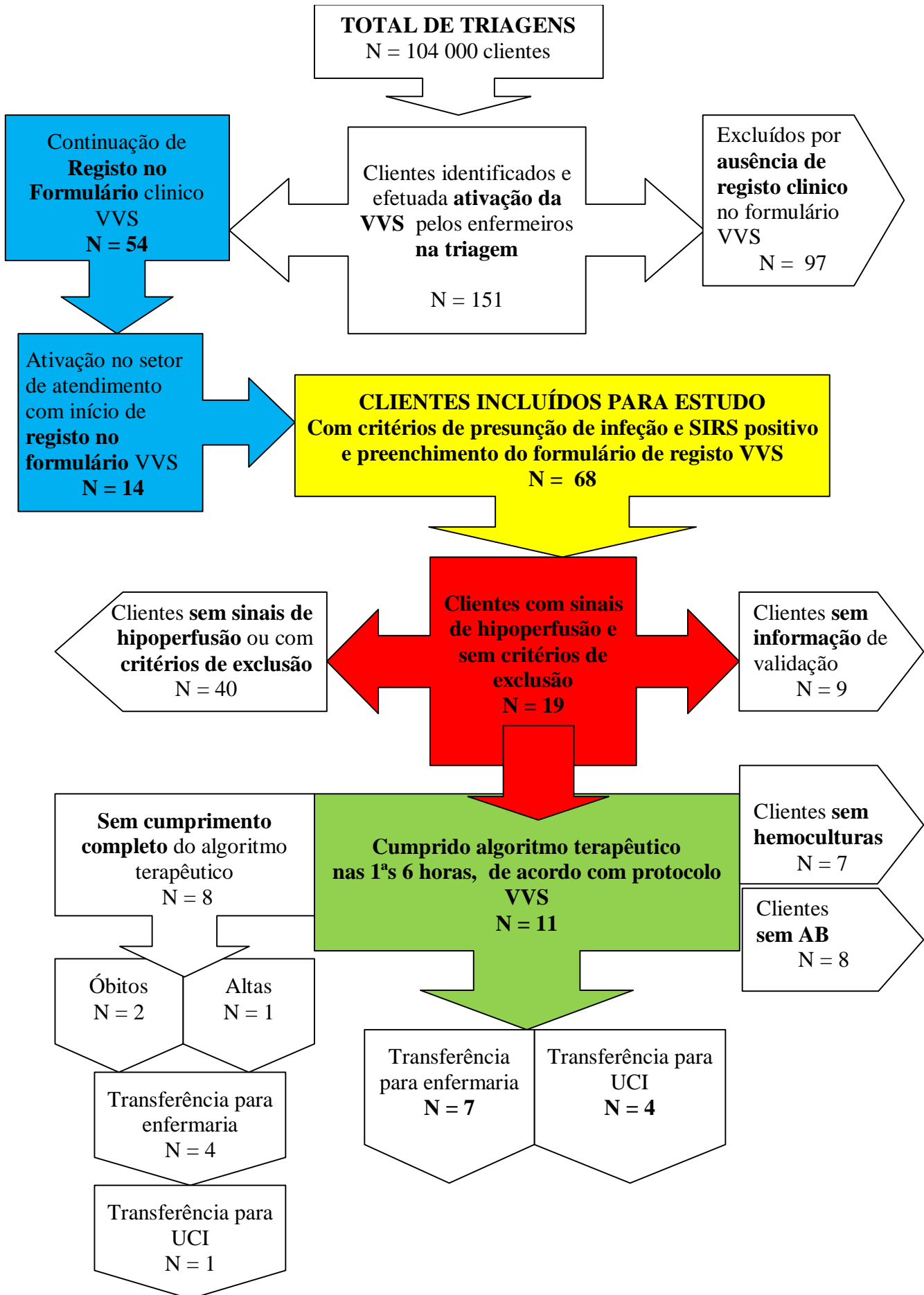
Assim finalizamos com a descrição do destino dos 19 clientes em que se iniciou o algoritmo de tratamento no SUG, 10% (2) faleceram, e 5% (1) que teve alta do serviço sem referenciação para o exterior. Consideramos importante relembrar que a indicação de realização de hemoculturas, a administração de antibioterapia e a administração de fluídos não foi completamente instituída nestes clientes, pelo que o protocolo no 3º passo terapêutico não foi completamente cumprido. Os restantes 84%, ou seja 16 clientes, foram transferidos para serviços de internamento do CHLO, sendo que destes 31% (5) foram encaminhados para UCI's para continuação do algoritmo terapêutico que corresponde ao **4º passo do protocolo**, e os restantes para as enfermarias. Só conseguimos apurar dados do tempo de permanência no SUG, compreendido entre a ativação e a referenciação para o

serviço de destino de cerca de 37% (7) dos clientes transferidos, constatando que 5 dos clientes estiveram até às 3 horas e os restantes 2 clientes permaneceram mais do que as 6 horas preconizadas no 3º passo do algoritmo.

Schorr (2007) refere que apesar dos profissionais das UCI's serem líderes nas intervenções e estudos sobre a sépsis, têm de trabalhar em colaboração com os profissionais dos serviços de urgência e com as enfermarias para obter sucesso na implementação dos programas e seus resultados. Neste sentido podemos referir que o SUG também terá de trabalhar em parceria com estes serviços, pois só assim poderá obter conhecimento da continuidade da aplicação do protocolo, avaliar resultados de eficiência do tratamento efetuado no SUG e da sua intervenção na redução da taxa tempo de internamento e de mortalidade.

Para melhor compreensão do processo de seleção dos clientes incluídos no protocolo VVS, consideramos pertinente apresentar o seguinte fluxograma, no que respeita à sistematização do circuito efetuado no SUG:

FLUXOGRAMA 2 - ESQUEMA DE INCLUSÃO DE CLIENTES NO PROTOCOLO VVS



Com a finalização desta apresentação, gostaríamos de salientar que apesar de estarmos num momento crítico no setor da saúde, devíamos valorizar mais quem implementa novas medidas com base científica. Assim como o financiamento deveria promover quem melhor identifica e trata, apresentando melhores resultados, pois sairia mais barato para as instituições hospitalares um maior investimento na formação dos profissionais, assim como a implementação deste tipo de projetos, do que alcançar com os custos de todas as complicações decorrentes de uma incorreta abordagem no diagnóstico e tratamento de clientes com sépsis.

6 – DISSEMINAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

A Disseminação segundo o Dicionário on-line (2012) em que nos baseamos ao longo deste trabalho significa “difusão de conhecimento”, ou seja a divulgação de resultados produz ou gera novo conhecimento. Esta é a fase final da implementação do projeto. É a fase essencial que dá a conhecer a pertinência do projeto, os esforços realizados e o caminho percorrido na tentativa de minimizar ou resolver o problema por nós identificado. Mas para a concretizar com obtenção de resultados positivos, também é preciso planeá-la.

Assim, para diminuir esta problemática, é preciso divulgá-la, ou seja dotar os profissionais de conhecimentos para uma melhor perceção, no sentido de sensibilizá-los para as mudanças comportamentais necessárias no sentido de a resolver ou minimizar, pois cada pessoa inserida numa organização é agente de mudança podendo ser envolvida nas estratégias adotadas, valorizando assim a pertinência deste projeto e os resultados obtidos.

Podemos afirmar que a obtenção de conhecimento e a sua difusão deve estar inserido no processo comunicacional, pois é um requisito indispensável para a criação de um clima favorável no que respeita à participação e envolvimento de todos na mudança.

A par do progresso, do empreendedorismo e da inovação, na ordem do dia fala-se da racionalização de recursos. Existem vários recursos e meios disponíveis para implementar e divulgar os resultados de um projeto, com redução dos custos para as organizações.

Podemos adotar estratégias de divulgação de conhecimento e evidência científica, através de reuniões, conferências, apresentações em congresso, póster, folheto, flyers, artigos em revistas científicas, ficheiros disponíveis na internet. Outra das formas é aquela em que agora incidimos, através da realização de um relatório final de projeto.

Ferrito, et al. (2010, p.35) descrevem que independentemente da forma de divulgação dos resultados, a sua publicação “ constitui um recurso fundamental à prática de enfermagem dado que a evidência permite a aquisição de conhecimentos científicos e desta forma a prestação de cuidados com maior qualidade, ou seja uma prática baseada na evidência”.

Os enfermeiros são o grupo profissional que mais decisões tomam e mais atividades exercem. Pelas suas funções são os que mais e maior informação produzem, processam, utilizam e disponibilizam. No entanto a visibilidade dos cuidados de enfermagem nos indicadores existentes e publicados, são escassos, pelo que as intervenções de enfermagem ainda estão longe de se traduzirem num impacto estatístico em ganhos em saúde para a população.

Atualmente os sistemas de informação em enfermagem ainda se encontram em desenvolvimento, pelo que temos de recorrer a outras formas para evidenciar a nossa prática. Na nossa opinião se a investigação produzida fosse toda divulgada, a criação de bases de dados mais sólidos já teria sido mais desenvolvida. Pelo que é essencial que se produza novo conhecimento e fundamente a prática no sentido de identificar e resolver problemas, com base em evidências. Fortin (2003) refere que a produção de uma base científica que orienta a prática autentica a credibilidade da profissão.

A divulgação das experiências vividas é essencial tanto para a continuidade deste projeto como para o impacto positivo que pretendemos deixar na organização, no que respeita à segurança e qualidade da prestação de cuidados ao cliente com suspeita de infeção que recorre ao nosso SUG.

Neste percurso consideramo-nos responsáveis pela partilha dos conhecimentos sobre os cuidados a prestar à Pessoa que vivência esta problemática, desta forma, pretendemos acrescentar conhecimento aos profissionais e capacitá-los, no sentido de refletirem sobre o

grau de conhecimento que obtém acerca desta temática, avaliarem e adequarem as suas intervenções, procurarem estratégias de melhoria, fundamentarem as suas práticas, na procura de identificação e resolução de problemas.

As propostas de divulgação que planeamos foram através de atividades com a formação em serviço, onde envolvemos elementos chave de cada equipa e selecionamos casos reais, no sentido de os discutir e os enquadrar no protocolo Via Verde Sépsis a implementar, aproveitámos também esta oportunidade para divulgar os esforços efetuados e o caminho percorrido até à sua implementação. Tivemos oportunidade de efetuar cinco sessões de formação nas diferentes equipas de enfermagem e recolher sugestões, consideramos que este momento formativo específico contribuiu em muito, para a divulgação do projeto e envolvimento, preparação específica, responsabilidade e comprometimento dos profissionais para o sucesso da sua implementação.

