



Sílvia Cláudia Coelho
Costa Correia

**PAPEL DO ENFERMEIRO NA
SALA DE EMERGÊNCIA E NO
TRANSPORTE INTER
HOSPITALAR DO DOENTE
CRÍTICO**

Um Contributo para a Uniformização de
Cuidados em Enfermagem

Trabalho de Projeto
apresentado para cumprimento
dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem Médico
Cirúrgica, realizado sob a
orientação científica da
Professora Elsa Monteiro.

Trabalho de Projeto

Agosto 2013



1º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

PAPEL DO ENFERMEIRO NA SALA DE EMERGÊNCIA E NO TRANSPORTE INTER HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO

Um Contributo para a Uniformização de Cuidados em Enfermagem

Trabalho de Projeto

Sílvia Correia

Professora Orientadora: E.M.

Agosto 2013

DECLARAÇÕES

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

O candidato,

Setúbal, ____ de _____ de ____

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

O(A) orientador(a),

Setúbal, ____ de _____ de ____

*E digo-vos que a vida é de facto obscuridade
exceto onde há arrebatamento,
E todo o arrebatamento é cego exceto onde há saber,
E todo o saber é vão exceto onde há trabalho
e todo o trabalho é vazio exceto onde há amor!*

Khalil Gibran

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo, pelas autorizações concedidas para a realização dos estágios no Serviço de Urgência, Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente e Comissão de Controlo de Infecção.

Um muito obrigado ao Enfermeiro Orientador J.F., pela disponibilidade, empenho e desafios colocados ao longo destes meses, promovendo o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

A todos os Enfermeiros pela forma como nos receberam facilitando a nossa aprendizagem.

Ao perito convidado, Enfermeiro R.S., pelo apoio na realização das sessões de formação.

À Professora Orientadora E.M. pelo acompanhamento e orientação nos Projetos desenvolvidos.

Um obrigado a todos os docentes do mestrado pela transmissão de conhecimentos ao longo dos 3 semestres.

Aos colegas de curso, pelas alegrias e tristezas que partilhámos ao longo destes 2 anos.

Vocês Pais, pelo apoio incondicional em mais uma etapa.

A ti, Rui, pela compreensão nos momentos de ausência.

RESUMO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) realizámos três estágios no Serviço de Urgência (SU) de um Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo (CHRST). Os estágios, articulados entre si, foram orientados para o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), no âmbito da aquisição de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e de um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), no âmbito da aquisição e desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

O PIS, baseado na metodologia de projeto, contribuiu para um melhor desempenho da equipa de enfermagem do SU na Sala de Emergência e Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico, através da criação de documentos orientadores como a grelha de descrição de funções dos enfermeiros na sala de emergência, uma folha de registos relativa à operacionalidade da sala supracitada e formação em SAV no adulto e transporte inter hospitalar do doente crítico.

O PAC foi direcionado para as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação e maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, uma vez que a competência cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica foi desenvolvida no PIS. Assim, tendo também em conta a metodologia de projeto elaborámos um procedimento setorial sobre o tipo e manuseamento dos extintores e um procedimento setorial sobre o uso de equipamento de proteção individual na sala de emergência e transporte do doente crítico infetado.

Palavras-chave: Sala de Emergência; Transporte do Doente Crítico

ABSTRACT

Within the 1st Masters Course in Medical-Surgical Nursing we conducted three internship in the Emergency Service of a Hospital of the Region South of the River Tejo. The internship, articulated between themselves, have been directed to the development of an Intervention Project in Service (PIS), in connection with its acquisition of Common Skills of Specialist Nurses and a Clinical Learning Project (PAC), in the context of the acquisition and development of the Specific Skills of Nursing Specialist in Person in Critical Situation.

The PIS, based on project methodology, has contributed to a better performance of the nursing team of Emergency Service in the Emergency Room and Inter-Hospital Transport of Critically-ill Patients, through the creation of guiding documents such as the grille of description of roles of nurses in the emergency room, a sheet of records relating to the operation of the emergency room and training in SAV in adult and secondary transport of critically-ill patients.

The PAC has been directed to the Specific Skills of the Nurse Specialist in Person in Critical Situation improve the response to situations of disaster or multi-victim emergency, from design to action and maximizes the intervention in the prevention and control of infection before the person in critical situation and/or organ failure, given the complexity of the situation and the need for answers in good time and appropriate, since the competence takes care of the person experiencing complex processes of critical illness and/or organ failure was developed in PIS. Thus, taking into account also the project methodology we have produced a procedure on the sectorial type and handling of fire extinguishers and a sectorial procedure on the use of personal protective equipment in the emergency room and transportation of critically-ill infected patients.

Key-words: Emergency Room; Transport of Critically ill

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviaturas

Enf - Enfermeiro

p. - Página

Siglas

ATLS – Advance Trauma Life Support

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CHRST – Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo

DGS – Direção Geral da Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESS – Escola Superior de Saúde

FCCS – Fundamental Critical Care Support

FMEA – Failure Mode and Effect Analysis

GGRSD – Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente

HPS – Health Protection Scotland

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

NOC – Norma de Orientação Clínica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PCR – Paragem Cardio Respiratória

PHTLS – Pre Hospital Trauma Life Support

PIO – Projeto de Intervenção Organizacional

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

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

PNEPC – Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem

RPN – Número de Prioridade de Risco

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SWOT – Strenghts, Weaknesses, Opportunities e Threats

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE GERAL

	p.
0. INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	16
1.1 TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA DE MERLE MISHEL	20
1.2 SALA DE EMERGÊNCIA E TRANSPORTE INTER HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO	22
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	29
2.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	30
2.1.1 Definição do Problema	30
2.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	36
2.3 PLANEAMENTO/CRONOGRAMA INICIAL	37
2.4 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	41
2.4.1 Análise do desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista	51
3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA	60
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO	60
3.2 PLANEAMENTO/CRONOGRAMA INICIAL	61
3.3 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA	63
3.3.1 Análise do desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista	67
4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE	73
5. REFLEXÃO FINAL	81
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS	
Anexo I- Registo da Avaliação da Formação	94
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Diagnóstico da Situação	98
APÊNDICE II - FMEA	107

APÊNDICE III - Análise SWOT	110
APÊNDICE IV - Carta de Pedido de Autorização	112
APÊNDICE V - Questionário	115
APÊNDICE VI - Carta Explicativa do Estudo	120
APÊNDICE VII - Consentimento Informado	123
APÊNDICE VIII - Análise de Dados dos Questionários aplicados à Equipa de Enfermagem do SU do Hospital X	125
APÊNDICE IX - Planeamento do PIS	141
APÊNDICE X - Relatório de Estágio Opcional no SU Médico-Cirúrgica do Hospital Y do CHRST	150
APÊNDICE XI - Dossier Temático em SAV (Adulto/ Pediátrico), Emergências Pediátricas e Trauma	160
APÊNDICE XII - Livro de Bolso Medicação de 1ª Linha em Emergência	192
APÊNDICE XIII - Slides da Sessão de Formação em SAV no Adulto	210
APÊNDICE XIV - Plano de Sessão da Formação em SAV no Adulto	224
APÊNDICE XV - Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação em SAV no Adulto	229
APÊNDICE XVI - Slides da Sessão de Formação no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico	232
APÊNDICE XVII - Plano de Sessão da Formação no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico	245
APÊNDICE XVIII - Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico	249
APÊNDICE XIX - Grelha de Descrição de Funções dos Enfermeiros na Sala de Emergência	252
APÊNDICE XX - Folha de Registos relativa à Operacionalidade e Funcionalidade da Sala de Emergência	255
APÊNDICE XXI - Planeamento do PAC	257
APÊNDICE XXII - Relatório de Estágio Opcional no Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente do CHRST	264
APÊNDICE XXIII - Procedimento Setorial sobre o Tipo e Manuseamento de Extintores	274
APÊNDICE XXIV - Relatório de Estágio Opcional na Comissão de	284

Controlo de Infecção do CHRST	
APÊNDICE XXV - Quadro de Avaliação das Guidelines (AGREE)	301
APÊNDICE XXVI - Procedimento Setorial sobre o Uso de Equipamento de Proteção Individual na Sala de Emergência	303
APÊNDICE XXVII - Procedimento Setorial sobre o Uso de Equipamento de Proteção Individual no Transporte do Doente Crítico Infetado	313
APÊNDICE XXVIII - Trabalho de Grupo Supervisão de Cuidados	325
APÊNDICE XXIX - Artigo PIS	336

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 1º Curso de MEMC, da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O curso teve como finalidade contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento de saberes teóricos e práticos em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. O mestrado desenvolveu-se em 3 semestres: o 1º semestre foi composto por unidades curriculares (UC) de interesse transversal, no 2º semestre decorreu a UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica I, composta por diferentes módulos, englobando os estágios I e II e por fim no 3º semestre decorreu a UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, composta também por vários módulos e pelo estágio III.

Os estágios, articulados entre si, para além da prestação de cuidados à pessoa doente, foram orientados para o desenvolvimento de um PIS, no âmbito da aquisição de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e de um PAC, no âmbito da aquisição e desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Assim, os estágios I e II decorreram de 26 de Setembro a 08 de Fevereiro de 2012 e tinham como objetivo a identificação de uma problemática (problema/oportunidade) clínica de enfermagem médico-cirúrgica, existente no contexto de estágio para o desenvolvimento do PIS, elaborado de acordo com a metodologia de projeto. A par deste projeto demos início ao nosso PAC. O estágio III, realizado de 19 de Março a 11 de Julho de 2012 teve como objetivo a execução e a avaliação das intervenções planeadas no PIS e no PAC.

Realizados num CHRST, mais concretamente no SU do Hospital X, os mesmos visaram o enriquecimento pessoal e profissional, que nos permitiram a aquisição e o desenvolvimento de competências, articulando com os conhecimentos teóricos lecionados à prática profissional, e os mesmos foram orientados pelo

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica J. F. e a Professora Orientadora E. M..

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica exigem ações bem coordenadas e altamente qualificadas. De modo a possibilitar uma rápida atuação é necessário dispor de uma equipa organizada, coordenada, em termos de suporte científico e experiência, existir liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão (DGS, 2010).

No âmbito do PIS desenvolvido ao longo dos estágios, tal como estava previsto nos guias de estágio do 1º Curso de MEMC, propusemo-nos a trabalhar a sala de emergência, uma área específica do SU e o transporte do doente crítico, mais propriamente: o Papel do Enfermeiro na Sala de Emergência e no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico, para dar resposta à problemática identificada que se relacionava com níveis de intervenções de enfermagem diferentes, aquando da admissão e transporte inter hospitalar da pessoa em situação crítica na sala de emergência do SU.

Em relação ao PAC trabalhamos as situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, através da realização de um estágio opcional no Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente (GGRSD) no CHRST e da elaboração de um procedimento setorial sobre tipo e manuseamento de extintores e a prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, através da realização de um estágio na Comissão de Controlo de Infeção (CCI) da instituição supracitada e da elaboração de procedimentos setoriais sobre o uso de equipamento de proteção individual na sala de emergência e no transporte do doente crítico infetado.

No sentido de relatar o que foi realizado ao longo dos estágios acima referidos e fazer uma reflexão sobre o mesmo, bem como sobre as aprendizagens adquiridas e as competências desenvolvidas surge este relatório de trabalho de projeto.

Segundo Fortin (1999) os relatórios são obras que dão conta dos principais componentes de uma investigação, como o problema, os objetivos, quadro de referência, métodos e resultados obtidos. Fornecem uma descrição sucinta e organizada das atividades realizadas, permitindo uma análise e avaliação do

trabalho desenvolvido, efetuando a ligação entre a teoria e a prática. Um relatório é um documento, utilizado para reportar resultados parciais ou totais de uma determinada atividade, de um projeto, ação ou mesmo pesquisa, esteja finalizado ou não (Wikipédia, 2012).

Neste sentido, os objetivos definidos para este relatório são:

1. Descrever de forma clara e sucinta o PIS e o PAC;
2. Descrever as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica desenvolvidas;
3. Descrever as Competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Iniciámos o nosso relatório com o enquadramento concetual onde pretendemos descrever e clarificar os conceitos para a organização referencial do nosso trabalho onde faremos referência à Teoria de Incerteza da Doença de Merle Mishel e à revisão da literatura em torno da problemática em estudo desenvolvida no âmbito do PIS.

Posteriormente surge o segundo capítulo onde é apresentada a forma como se desenvolveu o PIS e as competências que adquirimos e desenvolvemos com a realização do mesmo.

No terceiro capítulo apresentamos o planeado, o executado e a avaliação que realizámos no âmbito do PAC, bem como as competências adquiridas e desenvolvidas.

No penúltimo capítulo analisamos as competências do mestre e no último capítulo apresentamos uma reflexão final sobre o trabalho desenvolvido no âmbito do PIS e do PAC, bem como as aprendizagens adquiridas ao longo do 1º Curso de MEMC e as competências desenvolvidas, onde focaremos os aspetos facilitadores e constrangedores.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (OE 2001).

Assente na relação com os outros o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Decreto Lei nº 161/96, p. 2960), no seu artigo 4, ponto 1 define enfermagem como "... a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível".

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) a enfermagem atinge um dos seus maiores desafios, a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que têm como objetivo a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (OE, 2001).

A OE (2001, p. 11) definiu seis categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional de enfermagem (satisfação do doente; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem estar e autocuidado; readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem) que visam "explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem".

Tal como refere Hesbeen (2001) a qualidade é muitas vezes entendida como a excelência ou mesmo como o que há de melhor, atribuindo-se-lhe uma conotação de perfeição, constitui uma linha em permanente evolução.

Biscaia (2000, p.11) define qualidade como "Um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados".

Ascensão (2010) baseando-se em Palmer (1983) refere que o principal objetivo de um sistema de garantia da qualidade, deve ser tornar efetivos os cuidados prestados, melhorando o estado de saúde e satisfação da população, atendendo aos recursos que a mesma disponibiliza para tais cuidados.

De acordo com Hesbeen (2001) a qualidade da prática de cuidados é complexa, subtil e dinâmica, pois de nada serve o recurso a conhecimentos científicos, se os mesmos não forem adaptados a cada pessoa de acordo com as suas necessidades. “Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspetiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde” (Hesbeen, 2001, p.52).

Implementar sistemas de qualidade em saúde, através de programas de melhoria contínua, revela-se uma ação prioritária. Esta necessidade é assumida por instituições internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Instituto Nacional da Qualidade em Saúde. No sentido de caminharmos para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, as associações profissionais da área da saúde, como o Conselho de Enfermagem da OE, assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade (OE, 2001).

Em Portugal muitas instituições de saúde encontram-se em processos de acreditação e de certificação com o objetivo de aferir a qualidade dos serviços prestados à comunidade. A utilização de indicadores de estrutura, processo e resultado, descritos por Donabedian, permitem às instituições de saúde a aplicação de programas de melhoria contínua da qualidade, como se verifica atualmente para projetos relacionados com risco de quedas e úlceras de pressão (Ascensão, 2010).

Na perspetiva de Ascensão (2010, p.30) a qualidade dos cuidados de enfermagem “é almejada todos os dias, quando realizamos toda e qualquer atividade que visa a recuperação do doente, contudo é indispensável repensar a nossa prática diariamente, reavaliar o nosso comportamento diante das inúmeras

responsabilidades que nos são confiadas, podendo desta forma alcançar a excelência profissional”.

Para Graça (1997) o enfermeiro necessita de uma constante atualização e desenvolvimento dos seus conhecimentos, numa abordagem holística da pessoa doente. O crescimento e o desenvolvimento da prática de enfermagem não se efetiva somente pelo aumento dos saberes, mas constitui-se como uma realidade dinâmica, assente na conceção holística da pessoa doente e na integração de processos tecnológicos e científicos, num processo de relação entre seres humanos.

Segundo o Parecer conjunto do Conselho de Enfermagem e Jurisdirecional nº3 (2010, p. 2) “Os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados observando os princípios inerentes à boa prática, devendo para isso possuir a formação necessária à excelência do seu exercício profissional”.

A formação contínua permite melhorar competências, promover a autonomia progressiva no trabalho, visa o enriquecimento dos indivíduos como pessoas e como profissionais, parte da recolha de necessidades e fundamentalmente deve ser entendida como um investimento em capital humano, assumindo-se como um investimento e não como um custo. A experiência é uma das fontes mais ricas para a aprendizagem de adultos, uma vez que são motivados a aprender conforme vivenciam necessidades e interesses, não é possível tornar-se especialista sem ter experiência direta nessa mesma atividade. É a reflexão sobre a experiência que permite aprender novos conhecimentos e práticas (Lopes, 2010).

É fundamental para os enfermeiros a formação contínua, pois, só assim, mantêm a atualização dos seus conhecimentos, alcançam uma melhor prestação de cuidados e adaptação aos contextos de trabalho (Dias, 2004). E, tal como refere o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (2003, p.102) “o dever de atualização decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições dos saberes nos diversos domínios”.

Hesbeen (2001, p. 67) diz-nos que a função essencial da formação contínua “reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a concetualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido”, devendo proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas. O mesmo autor refere que a formação “produz aquisição de informação, de capacidades, de conhecimentos, que, posteriormente, se transformam em competências.

Phaneuf (2005, p. 177) define competência como “... um conjunto integrado de conhecimentos adquiridos experienciais e de evolução pessoal, próprio de um aspeto específico dos cuidados de enfermagem que, quando é mobilizado em situação concreta da vida real permite à enfermagem fazer apelo às habiliidades cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas e manifestar comportamentos sócio afetivos adequados”.

Le Boterf (2006) diz que age com competência o profissional que é capaz de agir com pertinência, perante uma determinada situação, e que compreende o porquê e o como agir. Segundo Benner (1998, p. 43) “... competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais”.

Segundo Tomey e Alligood (2004, p. 720) “os modelos e as teorias de enfermagem fornecem uma perspetiva dos principais conceitos da disciplina (metaparadigma), geram saber sob a forma de orientação teórica para a investigação e a prática e conduzem ao desenvolvimento de novos instrumentos de investigação”. Os modelos descrevem conceitos que nos permitem compreender o significado da enfermagem, orientar a nossa prática, conhecimentos e áreas de investigação.

A fim de nortear o trabalho desenvolvido ao longo dos estágios que faziam parte do plano de estudos do 1º MEMC da ESS do IPS escolhemos uma teoria de médio alcance, uma vez que estas nos fornecem conhecimentos que indicam o estado de saúde da pessoa doente, a área de prática e a nossa atuação, pois como refere Tomey e Alligood (2004, p.7) estas teorias permitem “depreender o

nível mais abstrato do conhecimento teórico, porque incluem pormenores caraterísticos da prática de enfermagem”.

Os metaparadigmas constituem o nível mais abstrato do conhecimento e determinam os principais conceitos: Saúde, Pessoa, Ambiente e Enfermagem (Tomey e Alligood, 2004). Tendo em conta os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem:

- ✓ Saúde é a representação mental do seu estado de saúde, o controlo do sofrimento, bem estar físico, emocional e espiritual;
- ✓ Pessoa é um ser único, com dignidade própria, que se comporta de acordo com os seus valores, crenças e desejos e influenciada pelo ambiente que a rodeia modifica-o e sofre a sua influência na procura de equilíbrio e harmonia;
- ✓ Ambiente estabelecido por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais influenciam os estilos de vida e o conceito de saúde;
- ✓ Cuidados de Enfermagem centram-se na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa/família, em que cada um deles possui crenças, valores e desejos individuais que devem ser respeitados através da relação terapêutica (OE, 2002).

Assim, baseámos a nossa prática na Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel que passaremos a descrever no subcapítulo seguinte.

1.1 TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA DE MERLE MISHEL

Segundo Tomey e Alligood (2004, p. 638) o principal conceito da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel é a incerteza, que se define como “um estado cognitivo no qual os indivíduos são incapazes de determinar o significado de eventos relacionados com a doença”. O esquema cognitivo refere-se assim à interpretação que a pessoa faz da sua doença, tratamento ou hospitalização.

Os conceitos da teoria original de Merle Mishel encontram-se organizados num modelo linear assente em três temas: os antecedentes da incerteza (quadro de estímulos, as capacidades cognitivas e os fornecedores de estrutura), os processos de apreciação da incerteza (inferência e ilusão) e, por fim, o coping como resultado final da adaptação à incerteza, pois esta pode ser vista quer como um perigo quer como uma oportunidade (Tomey e Alligood, 2004).

O quadro de estímulos é a forma, composição e estrutura dos estímulos que a pessoa observa, e que posteriormente, são estruturados num esquema cognitivo. Engloba o padrão de sintomas, a familiaridade e a congruência do evento. Assim, o padrão de sintomas é o grau no qual os sintomas apresentam consistência suficiente para serem observados como tendo um padrão ou configuração; a familiaridade do evento reflete até que ponto a situação é habitual, repetitiva ou contém pistas reconhecidas e por fim a congruência do evento diz respeito à consistência entre o esperado e o experimentado nos eventos relacionados com a saúde (Tomey e Alligood, 2004).

Os fornecedores de estrutura são os recursos disponíveis que a pessoa doente tem ao seu dispor na interpretação do quadro de estímulos, como a autoridade credível e os apoios sociais. A autoridade credível refere-se ao grau de confiança que uma pessoa tem nos seus prestadores de cuidados de saúde e os apoios sociais permitem à pessoa doente interpretar o significado dos eventos influenciando a incerteza. As capacidades cognitivas são as capacidades de processamento de informação de uma pessoa, refletindo as capacidades inatas como os constrangimentos situacionais (Tomey e Alligood, 2004).

Em relação aos processos de apreciação da incerteza, a inferência diz respeito à avaliação da incerteza tendo em conta as experiências relacionadas e recordadas, a ilusão refere-se às crenças elaboradas a partir da incerteza. A adaptação reflete os comportamentos bio-psico-sociais que ocorrem na variedade de comportamentos das pessoas (Tomey e Alligood, 2004).

Após a reconcetualização da teoria em 1990, Mishel descreve o processo com uma nova visão, ou seja, a incerteza deixa de ser prespetivada como um perigo para passar a ser vista como uma oportunidade. A nova prespetiva de vida diz

respeito à formulação de um novo sentido de ordem, resultante da integração da incerteza contínua na auto-estrutura, na qual a incerteza é aceite como ritmo de vida natural. O pensamento probabilístico refere-se a uma crença num mundo condicional no qual a expectativa da certeza e da previsibilidade contínuas é abandonada. Para que esta nova visão seja possível é necessário que a relação entre os prestadores de cuidados de saúde e a pessoa doente se centre no reconhecimento da incerteza contínua e na forma de como a usar para gerar diferentes explicações para os acontecimentos (Tomey e Alligood, 2004).

De acordo com Merle Mishel os doentes e suas famílias experimentam, nestas situações, elevados níveis de incerteza. A incerteza ocorre uma vez que o doente e a família não conseguem estruturar adequadamente a situação por que estão a passar e a informação muitas das vezes é inconsistente e imprevisível. O enfermeiro surge como um fornecedor de estrutura (autoridade credível), sendo o seu papel de extrema importância. Ao promover junto da pessoa doente e seus familiares a interpretação da situação vivenciada, nomeadamente os sintomas, perceber se a situação é recorrente ou é a primeira vez que ocorre, transmitindo informações claras e concisas, diminui a incerteza dos doentes e seus familiares (Tomey e Alligood, 2004).

Considerámos pertinente a escolha desta teoria, pois tal como refere Camacho (1997) o SU é um serviço de choque, quando a pessoa doente a ele recorre vivência a instalação súbita de um estado de angústia devido à dependência em que se encontra.

1.2 SALA DE EMERGÊNCIA E TRANSPORTE INTER HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO

O SU é o rosto e a porta de entrada para a maioria da população na instituição hospitalar, recebe centenas de doentes por dia, sendo uma das áreas mais interessantes e motivadoras dos cuidados de saúde hoje em dia. Os cuidados de enfermagem em contexto de urgência remontam à época de Nightingale e têm evoluído exponencialmente nos últimos anos, tal como os SU têm sofrido

alterações profundas ao nível físico, tecnológico e humano nos últimos anos (Sheehy, 2001).

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) (2001, p.6-7) o SU “existe para tratar doentes em situações urgentes e emergentes, oferecendo tratamento eficaz, eficiente e equitativo”. Para compreender o funcionamento dos SU, o mesmo autor definiu os conceitos de: urgência como “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” e emergências como “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”.

Para Sheehy (2001, p.3) a “enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Os cuidados de enfermagem de urgência são episódios, primários e, normalmente, agudos”.

Neste sentido a enfermagem de urgência define-se pela diversidade de conhecimentos, doentes e processos de doença, requerendo um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento geral e especializado, onde os problemas podem ser percecionados, reais ou potenciais, súbitos ou urgentes, físicos ou psicossociais e a sua resolução pode implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino ao doente ou à família e encaminhamento adequado (Sheehy, 2001).

Sheehy (2001, p.3) considera a enfermagem de urgência pluridimensional, pois implica “o conhecimento dos vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários comuns a outras especialidades”. O papel dos enfermeiros passa pela prestação de cuidados ao doente, investigação, gestão, ensino, consultoria e apoio jurídico. “Os comportamentos profissionais inerentes à prática de urgência, consistem em aquisição e aplicação de um conjunto de conhecimentos e técnicas especializadas, responsabilidade ascendente e descendente, comunicação, autonomia e relações de colaboração com os outros”, salientando ainda que “em nenhuma outra área de enfermagem se espera do enfermeiro tantos

conhecimentos - do berço ao túmulo - sobre fisiopatologia da doença, inovações tecnológicas mais recentes de equipamento de monitorização e tratamento” (Sheehy, 2001, p. 4/25).

A sala de emergência é uma valência do SU para o atendimento de doentes urgentes/emergentes, permitindo a assistência imediata e diferenciada à pessoa em situação crítica. Segundo a DGS (2001) a sala de emergência existe para o atendimento ao doente em risco iminente de falência multiorgânica ou morte. Aehlert (2007) acrescenta que a prestação de cuidados na sala de emergência consiste numa restauração rápida e espontânea da respiração e da circulação, preservando os órgãos vitais durante a reanimação.

A DGS, através da Circular Normativa Nº 07 de 31 de Março de 2010 refere a importância da organização dos cuidados hospitalares ao doente crítico. Para proporcionar um atendimento qualificado à pessoa em situação crítica deve existir uma equipa devidamente treinada e coordenada por um líder, pois a eficácia e rapidez no atendimento da pessoa em situação crítica marcam muitas vezes a diferença entre a vida e a morte (Graça, 1997).

No SU o saber agir e a rápida atuação são fundamentais para se atingir a excelência na prestação de cuidados, onde o enfermeiro tem um papel muito importante, principalmente na sala de emergência (Fernandes, 2007).

Segundo Bastos et al (2008, p.154) “além da manutenção da sala de reanimação para usar prontamente, parte das atividades executadas são da competência dos enfermeiros, e, mesmo aquelas ações exclusivas dos médicos, requerem a colaboração dos enfermeiros, para as quais têm que estar preparados.”

Silva (2003) refere que o sucesso na sala de emergência está relacionado com a existência de materiais e equipamento adequados, mas, sobretudo, a uma equipa que desenvolve um atendimento sistematizado, organizado e disciplinado.

O desenvolvimento nos últimos anos no atendimento pré-hospitalar e consequentemente uma referenciação hospitalar cada vez mais adequada eleva as exigências e a especificidade das salas de emergência (DGS, 2010).

Massada (2002) descreve a organização da sala de emergência do SU do Hospital de São João no Porto, a nosso ver bem estruturada. Na realidade descrita por Massada (2002) as salas de emergência têm adstritos 2 enfermeiros: o primeiro enfermeiro com formação em SAV e trauma deve ser conhecedor e aderente às orientações clínicas e operacionais da sala de emergência do serviço. Assim, é responsável: pela preparação da sala de emergência para ressuscitação, coopera na passagem do doente da maca de transporte para a maca da sala, assiste o médico no controle da via aérea e na ventilação, executa a entubação naso ou orogástrica e coopera na avaliação primária e secundária do doente. Em relação ao adequado funcionamento da sala, supervisiona a rápida admissão do doente, passagem para a maca da sala e saída da equipa de transporte, recolhe a informação relevante ao tipo de situação e história clínica do doente, controla o número de pessoas na sala, é responsável pela comunicação, transporte rápido de exames e pedidos dos mesmos, bem como dos seus resultados e, prepara a pessoa doente para a transferência da sala, bem como do seu transporte.

O segundo enfermeiro, tal como o primeiro deve possuir formação em SAV e trauma e ser conhecedor e aderente às orientações clínicas e operacionais da sala de emergência do serviço. Colabora na preparação da sala de emergência e na passagem para a maca da sala emergência. Monitoriza o doente (ECG, FC, T, SatO₂), procede à algaliação quando determinada, executa acessos venosos, procede à recolha de análises e inicia ressuscitação hídrica segundo orientações clínicas e por fim assiste o coordenador da equipa na execução de procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos (Massada, 2002).

No que concerne à administração terapêutica, Lima (2009) refere que por vezes os profissionais não possuem conhecimentos em relação à preparação de algumas drogas. De acordo com Carvalho (1999) para uma administração terapêutica segura, eficiente e responsável o enfermeiro deve compreender o efeito das drogas, interações e contra indicações, prepará-las e administrá-las corretamente e monitorizar as respostas do doente.

Segundo Silva (2003) após a estabilização da pessoa doente na sala de emergência, esta deve ser transferida para o local previamente determinado, tendo em conta que a transferência deve ser segura e benéfica para o doente.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) (2008, p.9) definem doente crítico como "aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica". Muitas vezes torna-se necessário transportar estes doentes para outras instituições. De acordo com Nunes (2009) o transporte secundário de doentes é realizado entre duas unidades de saúde (transporte inter hospitalar) ou entre departamentos dentro da própria unidade de saúde (transporte intra hospitalar).

No contexto da assistência ao doente crítico ou à manutenção das suas funções vitais em ambiente de cuidados intensivos, Phipps (1995, p.2389) considera que "o objetivo da enfermagem deve ser o de proporcionar cuidados de enfermagem contínuos e de elevada qualidade a doentes em situações de risco de vida, permanecendo alerta às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do doente".

Neste sentido, o transporte é um dos momentos assistenciais mais delicados, durante o qual, o suporte das funções vitais deverá ser mantido com um nível de excelência semelhante ao que é ministrado nos serviços ou unidades de referência (SPCI, 1997). Segundo a OM (2008) o transporte secundário da pessoa em situação crítica envolve alguns riscos, mas a necessidade de facultar um nível de assistência superior e a realização de exames complementares de diagnóstico, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra, justificam a sua realização.

Assim, na prestação de cuidados no SU a integração nas equipas é fundamental. Sheehy (2001, p. 5) refere que "em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde é tão importante o trabalho em equipa e o respeito mútuo (...) os resultados dos cuidados prestados são grandemente influenciados pelo esforço da equipa, durante a estabilização inicial, a transferência, e pela comunicação contínua".

Segundo Pinho (2006, p.70) o trabalho de equipa refere-se a um “grupo de dois ou mais indivíduos interagindo de forma adaptativa, interdependente e dinamicamente voltados para um objetivo comum e apreciado por todos (...) e surge assim como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços”.

Para Brill, citado por Pinho (2006, p. 71) é “um trabalho que é dado a um grupo de pessoas que possuem um expertise individual, que sejam responsáveis pela tomada de decisões individuais, que conservem um propósito comum e que possam juntos comunicar, compartilhar e consolidar conhecimentos”.

Assim, para Sheehy (2001, p. 5) “a qualidade e a humanização dos cuidados assenta neste conceito de equipa. Enfermeiros, médicos, auxiliares, todos, em conjunto, têm de agir com os demais colegas de forma a prestar ao cliente os melhores cuidados possíveis”.

Sheehy (2001) considera assim que o enfermeiro do SU é um enfermeiro com habilitação profissional e formação superior em prestação de cuidados primários e diferenciados a doentes adultos e mesmo pediátricos.

Perante a especificidade do SU, os enfermeiros devem possuir formação específica na sua área de atuação, formação que segundo Nunes (2007, p. 10) “não deve ser apenas teórica, mas deve ser teórico prática tentando colocar os profissionais em contexto de formação na situação mais próximo do real”.

A Comissão Regional do Doente Crítico (2009) considera a formação na área de urgência de importância fulcral, pelo que recomenda que os enfermeiros devem possuir formação em SAV, Trauma, Emergências Pediátricas e Transporte do Doente Crítico.

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (2011) os conhecimentos e competências adquiridos em SAV, deterioram-se em 6 meses, se não for feita atualização, tal como acontece com as competências “não-técnicas”, nomeadamente a capacidade de liderança, gestão de tarefas, trabalho em equipa e comunicação estruturada fundamentais nestas situações. Também a OM (2008) refere que um dos aspetos mais importantes para a promoção e segurança

durante o transporte do doente crítico é a formação, por um lado, é imperativo o conhecimento das normas de boas práticas no transporte do doente crítico e por outro, espera-se que as equipas de transporte no mínimo possuam formação em SAV.

Para Oliveira (1999, p. 14) aos enfermeiros do SU exige-se “domínio alargado e aprofundado dos saberes de enfermagem; grande capacidade para lidar com o imprevisto; capacidade de observação e análise de situações, com vista a estabelecer prioridades assistenciais rapidamente; destreza manual e rapidez na ação; autocontrole emocional para fazer face a situações de grande tensão; grande facilidade de comunicação tendo em vista o trabalho em equipa e a articulação com os restantes setores do hospital”. Vaz (2000, p. 14) refere que para além do grau de conhecimentos adquiridos, necessita de “rapidez, agilidade e diplomacia no domínio das situações que na maior parte das vezes refletem risco de vida ou de morte para o doente”.

Apresentadas as bases teóricas do nosso projeto, seguidamente apresentamos a síntese do nosso PIS, de acordo com a metodologia de projeto.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

No âmbito do 1º MEMC da ESS do IPS e de acordo com o seu plano de estudos, realizámos 3 estágios que decorreram no SU do Hospital X de um CHRST mais propriamente num SU Básica que proporciona o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, conforme determinado no Despacho nº 18/ 459 de Julho de 2006, do Ministério da Saúde e que segundo a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências (2007, p. 5) “possibilita o apoio diferenciado em permanência, prevendo o eventual acompanhamento no transporte de doentes”.

O SU supracitado tem como missão assegurar os cuidados de saúde ao nível de educação, promoção, prevenção, tratamentos e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade dos cuidados numa perspetiva de eficiência e melhoria contínua e promover de forma sistemática a satisfação dos clientes, dos profissionais e da comunidade respeitando o ambiente e potenciando sinergias com outras instituições. Apresenta como valores o Humanismo, Profissionalismo, Rigor, Inovação, Responsabilidade e Eficiência e como objetivos garantir: o cumprimento das metas de produtividade constantes do Contrato-Programa; o cumprimento das metas de eficiência económico-financeira constantes do Contrato; a Satisfação dos Clientes/Utentes, dos Parceiros Públicos e Privados e dos Colaboradores do Hospital bem como dar continuidade a uma Política de Gestão Estratégica de Pessoas e às atividades conducentes à acreditação pela Joint Commission International na senda da Qualidade Total (CHRST, 2012).

Segundo Barbier (1993, p.7) “projeto não é uma simples representação do futuro do amanhã, do possível, de uma ideia, é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato”.

Para Ruivo (2010, p.4) a metodologia de projeto tem como objetivo resolver/estudar um problema e assenta numa metodologia que consiste num “conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os

intervenientes irão fazer (...), centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas”.

A metodologia de projeto é reflexiva, constitui-se como uma ponte entre a teoria e a prática que posteriormente permite prever uma mudança, assumindo características fundamentais: é uma atividade intencional, pressupõe iniciativa e autonomia, tem autenticidade, envolve complexidade e incerteza e tem um caráter prolongado e faseado. A metodologia de projeto é constituída pelas seguintes fases: elaboração de um diagnóstico da situação, planeamento das atividades, meios e estratégias a desenvolver, execução das atividades planeadas, avaliação e por fim divulgação dos resultados obtidos (Ruivo, 2010).

Baseado nestas premissas, iremos de seguida descrever de acordo com as etapas de metodologia de projeto o PIS que desenvolvemos em contexto de estágio no SU da Instituição supracitada.

2.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é a primeira etapa da metodologia de projeto que “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo, 2010).

Implica primeiramente, a identificação do problema e posteriormente a determinação de necessidades para a resolução do mesmo, e que passaremos agora a explicar.

2.1.1 Definição do Problema

Qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação considerada problemática (Fortin, 1999). Segundo a mesma autora um problema “é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação” (p. 48).

O SU do Hospital X está integrado no CHRST de onde muitas vezes se torna necessário efetuar o transporte da pessoa em situação crítica para outras instituições, dependendo das valências médico-cirúrgicas necessárias à recuperação da pessoa doente.

Tal como referimos anteriormente e de acordo com Graça (1997) o atendimento qualificado à pessoa em situação crítica e respetivo transporte exige uma equipa devidamente treinada e coordenada por um líder, uma vez que a eficácia e rapidez de atuação fazem a diferença entre a vida e a morte.

Ao auscultar a opinião da Enf^a Chefe e Enf^o Orientador, através de uma entrevista não estruturada, pudemos constatar que existiam níveis de intervenções diferentes aquando da admissão na sala de emergência e transporte da pessoa em situação crítica da sala de emergência para outra instituição hospitalar, e que eram unânimes em considerar a temática de extrema importância, surgindo assim como temática a desenvolver no âmbito do nosso PIS (apêndice I).