No mesmo contexto de formação, mas para uma população mais abrangente e diferenciada, através dos cursos de formação sobre a importância da sépsis e implementação do protocolo VVS, ministrados através do Centro de Formação, para a equipa multidisciplinar dos diferentes serviços do Centro Hospitalar, também foi efetuado a disseminação do conhecimento sobre a temática e a sensibilização para a responsabilidade individual no cumprimento do protocolo a implementar.

Foi em contexto académico, no âmbito do 2º CPLEEMC, 1º semestre, na disciplina de gestão de processos e recursos, efetuámos a apresentação em sala de aula, de um planeamento de projeto de intervenção organizacional relacionado com a implementação da VVS, momento que também consideramos de partilha, sensibilização e divulgação desta área temática.

Ainda no âmbito do 2º CPLEEMC, mas no 2º semestre, realizámos um estágio III (adequação 1ªPG), que incidia sobre o desenvolvimento de um projeto de intervenção no serviço (PIS) em contexto de trabalho, através da metodologia de trabalho de projeto, no qual escolhemos a implementação da VVS no nosso SUG e através do relatório final, divulgámos as etapas programadas e os resultados esperados.

Recebemos convite para uma preleção nas V Jornadas de Enfermagem do Serviço De Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal, subordinada ao tema “Ver, Ouvir e Sentir – Um Olhar sobre o Cuidar, que decorreu nos dias 20 e 21 de Outubro de 2011, com a apresentação do trabalho já efetuado sobre a temática Via Verde Sépsis (APÊNDICE XV). Esta oportunidade foi a mais marcante e gratificante no decurso da implementação deste projeto, uma vez que consegui dar em outro contexto e outro tipo de população, a visibilidade das etapas percorridas e dificuldades com que nos deparamos, servindo de exemplo para outros contextos semelhantes.

Em convite para participar como preleitora em Seminário, subordinado ao tema Enfermagem no Doente Crítico – Abordagem em situações de Risco, no âmbito do 3º Curso da Licenciatura em Enfermagem, numa Escola Superior de Enfermagem, que decorreu no dia 16 de Novembro de 2011, onde foi difundido conhecimento no que se relaciona à problemática da sépsis e divulgada a nossa intervenção no serviço até ao momento.

Atualmente serve o presente trabalho de projeto para divulgar a análise das etapas percorridas, o seu desenvolvimento e progresso do projeto, assim como os obstáculos e limitações sentidas na sua implementação.

Na recolha dos primeiros dados obtidos sobre a implementação e o cumprimento do protocolo, pretendeu-se efetuar uma análise individual do desempenho profissional, assim como compilar os resultados realizando sessões de divulgação no serviço, no sentido de corrigir falhas e introduzir medidas corretivas, para uma melhor prestação de cuidados à pessoa com suspeita de infeção, passível de ser incluída na VVS.

A divulgação dos resultados em artigo científico é o objetivo final, no sentido de sensibilizar os profissionais para a aplicação e cumprimento do protocolo VVS, para a necessidade da elaboração dos respetivos registos e assim produzir indicadores que se traduzam em novo conhecimento e na possibilidade de se fazer comparações ao mesmo nível. Assim colocamos em apêndice o artigo científico elaborado que propomos para publicação (APÊNDICE XVI).

As dificuldades sentidas na realização deste trabalho de projeto foi na recolha do número de dados de registo pretendidos, assim como a obtenção de estudos e resultados publicados a nível nacional, das instituições que já implementaram projetos semelhantes.

Pretendemos que existam mudanças progressivas no que respeita ao conhecimento e cumprimento do protocolo interno de atuação VVS pelos profissionais do SUG e que a monitorização deste projeto seja contínua, pelo que já foi proposto a definição de um grupo de trabalho dentro da equipa multidisciplinar para realização de auditorias internas.

A apresentação e divulgação dos resultados dos dados obtidos com este trabalho, foi efetuada em sessão de sensibilização e formação em serviço no dia 26 de Novembro de 2012, para a equipa multidisciplinar. Momento em que foi discutida a necessidade de realização de auditorias interna no decorrer do ano de 2013, com publicação dos respetivos resultados. Desejamos assim produzir evidência científica.

CAPÍTULO III

SÍNTESE DOS RESULTADOS DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

III – SÍNTESE DOS RESULTADOS DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

*“os resultados da aprendizagem, são um conjunto de conhecimentos, aptidões e competências”
(Abreu, W., 2008)*

Os resultados da aprendizagem avaliam aquilo que se sabe, que se compreende e que se é capaz de fazer no final do processo de aprendizagem. Promover a aprendizagem ao longo da vida é motivar e melhorar o capital humano (Viera, 2007).

O resultado esperado da assimilação de determinadas informações é produzir mais **conhecimento** numa determinada área temática. A capacidade de aplicar esses conhecimentos, utilizando os recursos adequados para solucionar problemas, traduzem-se em **aptidões**, que segundo Benner (2003) podem ser cognitivas (incluindo a utilização de pensamento lógico, intuitivo e criativo) e práticas (implicando destreza manual e o recurso a métodos, materiais, ferramentas e instrumentos). A capacidade de utilizar o conhecimento, as aptidões e as capacidades pessoais, sociais e/ou metodológicas, em situações profissionais ou em contextos de estudo e para efeitos de desenvolvimento profissional e pessoal, traduzem-se em **competências**.

O termo competência, segundo Dicionário Priberam da Língua Portuguesa On-line (2012) aparece associado a *saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber assumir responsabilidades, ter visão estratégica*. Assim, competência pode ser entendida como a evidência do desempenho, sustentada na aquisição de conhecimentos e capacidades, que estrategicamente visa a resolução de problemas, demonstrando assim os resultados de aprendizagem esperados.

Cada vez mais é essencial deter conhecimentos nas mais diversas áreas do saber e no domínio das chamadas competências transversais. De acordo com Le Boterf (1995), “*a competência consiste em mobilizar saberes seleccionando-os, integrando-os e combinando-os, distinguindo os seguintes tipos de saberes para a sua aquisição: saber teórico, saber processual, saber-fazer processual e saber-fazer experiencial*”.

A Competência, segundo Benner (2003) desenvolve-se no decurso da vida profissional, nos contextos de trabalho, pelo que esta define cinco graus de competência: Principiante; Principiante-avançado; Competente; Proficiente e Perito. Ao analisar este percurso que se

iniciou durante a formação académica nos anos letivos 1993/1996, e posteriormente no exercício profissional de enfermagem, consideramos que fomos capazes de adquirir, aprofundar, mobilizar e desenvolver um conjunto de conhecimentos, aptidões e competências técnicas, científicas, relacionais e reflexivas e assim contribuir para a construção de respostas diferenciadas de cuidados de enfermagem complexos, assumindo ao longo deste percurso, um papel fulcral no seio da equipa, na resolução de problemas de saúde e processos de vida enfrentados pela pessoa/família, considerado atualmente um elemento de referência para os pares e outros profissionais, assim como para o cliente e família, evoluindo gradualmente até ao grau de perito.

1 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

Segundo a OE (2010, p.2) especialista é *“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta a respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”*.

O enquadramento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista encontra-se estruturado em quatro domínios de competências comuns: A - *Responsabilidade profissional, ética e legal*; B - *Melhoria contínua da qualidade*; C - *Gestão dos cuidados e D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais*” (OE, 2010).

Tendo presente que as competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, e de acordo com a OE (2010:10) *“...demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”*. Gostaríamos de revelar que consideramos ter atingido um elevado nível de desempenho, tanto no âmbito da

autoformação com o contributo dos aportes teóricos lecionados, como no âmbito profissional, tendo sido demonstrado nas funções inerentes à prestação de cuidados.

Fazendo uma retrospectiva dos trabalhos efetuados em contexto académico gostaríamos de salientar o desafio lançado na aquisição de conhecimentos que nos ajudam a compreender e a exercer tomada de decisão ética, no sentido de promover processos que favoreçam ganhos em saúde, em parceria com o cliente e família. A análise de casos fictícios e reais que necessitam de cuidados de enfermagem complexos permitiram consciencializar, organizar e sistematizar de forma científica o que deve ser feito na prática. Pelo que apresentamos em apêndice o estudo de caso elaborado em parceria com as colegas em contexto académico no âmbito do 2º CPLEE MC (APÊNDICE XVII).

Fazendo a análise do grau de consecução das competências adquiridas e desenvolvidas em contexto profissional, o crescimento pessoal e profissional obtido, as experiências de supervisão clínica, a participação em grupos de trabalho no desenvolvimento de projetos no serviço, o papel de enfermeira chefe de equipa e as recentes e atuais funções de enfermeira responsável pela formação em serviço e de coordenação do serviço, facilitaram o desenvolvimento de competências especializadas, nos seguintes domínios:

A. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 – *Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção* (OE, 2010, p.4);

A2 – *Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais* (OE, 2010, p.5);

Na procura da melhor organização de cuidados tivemos sempre em conta o quadro referencial existente para o exercício profissional. No Código Deontológico enunciam-se os deveres profissionais, tendo por base os direitos da pessoa/família/comunidade a quem prestamos cuidados de enfermagem.

Desde a Licenciatura que evoluímos gradualmente e com maior responsabilidade, orientámos a nossa prestação de cuidados no sentido de corresponder sempre às necessidades e expectativas do cliente/ família e população. Tentamos sempre na variedade de situações com que nos deparamos, demonstrar um exercício profissional seguro e ético,

enquadrando o cuidado em princípios e valores universais, tendo em conta o respeito pela liberdade e dignidade humana, os princípios, direitos e valores da pessoa/família/comunidade na relação profissional, conforme as normas deontológicas, no REPE e na carta de direitos e deveres do doente, avaliando os processos e resultados da tomada de decisão, adotando medidas apropriadas e antecipatórias, no sentido de orientar, gerir e melhorar a prática profissional, procurando a excelência no exercício da profissão e na relação com os outros.

Nesta área de intervenção procurámos manter empatia nas interações, envolver e estabelecer parcerias no planeamento de cuidados. Orientámos um estudante da licenciatura, na elaboração de um póster sobre a carta de direitos e deveres do doente, que se encontra atualmente exposto na sala de espera do serviço. Orientámos e supervisionámos uma estudante da pós-licenciatura na elaboração de uma formação e de um póster sobre o protocolo de SPIKES na comunicação de más notícias, encontrando-se exposto na sala reservada para o efeito.