No sentido de fundamentarmos o diagnóstico de situação, procedemos a uma Análise do Tipo e Efeito da Falha (FMEA). A realização da FMEA (apêndice II) tinha como objetivo identificar e prevenir falhas que possam ocorrer na sala de emergência. Foram definidas 3 etapas: preparação da sala de emergência, admissão do doente na sala de emergência e transporte do doente crítico. Depois de identificadas as falhas, os efeitos e as causas, em cada uma das etapas temos a salientar a obtenção de um RPN (número de prioridade de risco) de 378 na etapa de admissão do doente na sala de emergência seguindo-se a etapa do transporte do doente crítico com um RPN de 294 e por último a etapa da preparação da sala de emergência com um RPN de 120. Assim sendo, através dos dados obtidos pela FMEA encontrámos falhas: na coordenação e comunicação entre os elementos da equipa de enfermagem, o que dificultava a tomada de decisão e punha em causa a qualidade e a segurança da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; na inexistência de atribuição de funções aos enfermeiros na sala de emergência e por conseguinte a falta de liderança no estabelecimento de prioridades; alterações na disposição da sala de emergência, material e equipamento, sem conhecimento de todos os elementos da equipa de

enfermagem e na verificação de operacionalidade da sala que não é efetuada no início de cada turno.

Para determinar a viabilidade do projeto procedemos a uma análise SWOT (apêndice III), definindo pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades. Assim, como pontos fortes tínhamos a destacar o interesse da Enf^a Chefe e restantes elementos do serviço pelo projeto e como oportunidades a capacidade de resposta à Circular Normativa Nº 07 da DGS e às linhas orientadoras da SPCI e OM relativamente ao transporte do doente crítico, a definição de papéis na sala de emergência, o incremento da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica na sala de emergência e poder formar a equipa de enfermagem. Por outro lado a recente reclassificação do serviço em Urgência Básica, o que de certa forma contribui para a desmotivação da equipa de enfermagem, refletem pontos fracos do projeto e, o encerramento do serviço e respetiva mobilização da equipa para outros setores uma das ameaças.

Com o objetivo de conhecermos a opinião da equipa de enfermagem do SU acima referido relativamente à temática em estudo construímos um questionário, com o respetivo consentimento informado e uma carta explicativa sobre o pretendido com o instrumento de colheita de dados.

Antes de procedermos à aplicação dos questionários realizámos um pré-teste que segundo Fortin (1999) tem como objetivo avaliar a eficácia e a pertinência do questionário e verificar: se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos, se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas e não são ambíguas, se o questionário não é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação.

Também Gil (1991, p.207), defende que o pré-teste “tem como finalidade evidenciar possíveis erros na redação do instrumento de colheita de dados, assegurando-lhe validade e precisão”.

O pré-teste decorreu no período de 2 a 6 de Janeiro de 2012, tendo participado no mesmo, o Enf^o Orientador, a Enf^a Chefe do SU do Hospital X do CHRST e mais três enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem em contexto de

urgência, num Centro Hospitalar da área de Lisboa. De acordo com o mesmo não sentimos necessidade de reformular nenhuma questão.

Assim, após pedido de autorização dirigido ao Conselho de Administração (CA) do Hospital X, do CHRST (apêndice IV) e após o pré teste aplicámos um questionário (apêndice V), com o respetivo consentimento no período de 09 a 20 de Janeiro de 2012, de forma a respeitar todas as questões éticas e deontológicas.

Fortin (1998, p. 114) refere que “a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Ética em investigação diz respeito à qualidade dos procedimentos do início ao fim da pesquisa, desde a pertinência do problema à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento (Nunes, 2011).

Os princípios éticos e deontológicos a cumprir no exercício da profissão de enfermagem, são definidos tanto no CDE como no REPE, incluindo a investigação. Nos documentos anteriormente referidos a investigação surge como uma área de intervenção (no REPE) e um dever (Artigos 78º e 88º, do CDE e Artigo 9º, pontos 5 e 6 do REPE) e simultaneamente como um direito dos Enfermeiros (Artigos 75º do CDE).

Numa investigação é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam no estudo. Neste sentido, os códigos de ética definiram cinco princípios fundamentais, aplicáveis aos seres humanos, que devem ser tidos em conta pelo investigador: Direito à autodeterminação; Direito à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e a um tratamento justo e leal, que por sua vez foram tidos em conta nesta fase da metodologia de projecto (Fortin, 1999).

Face ao exposto, e como referimos anteriormente obtivemos junto dos participantes do estudo o seu consentimento, pois segundo Fortin (1999, p. 120) “um consentimento, para ser legal, deve ser obtido de forma livre e esclarecida”.

De acordo com a mesma autora, para que o consentimento seja esclarecido, a lei estabelece o dever da informação.

Neste contexto, foi entregue a todos os participantes uma carta explicativa do estudo (apêndice VI) e garantido o consentimento informado (apêndice VII) por todos os participantes do estudo.

O questionário, por sua vez, era constituído por duas partes, em que a primeira parte pretendia caracterizar a população em estudo e a segunda conhecer o nível de formação dos enfermeiros no que respeita à área de urgência/emergência. Neste sentido, os mesmos foram entregues a 18 enfermeiros, contudo, só responderam 17 na medida que um se encontrava de baixa médica.

Para o tratamento de dados (apêndice VIII) recorremos ao programa Microsoft Office Excel, e dos resultados obtidos podemos inferir que 71% da amostra era do sexo feminino e apenas 29% do sexo masculino. Relativamente à idade, verificou-se que a idade média dos enfermeiros era de 37,77 anos, com um desvio padrão de 4,95 anos. Em relação às habilitações académicas, constatou-se que 82% dos enfermeiros eram licenciados, 12% eram enfermeiros especialistas e 6% possuíam uma pós-graduação. No que diz respeito à categoria profissional, 65% eram enfermeiros graduados, 29% enfermeiros e um enfermeiro chefe. Na abordagem aos anos de exercício profissional, verifica-se que 41% exercem a profissão à mais de 15 anos, 41% entre os 6 e 15 anos e 18% dos enfermeiros exercem a profissão de enfermagem entre os 3 e 5 anos. Em relação aos anos de exercício profissional no SU, 41% encontram-se no intervalo de 6 a 15 anos, 29% entre 3 a 5 anos, 18% entre 1 a 2 anos e 12% à mais de 15 anos.

Quando questionados relativamente ao tipo de formação que possuíam na área da urgência/emergência constatámos que 82,35% dos enfermeiros realizou o SBV em média à 7 anos, 47,06% o SAV em média à 5 anos, 23,53% o SIV em média à 2 anos, 6,25% o ATLS, o PHTLS e o FCCS em média à 1 ano, 29,41% em emergências pediátricas à 8 anos, sendo de salientar que apenas 5,88% não possui nenhum tipo de formação. Quando questionados se tinham formação na área do transporte do doente crítico concluímos que apenas 35% dos enfermeiros realizaram formação na área.

Através de uma triangulação de dados que segundo Fortin (1999, p. 322) define-se como uma “combinação de métodos e perspectivas que permitem tirar conclusões válidas a propósito de um mesmo fenómeno” considerámos pertinente que a área a trabalhar no nosso PIS iria incidir sobre a sala de emergência e o transporte inter hospitalar do doente crítico, cujo problema identificado tinha que ver com “níveis de intervenções de enfermagem diferentes, aquando da admissão e transporte inter hospitalar da pessoa em situação crítica na sala de emergência”.

Como tal, identificámos como problemas parcelares por um lado a não concordância das intervenções de enfermagem na sala de emergência e por outro um défice de conhecimentos por parte de alguns elementos da equipa, existindo a necessidade de clarificar procedimentos e promover esquemas organizativos, uma vez que o nível de formação da equipa de enfermagem no âmbito da urgência/emergência não dava resposta à Circular Normativa Nº 07 emanada pela DGS e às linhas orientadoras da SPCI e OM.

Uma intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico da pessoa em situação crítica, pelo que se torna imperativo implementar mecanismos que contribuam, por um lado, para uma intervenção eficaz e por outro para a redução de complicações (DGS, 2010).

Com base nas necessidades e dificuldades identificadas, determinámos prioridades, assim, emergia a necessidade de formar e treinar a equipa de enfermagem em situações de urgência/emergência, nomeadamente em suporte avançado de vida e na área do transporte inter hospitalar do doente crítico, a elaboração de uma grelha de descrição de funções dos enfermeiros na sala de emergência que facilite as intervenções da equipa de enfermagem e a elaboração de uma checklist para a operacionalidade da sala de emergência.

2.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Estabelecidas as prioridades é crucial definir objetivos que segundo Fortin (1999) precisam e orientam a investigação. Por outro lado Ruivo (2010, p.18) defende que enquadrados na metodologia de projeto “assumem-se como representações antecipadoras centradas na ação a realizar”.

Deste modo eram nossos objetivos:

Objetivo Geral

- Contribuir para um melhor desempenho da Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência, do Hospital X, na Sala de Emergência e em contexto de Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico.

Objetivos Específicos

- Elaborar um Dossier Temático em SAV, Trauma e Emergências Pediátricas, destinado aos enfermeiros do SU do Hospital X;
- Elaborar um Livro de Bolso sobre Medicação de 1ª linha em Emergência, destinado aos enfermeiros do SU do Hospital X;
- Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X, em SAV no Adulto;
- Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X, no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico;
- Elaborar uma Grelha de Descrição de Funções dos Enfermeiros na Sala de Emergência e uma Folha de Registos relativa à Operacionalidade e Funcionalidade da Sala de Emergência do SU do Hospital X.

Delineados os objetivos planeámos uma série de atividades. Iremos agora descrever as atividades que foram planeadas, a forma como as mesmas foram executadas e avaliadas, e para facilitar a leitura iram ser descritas por objetivo.

2.3 PLANEAMENTO/CRONOGRAMA INICIAL

Elaborado o diagnóstico da situação passamos ao planeamento do PIS. Lousã citado por Canário (2003, p. 127) refere que o planeamento “é uma atividade contínua, sistemática, disciplinada e crítica que consiste em ordenar e estruturar as tarefas a desenvolver, de modo a alcançar determinados objetivos que, previamente, foram fixados”.

Esta opinião é reforçada por Ruivo (2010), que afirma que na fase do planeamento são definidas as atividades e estratégias a desenvolver, os métodos e técnicas de pesquisa, procede-se ao desenvolvimento do cronograma e realiza-se o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do projeto.

Perante os objetivos apresentados elaborámos o planeamento do PIS (apêndice IX) onde se encontra descrito todas as atividades e estratégias a desenvolver para se atingirem os objetivos.

Como todo o planeamento decorre num determinado período de tempo, deve existir uma representação esquemática desse período, ou seja, um cronograma (Ruivo, 2010). Nesta linha de ação, o cronograma de todas as atividades encontra-se discriminado no apêndice IX. Tendo em conta que o planeado iria ser executado no estágio III que iria ter início a 19 de Março de 2012 e termino a 11 de Julho de 2012 equacionamos que poderia ser possível que o cronograma fosse ajustado ao longo deste período, até porque era uma época onde muitos profissionais começam a gozar o seu período de férias. Deste modo, todas as atividades foram projetadas de forma a serem alteradas em termos cronológicos podendo ser reestruturadas durante a execução das mesmas.

Seguidamente apresentamos as atividades/estratégias a desenvolver, recursos e indicadores de avaliação inicialmente delineados para atingir os objetivos específicos anteriormente mencionados.

Objetivo específico - Elaborar um Dossier Temático em SAV, Trauma e Emergências Pediátricas, destinado aos enfermeiros do SU do Hospital X:

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre emergências médicas e traumatologia;
- ✓ Realização de um estágio no SU do Hospital Y, do CHRST;
- ✓ Elaboração de um Dossier Temático em SAV, Trauma e Emergências Pediátricas para enfermeiros;
- ✓ Auscultação da opinião da Enf^a Chefe, do Enf^o Orientador e dos Chefes de Equipa de Enfermagem relativamente ao Dossier Temático;
- ✓ Realização de alterações do Dossier Temático (caso necessário);
- ✓ Submissão do Dossier Temático à Enf^a Chefe para aprovação e divulgação junto dos Chefes de equipa.

Para atingir este objetivo definimos recursos quer de ordem humana quer material, construímos um cronograma para as respetivas atividades e enumerámos como indicador de avaliação o dossier temático em SAV, trauma e emergências pediátricas e o relatório de estágio, realizado no SU do Hospital Y do CHRST.

Objetivo específico - Elaborar um Livro de Bolso sobre Medicação de 1^a Linha em Emergência, destinado aos enfermeiros do SU Hospital X:

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica;
- ✓ Elaboração do Livro de Bolso;
- ✓ Auscultação da opinião da Enf^a Chefe e Enf^o Orientador sobre o Livro de Bolso;
- ✓ Realização de alterações do livro (caso necessário);
- ✓ Submissão do Livro à Enf^a Chefe para aprovação e divulgação junto dos Chefes de Equipa.

Para a elaboração do livro de bolso equacionámos em termos humanos recorrermos à Enf^a Chefe, ao Enf^o Orientador de estágio e à Equipa de Enfermagem, e em termos de recursos materiais dispor de material bibliográfico e informático.

Objetivo específico - Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X em SAV no Adulto:

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre SAV no adulto;
- ✓ Realização de uma formação sobre SAV no adulto, destinada aos enfermeiros do SU do Hospital X:
 - Realização de convites a peritos na área;
 - Elaboração de slides;
 - Auscultação à Enfª Chefe e Enfº Orientador relativamente aos slides;
 - Realização de alterações (caso necessário);
 - Realização do plano de sessão;
 - Marcação da sessão de formação;
 - Divulgação da formação, através de um cartaz;
 - Realização da formação;
 - Avaliação da sessão.

A exequibilidade deste objetivo estava dependente da intervenção de alguns atores envolvidos nesta área, nomeadamente o enfermeiro responsável pela formação, que constitui um papel fulcral relativamente ao agendamento da sessão bem como na divulgação da mesma e também dos peritos convidados. Por outro lado os recursos materiais também poderiam influenciar o sucesso deste objetivo, nomeadamente os manequins de treino e respetivo equipamento.

Objetivo específico - Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico:

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre Transporte do Doente Crítico;
- ✓ Realização de uma formação sobre Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico, destinada aos enfermeiros do SU do Hospital X:
 - Realização de convites a peritos na área;
 - Elaboração dos slides;
 - Auscultação à Enfª Chefe e ao Enfº Orientador relativamente aos slides;
 - Realização de alterações (caso necessário);

- Realização do plano de sessão;
- Marcação da sessão de formação;
- Divulgação da formação, através de um cartaz;
- Realização da formação;
- Avaliação da sessão.

Para alcançarmos este objetivo, e tal como referido anteriormente, o enfermeiro responsável pela formação e os peritos convidados assumem um papel fundamental. Em termos de recursos materiais destacamos o material bibliográfico e didático.

Objetivo específico - Elaborar uma Grelha de Descrição de Funções dos Enfermeiros na Sala de Emergência e uma Folha de Registos relativa à Operacionalidade e Funcionalidade da Sala de Emergência do Hospital X:

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre funções e competências dos enfermeiros na sala de emergência;
- ✓ Elaboração da Grelha de Descrição de Funções dos enfermeiros na Sala de Emergência;
- ✓ Apresentação da grelha à Enf^a Chefe, ao Enf^o Orientador e Chefes de Equipa de enfermagem, no sentido de auscultar a opinião dos mesmos;
- ✓ Realização de alterações da grelha (caso necessário);
- ✓ Submissão da grelha à Enf^a Chefe para implementação no serviço;
- ✓ Elaboração de uma Folha de Registos relativa à Operacionalidade/Funcionalidade da Sala de Emergência;
- ✓ Apresentação da folha à Enf^a Chefe, ao Enf^o Orientador e Chefes de Equipa de enfermagem, no sentido de recolher a opinião dos mesmos;
- ✓ Realização de alterações da folha (caso necessário);
- ✓ Submissão da folha à Enf^a Chefe para implementação no serviço.

Para atingirmos este objetivo a articulação com todos os enfermeiros do serviço é imprescindível, uma vez que a sua opinião é essencial. Em relação aos recursos materiais recorreremos a material bibliográfico e didático. Os indicadores de

avaliação são a grelha de descrição de funções dos enfermeiros na sala de emergência e uma folha de registos relativa à operacionalidade e funcionalidade da sala de emergência.

É de salientar que projetámos a pesquisa bibliográfica como uma atividade transversal a todo o desenvolvimento do PIS, pois segundo Fortin (1999) a pesquisa é uma etapa fundamental na investigação. De acordo com a mesma autora, a consulta de diversas fontes permite-nos verificar o estado dos conhecimentos a estudar, alargar o nosso campo de conhecimentos e estabelecer ligações entre o nosso projeto e trabalhos efetuados por outros investigadores. Como tal, recorreremos a bases de dados eletrónicas, à internet e consultámos diversos livros e artigos em várias bibliotecas.

Para a exequibilidade de um PIS também é essencial prever os recursos financeiros, uma vez que segundo Ruivo (2010, p.22) os meios financeiros “devem existir com elevado rigor e, também, com alguma margem de segurança os valores necessários para a concretização dos objetivos estabelecidos”. Assim, planeadas todas as atividades e enumerados os recursos equacionámos o orçamento para o nosso PIS de 100€ (apêndice IX), passaremos agora a descrever o modo como este foi executado.

2.4 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

A fase de execução assumiu uma importância significativa para nós, pois materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado (Ruivo, 2010). De acordo com Carvalho et al (2001) citado por Ruivo (2010, p.23) “o que anteriormente era somente um real construído mentalmente, um “esboço de desejo”, começa a tornar-se numa situação real construída”.

Seguidamente passamos a descrever a execução das atividades desenvolvidas para cada objetivo específico, bem como a sua avaliação.

Objetivo específico - Elaborar um Dossier Temático em SAV, Trauma e Emergências Pediátricas, destinado aos enfermeiros do SU do Hospital X.

No dia 20 de Março de 2012 iniciámos a pesquisa bibliográfica sobre emergências médicas e traumatologia. Recorremos a bases de dados eletrónicas, nomeadamente a Elsevier e consultámos diversos livros e artigos em várias bibliotecas, para realizarmos uma revisão da literatura sobre o tema a estudar.

Dadas as alterações constantes que os SU têm sofrido, vários estudos recomendam para os SU o estabelecimento de normas de funcionamento, a adoção de manuais de procedimentos para enfermeiros, nomeadamente com referências farmacológicas, manuais e formação respeitando a metodologia Advanced Trauma Life Support (ATLS), American College of Surgeons, Trauma Nursing Core Course (TNCC) e Emergency Nursing Pediatric Course (Massada, 2002). Também a OM (2008) refere que as equipas específicas de pediatria, ou as que poderão necessitar de prestar cuidados às crianças, como acontece no SU do Hospital X, devem ter preparação e recomendações específicas na área.

No sentido de conhecer o papel do enfermeiro na sala de emergência e no transporte secundário do doente crítico, optámos por realizar um estágio no SU do Hospital Y, do CHRST, local onde podemos consultar algumas normas existentes nesse serviço, bem como a organização quanto à estrutura, material e equipamento e funções dos enfermeiros na respetiva sala.

Depois de uma pesquisa bibliográfica e da realização do estágio opcional acima referido, cujo relatório de estágio se encontra no apêndice X, elaborámos o dossier temático em SAV, trauma e emergências pediátricas que ficou concluído na primeira quinzena de Junho de 2012. O mesmo foi discutido com a Enf^a Chefe e Enf^o Orientador e após autorização da Enf^a Chefe foi divulgado no decorrer das passagens de turno e no decorrer da formação que realizámos no âmbito de outro objetivo.

Obtivemos um feed-back positivo de todos os enfermeiros do serviço, nomeadamente na pertinência e atualização da informação contida no dossier. O dossier ficou disponível na sala de enfermagem e podemos observar, por algumas vezes, a sua consulta, que propiciou momentos de análise no seio da

equipa de enfermagem, e em simultâneo contribuiu para a formação dos mesmos, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Do planeado ao executado consideramos que todas as atividades foram realizadas e de acordo com o cronograma inicialmente projetado, consideramos ter atingido este objetivo na integra, e como indicador de avaliação temos a realçar o dossier temático em SAV, trauma e emergências pediátricas (apêndice XI). O mesmo encontra-se dividido em 3 capítulos: o primeiro capítulo apresenta um conjunto de recomendações do European Resuscitation Council sobre a reanimação no doente adulto e pediátrico, nomeadamente guidelines e algoritmos. Por sua vez o segundo capítulo compreende uma série de procedimentos clínicos para as emergências pediátricas e por último, o terceiro capítulo contempla a biomecânica e procedimentos clínicos no trauma.

Objetivo específico - Elaborar um Livro de Bolso sobre Medicação de 1ª Linha em Emergência, destinado aos enfermeiros do SU Hospital X.

Iniciámos a pesquisa bibliográfica em Março de 2012, consultámos diversos manuais de farmacologia e alguns guias farmacológicos dirigidos a enfermeiros.

O enfermeiro na urgência está na primeira linha de interação com a pessoa em situação crítica, pelo que deve possuir conhecimentos suficientes e atualizados sobre as interações, efeitos adversos, contra indicações e precauções na administração de fármacos considerados de 1ª linha (Castro, 2005).

No dia 19 de Junho de 2012 concluímos o livro de bolso. O manual foi concebido para fornecer informação farmacológica fundamental e de fácil acesso aos enfermeiros que lidam com situações de urgência/emergência, permitindo uma consulta rápida e sistematizada dos vários fármacos habitualmente utilizados nestas circunstâncias. O livro de bolso por ordem ficou estruturado inicialmente pela classificação, indicações, via de administração e posologia, reações adversas e efeitos laterais, contra indicações e implicações para a enfermagem e por fim

incluiu os antídotos utilizados em caso de sobredosagens acidentais ou intencionais.

Depois de auscultarmos a opinião da Enf^a Chefe, do Enf^o Orientador e dos Chefes de Equipa de Enfermagem e não existindo alterações a efetuar, procedeu-se à impressão do livro (apêndice XII), sendo posteriormente divulgado nas passagens de turno.

Consideramos ter atingido o objetivo a que inicialmente nos propusemos, temos como indicador de avaliação o livro de bolso e realçamos o feed-back positivo de todos os enfermeiros, principalmente na abordagem da terapêutica a administrar ao doente pediátrico.

Objetivo específico - Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X em SAV no Adulto.

Tal como referimos anteriormente, a pesquisa bibliográfica foi iniciada em Março.

A Comissão Regional do Doente Crítico (2008) e a Circular Normativa nº 07 da DGS (2010) referem que os enfermeiros que prestam serviço nos SU Básica devem ter formação e experiência em cuidados de emergência, nomeadamente em SAV, SAV em trauma e emergências pediátricas.

De acordo com Lima (2009) o conhecimento teórico e as habilidades práticas das equipas de SAV estão entre os determinantes mais importantes das taxas de sucesso na paragem cardio respiratória (PCR). As manobras executadas no SAV exigem uma equipa bem treinada, pois a PCR requer ações rápidas, eficazes e integradas, devendo, por isso, ser executadas por uma equipa organizada.

Os profissionais de enfermagem são, em geral, nos SU, os primeiros a presenciarem a PCR, necessitam por isso, possuir um conhecimento técnico atualizado e habilidades práticas desenvolvidas para contribuírem de forma mais efetiva nas manobras de reanimação (Lima, 2009).

No dia 23 de Março de 2012 contactámos um perito, o Enf^o R. S., para colaborar na formação que de imediato aceitou o convite, felicitou o ato e revelou

disponibilidade para ajudar no que fosse preciso. Segundo Nunes (2010, p. 3) um perito “detém conhecimento profundo acerca de um dado domínio”. O Enfº R. S. desempenha funções no SU e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação num hospital da margem sul. É formador no Instituto Nacional de Emergência Médica e é Bombeiro Voluntário.

Após a confirmação e expostos os objetivos da formação ao perito, procedemos à elaboração dos slides que foram discutidos com a Enfª Chefe e Enfº Orientador, que dada a nossa dificuldade na gestão de tempo ocorreu uma semana depois do que estava inicialmente previsto no cronograma. Por parte da Enfª Chefe e do Enfº Orientador não foi necessário proceder a alterações, porém, a Professora Orientadora do projeto sugeriu-nos que abordássemos a reanimação intra hospitalar. Posto isto, e depois de validarmos os slides com o perito, os mesmos ficaram concluídos (apêndice XIII).

Durante a segunda semana de Junho de 2012 realizámos o plano de sessão (apêndice XIV) e procedemos à marcação da sessão de formação. A sessão foi marcada para o dia 06 de Julho, dado a compromissos profissionais por parte do perito.

Através do modelo instituído no CHRST (apêndice XV) a divulgação da formação foi fixada na sala de enfermagem, no placar do serviço e nos vestiários femininos e masculinos destinados aos enfermeiros do SU.

A sessão de formação decorreu sem intercorrências, na biblioteca do Hospital X e contou com a presença de 17 enfermeiros, dos quais 6 pertenciam ao Serviço de Cirurgia em Ambulatório, da unidade do Hospital X, que solicitaram autorização para assistir à formação. Depois de feitas as apresentações, procedemos à apresentação dos slides seguindo-se um espaço para esclarecimento dúvidas e debate de alguns casos expostos pelos presentes.

Observámos alguma dificuldade na identificação e interpretação dos traçados eletrocardiográficos, ficando como sugestão, ao enfermeiro responsável pela formação em serviço, o agendarmos de uma sessão de formação sobre identificação e interpretação dos traçados eletrocardiográficos. Em relação à prática não foi possível treino no manequim de suporte avançado de vida, uma

vez que o núcleo de formação do CHRST não possui o equipamento, o da ESS encontrava-se avariado e o aluguer deste material mais o respetivo seguro é muito dispendioso. Contudo realizámos treino com manequins de suporte básico de vida e manuseámos algum equipamento de emergência, destacando-se a agulha intra-óssea que suscitou muita curiosidade por parte dos presentes. O dossier temático em SAV, trauma e emergências pediátricas esteve presente na formação, sendo útil no esclarecimento de dúvidas.

Como indicadores de avaliação destacamos o cartaz de divulgação da formação, os slides e a avaliação da sessão. A avaliação da formação foi feita através do modelo instituído no CHRST, que se encontra no anexo I. Após a sua análise verificámos que 14 enfermeiros atribuíram à sessão de formação uma nota final entre os 3,9 e 4,88, o que corresponde a uma avaliação qualitativa de excelente e 3 enfermeiros atribuíram uma nota final de 3,5 o que corresponde a uma avaliação qualitativa de bom.

Objetivo específico - Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico.

Este objetivo decorreu a par do objetivo anterior, iniciando-se a revisão da literatura em Março de 2012.

A SPCI e a OM (2008) referem que todos os profissionais, mesmo aqueles que habitualmente tratam de doentes críticos, devem possuir formação específica na área do transporte de doentes críticos. Devido à recente reclassificação do serviço em SU Básica, é previsível e notório um aumento do número de doentes críticos com necessidade de efetuarem um transporte secundário.

Como já referimos anteriormente o Hospital X está integrado no CHRST cujo hospital de referência é o Hospital Y. Muitas das vezes torna-se necessário efetuar o transporte da pessoa em situação crítica para outras instituições, dependendo das valências médico-cirúrgicas necessárias à recuperação da pessoa doente. Segundo a OM (2008) o transporte destes doentes envolve alguns riscos, mas a necessidade de facultar um nível de assistência superior e a

realização de exames complementares de diagnóstico, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado, justificam a sua realização.

As transferências que ocorrem no SU do Hospital X são motivadas, sobretudo, pelo facto de o serviço não dispor de meios físicos, humanos e tecnológicos que possam dar resposta às necessidades do doente em risco de vida. Por este motivo, com alguma frequência, a equipa médica e de enfermagem tem necessidade de se organizar para proceder à transferência de um doente que necessita de cuidados específicos e que não podem ser minimizados durante o transporte.

Assim, é de extrema importância que o acompanhamento da pessoa em situação crítica seja efetuado por profissionais com formação específica em transporte de doentes críticos. Deste modo, a equipa que acompanha a pessoa em situação crítica, para além da formação específica em transporte de doentes críticos deve ser capaz de identificar e corrigir precocemente as alterações que, não sendo tratadas, podem comprometer seriamente as funções vitais da pessoa doente.

Após a elaboração dos slides os mesmos foram apresentados à Enf^a Chefe e ao Enf^o Orientador na primeira semana de Junho, tal como mencionámos no objetivo anterior tivemos alguma dificuldade na gestão do tempo, pelo que não cumprimos rigorosamente o cronograma. Auscultamos a opinião da Enf^a Chefe e do Enf^o Orientador relativamente aos slides na primeira semana de Junho, não sendo necessário proceder a alterações, os mesmos ficaram concluídos no dia 11 de Junho de 2012 (apêndice XVI).

Realizámos o plano de sessão (apêndice XVII) e procedemos à marcação da sessão de formação, ficando marcada para o dia 06 de Julho, dado a compromissos profissionais por parte do perito.

A divulgação da formação feita através de um cartaz (de acordo com o modelo instituído pelo CHRST) foi fixada na sala de enfermagem, no placar do serviço e nos vestiários femininos e masculinos destinados aos enfermeiros do SU (apêndice XVIII).

A formação realizou-se no dia 06 de Julho de 2012, na biblioteca do Hospital X, à hora a que estava prevista, tal como consta no plano de sessão. Na formação estiveram presentes 14 enfermeiros, 11 do SU e 3 do Serviço de Cirurgia em Ambulatório, da unidade do Hospital X, e pode contar como formador com o perito Enfº R. S., tal como aconteceu no objetivo anterior.

Depois de feitas as apresentações e expostos os objetivos da mesma, abordámos: o transporte primário e secundário, definimos doente crítico, as fases do transporte, a avaliação do transporte do doente crítico, equipamento e monitorização, lista de verificação para o transporte e formulário de transporte e por fim o transporte do doente crítico infetado.

Consideramos ter atingido mais um objetivo, apesar de as atividades não respeitarem a calendarização inicialmente prevista, dada a alguma dificuldade na gestão de tempo, os recursos projetados inicialmente foram suficientes. Após a formação, verificou-se um maior empenho por parte das equipas de enfermagem na consulta da norma existente no serviço sobre o transporte secundário do doente crítico. A última parte da formação, dedicada ao transporte do doente crítico infetado, revelou-se muito pertinente, pois para os enfermeiros presentes era uma área sobre a qual não detinham muitos conhecimentos. Foi transmitido aos presentes que estávamos a preparar um procedimento setorial sobre o uso de equipamento de proteção individual no transporte do doente crítico infetado.

Os indicadores de avaliação foram o cartaz de divulgação da formação, os slides e a avaliação da formação. Para a avaliação da sessão de formação, e como referido anteriormente, foi usado o modelo instituído no CHRST (anexo I). Dos 14 enfermeiros presentes 6 atribuíram à sessão de formação avaliação quantitativa entre os 3,6 e 4 pontos o que corresponde a uma avaliação qualitativa de excelente e 11 enfermeiros atribuíram uma avaliação quantitativa entre 3,3 e 3,5 pontos o que corresponde a uma avaliação qualitativa de bom.

Objetivo específico - Elaborar uma Grelha de Descrição de Funções dos Enfermeiros na Sala de Emergência e uma Folha de Registos relativa à Operacionalidade e Funcionalidade da Sala de Emergência.

Nesta perspectiva iniciámos a nossa pesquisa bibliográfica sobre as funções e competências dos enfermeiros na sala de emergência em Março de 2012, tal como estava inicialmente previsto.

Posteriormente elaborámos a grelha de descrição de funções dos enfermeiros na sala de emergência e uma folha de registos relativa à operacionalidade e funcionalidade da sala de emergência de acordo com alguns autores peritos na área.

Os cuidados à pessoa em situação crítica exigem ações bem coordenadas (DGS, 2010). A avaliação destes doentes requer um atendimento em equipa, em que cada elemento tem objetivos claros e responsabilidades bem definidas, de acordo com a metodologia de intervenção (DGS, 2010). A metodologia universalmente aceite e recomendada no nosso país é a sequência “ABCDE” do American College of Surgeons: A – Via Aérea com imobilização da cervical, B – Ventilação e oxigenação, C - Circulação (Suporte Cardiovascular), com controlo de hemorragia, D – Disfunção Neurológica e E – Exposição, evitando a hipotermia (DGS, 2010).

De modo a possibilitar uma rápida atuação é necessário dispor:

- “Equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa, sólida, em termos de suporte científico e experiência;
- Liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão;
- Sala de emergência com os recursos necessários, organizados e preparados para a reanimação” (DGS, 2010, p. 6).

A responsabilidade da equipa estende-se desde a admissão da pessoa em situação crítica na sala de emergência até à sua saída, seja para um serviço dentro da unidade de saúde ou para outra unidade de saúde (Massada, 2002).

Massada (2002, p.15) descreve uma série de axiomas fundamentais a cumprir na sala de emergência, designadamente:

- “Todos os profissionais devem usar sempre proteção individual;

- A sala de emergência deve estar preparada, 24 horas por dia, para receber e tratar a pessoa em situação crítica ou risco de vida;
- Todo o material de emergência deve estar bem visível, rotulado e de fácil acesso;
- Todo o material de procedimentos deve estar protocolado e preparado para uso imediato;
- O número de pessoas na sala de emergência deve estar restrito às necessárias;
- O trabalho é feito em equipa, num espírito de coesão e linguagem comum;
- Cada um sabendo o seu papel e as suas responsabilidades sob a coordenação de um elemento previamente conhecido;
- A atuação de cada um deve ser precisa e objetiva;
- A comunicação entre as pessoas deve ser clara usando o nome próprio a quem se dirige;
- O elemento que recebe uma orientação ou um pedido, deve fazer entender que tomou conhecimento do mesmo, após efetuar o pedido deve comunicar a execução do mesmo;
- Durante a fase de ressuscitação deve-se restringir ao mínimo a comunicação verbal;
- É importante olhar para o relógio; em situação de vários doentes, deve dedicar-se apenas a um e pedir ajuda para os outros”.

Iniciámos a elaboração da grelha de descrição de funções dos enfermeiros na sala de emergência (apêndice XIX) e a folha de registos relativa à operacionalidade e funcionalidade da sala de emergência (apêndice XX) na segunda semana de Maio de 2012. No sentido de auscultar a opinião dos mesmos, apresentámo-las à Enf^a Chefe, ao Enf^o Orientador e Chefes de Equipa, na primeira semana de Junho de 2012 numa reunião. Não sendo necessário executar alterações nas mesmas, nessa semana, foram submetidas à aprovação da Enf^a Chefe que autorizou a sua implementação no serviço.

Assim, por todas as atividades que desenvolvemos no âmbito do objetivo, que tinha como indicador de avaliação a própria grelha de descrição de funções dos enfermeiros na sala de emergência e a folha de registos relativa à

operacionalidade e funcionalidade da sala de emergência consideramos ter atingido na íntegra o objetivo.

2.4.1 Análise do Desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011, p. 8649) “seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, considerados competências comuns (...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.

Segundo o REPE o enfermeiro especialista “é o enfermeiro habilitado com o curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído o título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, para além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialização” (Decreto Lei Nº 161/96, p. 2060).

As competências e conhecimento especializado integram-se no que se preconiza para o enfermeiro especialista que, “... deverá ser o profissional que seja o garante, não só de um entendimento profundo da situação da Pessoa (conhecimento das diferentes variáveis implicadas e implicáveis, numa abordagem holística) como também, de uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente, em determinada etapa do ciclo vital” (OE, 2003, p.5).

O enfermeiro especialista presta cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2009).

Com a realização do PIS desenvolvemos e adquirimos as seguintes competências comuns do Enfermeiro Especialista:

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. **Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de atuação**, quando efetuámos o pedido de autorização ao CA do CHRST para a aplicação de um questionário e realização do estudo, ao entregarmos uma carta explicativa do estudo e ao termos distribuído um consentimento informado a todos os participantes do estudo tivemos em conta os princípios éticos e deontológicos. De acordo com o REPE, no seu artigo 8, capítulo IV “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto Lei nº 161/96, 04 Setembro, p. 2961). Por outro lado, também garantimos os mesmos princípios ao longo do desenvolvimento de todo o PIS.

No mesmo domínio surge a competência: **promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, durante a prestação de cuidados**, tal como refere o CDE, a pessoa foi cuidada sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (Decreto Lei nº104/98, 21 de Abril). Para o desenvolvimento destas competências foi também importante os aportes teóricos lecionados na UC de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem e na UC de Investigação, através dos conteúdos programáticos lecionados. Deste modo, por tudo aquilo que desenvolvemos consideramos ter desenvolvido a competência.

Domínio da Melhoria da Qualidade, a competência **desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica** e a competência **concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade** foram desenvolvidas e adquiridas com o desenvolvimento do PIS, uma vez que contribuímos para a uniformização de práticas através da criação de documentos orientadores tais como a grelha de descrição de funções dos enfermeiros na sala de emergência, a folha de registos relativa à operacionalidade e funcionalidade da sala de emergência e da formação realizada no âmbito do SAV no adulto e

transporte inter hospitalar do doente crítico, que visam a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Com o estágio que realizámos no GGRSD identificámos, analisámos, avaliámos e monitorizámos riscos. De acordo com Ramos (2011) são 7 os passos que promovem a segurança da pessoa doente: a construção de uma cultura de segurança, a liderança e o apoio aos profissionais, a integração nas atividades de gestão do risco, a promoção de um sistema de relato de incidentes na instituição, comunicar com os doentes e família, aprender com os erros e partilha-los e por fim implementar soluções/mecanismos de segurança. Desta forma fomos ao encontro da competência **cria e mantém um ambiente seguro**. Para a mesma unidade de competência foi também pertinente a leitura do Manual de Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar, pois permitiu-nos um conhecimento profundo das crenças e costumes de diferentes culturas e étnias, o que facilitou a relação terapêutica estabelecida com a pessoa doente/família internados no SU do Hospital X e Y.