Incorporámos outro desafio legislativo, implementando em parceria, o projeto de acompanhamento familiar durante 24 horas no SUG, inexistente no serviço, passando pelas etapas de planeamento e elaboração de um regulamento interno para a equipa multidisciplinar, elaboração de uma norma de procedimento no acolhimento de enfermagem ao cliente e família no SUG, um panfleto informativo e questionários de satisfação aos clientes/acompanhantes e aos profissionais, com a finalidade de melhorar o atendimento e a acessibilidade, promovendo a socialização e humanização, aumentando o grau de satisfação de ambos os intervenientes. Foi delegado a outros elementos do grupo de trabalho, a compilação e o tratamento dos dados recolhidos, assim como a sua divulgação através de formação e artigo científico. Pensamos que todos estes contributos promovem o conhecimento, a adesão terapêutica e a melhoria da prática e responsabilidade profissional.

Gostaríamos ainda de relembrar especificamente os princípios éticos norteadores da prática de enfermagem que foram aplicados no âmbito deste projeto: o princípio da **Beneficência ou benevolência**, na procura de fazer o bem e reduzir os potenciais riscos, através da identificação das necessidades dos clientes com suspeita de infeção e procurar a sua satisfação rapidamente; o princípio da **Não-maleficência**, não causando danos ao cliente,

distribuindo os benefícios da implementação deste projeto a todos os clientes identificados com suspeita de infecção; o princípio da **Fidelidade**, através da criação de um clima de confiança em todas as relações terapêuticas estabelecidas; o princípio da **Justiça**, aplicando a equidade e justiça na aplicação do algoritmo de identificação, diagnóstico e tratamento; o princípio da **Veracidade**, não escondendo a verdade do cliente, fornecendo as informações necessárias para uma melhor compreensão do processo que vivencia e para uma tomada de decisão informada; o princípio da **Confidencialidade**, mantendo o sigilo profissional na prestação de cuidados, na realização dos respetivos pedidos de autorizações para a recolha de dados e tratamento dos resultados obtidos; o princípio da **Autonomia**, no que respeita à liberdade de escolha do cliente e na tomada de decisão sobre o seu próprio tratamento.

B. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

B1 – *Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica* (OE, 2010, p.6);

B2 – *Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade* (OE, 2010, p.6);

B3 – *Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro* (OE, 2010, p.7).

Ao longo deste processo de integração curricular (1ª PG MC/ 2º CPLEE MC), consideramos ter desempenhado um papel dinamizador nas iniciativas institucionais em programas de melhoria contínua da qualidade. O nosso papel na implementação de projetos inovadores lançados pela DGS, como foram as vias verde para o AVC e para a Sépsis, o protocolo de resposta à paragem cardio-respiratória e o protocolo de hipotermia terapêutica, com elaboração de repetivos formulários de registo informático que geram indicadores de qualidade, são um dos exemplos da aplicação e desenvolvimento destas competências.

Durante a realização deste trabalho, participamos particularmente, no projeto VVS no que respeita à definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados a nível organizacional, foram desenvolvidas aptidões de análise e planeamento estratégico na realização de atividades na área da qualidade dos cuidados. Procurámos obter conhecimentos aprofundados sobre as diretivas, acedemos aos recursos existentes de

evidência científica, identificamos oportunidades, selecionamos estratégias de intervenção e definimos indicadores de avaliação. Planeámos e efetivámos a partilha de experiências, através da formação promoveu-se o desenvolvimento pessoal e profissional, capacitando também os outros para uma prática profissional qualificada. Colaboramos na elaboração de protocolos terapêuticos, revisão de normas de procedimentos e de orientação de boas práticas. Fomos responsáveis pela reestruturação de registos de enfermagem que fundamentam a prática, no processo clínico eletrónico dos clientes, assegurando assim o registo dos dados necessários, das intervenções de enfermagem realizadas, os resultados obtidos, assegurando ainda a continuidade de cuidados.

Em síntese, promovemos a sensibilidade, consciência e respeito pela pessoa em situação crítica, nomeadamente pela pessoa que ocorre ao SUG, com critérios de presunção de infeção, envolvendo a família, durante o seu processo de acompanhamento familiar, fornecendo informação geradora de aprendizagem e aplicando os princípios relevantes para promover a adesão terapêutica e garantir a qualidade e segurança dos cuidados, traduzindo-se em ganhos de conhecimentos e capacidades para os profissionais e para a pessoa/família que vivencia processos complexos de doença.

C. Competência do domínio da gestão de cuidados

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (OE, 2010, p.7);

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (OE, 2010, p. 9).

Pelo desempenho e desenvolvimento de competências demonstradas, no ano de 2009, fomos lançado o desafio pela Enf.^a Chefe do serviço, de assumir a responsabilidade da formação em serviço, ao qual correspondemos, planeando, organizando, propondo e participando nas diversas formações em serviço. Nomear, criar e orientar grupos de trabalho nas diferentes equipas de enfermagem, gerou motivação e fez criar novas responsabilidades dos pares no seu envolvimento em projetos, denotando-se uma maior satisfação profissional.

A gestão de cuidados é um meio de organização de trabalho que permite a qualidade de cuidados, utilizando os recursos materiais e humanos, tendo em conta os custos e a manutenção de um ambiente seguro. Nesta área tivemos um papel dinamizador e orientador na referenciação e encaminhamento, nomeadamente nos cuidados a ter no domicílio, criando formulários de registo informático de continuidade de cuidados, em parceria com outros elementos da equipa de enfermagem, sobre cuidados a ter com a entubação gástrica, a algaliação, hipodermoclise e realização de pensos, para fundamentar e dar suporte aos ensinamentos efetuados.

Neste processo de parcerias, por termos sido consideradas elemento dinamizador e de referência na prestação de cuidados complexos, fomos convidadas a desempenhar o papel de enfermeira coordenadora. Neste papel, desenvolvemos capacidades diferenciadas ao nível da tomada de decisão, ao nível da assessoria, supervisão, referenciação e delegação de tarefas, no sentido de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados complexos prestados.

Na tentativa de coordenar e otimizar o trabalho em equipa, colaborámos com a chefia do serviço na reestruturação das equipas de enfermagem e de assistentes operacionais, no sentido de criar oportunidades com maior equitatividade entre equipas. Reestruturámos alguns métodos de organização de trabalho nos diferentes setores, reajustamos os recursos distribuídos pelos mesmos, redefinimos papéis de intervenção e adaptámos o estilo de liderança, aplicando estratégias motivacionais, favorecendo assim uma melhor resposta das equipas no desempenho diferenciado e direcionado às necessidades da pessoa em situação de urgência-emergência.

No que respeita aos recursos materiais participámos nas comissões de escolha de alguns equipamentos e dispositivos médicos existentes no serviço. Colaborámos nas reuniões efetuadas sobre a política de redução de custos no serviço. Em parceria, criámos um armazém avançado para o material de consumo clínico e adquirimos um sistema dispensador automático de medicamentos. Fizemos reuniões com os profissionais da equipa multidisciplinar, no sentido de divulgar e sensibilizar para a utilização e rentabilização destes recursos.

D. Competências do domínio das aprendizagens profissionais

D1 - *Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade* (OE, 2010, p.9);

D2 – *Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento* (OE, 2010, p. 10).

Durante o percurso académico e profissional mantivemos um papel dinâmico na formação ao longo da vida, quer em formações externas formalmente certificadas, quer em contexto de trabalho. A procura incessante de novo conhecimento e a sua aplicação na prática, torna-nos um elemento de procura e de referência na prestação de cuidados. A cumplicidade criada com o elemento médico responsável pela formação, tornou este processo mais coeso e sólido, empenhamo-nos na sensibilização das equipas multidisciplinares, para o espírito da responsabilidade social e profissional na área da formação e auto-conhecimento, no âmbito da satisfação das necessidades individuais e de cada equipa e atualmente consideramos ter elevado nível de satisfação pessoal e profissional.

O fato de atualmente desempenhar funções de coordenação do serviço, fez-nos obter outra visão do cuidar, facilitou-nos o desenvolvimento de competências na área da gestão e supervisão clínica, assim como na adaptação de estilos de liderança de acordo com o nosso clima organizacional. Para fundamentar estas funções, adquirimos conhecimentos aprofundados e especializados através de frequência de cursos de formação pós-graduada na área de gestão, *coaching*, inteligência emocional e liderança de equipas.

Tal como refere Nunes (2010) se partirmos da ideia que perito é a pessoa que detém conhecimento profundo sobre um dado domínio, e com perícia sabe quando, como, onde e porquê aplicá-lo, e de acordo com os níveis de proficiência de Benner (2003) “... *a perita tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema (...) ela age a partir de uma compreensão profunda da situação global, possuindo elevados níveis de perícia e de tomada de decisão*”, pensamos que no seu contexto global, estamos seguramente enquadradas no estadió de perito e com bases consolidadas para o desenvolvimento das competências específicas especializadas.

Em síntese, “ *O conjunto de competências que respondem as competências profissionais, decorrentes do código deontológico do enfermeiro e das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, é essencial para a estruturação do percurso do enfermeiro especialista*” (OE, 2010, p.2). Assim, consideramos que o enfermeiro que assegura cuidados de enfermagem à Pessoa ao longo do ciclo vital, no seu aperfeiçoamento profissional, deve passar por uma especialização em determinado domínio da enfermagem. Consideramos igualmente, que as nossas competências comuns de enfermagem especializadas decorreram do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e concretizaram-se em Competências Específicas.

2 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Na definição dos **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializada na área de especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**, encontra-se descrito a necessidade dos profissionais de enfermagem se encontrarem habilitados para implementar em curto espaço de tempo, medidas de suporte de vida, assim como assumirem-se como uma mais-valia, atendendo à diversidade e complexidade das problemáticas de saúde, através da implementação de cuidados especializados de qualidade na assistência em saúde. Assim, tal como refere a OE (2011) os enfermeiros especializados nos cuidados à pessoa em situação crítica, devem ser reconhecidos como “*elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica*”.

O Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica elaborado pela OE (2010) define que **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*”. Mencionando ainda que **os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica** “*são altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades*

afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2010, p.1).

No mesmo regulamento encontra-se referido ainda que, cuidar da pessoa em situação crítica **“a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”** é uma das três competências clínicas específicas especializadas, outra é **“dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção”**, assim como, **“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 resposta em tempo útil e adequadas”** (OE, 2010, p.2).

Estas três grandes áreas de intervenção permitem o desenvolvimento de conhecimentos profundos e atualizados do enfermeiro nesta área específica, tornando-se referência na equipa multidisciplinar ao possuir outras competências acrescidas as já existentes do enfermeiro de cuidados gerais e as comuns do enfermeiro especialista, no sentido de influenciar positivamente a qualidade e segurança dos cuidados complexos à pessoa em situação crítica. Estes cuidados devem ser altamente qualificados e de forma contínua, no sentido de ajudar a alcançar o bem-estar da pessoa que vivencia estes processos, promovendo o ajustamento ou adaptação à sua nova condição ou estado de saúde ao longo do ciclo vital (OE, 2010).