Domínio da Gestão dos Cuidados as competências **gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional** e a competência **adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados** foram desenvolvidas através da liderança do nosso projeto, gestão dos recursos necessários e articulação com outros profissionais, como aconteceu nas sessões de formação que realizámos. No decorrer do nosso estágio programamos dois dias para acompanhar o nosso orientador na gestão do serviço, o que nos permitiu identificar instrumentos de gestão de recursos humanos, nomeadamente o Decreto Lei nº 473/91 de 8 de Novembro, participando também na elaboração dos horários. Em relação ao instrumento de gestão dos recursos materiais, está implementado no serviço o sistema Ekanban, um método de reposição de stocks por níveis, um sistema facilitador da gestão e controlo de stocks que tivemos oportunidade de conhecer.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais a competência **desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento** foi

mobilizada com a realização do diagnóstico de situação pois foram identificadas necessidades de intervenção na sala de emergência e na formação, nomeadamente em SAV e na área do transporte do doente crítico. Elaborámos um dossier temático na área de SAV, trauma e emergências pediátricas para enfermeiros, e realizámos formação à equipa de enfermagem em SAV e transporte inter hospitalar do doente crítico.

As competências específicas decorrem “(...) do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011, p.8649). Cuidar da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e ou Falência Orgânica é uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Nesta perspetiva o enfermeiro especialista, deve aprofundar o conhecimento e adquirir competências num domínio específico de enfermagem que resulte em profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está mais exposta.

Tendo em conta a área de intervenção do PIS, a competência Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e ou Falência Orgânica foi desenvolvida e adquirida ao longo do projeto.

No âmbito do PIS, ao longo dos estágios tivemos oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação crítica. De acordo com Marum (2012) o Síndrome de Disfunção Orgânica Múltipla descreve a disfunção progressiva e falência do órgão como resposta a um estímulo nócuo, assim, a abordagem à pessoa em situação crítica requer manobras de “life-saving”, um diagnóstico etiológico rápido e administração de terapêutica precoce.

Ao elaborarmos um dossier temático sobre SAV, trauma e emergências pediátricas e um livro de bolso sobre a medicação de 1ª linha em urgência/emergência podemos desenvolver a unidade de competência **gere administração de protocolos terapêuticos complexos**, que por sua vez serviram de subsídio aquando a prestação de cuidados à pessoa em situação

crítica no decorrer dos estágios. Por outro lado, a realização do estágio opcional no SU do Hospital Y do CHRST e pelo facto de termos optado por ficarmos alocados na unidade de internamento polivalente de agudos e na sala de emergência permitiu-nos vivenciar algumas situações que nos permitiram antecipar focos de instabilidade. De acordo com a Circular Normativa nº 07 da DGS (2010) o atendimento à pessoa em situação crítica obedece à sequência “ABCDE”, estabelecida pela American College of Surgeons: A-via aérea com estabilização da coluna cervical; B-ventilação e oxigenação; C-circulação (suporte cardiovascular) e controlo de hemorragia; D-disfunção neurológica e E-exposição e controlo térmico. Se surgir novo foco de instabilidade ou agravamento da situação clínica, deve-se recomeçar a avaliação pelo princípio, ou seja, ABCDE. Não se passa de uma área de avaliação para outra sem se verificar que a anterior está estabilizada ou corrigida (Massada, 2002) o que nos permitiu desenvolver a unidade de competência **presta cuidados à pessoa em situação emergente na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica**. Também a grelha de descrição de funções dos enfermeiros na sala de emergência e a folha de registos relativa à operacionalidade e funcionalidade da sala de emergência, contribuíram para a aquisição desta unidade de competência, pois de acordo com a DGS (2010) a adoção de medidas simples reduzem a mortalidade e morbilidade da pessoa em situação crítica, uma vez que uma intervenção precoce e adequada melhora significativamente o prognóstico destes doentes. Tal como a formação realizada em SAV no adulto e no transporte inter hospitalar do doente crítico.

Martins (2012) refere que o fenómeno da dor possui características de grande complexidade, é subjetivo e multidimensional, difícil de apreender, definir, explicar ou medir. É uma experiência subjetiva, varia de indivíduo para indivíduo de forma única e mesmo no próprio indivíduo varia em diferentes momentos. Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (2010) a dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões”. A OE (2008, p.15) refere que “a avaliação é fundamental para o controlo da dor”. McCaffery, citado pela OE (2008, p.15) “salienta o carácter pessoal e subjetivo da experiência de dor dando

relevância ao auto-retrato, ao afirmar que dor é aquilo que a pessoa que a experiência diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”. Segundo Lopes (2010) os instrumentos para mensurar a dor podem ser unidimensionais, consideram a dor como uma qualidade simples e única que varia apenas em intensidade ou multidimensionais que avaliam as diferentes dimensões da dor. São exemplos de escalas unidimensionais a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala de Faces e a Escala Qualitativa, como exemplos de instrumentos multidimensionais temos o McGill Pain Questionnaire e o Brief Pain Inventory.

Neste sentido, no decorrer do estágio estivemos atentos à avaliação e registo da intensidade da dor. Como tal utilizámos a escala em vigor no serviço, a escala numérica. Verificámos que para muitos idosos que apresentam défices auditivos, visuais, cognitivos e sinais de demência a aplicação desta escala é duvidosa. Para estes doentes existem outras escalas como a Assessment of Discomfort in Dementia, Doloplus e também a Abbey Scale, contudo a sua utilização requer mais tempo, o que nem sempre o serviço permite. Assim, consideramos ter desenvolvido e adquirido a unidade de competência **faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.**

De acordo com Antunes (2012), qualquer doença que afeta um membro da família afeta todos os outros. Há uma alteração na dinâmica familiar que implica mudanças que dependem da causa da doença, do significado atribuído ao acontecimento e, sobretudo, dos recursos de que dispõem. A doença gera no seio familiar uma situação de crise, isto é, ocorre na unidade familiar uma situação temporária de desequilíbrio e tensões que geram stress e ansiedade. Neste sentido, assistimos a pessoa doente/família promovendo aos mesmos a interpretação da situação vivenciada, nomeadamente os sintomas, perceber se a situação é recorrente ou é a primeira vez que ocorre, transmitindo informações claras e concisas, diminuindo a ansiedade e o stress dos doentes e seus familiares, tal como refere Merle Mishel com a Teoria de Incerteza na Doença.

Mostrar disponibilidade para com a pessoa doente e escutá-la permite o estabelecimento de uma relação de confiança, a criação de um vínculo, que ajuda a clarificar o significado do acontecimento e diminuir os níveis de ansiedade do

doente (Antunes, 2012). De acordo com o exposto referimos novamente o Manual de Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar que nos permitiu conhecer em cada religião as práticas religiosas, ritos do nascimento, alimentação e prescrição religiosa, sentido e práticas na doença e sofrimento e por último os ritos prescritos perante o mistério da morte. A todos os doentes e famílias foi entregue o guia de acolhimento do serviço, um elemento facilitador do processo de acolhimento, para que os mesmos se sentissem familiarizados com o serviço. Deste modo consideramos ter desenvolvido a unidade de competência **assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica**.

A comunicação é uma ferramenta fundamental na relação de ajuda e por conseguinte nos cuidados de enfermagem. Lourenço (2012, p. 22) refere que “é a base da vida e da existência em relação com o outro”. De acordo com o mesmo autor a comunicação é “uma componente fundamental no tratamento sistemático e de apoio à família, constituindo um pilar na relação enfermeiro/pessoa doente/família, onde se contempla uma postura de receptividade e empatia, que se transmite através da comunicação verbal e não verbal” (Lourenço, 2012, p. 22).

Deste modo ao longo dos estágios tentámos adaptar a comunicação à pessoa doente/família internados no SU. Descrevemos uma das situações complexas vividas com a admissão na sala de emergência de um doente com cerca de 40 anos que apresentava uma taquicardia supraventricular, com uma frequência cardíaca de 225 bpm, sendo eminente a probabilidade de falência cardio-circulatória, encontrava-se muito ansioso. O doente questionava frequentemente o resultado dos exames que tinham sido realizados e o porquê da terapêutica administrada não produzir efeitos imediatos. De acordo com a Teoria da Incerteza na Doença o doente era incapaz de atribuir um significado aos acontecimentos relacionados com a sua situação clínica o que conduziu a elevados níveis de ansiedade e incerteza quanto ao futuro quer por parte do doente quer da família. O diagnóstico em si não minimizou a incerteza do doente, ele necessitou de obter informações sobre o tratamento e os sintomas.

Através da comunicação conseguimos diminuir a ansiedade e o stress sentido pelo doente e seus familiares. Perante uma escuta ativa, mostrando

disponibilidade para ouvir o doente e seus familiares, desenvolvemos a relação de ajuda, baseada no respeito e na empatia, que nos permitiu aferir junto do doente/família se esta situação era ou não recorrente, os sintomas e as preocupações sentidas.

Colocámos perguntas abertas, evitando as fechadas que implicam uma resposta designada, evitámos realizar múltiplas perguntas, orientámos o discurso para as necessidades manifestadas, tivemos em atenção ao tom e à velocidade da voz, durante o diálogo mantivemos contacto com os olhos e utilizámos o toque. Fomos informando o doente da evolução da sua situação clínica e dos cuidados que estavam a ser prestados e daqueles que poderiam vir a ser realizados. Prestámos apoio emocional à família, informando-a da situação do doente, permitindo que a mesma pudesse estar junto do doente por alguns minutos.

Lidar com o sofrimento do outro não é fácil e muitas das vezes pensamos nas palavras que podemos usar para confortar ou transmitir uma má notícia. Durante a nossa prestação de cuidados no SU, transmitimos aos familiares notícias como a morte. Segundo Pereira, (2008, p. 13) “o carácter de uma notícia – bom ou mau – está sempre relacionado com a interpretação que presumimos que aquele a quem a damos lhe poderá atribuir, presunção que se baseia no conhecimento que temos do outro, dos efeitos que a notícia provocará na sua vida ou no seu sentir, mas também do que pensamos que aconteceria connosco se a mesma notícia nos fosse dada.” O nosso papel passou pela disponibilidade, ouvir a família e deixá-la estar por instantes junto do doente. Tal como nos diz Hesbeen (2001, p.27) “O acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados associada aos seus conhecimentos de natureza científica e as competências técnicas, revelam-se nestes casos como componentes essenciais a um cuidar de qualidade”. Todas estas atividades nos permitiram desenvolver a unidade de competência **gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.**

Consideradas as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que foram desenvolvidas com a concretização do PIS, era essencial desenvolver outras competências, nomeadamente a competência dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação e a competência maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, tal como consta no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Para tal, no decorrer dos estágios desenvolvemos também um PAC que passaremos a descrever no capítulo seguinte.

3. PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

Inserido no estágio I, II e III do 1º Curso de MEMC da ESS do IPS era-nos solicitado um PAC, com a finalidade de desenvolver e adquirir as Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.

Era esperado que os estudantes no desenvolvimento do PAC adquirissem competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, tal como consta no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro em Pessoa em Situação Crítica aprovado pela Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Como tal, e tendo em conta que o desenvolvimento do PIS nos permitiu desenvolver a competência cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, faltava-nos apenas projetar um conjunto de objetivos e respetivas atividades que no final nos permitisse ter desenvolvido as competências dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação e a competência maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

No decorrer dos estágios I e II com o objetivo de desenvolver a competência dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação através de entrevistas não estruturadas com a Enfª Chefe, o Enfº Orientador e os Chefes de Equipa e da consulta de documentos sobre o plano de emergência do CHRST e princípios de atuação em situações de catástrofe existentes no SU do Hospital X, do referido centro hospitalar, delineámos como objetivo a elaboração de um procedimento setorial sobre o tipo de extintores existentes no serviço e respetivo manuseamento, na medida que

esta também era uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem do serviço atrás referenciado.

Aquando da construção da FMEA no âmbito do PIS detetámos algumas falhas no que concerne à utilização de equipamentos de proteção individual aquando a admissão da pessoa/família na sala de emergência e no decorrer do transporte do doente crítico. Assim propusemo-nos a elaborar um procedimento setorial sobre o uso de equipamento de proteção individual na sala de emergência e um procedimento setorial sobre o uso de equipamento de proteção individual no transporte do doente crítico infetado, com o objetivo de desenvolver e adquirir a competência maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Assim, a par da concretização dos objetivos inicialmente traçados emergiu a necessidade de planear uma série de atividades a fim de permitir atingir os objetivos delineados, as quais passaremos a descrever.

3.2 PLANEAMENTO/CRONOGRAMA INICIAL

Identificadas as necessidades elaborámos um plano mais detalhado do PAC, definindo as atividades a desenvolver, recursos necessários e indicadores de avaliação, como se pode observar no apêndice XXI.

Passamos seguidamente a apresentar os objetivos e as atividades/estratégias a desenvolver para a aquisição das respetivas competências.

Competência - *Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação:*

Objetivo específico - Elaborar um Procedimento Setorial sobre o Tipo e Manuseamento de Extintores.

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre extintores;

- ✓ Realização de um estágio no Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente no Hospital Y do CHRST;
- ✓ Elaboração do relatório de estágio;
- ✓ Realização do Procedimento Setorial sobre o Tipo e Manuseamento de Extintores:
 - Discussão do procedimento com a Enf^a Chefe e o Enf^o Orientador;
 - Realização de alterações caso necessário;
 - Submissão do procedimento à Enf^a Chefe;
 - Divulgação do procedimento através dos Chefes de Equipa.

À semelhança do PIS também incluímos no planeamento os recursos necessários à concretização do objetivo, enumerámos indicadores de avaliação tais como: o relatório de estágio e o procedimento setorial, e projetámos um cronograma de atividades a realizar no decorrer de Maio a Junho de 2012 (apêndice XXI).

Competência - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas:

Objetivo específico – Aprofundar conhecimentos na área do controlo de infeção através da realização de um estágio na Comissão de Controlo de Infeção no Hospital Y do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo:

- ✓ Aquisição de conhecimentos sobre a organização e as funções da Comissão de Controlo de Infeção;
- ✓ Aquisição e discussão sobre o Plano Nacional de Controlo de Infeção;
- ✓ Aquisição de conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar.

O acompanhamento e a disponibilidade dos membros da CCI foram essenciais para o sucesso deste objetivo. Com um total de 32h, planeou-se a sua realização para os meses de Maio e Junho de 2012, cujo indicador de avaliação seria o relatório de estágio.

Objetivo específico - Elaborar um Procedimento Setorial sobre o Uso de Equipamento de Proteção Individual na Sala de Emergência e um Procedimento Setorial sobre Uso de Equipamento de Proteção Individual no Transporte do Doente Crítico Infetado:

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre precauções básicas e específicas no controlo de infeção;
- ✓ Elaboração do Procedimento Setorial sobre o Uso de Equipamento de Proteção Individual na Sala de Emergência e Transporte do Doente Crítico Infetado:
 - Discussão do procedimento com a Enfª Chefe e o Enfº Orientador;
 - Realização de alterações caso necessário;
 - Submissão do procedimento à Enfª Chefe;
 - Divulgação dos procedimentos através dos Chefes de Equipa.

Como referimos anteriormente planeámos todos os recursos necessários à concretização do objetivo. Como indicadores de avaliação enumerámos os procedimentos setoriais.

3.3 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA

Nesta fase colocámos em prática tudo aquilo que anteriormente planeámos. De acordo com Ruivo (2010, p. 24) na fase de elaboração "são esperados muitos resultados, nomeadamente em termos de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências".

Seguidamente relatamos para cada uma das competências, a execução das atividades desenvolvidas.

Competência - *Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação:*

Objetivo específico - Elaborar um Procedimento Setorial sobre Tipo e Manuseamento de Extintores

Iniciámos a pesquisa bibliográfica no mês de Março de 2012. Dada a especificidade da matéria em estudo consultámos o site da Escola Nacional de Bombeiros e procedemos a entrevistas não estruturadas com bombeiros voluntários. Realizámos uma pesquisa bibliográfica da qual destacamos o Caderno de Combate a Incêndios com Extintores, o Caderno de Fenomenologia da Combustão e Agentes Extintores – Princípios Básicos e por último o Manual de Extintores. Consultámos também o Decreto-Lei nº 220/2008 de 12 Novembro, bem como a Portaria nº 1532/2008 de 29 de Dezembro; a Portaria nº 64/2009 de 29 de Janeiro e a Portaria 136/2011 de 05 de Abril. Referimos também a consulta das Normas Portuguesas, 1553, 1589, 1618 e 1800, da Comissão Técnica Portuguesa de Normalização de Segurança Contra Incêndios, da Direção Geral da Qualidade.

Ressalvamos a importância do estágio no GGRSD do CHRST, que decorreu no período de 26 de Março a 04 de Maio de 2012, num total de 48 horas, sob a orientação do Enfº J.N.

A elaboração do procedimento foi feita no período de Maio a Junho de 2012 e de acordo com o layout em vigor no CHRST, na última semana de Junho foi discutido com a Enfª Chefe e Enfº Orientador e pelo facto de não ter sido necessário proceder a alterações, o procedimento foi submetido à aprovação e posteriormente foi feita a divulgação do mesmo em articulação com os Chefes de Equipa de enfermagem do SU do Hospital X.

Por tudo o que referimos consideramos ter atingido este objetivo e como evidência temos a destacar os indicadores de avaliação inicialmente projetados que diziam respeito ao relatório de estágio (apêndice XXII) e à existência do próprio procedimento (apêndice XXIII).

Competência - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à

complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Objetivo específico – Aprofundar conhecimentos na área do controlo de infeção através da realização de um estágio na Comissão de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo

O estágio opcional na CCI do CHRST decorreu no período de 14 de Maio a 13 de Junho de 2012, num total de 32 horas, sob a orientação das Enf^a R. R. e T. S.

No início do estágio foi-nos explicado a organização da CCI, as funções dos vários núcleos que a constituem, bem como as suas responsabilidades e medidas de intervenção de acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (PNCI).

Aprovado em 2007 o PNCI tem como objetivo reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde, evitáveis, através da implementação de práticas baseadas na evidência. Tem por missão melhorar a qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde, através de uma abordagem integrada e multidisciplinar para a vigilância, prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2007).

Dada a limitação temporal para a realização do estágio, procurámos junto da CCI desenvolver as atividades mais pertinentes, para a aquisição de conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar, como consta no relatório de estágio que se encontra no apêndice XXIV.

Objetivo específico - Elaborar um Procedimento Setorial sobre o Uso de Equipamento de Proteção Individual na Sala de Emergência e no Transporte do Doente Crítico Infetado.

A pesquisa bibliográfica sobre precauções básicas e específicas no controlo da infeção decorreu de Março a Julho de 2012. Realizámos pesquisa no site da Centers for Disease Control and Prevention (CDC), da DGS, na base de dados científica Pub Med, consultámos livros e artigos em bibliotecas.

No SU, a sala de emergência é considerada uma área crítica, pois o risco de infecção é maior devido à gravidade em que a pessoa em situação crítica se encontra e ao maior número de procedimentos invasivos a que estes doentes são submetidos (Silva, 2003). Para além destes fatores, a quantidade de material biológico proveniente dos doentes admitidos na sala de emergência é maior, principalmente se se tratar de politraumatizados. Massada (2002) defende que a equipa na sala de emergência deve usar meios de proteção individual.

Após a nossa pesquisa, entre Maio e Junho, procedemos à avaliação de guidelines sobre precauções básicas e específicas no controlo de infeção, do CDC e da Health Protection Scotland (HPS), através do instrumento AGREE II - Instrumento de Avaliação de Normas de Orientação Clínica.

Submetemos as nossas guidelines ao AGREE que permite tratar da qualidade de uma norma de orientação clínica (NOC), avaliando o rigor metodológico e transparência com que uma NOC é elaborada.

As guidelines foram submetidas ao instrumento de avaliação do AGREE cuja ponderação obtida se encontra no apêndice XXV. A valiação das guidelines foi executada por três enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

Após a avaliação dos respetivos domínios, a opinião dos avaliadores foi unânime na avaliação da qualidade global da NOC e na recomendação do uso das mesmas. Assim a guideline do CDC obteve uma pontuação máxima de 7 no que concerne à sua avaliação global, e a guideline do HPS uma avaliação global de 5.

Os procedimentos foram discutidos com a Enf^a Chefe e o Enf^o Orientador na última semana de Junho de 2012 e dada a limitação temporal ficaram a aguardar validação junto da CCI do CHRST. Contudo, durante os estágios fomos alertando a equipa de enfermagem para o uso dos equipamentos de proteção individual.

Consideramos, assim, ter atingido os objetivos a que nos propusemos e desta forma termos desenvolvido a competência acima referida, destacando como indicadores de avaliação o relatório de estágio e os procedimentos setoriais.

Seguidamente procedemos à análise das competências do enfermeiro especialistas desenvolvidas.

3.3.1 Análise do Desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista

Planear e conceber o PAC, a par de algumas UC lecionadas durante o 1º MEMC, permitiu-nos, como referimos anteriormente, o desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica que nos faltava abordar, as quais passaremos a analisar.

Competência - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

Segundo o Decreto Lei nº 27/2006, de 03 Julho, da Lei de Base da Proteção Civil catástrofe “é um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais, e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 4696) e segundo Sousa (2012) a Organização Mundial de Saúde acrescenta que é “qualquer acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração de saúde e dos serviços de saúde, a uma escala tal, que se justifique uma mobilização excecional de auxílios vindos de fora da comunidade ou zona atingida”.

De acordo com Sousa (2012) as catástrofes podem ser naturais, podendo ter uma incidência sazonal (cheias, secas, etc.) ou ocorrer de acordo com alguma predisposição geográfica (terramotos, vulcões); tecnológicas, ocorrem da sequência da ação do homem, normalmente resultante da produção industrial, podendo também estar relacionadas com consequências de acidentes naturais e catástrofes por conflitos humanos, guerras, guerras civis, conflitos étnicos, religiosos e terrorismo.

O Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC) “é um instrumento de suporte às operações de proteção civil em caso de ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental, com vista a possibilitar a unidade de direção das ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a empenhar e a adequação das medidas de carácter excecional a adotar” (PNEPC,

2012, p.6). Foi elaborado tendo em atenção um conjunto de riscos naturais, tecnológicos, ou mistos, que possam ocorrer em território de Portugal Continental, tais como condições meteorológicas adversas, riscos hidrológicos e geológicos, acidentes com transportes, vias de comunicação e infraestruturas, atividade industrial e áreas urbanas, acidentes de poluição e incêndios florestais (PNEPC, 2012). Segundo o mesmo documento, uma das principais lacunas prende-se com o facto de atualmente os Planos de Emergência de Proteção Civil, de âmbito municipal, distrital e regional, se encontrarem em processo de revisão. Assim, no sentido da liderança na resposta a situações de catástrofe e emergência multi-vítimas foi fundamental conhecermos o Plano Nacional de Catástrofe, tendo em conta a unidade de competência **concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.**

Perante uma catástrofe a emergência multi-vítima altera o normal funcionamento dos serviços de urgência e cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos com o intuito de salvar o maior número de vidas, proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis (OE, 2011).

Para **planear uma resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe** é pertinente conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe e emergência, decidir a sequência de atuação, sistematizando ações a desenvolver. Tendo em conta que os hospitais apresentam em geral uma taxa de ocupação muito elevada, numa situação de catástrofe, o aumento vertiginoso da chegada das vítimas, deixa a descoberto a escassez de meios e pessoal (Alves, 1999). Assim, é fundamental a existência de planos que permitem uma atuação coordenada no terreno.

O Plano de Emergência Externa “organiza a resposta do hospital face a uma catástrofe/emergência externa, isto é, exterior à instituição” e tem como objetivo “garantir, por parte do hospital, uma eficaz atuação em caso de receção de múltiplas vítimas, reduzindo a sua mortalidade” (Alves, 1999, p.17).

Cabe a cada hospital elaborar um plano que se adapte às suas características. Após a constituição da Comissão de Catástrofe do hospital, esta deverá

desenvolver uma série de ações que constituem o plano de emergência externa. São elas: a elaboração do catálogo de riscos e de recursos, o planeamento da ativação do plano, a organização da área de urgência, a organização do apoio não assistencial, a formação do pessoal hospitalar, a difusão do plano e a avaliação, revisão e atualização do plano (Alves, 1999).

Para além do plano de emergência externa, a Comissão de Catástrofe deverá elaborar o Plano de Emergência Interno que se define como “um conjunto de ações ordenadas e regras de procedimentos a realizar pelo pessoal do hospital, em caso de sinistro” (Alves, 1999, p.103), cujos objetivos se centram na organização de meios humanos e materiais para: identificar riscos; prevenir e/ou atuar, segundo princípios e regras preestabelecidas, perante qualquer acidente que ponha em perigo pessoas, atividades ou bens; organizar os meios de socorro e prever as ações, garantindo uma intervenção imediata; prever e organizar antecipadamente a eventual evacuação; prever a intervenção de ajudas exteriores; facilitar e promover a formação de todo o pessoal, de modo a obter uma adequada resposta em caso de ativação do plano; manter permanentemente os trabalhadores e utilizadores informados sobre as normas de prevenção e atuação em caso de acidente e verificar a resposta dos meios de proteção, de forma ativa e permanente. Do plano de emergência interna consta o catálogo de riscos e de recursos e o plano de emergência (Alves, 1999).

Com o estágio que realizámos no GGRSD conhecemos o manual da DGS, do Departamento da Qualidade para a elaboração de um plano de emergência para as unidades de saúde e verificámos no que respeita aos planos de emergência do CHRST, que o plano de emergência do Hospital Y encontra-se nesta altura em revisão e o plano do Hospital X encontra-se em execução. Caso ocorram incidentes nestes hospitais as ações serão realizadas de uma forma mais improvisada e pouco coordenada.

Os incêndios representam a grande maioria dos acidentes de maior gravidade, impondo uma atuação rápida e eficaz (Alves, 1999). No hospital existem determinadas áreas que pela sua localização ou atividade, apresentam maior risco de incêndio. Identificámos as zonas do hospital segundo a incidência de incêndio, do maior para o menor risco: locais técnicos (oficinas), armazéns

(central de esterilização, central de gases), cozinhas e lavandarias, depósitos (resíduos), salas de estar de enfermarias e visitas, unidades de reanimação, salas de computadores, central telefônica e salas de apresentações, aulas ou anfiteatros (Alves, 1999). O extintor é um meio de primeira intervenção utilizado no combate a um foco de incêndio, sendo a rapidez de atuação primordial, na medida em que o extintor só é eficaz na fase inicial de um incêndio. Neste sentido desenvolvemos conhecimentos que nos permitiram **gerir os cuidados em situações de emergência e ou catástrofe**, através da elaboração do procedimento setorial sobre o tipo e manuseamento de extintores.

Por tudo isto, consideramos ter desenvolvido a competência dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação.

Competência - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Silva (2003) refere que o controle de infeção em situação de urgência/emergência tem vindo a crescer nos últimos anos. O grande desafio no atendimento à pessoa em situação crítica é manter as suas funções vitais, obedecendo a protocolos de assépsia para prevenir infeções (Silva, 2003). Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica é fundamental. De acordo com o mesmo autor a pessoa que requer um atendimento urgente é submetida a procedimentos invasivos, pelo que o risco de adquirir uma infeção hospitalar é grande. As pessoas que necessitam de um atendimento emergente submetem-se a numerosos procedimentos, sendo a técnica assética muitas das vezes comprometida. Nestes casos os cuidados são desenvolvidos para garantir as funções vitais, sendo o risco de infeção muito elevado.

Barroso (2012) refere que as precauções básicas e específicas são de extrema importância.

As precauções básicas são um conjunto de medidas que devem ser cumpridas sistematicamente, por todos os profissionais que prestam cuidados de saúde, a todos os doentes, independentemente de ser conhecido o seu estado infeccioso. Destinam-se a todos os profissionais que tenham contacto com os doentes, em todos os locais onde sejam prestados cuidados de saúde, seja qual for o diagnóstico ou a suspeita de diagnóstico. Aplicam-se na presença de sangue e fluidos orgânicos, secreções e excreções (exceto suor), soluções de continuidade da pele e membranas mucosas. As precauções básicas incluem a higienização das mãos, o uso racional das barreiras protetoras – equipamentos de proteção individual e a higiene respiratória /etiqueta respiratória, controlo ambiental e prevenção dos acidentes por picada/ corte e encaminhamento pós-exposição e programa de vacinação (Barroso, 2012).

As precauções específicas ou dependentes da via de transmissão pretendem orientar os profissionais na prestação segura dos cuidados de acordo com a cadeia epidemiológica da infeção, vias de transmissão e patologias associadas. Devem ser usadas em doentes com infeção ou colonização conhecida ou suspeita por agentes infecciosos que não podem ser contidos somente com o uso de precauções básicas. O seu uso depende das vias de transmissão: Via aérea, Gotículas e Contacto (Barroso, 2012).

Nesta linha de ação para desenvolver a unidade de competência **concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica** o estágio que realizámos na CCI do CHRST superou em muito as nossas expectativas no desenvolvimento e aquisição de conhecimentos na área, como se pode constatar através do respetivo relatório de estágio que se encontra no apêndice XXIV.

Consideramos que atingimos a unidade de competência **lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica** aquando a elaboração do procedimento setorial sobre o uso de

equipamento de proteção individual na sala de emergência e transporte do doente crítico infectado.

4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE

Segundo a Portaria nº 782/2009 de 23 de Julho, os resultados das aprendizagens do Mestre correspondem a conhecimentos “altamente especializados, alguns dos quais se encontram na vanguarda do conhecimento numa determinada área de estudo ou de trabalho, que sustentam a capacidade de reflexão original e ou investigação”, a aptidões “especializadas para a resolução de problemas em matéria de investigação e ou inovação, para desenvolver novos conhecimentos e procedimentos e integrar os conhecimentos de diferentes áreas” e a atitudes de “gerir e transformar contextos de estudo ou de trabalho complexos, imprevisíveis e que exigem abordagens estratégicas novas. Assumir responsabilidades por forma a contribuir para os conhecimentos e as práticas profissionais e ou para rever o desempenho estratégico de equipas” (p.4777).

O 1º Curso de MEMC da ESS do IPS pretendeu dotar-nos de competências profissionais diferenciadas para que possamos intervir, suportados na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem médico-cirúrgica.

Como tal o trabalho desenvolvido ao longo destes 2 anos permitiu-nos **demonstrar competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem e agir no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos**. A relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou grupo de pessoas é essencial no exercício profissional da enfermagem. O enfermeiro tem o dever de “compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa” (OE, 2001, p.8).

Durante os estágios a nossa prestação de cuidados centrou-se no doente de médio e alto risco com patologias cardíacas (insuficiências cardíacas, enfarte agudo do miocárdio, arritmias), PCR, politraumatismos, acidente vasculares cerebrais, descompensações metabólicas e intoxicações medicamentosas. E tal

como refere o CDE, a pessoa foi cuidada sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa. Em algumas situações foi possível iniciar o ensino à pessoa doente e seus familiares no SU e posteriormente referenciá-los para os cuidados de saúde primários, nomeadamente para os cuidados continuados, por forma a assegurar a continuidade dos cuidados, como foi o caso de doentes algaliados e entubados com sondas nasogástricas.

Através do diagnóstico de situação do nosso PIS, recorrendo a ferramentas diagnósticas como a FMEA, análise SWOT e questionários, foi possível identificar necessidades no serviço, proceder ao planeamento do projeto, tendo em conta recursos humanos, materiais e financeiros e executar e avaliar as atividades planeadas. A nossa maior dificuldade foi a gestão do tempo, mas os indicadores de avaliação que traçámos foram alcançados com sucesso e estamos certos que contribuímos para um melhor desempenho da equipa de enfermagem do SU do Hospital X, na sala de emergência e no transporte inter hospitalar da pessoa em situação crítica.

No âmbito da supervisão clínica foi pertinente o trabalho de grupo (apêndice XXVIII) que desenvolvemos na unidade curricular de Supervisão de Cuidados. Abreu (2003), citado por Deodato (2010, p. 5) considera a Supervisão Clínica como “um processo que tem como objetivo a apreciação de situações-problema (competências clínicas, estratégias de gestão de cuidados, dimensões afetivas e relacionais), no sentido da reflexão sobre as decisões tomadas e os atos praticados”. Através da análise de um caso à escolha, vivido em contexto de prestação de cuidados, formulámos a elaboração de diagnósticos de enfermagem, utilizando a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2 (CIPE). Planeámos intervenções e projetámos resultados esperados e, no final, discutimos a avaliação sobre os resultados esperados e refletimos sobre os cuidados prestados em situações complexas, sobre a tomada de decisão, relacionando considerações éticas e deontológicas.

Na prestação de cuidados de enfermagem, a tomada de decisão constitui-se como um aspeto fulcral, implica ser pensada e fundamentada (Butes, 2010). Referimos que na tomada de decisão do enfermeiro, após a identificação do problema, as intervenções de enfermagem pretendem “evitar riscos, detetar

precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (OE, 2001, p.10).

No que respeita à competência **realiza o desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas** a OE (2003) refere que o desenvolvimento profissional visa a valorização profissional, a melhoria da qualidade e a formação contínua. Segundo o Decreto Lei nº 401/91, artigo 3º a formação profissional contínua realiza-se ao longo da vida e destina-se a propiciar a adaptação às mutações tecnológicas, organizacionais ou outras, melhoram a qualidade do trabalho e contribuem para o desenvolvimento cultural, económico e social. A formação contínua permite melhorar competências, promover a autonomia progressiva no trabalho, o enriquecimento dos indivíduos como pessoas e como profissionais (Lopes, 2010). O Memorando sobre a Aprendizagem ao Longo da Vida da União Europeia (2000) considera o processo de aquisição de conhecimentos como contínuo e ininterrupto, uma vez que os conhecimentos, as competências e as perceções que apreendemos são limitados no tempo.

A frequência deste mestrado permitiu-nos adquirir e desenvolver conhecimentos e competências não só pelos aportes teóricos lecionados ao longo dos 3 semestres, essenciais à nossa prestação clínica em contexto de estágio, mas também através da metodologia de projeto realizada para o PIS e para o PAC. Tal como nos diz o Decreto Lei nº 401/91, a formação de adultos proporciona oportunidades e meios para adquirir ou melhorar conhecimentos e atitudes necessárias para o exercício de uma atividade profissional.

No 1º semestre foram lecionadas unidades curriculares de carácter transversal. Destacamos aqui a unidade curricular de Gestão de Processos e Recursos. Saímos da nossa área de conforto e abordámos o empreendedorismo, consultámos estudos de mercado e concebemos planos de negócios, tendo nos sido solicitado um Projeto de Intervenção Organizacional (PIO). Demos por nós a pensar no fundamento deste para a prática de enfermagem. Tendo em conta os conceitos transmitidos e a execução do PIO, sob a orientação do Professor Doutor P. D., iniciámos um longo caminho.

Começámos por realizar pesquisa bibliográfica sobre o assunto e identificámos em contexto de trabalho uma oportunidade, a implementação de uma Unidade de Dor Aguda no Pós Operatório, que permitisse ser uma oportunidade de mercado a desenvolver e ser suficientemente inovadora para se impor e expandir, numa clínica na área de Lisboa. Elaborámos o diagnóstico de situação, onde através da nossa experiência pessoal e de uma observação sobre a realidade procurámos detetar que carências existem e que aspetos podiam ser melhorados de acordo com o projeto. Posteriormente realizámos uma análise do meio envolvente para percebermos quais são as ofertas no âmbito do controlo da dor aguda que são oferecidas por outras instituições naquela área. Quais as reais necessidades da sua implementação e que meios humanos e técnicos seriam necessários à sua execução. Efetuámos análises do mercado, com custos que permitiram viabilizar com sucesso o PIO. O projeto foi apresentado e entregue à administração da clínica.

No 2º e 3º semestres iniciámos unidades curriculares específicas, Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II, que nos forneceram aportes teóricos essenciais para a prestação clínica nos contextos de estágio e elaboração do PIS e do PAC. Liderámos e gerimos os nossos projetos, realizámos pesquisa bibliográfica (em bases de dados eletrónicas, como a B-ON e a PUBMED, consultámos artigos através da internet, visitámos algumas bibliotecas), identificámos os recursos necessários, articulámo-nos com outros profissionais e alcançámos os objetivos a que nos propusemos como consta dos indicadores de avaliação que anteriormente referimos.

Estava contemplado no plano de estudos a possibilidade de realização de estágios opcionais. Neste sentido sentimos necessidade de realizar 3 estágios opcionais que realizámos no CHRST: GGRSD, na CCI e no SU do Hospital Y.