No seu enquadramento, salientam-se as seguintes unidades de competência que consideramos ter mobilizado e os respetivos critérios de avaliação, que consideramos ter correspondido:

K.1. — “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”.

K.1.1. — “Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”.

K.1.1.1 — “Identifica prontamente focos de instabilidade”

K.1.1.2 — “Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade”.

K.1.1.3 - *“Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica”*.

K.1.1.4 – *“Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida”*.

K.1.2. – *“Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos”*.

K.1.2.1 – *“Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos”*.

K.1.2.1 – *“Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações”*.

K.1.2.3 – *Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados”*.

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

K.1.3.1- *“Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar”*;

K.1.3.2 – *“Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psico-social e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”*

K.1.3.3 - *“Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor”*

K.1.3.4 – *“Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor”*.

Durante o exercício profissional na prestação de cuidados, tivemos oportunidade de desenvolver e aplicar eficazmente as competências adquiridas. Concretamente neste projeto, obtivemos conhecimento aprofundado que nos permitiu identificar tão rápido quanto possível os sinais e sintomas sugestivos de infeção e de instabilidade hemodinâmica e com rigor técnico/científico prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar os potenciais problemas ou minimizá-los. Tivemos oportunidade de

elaborar um protocolo interno de atuação, testá-lo e validá-lo, encontrando-se implementado como documento orientador das intervenções da equipa multidisciplinar.

Possuímos o curso de Suporte Avançado de Vida e aplicamos estas capacidades eficazmente no dia-a-dia durante o desempenho profissional. Fazemos parte do grupo de formadores do Conselho Português de Ressuscitação (CPR), efetuando diversas formações no âmbito de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa (SBV/DAE) em vários Centros Hospitalares de Lisboa.

A identificação do impacto emocional de quem necessita de recorrer a um serviço de urgência é primordial para se conseguir estabelecer uma relação de ajuda e terapêutica com o cliente e família. Pensamos que contribuímos para a gestão diferenciada e eficaz, com a utilização das nossas capacidades e habilidades comunicacionais promovemos o bem-estar e melhoramos a resposta às necessidades das pessoas que cuidamos e que vivenciaram processos complexos de doença.

Atualmente sabe-se que a avaliação baseada em objetivos válidos e mensuráveis intercede diretamente com o diagnóstico, intervenções e resultados. A utilização de instrumentos de avaliação para documentar a função, a dor, o grau de dependência ou outros, é indicadora de qualidade da prática comum do enfermeiro.

Como responsável na área da reestruturação dos registos no processo clínico eletrónico do cliente, e uma vez que na nossa aplicação informática ainda não possuímos o aplicativo da linguagem CIPE®, criámos um campo de registo nos sinais vitais, onde podemos avaliar e caracterizar a dor de acordo com as boas práticas divulgadas pela OE (2008), realizando assim a sua monitorização contínua no que respeita às características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência) e registo de intervenções. Neste contexto existe um grupo de trabalho inserido nos padrões de qualidade do Centro Hospitalar, que se encontra a programar formação nesta área, responsável por uniformizar e melhorar processos e a implementar sistemas de auditorias.

Na procura do bem-estar e alívio dos sintomas associados, durante a nossa prestação de cuidados foram sempre aplicados os instrumentos de avaliação da dor preconizados no serviço (escala visual analógica, escala de avaliação numérica e a escala de faces) e avaliadas as intervenções no que se relaciona às medidas não farmacológicas e

farmacológicas, relatando como as mais frequentes: o toque terapêutico, o conforto, a massagem e os posicionamentos, as imobilizações, aplicação de gelo ou calor e a distração. Na administração de terapêutica farmacológica tivemos sempre em conta o conhecimento das indicações, contra-indicações e efeitos secundários, nos diferentes grupos farmacológicos. No entanto denota-se que não existe na equipa multidisciplinar, uniformização nas prescrições e intervenções terapêuticas, pela falta de protocolos terapêuticos, pelo que deve ainda ser efetuada maior sensibilização aos profissionais da equipa multidisciplinar, para a sua identificação, avaliação, monitorização e utilização dos instrumentos de registo disponíveis, para uma maior e adequada continuidade das diferentes intervenções que possam promover o seu alívio, assim como a produção de indicadores de resultados. Pois tal como refere a OE (2008, p.8) *“a negação ou desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha da excelência do exercício profissional”*

Possuimos o curso certificado de Triagem de Manchester (TM) e por termos sido considerados peritos na realização de triagem de prioridades clínicas no SUG, fomos convidados para fazer parte do grupo de formadores do Grupo Português de Triagem (GPT) e elemento integrado no sistema de auditorias internas da triagem de Manchester implementada no serviço, tendo já decorrido a primeira auditoria, não se tendo efetuado ainda a compilação dos resultados.

Em suma, o facto de integrarmos o grupo de formadores nas diferentes áreas de emergência, faz-nos desenvolver conhecimentos aprofundados e atualizados, assim como competências, capacidades e habilidades que permitem atuar diferenciadamente em situações complexas de urgência-emergência.

A realização deste trabalho de projeto incide essencialmente, no desenvolvimento desta competência específica, pois aprofunda esta temática na tentativa de resolver um problema de saúde pública, uma vez que a sépsis é um processo complexo de doença que se não for tratada adequada e atempadamente pode evoluir para falência orgânica e mortalidade. Ao identificarmos sinais e sintomas sugestivos de infeção, a presença de dor pode estar associada, pode ser verbalizada pelo cliente e/ou família, assim como na nossa avaliação ser detetada pelo fáceis, posicionamento de defesa, pelo gemido, associada à coloração e textura da pele, alteração de parâmetros das funções vitais como temperatura, frequência

cardíaca, frequência respiratória elevada, sendo estes os critérios de SIRS para ativar uma via verde sépsis antecipando a sua entrada no algoritmo de tratamento e prevenindo possíveis complicações.

K.2 – *“Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção”.*

K.2.1 – *“Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência”.*

K.2.1.1 – *“Colabora na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço”.*

K.2.2 – *“Planeia a resposta concreta perante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe”.*

K.2.2.1 – *“Demonstra conhecer os planos e os princípios de actuação em situações de catástrofe”.*

K.2.2.2 – *“Identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde”.*

K.2.2.3 – *“Atribui graus de urgência e decide a sequência de actuação”.*

K.2.2.4 – *“Sistematiza as acções a desenvolver em situações de catástrofe ou emergência”.*

K.2.3 – *“Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou catástrofe”.*

K.2.3.1 – *“Lidera a atribuição e desenvolvimento dos papéis dos membros da equipa”.*

K.2.3.2 – *“Avalia em contínuo a articulação e eficácia da equipa”.*

K.2.3.3 – *“Introduz medidas correctivas das inconformidades de actuação”.*

Os profissionais de enfermagem que exercem funções no serviço de urgência têm de estar preparados para situações críticas inesperadas, que podem ultrapassar os recursos disponíveis, como são as situações de múltiplas vítimas ou de catástrofe.

Durante a realização do nosso estágio da 1ª PG MC, foi aplicada uma ferramenta de análise diagnóstica, no sentido de obter resposta acerca do grau de conhecimento dos enfermeiros do SUG sobre planos de emergência, em que os resultados obtidos foram divulgados sob forma de artigo, no jornal do CHLO e disponível em ficheiro na internet, pelo que apresentamos exemplar em apêndice (APÊNDICE XVIII). Na síntese da análise dos dados recolhidos chegamos à conclusão que 27% dos enfermeiros obtiveram formação e 73% desconheciam os mecanismos de ativação dos planos de emergência, quando questionados sobre a participação em algum exercício ou simulacro de ocorrência de catástrofe, 96% responderam negativamente. A divulgação destes dados foi geradora de planeamento e realização de um simulacro no serviço, no qual não estivemos presente por coincidir com período de férias.

Durante este percurso de desenvolvimento de competências e ainda em contexto académico, em parceria com o restante grupo da 1ªPG MC, elaboramos um portfólio na área de intervenção em catástrofe, que foi apresentado como trabalho final do curso.

Durante a frequência do 2º CPLEE MC, colaboramos com uma colega da coordenação do serviço, na elaboração do plano de emergência externo e em parceria com os restantes elementos da coordenação responsabilizamo-nos por criar os *kits* de catástrofe e divulgá-los à restante equipa multidisciplinar. Atualmente criou-se novo grupo de trabalho dentro da equipa multidisciplinar, no qual fazemos parte do planeamento estratégico e da gestão dos recursos. Os restantes elementos encontram-se na fase de elaboração de reuniões com o INEM e Proteção Civil para a realização de exercícios e programação de simulacros. Pois as catástrofes são acontecimentos imprevisíveis, e apesar da sua planificação se encontrar expressa em plano de emergência, tal como se verificou na anterior aplicação do questionário (integrado no projeto académico da 1ª PG MC), se esta não for divulgada a todos os intervenientes, através de formação, exercícios ou simulacros, estes não poderão estar preparados para quando estas situações ocorrerem.

Em síntese, apesar de não possuir treino, consideramos obter conhecimentos que permitem reunir estas competências específicas e atuar numa situação de triagem de multi-vítimas e

na prestação de cuidados ao cliente, família e comunidade, perante uma situação de emergência e catástrofe.

K.3. – *“Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas”.*

K.3.1 – *“ Concede um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica”.*

K.3.1.1 – *“Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das directivas das Comissões de Controlo de Infeção”.*

K.3.1.2 – *“Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção”.*

K.3.1.3 – *“Estabelece estratégias pró-activas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo de infeção do serviço”.*

K.3.2.3 – *“Faz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção”.*

K.3.2.4 – *“Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas”.*

A Infeção associada a cuidados de saúde (IACS) é uma infeção adquirida em consequência dos cuidados prestados ou procedimentos realizados pelos profissionais. A nossa responsabilidade nesta área de intervenção é, no sentido de prevenir, detetar ou propor medidas de controlo de infeção, e assim contribuir para a diminuição da sua incidência.

A Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) divulgou através da elaboração de vários documentos recomendações de boas práticas. Como elemento responsável da formação sentimos necessidade de selecionar aquelas que faziam mais sentido em contexto com a prática profissional exercida no SUG, pelo que compilamos num *dossier* as normas/orientações da CCIH (versão de leitura rápida), com a finalidade de ser consultado

pelos profissionais de saúde, sempre que surgirem questões a esclarecer, prevendo que este deve ser revisto sempre que uma destas recomendações é alterada e/ou atualizada.

De acordo com estas recomendações, colaboramos no ano transato, na revisão da norma de cateterização periférica, que até então era inexistente no serviço e elaborámos uma grelha de observação interna para avaliar e monitorizar o cumprimento da mesma. Este estudo de observação foi efetuado por dois estudantes em ensino clínico da licenciatura, sob a nossa orientação e supervisão. Estes dados foram posteriormente divulgados e discutidos em formação em serviço, que provocaram mudanças positivas ao nível da desinfeção, ou seja os enfermeiros passaram a utilizar clorexidina em vez de álcool e a fixação de cateter com penso transparente, estéril e impermeável em vez de rolo adesivo. Como responsável na reestruturação dos registos de enfermagem criámos um instrumento de registo no processo clínico eletrónico do cliente, sobre o procedimento e a sua vigilância, que poderá traduzir-se em indicadores de gestão significativos nesta área.

No decorrer do percurso académico e profissional, colaboramos também com a equipa multidisciplinar na implementação do plano de contingência da Gripe A, criando instalações próprias, providenciando os recursos humanos e materiais necessários, supervisionando a prestação de cuidados. Neste âmbito colaborei em parceria com outras colegas, na formação em serviço para Assistentes Operacionais do SU, com o tema “Utilização do Equipamento Proteção Individual”, tendo incidido o conteúdo principalmente na comunicação de noções básicas sobre as vias de transmissão da infeção, quais as precauções e o uso correto do equipamento de proteção individual, com demonstrações práticas dos intervenientes, de acordo com as recomendações existentes da CCIH. Gostaríamos de realçar que estas sessões constituíram um espaço de partilha das experiências vivenciadas pelos Assistentes Operacionais, uma vez que se demonstraram motivados e empenhados no cumprimento das mesmas, tendo sido muito gratificante consciencializar que investir na formação destes profissionais, no sentido de adoção de boas práticas, contribui para a qualidade dos cuidados que prestamos, pois estes integram a equipa multidisciplinar tendo também um papel importante e fundamental na prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde. No final foi compilada toda a informação e elaborado em parceria com duas colegas, uma norma de procedimento para Assistentes Operacionais sobre a correta utilização do equipamento de proteção individual e a adequada utilização da Sala de Isolamento.

Colaboramos como enfermeira coordenadora no projeto “*mãos limpas, salvam vidas*”, através da sensibilização da equipa multiprofissional. No papel de enfermeira coordenadora reunimos com os responsáveis dos serviços farmacêuticos e da CCIH, tendo sido identificados problemas e necessidades, procedendo-se à requisição e colocação de novos suportes para mais soluções alcoólicas em todas as unidades - “bolha” dos clientes e espaços de trabalho.

Encontra-se atualmente a decorrer no serviço, um projeto de monitorização da lavagem e desinfeção das mãos, através de grelhas de observação validadas e aplicadas a todos os profissionais de saúde, por duas enfermeiras do serviço, no âmbito do seu projeto de pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, que culminará na sensibilização, formação e divulgação dos dados obtidos à equipa multidisciplinar.

Em suma, consideramos ter desempenhado um papel ativo no desenvolvimento de competências na área de intervenção na prevenção e controlo da infeção. Relembramos que durante a prestação de cuidados tentámos sempre obter conhecimento das orientações e cumprir com as boas práticas preconizadas, supervisionando os pares e os assistentes operacionais, particularmente na nossa área de maior interesse, relacionada com os 5 momentos de lavagem e desinfeção das mãos e as oportunidades, as boas práticas na cateterização periférica e na algaliação, detetando necessidades e implementando medidas corretivas dentro da nossa área de intervenção. Facto pela qual fomos recentemente nomeado elo dinamizador da CCIH no SUG, tendo já decorrido a primeira reunião de apresentação. A integração deste novo papel irá ser promotora de novo conhecimento e de maior e melhor desenvolvimento desta competência específica.

Através destas unidades de competências especializadas o enfermeiro segundo a OE (2010) possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo em todos os contextos de vida das pessoas. Assim o enfermeiro especialista deverá mobilizar as suas competências, no sentido de resolver os problemas, estabelecendo prioridades de intervenção, e concomitantemente assumir um papel de supervisão, formação e de investigação, para a excelência prestação de cuidados ao cliente e família.

A prática clínica implica competências adequadas às necessidades específicas da Pessoa que necessita de cuidados de enfermagem. Deve o enfermeiro especialista ser reconhecido

no seio da sua equipa e pelo cidadão, como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular, detentor de outras competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, formação e investigação, conforme o regulamento nº 124/2011, aprovado pelo Diário da República de 18 de Fevereiro de 2011.

Com base no descrito anteriormente, relembramos que iniciamos este percurso de desenvolvimento de competências comuns e especializadas quando frequentamos a 1ª Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de intervenção urgência/emergência, tendo dado seguimento a este processo no 2º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para poder adquirir, consolidar e atualizar conhecimentos, no sentido de os adequar e aplicar na prática clínica, com vista à excelência de cuidados de qualidade e segurança à Pessoa em situação crítica.

O Estágio III (adequação) foi realizado em contexto de trabalho, onde exercemos funções de chefia de equipas e de coordenação do serviço, mas sempre que nos é possível ou necessário integramos a equipa na prestação de cuidados em qualquer dos setores do serviço.

O SUG pelas suas características requer dos profissionais de saúde uma mobilização rápida e eficaz dos conhecimentos e capacidades no sentido de dar respostas apropriadas, em cuidados adequados às necessidades do cliente, através de uma atuação imediata. Temos sempre vindo a desenvolver competências técnicas, científicas e humanas ao elevado nível da prestação de cuidados ao cliente de alto risco.

A reflexão crítica do nosso desempenho proporciona um momento de avaliação e análise sobre o trabalho desenvolvido. No percurso percorrido, considero que houve sempre evolução no sentido ascendente, desde a prestação de cuidados gerais, com acréscimos de responsabilidades profissionais, facto que proporcionou oportunidades de desenvolvimento de competências na área da formação, gestão e supervisão clínica de cuidados, e a obtenção das competências que nos permite atualmente adquirir o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

3 - ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O enfermeiro através dos conhecimentos apreendidos desde a sua formação inicial, ao longo da sua carreira formativa e profissional, vai construindo o seu próprio saber, essencial ao desenvolvimento de competências nos diversos níveis, científico, técnico, relacional e ético. A mobilização destas competências depende da reflexão crítica da prática para melhor adequar as suas intervenções às necessidades específicas do cliente (Boterf, 1994). O cuidar em enfermagem ao longo do ciclo vital inclui a aplicação de competências gerais e específicas que proporcionam respostas inovadoras com benefícios para a saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e organizados garantindo a continuidade de cuidados.

O Decreto-Lei nº 74/2006 de 25 de Março preconiza que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (artigo 18º, nº 4). Tendo em conta os objetivos fixados legalmente e dada a vinculação ao perfil do enfermeiro especialista, apresentam-se as competências construídas pela ESS a desenvolver pelo enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, no sentido de assegurar ser Mestre em Enfermagem:

1. Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica de cuidados de enfermagem;

- a) Realize avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas;
- b) Sintetize e analise criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura;
- c) Diagnostique e gira problemas e condições de saúde;
- d) Prescreva intervenções de enfermagem geral e especializada;

- e) Inicie e coordene a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças;
- f) Referencie e receba referência de doentes e famílias, para assegurar a continuidade de cuidados;
- g) Avalie a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

Em muitas das situações vivenciadas na prestação de cuidados efetuamos avaliações, dos indivíduos e suas famílias, promovendo o potencial de saúde de cada um. Neste contexto em particular, intervimos proactivamente na pessoa que vivencia situações de risco por suspeita de infeção, identificando sinais e sintomas, prevenindo complicações como a instabilidade hemodinâmica e o desenvolvimento de falência orgânica, através de uma abordagem rápida e diferenciada.

Foram efetuados raciocínios para uma análise crítica conducente a uma tomada de decisão segura nas intervenções de enfermagem da nossa praxis. Obtivemos conhecimento aprofundado sobre a evolução do estado da arte dos cuidados de saúde para combater a problemática da sépsis, tendo esta sido essencial para fundamentar a nossa prática. A mobilização desses conhecimentos permitiu integrar e aplicar de forma autónoma as intervenções necessárias para a identificação e resolução de problemas. Ou seja, a identificação rápida dos potenciais problemas, como são os sinais e sintomas sugestivos de infeção e a instabilidade hemodinâmica, conduziu-nos à prescrição de uma série de intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, gerais e especializadas, que contribuíram para minimizar e/ou evitar os problemas identificados.

Através do fornecimento de informações geradoras de aprendizagem, tivemos oportunidades de iniciar a educação de indivíduos e famílias, capacitando os outros para a tomada de decisão e proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças. Os esclarecimentos e os ensinamentos efetuados permitiram a obter a colaboração em todos os procedimentos e intervenções, com elevado nível de satisfação dos intervenientes.

A permuta de referências nos cuidados especializados contribuiu para uma maior flexibilidade de aceitação e assim assegurar a correta e adequada continuidade dos

cuidados. Conseguimos ampliar a nossa percepção no que se refere à necessidade de referenciação, para outros profissionais da equipa multidisciplinar, na resolução das situações problemáticas identificadas, nas soluções em outras áreas de intervenção e a implementação de medidas terapêuticas complexas permitiu-nos melhorar resultados.

O desenvolvimento e implementação dos projetos de intervenção em serviço, integrando equipas multidisciplinares de forma proactiva, trouxe-nos resultados positivos e enriquecedores para o crescimento pessoal e profissional, assim como criou oportunidades de demonstrar o impacto dos cuidados e intervenções de enfermagem, dando maior visibilidade à profissão, assegurando a melhoria contínua dos cuidados prestados, traduzindo-se em ganhos em saúde.

O empenho demonstrado e o rigor na implementação das intervenções necessárias, atempadas e eficientes na prestação de cuidados, especificamente à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica, possibilitou-nos efetuar supervisão de atividades efetuadas e delegadas, a criação de protocolos de intervenção e assim assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

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

- a) Identifique os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu projeto pessoal/profissional;
- b) Valorize a auto-formação como componente essencial do desenvolvimento.