Com a realização dos estágios integramos algumas equipas, dando assim resposta à competência **integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa**. Através dos projetos PIS e PAC evidenciámos a relação estabelecida com os vários elementos da equipa. Auscultamos a opinião da Enfa Chefe, do Enfº Orientador e Chefes de Equipa na elaboração das atividades realizadas nos projetos, como por exemplo o dossier temático, os slides da

formação e os procedimentos setoriais. Articulamo-nos também com o Núcleo de Formação do CHRST e com o enfermeiro responsável pela formação em serviço no SU do Hospital X na preparação das sessões de formação. A realização dos estágios opcionais permitiu-nos a integração das respetivas equipas e aquisição de novos conhecimentos que posteriormente partilhámos com os enfermeiros do SU do Hospital X. Respeitámos todas as equipas e as nossas sugestões foram feitas numa perspetiva construtiva, visando a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Através do enquadramento concetual evidenciámos os conceitos para fundamentar a nossa prática. Orientámos a nossa prática e o nosso pensamento durante as experiências clínicas segundo a Teoria da Incerteza na Doença de Merl Mishel, que partilhámos com os enfermeiros do SU do Hospital X.

Segundo Gray (1997), citado por Craig (2004, p. 4) a prática baseada na evidência tem sido descrita como “fazer bem as coisas certas”. Para Craig (2004) para além de se fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, isto significa também assegurar que o que é feito, é feito bem, pois só assim se alcançam resultados mais benéficos. No que diz respeito à competência **inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência** para a elaboração do PIS e do PAC recorreremos, como já mencionamos, a base de dados científicas, para termos acesso a conhecimentos atualizados, nomeadamente a guidelines. Tal como refere a (DGS, 2011) a implementação de guidelines e protocolos de atuação, baseados em evidência científica, promovem qualidade e segurança na prestação de cuidados, através da introdução de medidas corretivas e de melhoria contínua. Destacamos as guidelines que utilizámos na formação em SAV no adulto e no dossier temático: Adult Basic Life Support and use of Automated External Defibrillators; Electrical therapies: Automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion and pacing; Adult advanced life support; Paediatric Life Support; Resuscitation of babies at birth e The ethics of resuscitation and end-of-life decisions.

Para elaborarmos o procedimento setorial sobre o uso de equipamento de proteção individual na sala de emergência e no transporte do doente crítico

infetado procedemos através do instrumento AGREE à avaliação de guidelines para avaliar o seu rigor e aplicabilidade à nossa prática. A prática baseada na evidência possibilita aos enfermeiros uma melhoria na qualidade de cuidados que prestamos aos nossos doentes, pelo que é importante incentivar a procura de conhecimentos científicos e a sua aplicação.

Através da divulgação de um artigo sobre o PIS (apêndice XXIX) contribuímos para a disseminação da nossa investigação e promovemos a qualidade e segurança na prestação de cuidados

Por fim na abordagem da **competência realiza análise diagnóstica, planeamento, 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** detetámos aquando da realização do questionário que a equipa de enfermagem não possuía formação em SAV no adulto e no transporte do doente crítico. Delineámos como objetivo formar e treinar a equipa de enfermagem do SU do Hospital X em SAV no adulto e no transporte inter hospitalar do doente crítico. Convidámos um perito, o Enfº R. S., para participar na formação, elaborámos os slides e o plano da sessão e divulgámos a formação que se realizou no dia 06 de Julho na biblioteca do Hospital X. Para a avaliação das sessões de formação foi usado o modelo instituído no centro hospitalar já mencionado (anexo I).

Também a UC de Ambientes em Saúde, lecionada no 1º semestre do mestrado, através dos módulos de Economia e Políticas de Saúde e Capacitação e Saúde Global, nos permitiu a análise das políticas de saúde em Portugal.

Em 1903 entra em vigor a organização dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, iniciada em 1899 pelo Drº Ricardo Jorge. Nesta altura, a prestação dos cuidados de saúde era privada, cabendo ao estado apenas a assistência aos pobres. No ano de 1971, através da reforma que ficou conhecida como a reforma de Gonçalves Ferreira surge o primeiro esboço de um Sistema Nacional de Saúde (SNS), onde surgem princípios dos quais destacamos o direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito (Amendoeira, 2010).

No entanto, só em 1979, através da Lei nº 56/79 de 15 de Setembro, é criado o SNS onde “o acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos” (p. 2357).

No ano de 1990, com a publicação da Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90 de 24 de Agosto são estabelecidos os princípios gerais da política de saúde: “A proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados (...); O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis; A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade de Estado e de outros entes públicos (...); Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos” (p. 3452).

O SNS caracteriza-se por ser universal, tendencialmente gratuito tendo em conta as condições económicas e sociais, garantir a equidade no acesso aos cuidados de saúde, atenuando os efeitos das desigualdades económicas, geográficas ou outras que dificultem o acesso aos cuidados de saúde (Lei de Bases da Saúde, 1990).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças.

Existem inúmeros fatores que podem influenciar ou determinar a saúde das pessoas, designados por determinantes de saúde. São determinantes de saúde os fatores socio-económicos, demográficos, ambientais, políticos e culturais e também os estilos de vida, nomeadamente o tabáco, álcool, atividade física, alimentação e saúde mental (Gato, 2011).

Assim sendo, é muito importante a promoção da saúde. O Plano Nacional de Saúde (PNS) tem como objetivo obter ganhos em saúde, através da promoção da saúde e da prevenção da doença. O PNS define orientações estratégicas, prioridades e metas a alcançar que permitem sustentar política, técnica e

financeiramente o SNS. Atualmente existem cerca de quarenta programas nacionais de saúde, que pretendem capacitar e promover o empowerment do sistema de saúde. Não nos podemos esquecer também das políticas de apoio social, como o rendimento de inserção social ou mesmo subsídio de doença, pois a pobreza e a exclusão social contribuem para aumentar os problemas de saúde (Gato, 2011).

Os cidadãos são responsáveis pela sua própria saúde, tendo o dever de a defender e promover (Lei de Bases da Saúde, 1990) pelo que devem ser envolvidos no processo de vida e saúde. O enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da saúde, capacita, informa, incentiva e motiva a pessoa para garantir a continuidade dos cuidados, pois atribui-lhe poder, liberdade, informação e confiança, permitindo-lhe assumir o controlo da gestão da sua saúde e doença (Ramos, 2011).

Segundo Pereira (2011) os enfermeiros podem ainda participar nas tomadas de decisões relativas ao planeamento e gestão dos serviços de saúde a nível local, dinamizar a população a adquirir mais confiança na sua capacidade de tomarem sobre si o encargo do desenvolvimento da sua própria saúde e exercer uma influência positiva sobre a população porque educam e prestam informações claras, fundamentadas em comportamentos e modos de vida.

Assim, consideramos ter atingido todas as competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

5. REFLEXÃO FINAL

A enfermagem está em constante evolução, acompanhando o avanço tecnológico e científico, o que exige dos enfermeiros a aquisição de saberes teóricos e práticos fundamentais para um cuidar de excelência.

O desenvolvimento de competências e o aprofundamento de conhecimentos permitem a uniformização de procedimentos, contribuindo para uma prestação de cuidados com qualidade e segurança.

A enfermagem de urgência teve início na época de Florence Nightingale, tendo evoluído ao longo dos últimos 25 anos como prática especializada (Sheehy, 2001). A abordagem e o tratamento da pessoa em situação urgente e emergente constituem desafios cada vez mais significativos e complexos (Ponce, 2006).

Através da metodologia de projeto identificámos, no SU do Hospital X, necessidades reais que nos permitiram desenvolver o nosso PIS. O uso de ferramentas diagnósticas para a análise e interpretação de dados, conduziu-nos à definição de objetivos. Era objetivo geral do nosso PIS contribuir para um melhor desempenho da equipa de enfermagem na sala de emergência e no transporte inter hospitalar do doente crítico. Como tal, para cada objetivo específico planeámos uma série de atividades, definimos recursos, indicadores de avaliação e construímos um cronograma que permitia a visualização de todas as atividades ao longo do tempo. Posteriormente colocámos em prática tudo aquilo que planeámos.

O PAC, que tinha como referencial as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, foi direcionado para as duas últimas competências que constam do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, uma vez que a primeira foi desenvolvida no PIS. Tal como aconteceu no PIS identificámos necessidades reais, definimos objetivos, planeámos atividades, recursos e indicadores de avaliação e construímos um cronograma.

Os projetos concebidos permitiram-nos documentar o desenvolvimento das nossas aprendizagens através das experiências clínicas e dos conteúdos dos vários módulos lecionados ao longo do curso, que em muito contribuíram para o sucesso de todo o trabalho desenvolvido.

Contribuímos para a uniformização de práticas, qualidade e segurança dos cuidados prestados, através da criação de documentos orientadores, dos quais destacamos o dossier temático, a grelha de descrição de funções dos enfermeiros na sala de emergência, a folha de registos relativa à operacionalidade da sala de emergência, os procedimentos setoriais sobre o uso de equipamento de proteção individual na sala de emergência e no transporte do doente crítico infetado e também com a formação que realizámos no âmbito do SAV no adulto e transporte inter hospitalar do doente crítico.

Um dos aspetos facilitadores foi o acolhimento que recebemos no SU do Hospital X por parte da Enf^a Chefe, Enf^o Orientador e toda a Equipa de Enfermagem. Todos contribuíram para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, sendo a partilha de conhecimentos uma constante. Por outro lado a gestão de tempo nem sempre foi fácil, pelo que a definição de estratégias e a gestão rigorosa do nosso tempo foi fundamental. A nossa inexperiência como investigadores, de certa forma, limitou a nossa capacidade de análise dos dados.

Esperamos, assim, ter desenvolvido e adquirido conhecimentos em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica que, em contexto de trabalho, sejam demonstrados através de níveis elevados de julgamento clínico e decisão, tornando-nos desta forma em elementos de referência para a equipa de enfermagem.

No nosso entendimento este relatório é um elemento catalisador de conhecimento, de desenvolvimento e um instrumento orientador de ações futuras no âmbito da especialização em enfermagem da pessoa em situação crítica.

Acima de tudo, pretendemos crescer pessoal e profissionalmente através de uma prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sentir que as nossas intervenções, em determinada altura do ciclo de vida da pessoa

doente, lhe proporcionaram um momento de bem-estar e respostas adequadas às suas necessidades específicas.

Consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusemos no início deste relatório, através do PIS e do PAC demonstrámos o desenvolvimento e a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e das Competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A comunicação dos resultados permite-nos demonstrar a nossa contribuição pessoal ao desenvolvimento e à comunidade profissional e científica (Fortin, 1999). Para além da elaboração do presente relatório, realizámos também um artigo sobre o PIS que pretendemos vir a publicar em revistas científicas e assim divulgarmos a nosso trabalho.

Foi um longo caminho, por vezes difícil, mas com dedicação e empenho ultrapassámos todas as dificuldades.

Face ao exposto e depois de descrevermos o PIS, o PAC e as Competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica vimos por este meio solicitar a obtenção do grau de Mestre.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aehlert, B. (2007). *Emergência em Cardiologia – Suporte avançado de Vida em Cardiologia*. Porto: Porto Editora.

AGREE Next Steps Consortium (2009). *The AGREE II Instrument* [versão electrónica]. Acedido a 01 de Junho de 2012 em <http://www.agreetrust.org>.

Alarcão, I. & Tavares, J. (1987). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

Alves, A., Redondo, J. (1999). *Comissão de Planeamento da Saúde de Emergência - Plano de Emergência Hospitalar*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Amendoeira, J. (2010). *Seminários temáticos – Políticas públicas e desigualdades*. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas/Universidade Nova de Lisboa.

Antunes, A. (2012). *Apontamentos da Unidade Curricular – Cuidados em situação de crise*. Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

Ascensão, H. (2010). *Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

Barbier, J (1993). *Elaboração de Projetos de Ação e Planificação*. Porto: Porto Editora.

Barroso, F. (2012). *Apontamentos da Unidade Curricular – Múltiplos Sintomas*. Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

Bastos, C. Machado, M. Souza, W. (2008). *Reanimação cárdio-respiratória na unidade de emergência*. Lisboa: Formasau-Formação e Saúde, Lda.

Benner, P. (2001). De iniciado a perito - excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.

Biscaia, J. (2000). Qualidade em saúde uma perspetiva concetual. Revista Qualidade em Saúde Pública, pp. 6-10.

Butes, L.; Galhanas, D; Deodato, S. (2010). Informar, Quando? Análise de Caso Princípios Éticos, Normas Deontológicas e do Direito. Revista Percursos, 18, pp.08-19.

Camacho, M. (1997). Stress e Bournout nas Urgências – o stress nos profissionais de enfermagem. Lisboa: Servir.

Canário, R. (2003). Formação e situações de trabalho (2ª ed). Porto: Porto Editora.

Carvalho, V. (1999). Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. Revista Latino Americana, 5, pp. 67-75.

Castro, L. (2005). Apontamentos da Unidade Curricular – Cuidados Intensivos. Licenciatura em Enfermagem. Escola do Serviço de Saúde Militar.

Center for Disease Control and Prevention (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Acedido em Center for Disease Control and Prevention a 02 de Maio de 2012 em <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>.

Comissão das Comunidades Europeias (2000). Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida. Lisboa. Acedido a 15 de Maio de 2012 em http://ec.europa.eu/education/lifelong-policy/doc/policy/memo_pt.pdf.

Comissão Nacional da Pastoral da Saúde (2010). Manual de Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar. Grupo de Trabalho Religiões da Saúde.

Comissão Regional do Doente Crítico (2008). Um ano de Reflexão e Mudança. Administração Regional do Norte.

Conselhos de Enfermagem e Jurisdicional (2010). Preparação e administração de Terapêutica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05 de Maio de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ/Parecer_CE_CJ.

Decreto Lei nº 27/2006 de 3 de Julho. Diário da República nº 126 – I Série. Assembleia da República. Lisboa.

Decreto Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. Diário da República nº 195 – I Série. Assembleia da República. Lisboa.

Decreto Lei nº 56/79 de 15 de Setembro. Diário da República nº214 - I Série. Assembleia da República. Lisboa.

Decreto Lei nº 104/98 de 21 de Abril. Diário da República nº 93 – I Série A. Código Deontológico Enfermeiros. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. Diário da República nº 205 – I Série A. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto Lei nº 401/91 de 16 de Outubro. Diário da República nº 238 – I Série A. Assembleia da República. Lisboa.

Deodato, S. (2010). Supervisão de Cuidados - Uma Estratégia Curricular em Enfermagem. Revista Percursos, 18, pp.03-07.

Despacho nº 18/ 459 de 12 de Dezembro de 2006. Diário da República nº 176 – II Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Dias, J.M. (2004). Formadores: que desempenho? Nursing, 188, pp.18-22.

Direção Geral da Saúde (2010). Orientação Nº07/2010 - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 02 de Abril 2012 em <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15887>.

Direção Geral da Saúde (2011). Orientação 008/2011 – Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde. Lisboa: Direção Geral da

Saúde. Acedido a 02 de Abril de 2012 em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/carros_de_emergencia.pdf.

Direção Geral da Saúde (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/ Emergência. Lisboa: Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. Acedido a 15 de Abril de 2012 em <http://www.arslvt.minsaude.pt/DocumentosPublicações/outrosdocumentos/rededer eferencia%C3Hospitar.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde: Manual de operacionalização. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 15 de Setembro de 2011 em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?codigoms5514>.

Fernandes, O. (2007). Entre a teoria e a experiência. Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Ferrito, C. (2011). Apontamentos da Unidade Curricular – Estratégias de Melhoria Contínua da Qualidade. Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

Fortin, M.(1999). O Processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Gato, A. (2011). Apontamentos do Módulo - Capacitação e Saúde Global. Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

Gil, C. (1991). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas.

Graça M. et al (1997). O Enfermeiro perante o Doente Crítico. Vila Nova de Gaia: 1º Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto.

Ghiglione, R.; Matalon, B. (1993). O Inquérito – Teoria e Prática. Oeiras: Celta Editora.

Health Protection Scotland (2012). Guideline for the Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipmant PPE) Aprons/Gowns.

Health Protection Scotland (2012). Guideline for the Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipmant PPE) Eye/Face protection.

Health Protection Scotland (2012). Guideline for the Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipmant PPE) Footwear.

Health Protection Scotland (2012). Guideline for the Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipmant PPE) Gloves.

Health Protection Scotland (2012). Guideline for the Standard Infection Control Precautions Literature Review: Personal Protective Equipmant PPE) Headwear.

Hesbeen, W. (2001). Qualidade em Enfermagem - pensamento e ação na perspetiva do cuidar. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.

Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. Pessoal, 46.

Lima, S.; Macedo, L. (2009). Educação permanente em SBV e SAV: Impacto no Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem. Revista Brasileira de Cardiologia, pp.630-636.

Lopes, A.; Picado L. (2010). Conceção e gestão da formação profissional contínua: da qualificação individual à aprendizagem organizacional. Mangualde: Edições Pedago.

Lopes, B. (2010). Apontamentos da Unidade Curricular – Avaliação da Dor. Pós-Graduação em Dor Crónica. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

Lourenço, L. (2012). Comunicação em enfermagem - Que trajetos? Que futuros? Nursing, 277, pp.22-27.

Martins, L. (2012). Apontamentos da Unidade Curricular – Dor. Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

Marum, S. (2012). Apontamentos da Unidade Curricular – Cuidados na Falência Multiorgânica. Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

Massada, R. (2002). Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave, Normas de Orientação Clínica e Administrativa. Porto: Medisa - Edições e Divulgações Científicas, Lda.

Ministério da Saúde (2007). Proposta da Rede de Urgências – Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 29 de Abril de 2012 em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyes/ED3FB0EC-45B7-4C27-AB7PropostaFinalComissao.pdf>.

Nunes, F. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. Nursing, 219, pp. 7-11.

Nunes, F. (2009). Tomada de Posição do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico. Nursing, 246, pp.22-26.

Nunes, L. (2011). Apontamentos da Unidade Curricular – Filosofia/Ética em Enfermagem. Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem - uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. Percursos, 17, pp. 3-9.

Oliveira, D. (1999). As urgências exigem motivação pessoal e profissional. Nursing, 136, pp. 13-16.

Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2006). CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1.0. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências dos Enfermeiros de cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista: Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 19 de Maio de 2012 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento concetual; enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 05 de Maio de 2012 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica>.

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

Pearson, A.; Vaughan, B. (1992). Modelos para Exercício de Enfermagem. Lisboa: Grafiartes.

Pereira, C et al (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. Nursing, 267, pp.08-15.

Pereira, M. (2008). Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra: Formasau.

Pereira, S. (2011). Os cuidados de enfermagem aos doentes com ventilação mecânica invasiva por traqueostomia – Estratégia para a prevenção da infeção. *Nursing*, 273, pp.02-07.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação (1ª ed). Loures: Lusociência.

Phipps, W. et al (1990). Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica. Tradução de Helena dos Santos Azevedo. Lisboa: Lusodidática.

Pinho, M. (2006). Trabalho em equipa de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. Lisboa: Ciências & Cognições.