O crescimento da responsabilidade profissional fez-nos procurar mais e melhor conhecimento sobre a evolução do estado da arte do cuidar em enfermagem. Aproveitando a experiência obtida, ajustámos as necessidades de formação de acordo com as responsabilidades e funções que fomos integrando no decurso profissional. Considerámos ser necessário frequentar formações em contexto de trabalho, formações proporcionadas pelo centro de formação hospitalar, nas mais variadas temáticas de acordo com a prática

exercida. Necessitamos de frequentar formação mais avançada, pelo que frequentamos cursos certificados como suporte avançado de vida, curso avançado de trauma, curso de triagem de manchester, entre outros. Desenvolvemos como organizadoras e preletoras, sessões de formações em serviço sobre variadas temáticas e revimos normas de boas práticas e divulgámo-las. Concomitantemente, frequentamos uma pós-graduação de urgência-emergência e uma pós-graduação de gestão e liderança em saúde, frequentamos a pós-licenciatura na área dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, e em todas elas, adquirimos e desenvolvemos competências, que nos deram resposta formativa de forma satisfatória ao nosso projeto pessoal e profissional.

Concretamente no âmbito deste projeto, procuramos aprofundar os nossos saberes e fundamentar a nossa prática em torno da problemática da sépsis, e evidenciar desenvolvimento de competências especializadas, suportadas na evidência, para intervir e contribuir para minimizar e/ou solucionar a problemática identificada na pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou de falência orgânica, maximizando as nossas intervenções na prevenção e controlo de infeção com resposta adequada e eficiente às necessidades.

Temos consciência que uma política de formação contínua é promotora de aprendizagem ao longo da vida e de desenvolvimento profissional. A escolha por este caminho académico, antevia enriquecimento, pois responsabiliza, valoriza e influencia o nosso amanhã, a nossa trajetória de encarar o futuro com outros saberes e experiências, para agir de modo diferente e ter um papel único no pensar, perceber e integrar as pessoas nos contextos e na nossa tomada de decisão. A nossa linha orientadora é a eficiência e a excelência, com espírito crítico e participativo na procura ou identificação de todas as oportunidades de melhoria contínua da acessibilidade, qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados.

3. Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva:

- a) Aplique os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
- b) Conheça os conceitos, fundamentos, teorias e fatos relacionados com as Ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção;
- c) Sirva como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado;
- d) Faça gestão de casos quando aplicável;
- e) Trabalhe em colaboração com a saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.

Reconhecemos a importância de um quadro de referências e conceitos, para a excelência do exercício profissional, neste caso aprofundamos conhecimentos sobre teorias e teóricas de enfermagem, pressupostos, metaparadigmas e conceitos de enfermagem, padrões de qualidade e desenvolvimento de competências gerais e específicas de enfermagem especializada.

Pensamos demonstrar conhecimento na nossa área de especialização, revelando através das intervenções efetuadas, as nossas capacidades de compreensão e de envolvimento da equipa multidisciplinar na identificação, avaliação e resolução dos problemas identificados.

Na prática profissional da equipa multidisciplinar, são selecionados casos clínicos que suscitem interesse aos profissionais envolvidos. Como responsável da formação em serviço, em parceria com a médica responsável pela formação, programamos sessões clínicas para que estes fossem apresentados e discutidos em contexto de trabalho.

No contexto deste projeto, realçamos que no processo de abordagem e tratamento intra-hospitalar implicavam uma série de procedimentos diferenciados e a prestação de cuidados complexos que requerem o envolvimento de vários profissionais de saúde, na

implementação do protocolo via verde sépsis, pelo que em parceria efetuamos formação específica e diferenciada à equipa, para atuar nesta área, aplicando também a metodologia de estudo de caso para a sua apresentação e validação da sua aplicação.

Revemo-nos como consultores para outros profissionais de saúde, particularmente na nossa área de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. Na área da qualidade da prestação de cuidados à pessoa em situação de doença crítica ou falência orgânica, somos referência no que respeita à rápida e adequada resposta na identificação e manutenção das funções vitais, na eficaz utilização e manuseamento dos meios avançados disponíveis para monitorização e vigilância. Como responsável da formação em serviço, somos elemento orientador e avaliador nos processos formativos em contexto de trabalho, nos processos de integração de novos elementos, na supervisão clínica e tutoria e na formação em geral tanto individual como coletiva. Atualmente como elemento da coordenação de enfermagem, somos elemento orientador e avaliador no que se relaciona com a supervisão de cuidados e na avaliação de desempenho.

Relativamente e especificamente ao tema deste projeto, somos consultores na identificação, abordagem da pessoa com critérios de suspeita de infeção passível de ser incluída no protocolo via verde sépsis, e no seu tratamento e referenciação na continuidade de cuidados, tendo a responsabilidade de monitorização do cumprimento do protocolo e divulgação dos resultados, pois tal como refere Carvalho *et al.*, (2009), depois de capacitada a equipa deve ser monitorizada e avaliada no cumprimento do seu desempenho, por quem exerce a liderança, no sentido de obtenção de indicadores positivos no domínio do direito da acessibilidade do cliente ao tratamento mais adequado.

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

- a) Selecione os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada;
- b) Avalie os resultados, em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspetiva das repercussões em sentido ético e deontológico.

No dia-a-dia orientamos, supervisionamos e lideramos processos, logo temos nas mãos a capacidade de melhorar as nossas competências e as práticas. Ao identificar problemáticas que influenciam a nossa prática, devemos fundamentá-las, e para as resolver temos de planejar as estratégias, identificar e selecionar os recursos necessários. Estes foram os passos realizados ao desenvolvermos o nosso PIS, exposto neste trabalho.

Uma prática centrada na exigência de responsabilidades, torna necessário uma avaliação da qualidade dos cuidados de saúde especializados prestados ao cliente. O desenvolvimento da reflexão sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais capacitou-nos para lidar com situações mais complexas, adotar novas estratégias e aplicar novos recursos, no desempenho das atividades profissionais tendo em mente os direitos e deveres dos cidadãos, no âmbito do acesso aos cuidados de saúde. A permissão que o cliente satisfaça as suas necessidades quando recorre ao nosso SUG e a sua colaboração nas intervenções planeadas e executadas, leva-nos também a conhecer que o seu grau de satisfação, perante os cuidados especializados que prestamos, é elevado.

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

- a) Analise, conceba e implemente resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área de estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes;
- b) Use a capacidade de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.

Atualmente perante a evolução científica e progresso da sociedade, há necessidade de divulgar resultados e produzir indicadores que reflitam positivamente a Qualidade em Saúde. A promoção e divulgação de resultados e de estudos efetuados em contexto académico e em contexto de trabalho, permitiu-nos promover uma prática baseada em evidência. Um dos benefícios da realização deste trabalho de projeto foi a recolha de dados que permitiu desenhar o processo de monitorização e divulgação do protocolo implementado, que se pretende que tenha um contínuum, seja periódica, para que os

resultados se tornem sustentáveis e de sucesso, e que sejam comparáveis e produzam conhecimento com elevado nível de evidência passível de divulgação pública.

6. Realize análise diagnóstica, planejamento, intervenção e avaliação da 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:

A capacidade de integrar novos papéis, que permitiram momentos de socialização, formação, educação, partilha e reflexão, tendo sido muito motivador e gratificante.

No âmbito do processo formativo já percorrido e com a realização deste projeto e sua aplicação no desenvolvimento pessoal e profissional, consideramos ter realizado na praxis clínica as competências descritas anteriormente. A formação académica obtida foi essencial para um bom desempenho profissional, no entanto foi necessário renovar de forma contínua os nossos conhecimentos, através dos vários tipos de formação, sustentando e aprofundando novos conhecimento para manter o potencial desenvolvimento profissional com vista à promoção da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem que prestamos à população que recorre ao SUG.

Contudo, não chega ter conhecimentos, capacidades e aptidões, pois para manter a nossa eficiência é necessário mobilizá-los no sentido de se adequarem às situações com que nos deparamos e serem aplicados em tempo útil, para se traduzirem em competências necessárias a uma prestação de cuidados diferenciada. Pois tal com se encontra descrito no Código Deontológico, o enfermeiro deverá procurar em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de “ *manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*” (OE, 2009, p.5).

A realização deste trabalho de projeto obrigou ao desenvolvimento de capacidades metodológicas e técnicas, relevantes para o desenvolvimento do nosso conhecimento, permitindo e constituindo-se como base para a sua aplicação. Este recurso tornou-se muito valioso em contexto gerador de mudanças e de suporte de tomada de decisão. Permitiu ainda desenvolver capacidades de integrar e interligar conhecimentos que nos permitem

lidar com situações complexas, com responsabilidade ética e social, na procura de identificação e resolução de problemas e na procura de soluções para as novas situações com que nos deparamos, comunicando de forma clara e simples em contextos alargados e multidisciplinares. Em síntese, o percurso percorrido possibilitou ampliar competências de aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamentado e autónomo.

CAPÍTULO IV

CONCLUSÃO

IV – CONCLUSÃO

*“Somos aquilo que fazemos consistentemente.
Assim, a excelência não é um acto, mas sim um hábito”.*

Aristóteles

A inovação e mudança nas organizações de saúde são indispensáveis para garantir uma resposta atual e adequada às necessidades de saúde da população. Para obter sucesso no atual contexto socioeconómico, temos de nos diferenciar pela qualidade e segurança dos cuidados que prestamos. Neste sentido é necessário que os profissionais de saúde se envolvam e se sintam agentes de mudança para melhorar a qualidade de resposta, aumentar a satisfação dos clientes e produzir ganhos em saúde.

Com as teorias abordadas, realçando os pressupostos e interligação dos conceitos em enfermagem na sua operacionalização, tentamos enquadrar este trabalho e orientar o exercício da profissão, com vista a promover a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

A criação das vias verdes veio inovar as estratégias das organizações, na abordagem e tratamento mais adequado aos clientes em situações críticas, onde o fator tempo entre o início dos sintomas, a sua identificação/diagnóstico/tratamento é fundamental para reduzir a mobilidade e mortalidade. Atualmente a sépsis é considerada um problema grave de saúde pública. Através dos estudos consultados, sabemos que a morbi-mortalidade por sépsis continua a aumentar, facto que atualmente podemos relacionar com algum desconhecimento das diretrizes preconizadas pela SSC (2008) e a não implementação da norma da DGS (2010) na criação de uma Via Verde para a Sépsis, à semelhança das já existentes para o AVC e EAM. Relembramos que para o diagnóstico seguro de Sépsis, não existe “ECG” ou “TAC”, tal como para o EAM e AVC, mas existe a “golden-hour” ou “tempo porta-agulha” para o seu tratamento, com medidas mais simples (antibioterapia e fluidoterapia) e cujo custo de tratamento é maior quando estas medidas não são efetuadas de forma atempada e adequada.

Ao analisar esta problemática identificámos a oportunidade de incidir o nosso projeto de intervenção em serviço, na implementação da VVS no SUG. A capacidade de

assegurarmos um melhor acesso aos cuidados, melhor abordagem e tratamento, com rentabilização dos recursos, redução dos custos e ganhos em saúde, foram a chave para atingir os objetivos e êxito no desafio da concretização da sua implementação.

De forma geral, os objetivos delineados foram cumpridos. Conseguimos estabelecer circuitos e procedimentos, elaboramos um protocolo interno de atuação, identificamos e atualizamos normas de procedimentos de enfermagem relacionadas com as boas práticas, construímos em parceria um instrumento de registo no processo clínico informatizado do cliente, tivemos oportunidades de formar e divulgar o projeto aos profissionais envolvidos, com o intuito de dotá-los de conhecimentos e capacitá-los, terminando com a implementação do projeto e programando o processo de monitorização do cumprimento do protocolo VVS, não dando estes últimos como concluídos, uma vez que são de consecução contínua até que toda a equipa se encontre perfeitamente capacitada.

Na análise efetuada do cumprimento das etapas definidas, realçamos que a disponibilidade e o trabalho em equipa dos intervenientes facilitaram este processo, tendo sido implementadas medidas corretivas à medida que se identificavam falhas ou se recolhiam sugestões. Na recolha e apresentação dos primeiros resultados estatísticos obtidos, através dos registos efetuados na aplicação informática existente, verificou-se que a maioria das ativações efetuadas pelos enfermeiros, não corresponderam a uma reavaliação clínica, logo não geraram formulário de registo clínico, pelo que se perderam muitos dos indicadores possíveis de validação ou não, da inclusão do cliente em protocolo VVS. Ou seja, de uma população de 165 clientes para estudo, obtivemos uma amostra de 68. Consciencializamos que podemos estar perante uma falha no processo do conhecimento/informação e comunicacional entre a equipa, que terá de ser reestruturado, assim como uma necessidade de se efetuar uma avaliação mais aprofundada das possíveis causas. Dos registos que geraram formulário, o foco do estudo incidiu nas diretrizes da DGS (2010) e na “*Bundle das primeiras 6 horas*” (SSC, 2008), tendo-se concluído que em 19 clientes aplicou-se o protocolo de tratamento e em 11 cumpriu-se na totalidade e adequadamente o respetivo algoritmo, o que no desenho da recolha destes dados, traz ganhos em saúde.

Pretendemos que esta síntese apresentada permita continuar a divulgação deste projeto e servir de impulso para a implementação da Via Verde Sépsis em outras instituições, permitindo a participação ativa de todos os profissionais de saúde e assim melhorar

resultados. O facto da recolha e apresentação dos resultados obtidos se confinarem a uma pequena amostra e aos registos obtidos no primeiro ano de implementação de um serviço específico, não podem ser generalizados, pelo que a sua interpretação deve ter em conta esta limitação, assim seria desejável o seu aprofundamento e consolidação científica, com trabalhos de investigação a nível nacional, mais abrangentes e representativos, de forma a gerar novo e mais conhecimento. Sugerimos também o prosseguimento da aposta na formação contínua dos profissionais, identificando as necessidades, dificuldades sentidas e introduzindo as medidas necessárias, porque trará benefícios para o cliente/família e para a equipa/serviço/organização.

Chegado ao fim da última etapa de um processo formativo, que teve início na Licenciatura em Enfermagem, tendo sido posteriormente desenvolvido na 1ª PG MC, e no âmbito do Estágio III (adequação) do 2º CPLEE MC, comprovamos que atualmente o nosso conhecimento encontra-se ampliado, pelo que consideramos ter desenvolvido as competências profissionais diferenciadas, suportadas na evidência, para intervir na área especializada de enfermagem médico-cirúrgica. Neste 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tivemos oportunidade de desenvolver e demonstrar o elevado nível de conhecimento e as competências profissionais especializadas desenvolvidas e aplicadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação, após 16 anos de experiência profissional. Assim, na sua globalidade como resultados de aprendizagem obtivemos, o aperfeiçoamento das competências especializadas já adquiridas e o desenvolvimento de novas competências, as de mestre.

Aprender ao longo da vida poderá ser o pilar estratégico para o desenvolvimento de competências no exercício de uma prática fundamentada, no sentido de obter mais e melhores conhecimentos, capacidades e aptidões que dêem a resposta atempada, adequada e eficiente, face às necessidades e à resolução dos problemas complexos que vivenciamos.

“Se você quer transformar o mundo, experimente primeiro promover o seu aperfeiçoamento pessoal e realizar inovações no próprio interior.”

Dalai Lama

REFERÊNCIAS

1. ABREU, Margarida – *Empreendedorismo em Enfermagem: Da Autonomia à Definição de Projectos de Sucesso*. Coimbra: **Cadernos Sinais Vitais**, Nº2, (Outubro de 2007). ISBN: 978-972-8485-90-0.
2. ABREU, Wilson – *Supervisão Clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade*. **Revista Sinais Vitais**. Nº 45, (Novembro de 2002), p.53-57.
3. ABREU, Wilson – *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: **Formasau**, (2008). ISBN: 9789728485870.
4. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE [ACSS] – *A Patofisiologia da sépsis*. **Portal de codificação e GDH**. 2012. [Consultado em: 29 de Setembro de 2012]. Disponível em: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php>.
5. *AMERICAN COLLEGE of CHEST PHYSICIANS/ SOCIETY of CRITICAL CARE MEDICINE [ACCP/SCCM] – Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis: Consensus Conference 1991*. **Critical Care Med.** (1992); Nº 20, p. 864-874.
6. ARS, NORTE – **Via Verde**. [Consultado a 7 de julho de 2012]. Disponível em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Ficheiros/Via%20Verde%20AVC%20na%20Regi%C3%A3o%20Norte.pdf>.
7. BARBIER, Jean-Marie – **Elaboração de Projectos de Acção e Planificação**. Porto: Porto Editora, 1996. ISBN: 972-0-34106-8.
8. BENNER, Patricia – **De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora. 2003. ISBN 972-8585-97-X.
9. BONE, R.; [et al] – *Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis: The ACCP/SCCM Concensus Conference Committee*. **Critical Care Med.** Vol. 101, Nº 6, (Junho, 1992), p.1481-3. [Consultado em: 29 de Setembro de 2011]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1303622>.

10. BURNEY, M.; [et al] – *Early detection and treatment of severe sepsis in the emergency department: Identifying barriers to implementation of a protocol-based approach.* **Journal Emergency of Nurses.** (2011). p. 1-6.
11. CARDOSO, Teresa; [et al] – *Epidemiology of Community-Acquired Sepsis admitted in Intensive Care: a large multi-center prospective cohort study.* **Critical Care Med.**, Vol.37, nº 2, (Fevereiro de 2009), p. 410-416.
12. CARDOSO, Teresa; CARNEIRO, Antonio; [et al] – *Reducing mortality in severe sepsis with the implementation of a core 6-hour bundle: results from the Portuguese community-acquired sepsis study.* **Critical Care Med.** Vol.14, Nº3, (2010), 11 p.
13. CARLBOM, D.; RUBENFELD, G. – *Barriers to implementing protocol-based sepsis resuscitation in the emergency department – Resulsts of a national survey.* **Critical Care Med.** Vol. Nº 35, nº 11. (2007), p. 2525-2532.
14. CARNEIRO, A.; PÓVOA, P.; [et al] – *Influence of vasopressor agent in septic shock mortality. Results from Portuguese Community-acquired Sepsis Study.* **Critical Care Med.**, Vol. 37, nº 2, (Fevereiro de 2009), p. 736-740.
15. CHIAVENATO, Idalberto – **Empreendedorismo: Dando Asas ao Espírito Empreendedor.** 2.ª Edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2007. ISBN 978-85-02-06433-2.
16. DECRETO-LEI nº 161/96 – *Regulamento do Exercício dos Enfermeiros.* **Diário da República.** 1ª Série A, Nº 205, (04 de Setembro de 1996), p. 2959-2962.
17. DELLINGER, R.; LEVY, M.; CARLET, J. [et al] – *Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septoc chock: 2008.* **Intensive Care Medicine;** Vol.34, Nº1 (2008), 44 p.
18. DELLINGER, R.; [et al] – *Sepsis.* **Critical Care Clinics.** Vol.25, nº4 (Outubro 2009), p.635-890. ISBN: 1-4377-1204-5.
19. DEODATO, Sérgio – **Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da sociedade.** Coimbra: Almedina, 2008. (*Tese de Mestrado*). ISBN 978-972-40-3401-0.
20. DEPARTAMENTO DA QUALIDADE EM SAÚDE [DQS] – **Missão.** (2012). [Consultado a 7 de julho de 2012]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>.

21. DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA ONLINE. Priberam, (2012). [Consultado em: 14 de Setembro de 2012]. Disponível em: <http://www.priberam.pt/DLPO/default.aspx>.
22. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE [DGS] – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Manual de Operacionalização*. Lisboa: MS. (Fevereiro de 2008), 49p. [Consultado a 2 de Outubro de 2011]. Disponível em: <http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SPManualdeOperacionalizacao.pdf>.
23. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE [DGS] - **Criação e Implementação da Via Verde Sépsis**. Circular Normativa nº1, (06/01/2010). [Consultado em: 20 de Setembro de 2011]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/051D4394-95FA-419F-98DB-7AEED26D1E3E/0/i012305.pdf>.
24. FERRITO, Cândida – *Enfermagem Baseada na Evidência: estudo Piloto sobre necessidades de informação Científica para a prática de enfermagem*. Setúbal: **Percursos**. Ano 2. Nº 3, (Janeiro- Março, 2007), p.36-40. ISSN: 1646-5067.
25. FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília; RUIVO, Alice; [et al.] – *Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas*. Setúbal: **Percursos**. Nº 15, (Janeiro-Março, 2010), 38p. ISSN: 1646-5067.
26. FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de Investigação: da concepção à realização**. 3ª Ed. Loures: Lusodidacta, 2003, 388p. ISBN: 978-972-8383-10-7.
27. FRANCIS, M.; RICH, T.; [et al] – *Effect of an emergency department sepsis protocol on time to antibiotics in severe sepsis*. **Canadian Journal of Emergency Medical**. Vol. 12. Nº 4. (2010). p. 303-310.
28. FRIEDMAN, G.; SILVA, E.; VINCENT, J. – *Has the mortality of septic shock changed with time?* **Critical Care Med**. Vol. 26, Nº 12 (1998), p. 2078-2086.
29. GIULIANO, Karen; [et al] – *Impact of Protocol watch on Compliance with Surviving Sepsis Campaign*. **Critical Care Techniques: American Journal of Critical Care**. Vol. 20. Nº 4, (Julho 2011), p.313-321.
30. GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM [GPT] – **Triagem no Serviço de Urgência: Manual do Formando**. 2ª Edição. Lisboa: BMJ Publishing Group. 2001.

31. HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusodidacta, 2001. 230p. ISBN 978-972-8383-20-6.
32. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES [ICN] – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0**. Lisboa: OE, (2009). ISBN 978-989-96021-6-8
33. LE BOTERF, Guy. – **De La Compétence- essai sur un attracteur étrange**. Paris: Les Éditions D'Organisation, 1994.
34. LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela – **O que é trabalho de Projecto?: Aprender por projetos centrados em problemas**. Porto: Edições Afrontamento, 1989. ISBN: 972-36-0216-4.
35. LEVY, M.; FINK, M.; MARSHALL, J. [et al] - *International Sepsis Definitions Conference 2001*. SCCM/ ESICM/ ACCP/ ATS/ SIS. **Critical Care Med**. Nº 31, (2003), p. 1250-1256.
36. LEVY, M; [et al] – *The Surviving Sepsis Campaign: results of an international guideline based performance improvement program targeting severe sepsis*. **Intensive Care Med**. Nº 36, (2010), p. 222-231.
37. MÃO-DE-FERRO, António – **Na Rota da Pedagogia**. Lisboa: Edições Colibri, 1999, 284p.. ISBN:972-772-069-2.
38. MARIK, Paul – *Surviving sepsis: going beyond the guidelines*. **Annals of Intensive Care a Springer Open Journal**, Nº1, (2011), p. 17.
39. MARTIN, Gregory – *New Developments in Sepsis*. **Medscape Education**. (2007), [Consultado a 24 de Setembro de 2012]. Disponível em: <http://www.medscape.org/viewarticle/540989>.
40. MEZOMO, J. – **Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, (2001).
41. MINISTÉRIO DA SAÚDE [MS] – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos**. Lisboa: DGS, 2004. 2 Volumes: Vol.I - Prioridades, 88p., Vol.II – Orientações estratégicas, 216p. ISBN: 972-675-109-8.
42. MINISTÉRIO DA SAÚDE [MS] – **Plano Nacional de Saúde 2011-2016**. Lisboa (2012). [Consultado a 24 de Outubro de 2011]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns-2011-2016>.

43. MISHLE, Merle; CLAYTON, Margaret – **Theories of Uncertainty in Illness**. Capítulo 4, p.55-78. **In:** SMITH, Mary; LIEHR, Patricia - *Middle Range Theory for Nursing*. 2ª Edição. 2008. ISBN: 978-0-8261-1916-2.
44. NP 405 – Informação e Documentação. **Referências Bibliográficas**. Monte da Caparica: IPQ.
45. MORENO, Rui. [et al.] – *À Procura de um Índice de Gravidade na Sépsis*. **Revista Portuguesa de Medicina Intensiva**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, Nº 1, (1999). ISSN: 0872-3087
46. NGUYEN; [et al.] – *Implementation of bundle quality indicators for the early management of severe sepsis and septic shock is associated with decreased mortality*. **Critical Care Medicine**. Vol.35, nº4. (2007). p. 1105-1112.
47. NUNES, Lucilia – **O que distingue alguns tipos de normas?** (1999), 6 p. [Consultado em: 24 de Setembro de 2011]. Disponível em http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/tiposnormas.pdf.
48. NUNES, Lucilia; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários às análises**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005, 456p. ISBN: 972-99646-0-2.
49. NUNES, Lucilia – *Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem*. Setúbal: **Percursos**. Nº17, (Julho-Setembro de 2010), p. 3-9. ISSN 1646-5067.
50. NUNES, Lucilia; MARTINS, Lurdes; [et al.] – *Uma Matriz de Competências para a Licenciatura em Enfermagem*. Setúbal: **Percursos**. 6ª Edição. Ano 2, Nº6, (Outubro-Dezembro de 2007), 64 p.. ISSN: 1646-5067.
51. NUNES, Lucília – **Um Olhar sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência. 2003. 390p. ISBN: 978-8383-60-2.
52. O'NEILL, R.; MORLAES, J.; JULE, M. – *Early Goal-Directed Therapy for severe sepsis/septic shock: which components of treatment are more difficult to implement in a community-based emergency department?* **The Journal of Emergency Medicine**. Vol. Nº 42, nº 5. (2012).p. 503-510.
53. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **DOR: Guia Orientador de Boa Prática**. OE. Lisboa: Conselho de Enfermagem, (Junho de 2008), 57p. ISBN: 978-972-99646-9-5

54. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Enunciado de Posição: Consentimento Informado Para Intervenções de Enfermagem**. O.E. Lisboa, (15 Março de 2007), 8p. [Consultado a 21 de Setembro de 2012]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao>
55. 15Mar2007.pdf.
56. ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. **Diário da República**. Lei nº111/2009, 1ª série, Nº180, (16 de Setembro de 2009), p.6528-6550.
57. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. O.E.Lisboa: Conselho de Enfermagem, (Outubro de 2003), 26p.
58. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição**. O.E. Lisboa:Conselho Diretivo, (26 de Abril de 2006), 4p. [Consultado a 2 de Outubro de 2011]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents>
59. /TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.
60. ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem; Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem; Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista*. **Caderno Temático**. O.E. Lisboa: Conselho de Enfermagem, (Dezembro, 2009), 45 p.
61. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos**. O.E. Lisboa: Conselho de Enfermagem, (Dezembro de 2001), 18 p. [Consultado a: 10 de Outubro de 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesQualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.
62. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. O.E. Lisboa: Conselho Diretivo de Enfermagem, (Maio de 2010). 10p.
63. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crítica**. O.E. Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, (Outubro de 2010), 5p.
64. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Qualidade e Produtividade em Enfermagem**. O.E. Lisboa (2004).

65. ORTEGA; [et al] – *Impact of the surviving sepsis campaign protocols on hospital of stay and mortality in septic shock patients: Results of a three-year follow-up quasi-experimental study.* **Society of Critical Care Medicine.** Vol. 38, nº 4, (2010).
66. PHANEUF, Margot – **Relação de Ajuda: Elemento de Competência da Enfermeira.** Coimbra:Cuidar, (1995).
67. PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.** 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2005. 668p. ISBN 972-8383-84-3.
68. PICARD, Kathy – *Development and Implementation of a multidisciplinary sepsis protocol.* **Critical Care Nurse.**, Vol. 26, Nº 3, (2006), pág.43.
69. PIZZOLATTI, Marcos – *Avaliação do conhecimento dos profissionais da área de medicina de urgência sobre os critérios de Definição de SIRS, Sépsis, Sépsis Grave e Choque Séptico.* **Revista Brasileira de Medicina Intensiva.** Vol.16, Nº4, (2004), p. 210-215. ISSN:1982-4335. [Consultado a: 12 de Outubro de 2011]. Disponível em: http://rbti.org.br/download/artigo_2010618113318.pdf.
70. PONTE, Sandra – *Preparados para uma catástrofe?* **Jornal do Centro.** Lisboa: Hospital de São Francisco Xavier, Nº 20. (Agosto 2007), pag.12-13. Disponível em: http://www.hsfxavier.minsaude.pt/Downloads_HSA/HSFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/Jornal%20do%20Centro/2007/jornal20.pdf.
71. POPPER, Karl – **A Lógica da Pesquisa Científica.** São Paulo: Editora Cultrix, 2002. 568p. ISBN 978-853-1602-36-8.
72. POPPER, Karl - **Conjecturas e Refutações.** Coimbra:Editora Almedina. 2003. 579p. ISBN: 9789724018782
73. POPPER Karl - **A Pobreza do Historicismo.** Lisboa: Esfera da Caos Editores. 1ªedição. Junho de 2007. 176 p. ISBN: 978-989-8025-29-6
74. PÓVOA, Pedro – *Biomarcadores no Diagnóstico de Infecção e Sépsis.* **Revista Portuguesa de Medicina Interna,** Vol.17, Nº1, (Março 2010), p.31-41
75. PÓVOA, Pedro; [et al] – *Influence of vasopressor agente in septic shock mortality. Results from the Portuguese Community-Acquired sepsis study.* **Crit Care Med.** Vol.Nº 37, (2009). p. 410-416.

76. REGULAMENTO nº 122/2011 – *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. **DIÁRIO DA REPÚBLICA**, 2ª Série, Nº 35, (18 de Fevereiro de 2011), p. 8656-8657.
77. REGULAMENTO nº 124/2011 – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. **DIÁRIO DA REPÚBLICA**, 2ª Série, Nº 35, (18 de Fevereiro de 2011), p. 8656-8657.
78. ROLO, Orlando – **Curso de Gestão das Organizações**. EDIX, Setembro de 2008. ISBN: 978-989-95673-1-3.
79. SÁ-CHAVES, Idália – **Formação, conhecimento e supervisão: Contributos nas áreas de formação de professores e de outros profissionais**. Aveiro: Universidade de Aveiro. 3ª Edição, 2011. ISBN: 9789727893430.
80. SARKAR, S. – **Empreendedorismo e Inovação**. 2ª Edição. Escolar Editora, 2000. ISBN: 978-972-592-269-9.
81. SHEEHY'S, S. – **Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática**. 4ª Edição. Loures: Lusociência, 2001. 877p. ISBN: 972-8383-16-9
82. SHORR, A.; [et al] – *Economic implications of evidence-based sepsis protocol: Can we improve outcomes and lower costs?* **Critical Care Med.** Vol.35, Nº 5, (2007), p.1257-1262.
83. SCHORR, C; - *Value of protocolization and sépsis performance improvement programs in early identification of sepsis handbook: early diagnosis of sepsis*. France: **Biomerieux Education**. (2007), p.130-139.
84. SIMÕES, V., DOMINGUINHOS, P. – *Empreendedor, Oportunidade, Projecto: O trinómio do Empreendedorimo*. **21 Temas para o século XXI**. RH Editora, (2006).
85. *SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN – About the Campaign*. [Consultado a 20 de Setembro de 2012]. Disponível em: <http://www.survivingsepsis.org/>
86. TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004, 766p. ISBN: 978-972-8383-74-9.

87. TROMP, M. ; [et al] – *The role of nurses in the recognition and treatment of patients with sépsis in the emergency-department. A prospective before-and-after intervention study.* **International Journal of Nursing Studies.** Nº 47, (2010), p. 1464-1473.
88. VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência.** Lisboa: Universidade Católica, 2007. 160p. ISBN: 972-54-0146-8.
89. ZAMBON, M.; [et al] – *Implementation of the Surviving Sepsis Campaign guidelines for severe sepsis and septic shocks: We could go faster.* **Journal of Critical Care.** Nº 23. (2008) p. 455-460.

APÊNDICES

ANEXOS