Ponce, P.; Teixeira, J. (2006). Manual de Urgências e Emergências. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.

Portaria nº 782/2009 de 23 de Julho. Diário da República nº 141 – I Série. Assembleia da República. Lisboa.

Proteção Civil (2012). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. Proteção Civil. Acedido em 05 de Março de 2012 em http://www.prociv.pt/Documents/PNEPC_CP_2012.pdf.

Ramos, A. (2011). Apontamentos do Módulo - Capacitação e Saúde Global. Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

Ramos, S. (2011). Apontamentos da Unidade Curricular – Segurança e Gestão do Risco nos Cuidados de Saúde. Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República nº 35 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica nº 124/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República nº 35 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Relatório. In Wikipédia: a enciclopédia livre. Acedido em 05 de Março de 2012 em <http://pt.wikipedia.org/W/Index.php?title=conteudoaberto>.

Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L. & al (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos, 15, pp. 1-37.

Sheehy, S. (2001). Enfermagem de Urgência: da teoria à prática (4ª ed). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Silva, A. (2003). Sala de Emergência – emergências clínicas e traumáticas. Rio Grande do Sul: Editora da UFRGS.

Toomey, A. & Alligood, M. (2004). Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In M. Alligood, & T. Ann (Eds.), Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Vaz, C.; Catita, P. (2000). Cuidar no serviço de urgência. Nursing, 148, pp. 14-17.

ANEXOS

ANEXO I

Registo da Avaliação da Formação

CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Apreciação Global da Formação

Ação de Formação: _____

Nome (s) do (s) Formador(s) _____

Serviço: _____ **Data:** ____/____/____

Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião:

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito/ Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Escala de Likert – Escala desenvolvida por Rensis Likert em 1932; Fonte Hill&Hill (2002:138)

Em que medida está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com...	1	2	3	4	5
1. A adequação da Formação às suas necessidades e expectativas?					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?					
3. As condições da sala?					
4. A Qualidade do Apoio Técnico e Administrativo?					
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?					
6. A Prestação do (s) Formador (es):					
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
6.3 Utilização e domínio dos recursos didácticos?					
6.4 Documentação fornecida?					
Total pontos (soma dos pontos)					
Pontuação final (soma pontos / 9)					

7. Sugestões para melhorar os aspetos anteriores menos positivos:

Obrigado pela sua colaboração!

Nota Quantitativa	Nota Qualitativa
A partir de 3,6	Excelente – A sessão formativa superou as expectativas. O resultado é reconhecidamente bastante positivo.
Entre 3,0 e 3,5	Bons – No geral, foram atingidos os objetivos. A sessão contribuiu para os resultados estabelecidos.
Entre 2,0 e 2,9	Médio – Os objetivos foram atingidos parcialmente, a sessão contribuiu parcialmente para os resultados.
Até 1,9	Fraco – A sessão formativa contribuiu pouco para os resultados. Os objetivos gerais da formação não foram atingidos.

Apreciação Global da Formação	Nota Final	Avaliação Qualitativa

APÊNDICES

APÊNDICE I

Diagnóstico da Situação

Definição do Problema

Estudante: Sílvia Cláudia Coelho Costa Correia
Instituição: Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo
Serviço: Serviço de Urgência do Hospital X
Título do Projeto: Papel do Enfermeiro na Sala de Emergência e no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras): O Serviço de Urgência (SU) é o rosto e a porta de entrada para a maioria da população na instituição hospitalar. É um serviço imprevisível e agitado, que ao longo dos últimos anos tem sofrido algumas alterações. A Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências (CTAPRU) (Ministério da Saúde, 2007, p. 3) refere que a prestação de cuidados à pessoa doente com lesão emergente e/ou urgente “exige um sistema organizado e hierarquizado de prestação de cuidados, transporte e comunicações”. O SU do Hospital X foi classificado como um SU Básica desde Setembro de 2011. Como tal “possibilita o apoio diferenciado em permanência, prevendo o eventual acompanhamento no transporte de doentes” (Ministério da Saúde, 2007, p.5). A Comissão Regional do Doente Crítico (CRDC) (2008) considera a formação dos profissionais na área de urgência de extrema importância. Assim, a CRDC (2008) recomenda que os enfermeiros que prestam cuidados no SU Básica devem possuir formação em SAV, SAV em trauma e emergências pediátricas, tal como referem as diretrizes emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS) através da Circular Normativa nº 07 de 2010, sobre a Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Segundo Sheehy (2001, p. 3) “enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. Os cuidados de enfermagem de urgência são episódios, primários e, normalmente, agudos”. A enfermagem de urgência envolve uma diversidade de conhecimentos, de doentes e processos de doença, que requerem um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento (Sheehy, 2001). É o enfermeiro do SU que frequentemente recebe a pessoa em situação crítica e lhe presta os primeiros cuidados (Graça, 1997). A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos (2008, p.9) definem como doente crítico: “aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou

sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica”.

A Sala de Emergência é uma valência do SU para o atendimento de doentes urgentes/emergentes, permitindo a assistência imediata e diferenciada à pessoa cuja vida está ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais.

Tendo em conta a recente reformulação do serviço é previsível um aumento do número de doentes críticos com necessidade de efetuarem um transporte secundário. Segundo a Ordem dos Médicos (2008) o transporte destes doentes envolve alguns riscos, mas a necessidade de facultar um nível de assistência superior e a realização de exames complementares de diagnóstico, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado, justificam a sua realização.

Assim, os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica exigem ações bem coordenadas e altamente qualificadas. De modo a possibilitar uma rápida atuação é necessário dispor de uma equipa organizada, coordenada, em termos de suporte científico e experiência, existir liderança no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão (DGS, 2010).

Nesta linha de ação, pretendo desenvolver o meu PIS na área referida, na medida que este me permitirá desenvolver também uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

Níveis de intervenções de enfermagem diferentes, aquando da admissão e transporte inter hospitalar da pessoa em situação crítica na Sala de Emergência, do Serviço de Urgência do Hospital X.

Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras):

O Hospital X está integrado no Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo cujo hospital de referência é o Hospital Y. Muitas das vezes torna-se necessário efetuar o transporte da pessoa em situação crítica para outras instituições, dependendo das valências médico-cirúrgicas necessárias à recuperação da pessoa doente.

Para proporcionar um atendimento qualificado à pessoa em situação crítica e efetuar o transporte deve existir uma equipa devidamente treinada e coordenada por um líder, pois a eficácia e rapidez na atuação da pessoa em situação crítica marcam muitas das vezes a diferença entre a vida e a morte (Graça, 1997).

Ao auscultar a opinião da Enfermeira Chefe, Enfermeiro Orientador e respetiva

Equipa de Enfermagem do serviço referido pudemos constatar que existem níveis de intervenções diferentes aquando da admissão e transporte da pessoa em situação crítica na sala de emergência, e todos são unânimes em considerar a temática de extrema importância.

Para determinar a viabilidade do projeto procedemos a uma análise SWOT, definindo pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades. Assim, destaca-se como pontos fortes o interesse da Enfermeira Chefe e restantes elementos do serviço pelo projeto e como oportunidades a capacidade de resposta à Circular Normativa Nº 07, da DGS e às linhas orientadoras da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos relativamente ao transporte do doente crítico, a definição de papéis na sala de emergência, o incremento da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica na sala de emergência e a falta de formação da equipa de enfermagem. Por outro lado a recente reclassificação do serviço em Urgência Básica, o que de certa forma contribui para a desmotivação da equipa de enfermagem, refletem pontos fracos do projeto e o encerramento do serviço e respetiva mobilização da equipa para outros setores uma das ameaças.

No sentido de fundamentar o diagnóstico de situação, procedemos a uma Análise do Tipo e Efeito da Falha (FMEA). A realização da FMEA tinha como objetivo identificar e prevenir falhas que possam ocorrer na sala de emergência. Foram definidas 3 etapas: preparação da sala de emergência, admissão do doente na sala de emergência e transporte do doente crítico. Depois de identificadas as falhas, os efeitos e as causas, em cada uma das etapas obteve-se para a preparação da sala de emergência um RPN de 120, para a admissão do doente na sala de emergência obteve-se um RPN de 378 e para o transporte do doente crítico um RPN de 294. Através dos dados obtidos pela FMEA denotam-se falhas: na coordenação e comunicação entre os elementos da equipa de enfermagem, o que dificulta a tomada de decisões e põe em causa a qualidade e a segurança da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; na inexistência de atribuição de funções aos enfermeiros na sala de emergência e por conseguinte a falta de liderança no estabelecimento de prioridades; alterações na disposição da sala de emergência, material e equipamento, sem conhecimento de todos os elementos da equipa de enfermagem e na verificação de operacionalidade da sala que não é efetuada no início de cada turno.

Face a estes resultados, e com o intuito de corroborar o diagnóstico de situação, e após pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo, procedemos à aplicação de um questionário (salvaguardando todas as questões éticas inerentes a uma investigação, como a carta explicativa do estudo e o consentimento informado) no período de 09 a 20 de Janeiro 2012, por sua vez constituído por 2 partes: a primeira parte pretendia caracterizar a população em estudo e a segunda conhecer o nível de formação dos enfermeiros no que respeita à área de urgência/emergência. Importa referir que antes de se proceder à aplicação dos questionários foi realizado um pré teste

de 02 a 06 de Janeiro.

A população do estudo é constituída por 18 enfermeiros, embora só 17 tenham respondido ao questionário, tendo em conta que um enfermeiro se encontrava de baixa médica. Para o tratamento de dados foi utilizado o programa Microsoft Office Excel, e podemos inferir que a maioria dos participantes no estudo são do sexo feminino, concretamente 71% (12) e apenas 29% (5) do sexo masculino. Relativamente à idade, verifica-se que a idade média dos enfermeiros é de 37,77 anos, com um desvio padrão de 4,95 anos. Em relação às habilitações académicas, observa-se que 82% (14) dos enfermeiros são licenciados, 12% (2) são especialistas e 6% (1) possui uma pós-graduação. No que diz respeito à categoria profissional, observa-se que 65% (11) são enfermeiros graduados, 29% (5) são enfermeiros e 6% (1) é enfermeiro chefe. Na abordagem aos anos de exercício profissional, verifica-se que 41% (7) exercem a profissão à mais de 15 anos, 41% (7) entre os 6 e 15 anos e por fim 18% (3) dos enfermeiros exercem a profissão de enfermagem no intervalo compreendido entre os 3 e 5 anos. Finalmente, em relação aos anos de exercício profissional no serviço de urgência, 41% (7) encontram-se no intervalo de 6 a 15 anos, 29% (5) 3 a 5 anos, 18% (3) 1 a 2 anos e 12% (2) trabalham no serviço de urgência à mais de 15 anos.

Em relação à formação na área de urgência 82,35% (14) dos enfermeiros realizou o SBV em média à 7 anos, 47,06% (8) o SAV em média à 5 anos, 23,53% (4) o SIV em média à 2 anos, 6,25% (1) o ATLS, o PHTLS e o FCCS, 29,41% (5) emergências pediátricas em média à 8 anos e 17,65% realizaram outros cursos (emergências cardiológicas) em média à 1 ano. Apenas 5,88% (1) não possui formação. Relativamente à formação na área do transporte do doente crítico, apenas 35% (6) enfermeiros realizaram formação na área.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

Perante os resultados obtidos verifica-se uma não concordância das intervenções de enfermagem na sala de emergência, bem como um défice de conhecimentos por parte de alguns elementos da equipa, existindo a necessidade de clarificar procedimentos e promover esquemas organizativos. Identificámos, assim, como problemas parcelares por um lado a não concordância das intervenções de enfermagem na sala de emergência e por outro um défice de conhecimentos por parte de alguns elementos da equipa, existindo, como referimos anteriormente, a necessidade de clarificar procedimentos e promover esquemas organizativos, uma vez que o nível de formação da equipa de enfermagem no âmbito da urgência/emergência não dá resposta à Circular Normativa Nº 07 emanada pela DGS e às linhas orientadoras da SPCI e Ordem dos Médicos.

Determinação de prioridades

Uma intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico da pessoa em situação crítica, pelo que se torna imperativo

implementar mecanismos que contribuam, por um lado, para uma intervenção eficaz e por outro para a redução de complicações (DGS, 2010). Com base nas necessidades e dificuldades identificadas emerge a necessidade de formar e treinar a equipa de enfermagem em situações de urgência/emergência, nomeadamente em suporte avançado de vida e na área do transporte inter hospitalar do doente crítico; a elaboração de uma grelha de descrição de funções dos enfermeiros na sala de emergência que facilite as intervenções da equipa de enfermagem e a elaboração de uma checklist para a operacionalidade da sala de emergência.

Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

OBJETIVO GERAL

Contribuir para um melhor desempenho da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência, do Hospital X, na Sala de Emergência e em contexto de Transporte Inter Hospitalar do doente crítico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Elaborar um Dossier Temático em SAV, Trauma e Emergências Pediátricas, destinado aos enfermeiros do SU do Hospital X;
- ✓ Elaborar um Livro de Bolso sobre Medicação de 1ª Linha em Emergência, destinado aos enfermeiros do SU do Hospital X;
- ✓ Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X, em SAV no Adulto;
- ✓ Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X, no Transporte Inter Hospitalar do doente crítico;
- ✓ Elaborar uma Grelha de Descrição de Funções dos enfermeiros na Sala de Emergência e uma Folha de Registos relativa à Operacionalidade e Funcionalidade da Sala de Emergência.

Referências Bibliográficas

Comissão Regional do Doente Crítico (2008) – Um ano de Reflexão e Mudança. Administração Regional do Norte.

Direção Geral da Saúde (2010). Orientação N°07/2010-Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 02 de Abril 2012, em <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15887>.

Fortin, M.(1999). O Processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Ghiglione, R.; Matalon, B. (1993). O Inquérito – Teoria e prática. Oeiras: Celta Editora.

Graça M. et al (1997). O Enfermeiro perante o Doente Crítico. Vila Nova de Gaia: 1º Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto.

Hill, M. e Hill, A. (2009) – Investigação Por Questionário. Lisboa: Edições Sílabo.

Massada, R. (2002). Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave, Normas de Orientação Clínica e Administrativa. Porto: Medisa- Edições e Divulgações Científicas, Lda.

Ministério da Saúde (2007). Proposta da Rede de Urgências – Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 29 de Abril de 2012 em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyes/ED3FB0EC-45B7-4C27-AB7PropostaFinalComissao.pdf>.

Nunes, F. (2009). Tomada de Posição do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico. Nursing, 246, pp.22-26.

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

Sheehy, S. (2001). Enfermagem de Urgência: da teoria à prática (4ª ed). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (1997) - Guia para o Transporte de Doentes Críticos.

APÊNDICE II

FMEA

PAPEL DO ENFERMEIRO NA SALA DE EMERGÊNCIA E NO TRANSPORTE INTER HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO									
<u>Etapas</u>	<u>Descrição</u>	<u>Modo Potencial de Falha</u>	<u>Efeito</u>	<u>G</u>	<u>Causas</u>	<u>O</u>	<u>D</u>	<u>RPN</u>	<u>Ações a Desenvolver</u>
Preparação da Sala de Emergência	-Disposição de material inadequado; -Verificação da operacionalidade da sala não efetuada; -Falta de reposição de terapêutica; -Falta de comunicação entre a equipa de enfermagem.	-Material de emergência pouco visível e de difícil acesso; -Falha na preparação e funcionamento do equipamento: oxigénio, vácuo, sistema de aspiração, ventilador, desfibrilhador; -Alterações constantes na disposição da sala sem conhecimento de todos os elementos da equipa de enfermagem.	-Diminuição da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico; -Prestação de cuidados ao doente crítico, admitidos na sala de emergência do Hospital X em risco, relativamente à qualidade e segurança.	6	-Não verificação da operacionalidade da sala de emergência; -Falta de definição de papéis no seio da equipa de enfermagem em contexto de emergência; -Cansaço/desmotivação da equipa de enfermagem; -Falta de comunicação; -Reforma do serviço de urgência.	5	4	120	-Pesquisa bibliográfica; -Criação de uma checklist acerca do funcionamento/operacionalidade da Sala de Emergência do Hospital X, a preencher pelo chefe de equipa no início de cada turno; -Elaborar um livro de bolso sobre medicação em contexto de urgência e respetivas indicações/efeitos.
Admissão do doente na Sala de Emergência	-Falta de liderança na sala de emergência; -Falta de comunicação entre a equipa de enfermagem.	-Toda a equipa se desloca para a sala de emergência; -Falha na recolha da história do acidente e antecedentes clínicos; -Falha na cronometragem de	-Dificuldades na tomada de decisões; -Prestação de cuidados ao doente crítico, admitidos na sala de emergência em risco,	9	-Inexistência de atribuição de funções aos enfermeiros na sala de emergência; -Falta de comunicação; -Não utilização de uma linguagem	6	7	378	-Pesquisa bibliográfica; -Elaborar uma grelha de descrição de funções dos enfermeiros na sala de emergência do Hospital X; -Elaborar um dossier temático em SAV, trauma e emergências pediátricas para enfermeiros;

		tempo; -Registos de enfermagem insuficientes; -Não utilização dos meios de proteção individual.	relativamente à qualidade e segurança. -Perda de informação.		comum; -Falta de formação.				-Formar e treinar a equipa de enfermagem em SAV; -Realizar um Poster sobre algoritmos-SAV, a afixar na sala de emergência; -Elaboração de uma norma de procedimento sobre o uso de equipamento de proteção individual.
Transporte Inter Hospitalar do doente Crítico	-Avaliação e planeamento para o transporte do doente crítico; -Transporte.	-Desadequação dos recursos face às reais necessidades do doente; -Encaminhamento do doente para estruturas/áreas pouco adequadas à situação clínica do doente; -Meio de transporte desadequado perante a situação clínica do doente;	-Diminuição da segurança e qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem, no transporte do doente crítico; -Risco de complicações para o doente; -Atraso na realização do transporte;	7	-Avaliação e planeamento desadequados; -Falta de comunicação; -Equipamento inadequado; -Não realização de contacto prévio com o serviço de destino do doente; -Falta de experiência na área do transporte do doente crítico; -Conhecimentos pouco diferenciados na área do transporte do doente crítico.	7	6	294	-Pesquisa bibliográfica; -Afixar no serviço em local visível a grelha de avaliação para o transporte do doente crítico; - Aplicar lista de verificação para o transporte do doente crítico; -Formar a equipa na área do transporte inter hospitalar do doente crítico.

APÊNDICE III

Análise SWOT

**PAPEL DO ENFERMEIRO NA SALA DE EMERGÊNCIA E NO TRANSPORTE
INTER HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO**

		Ambiente Interno	
		Pontos Fracos	Pontos Fortes
Ambiente Externo	Ameaças	• Recente reclassificação do serviço de urgência (urgência do tipo básico); • Desmotivação da equipa de enfermagem.	• Chefias interessadas no projeto;
	Oportunidades	• Definição de papéis na sala de emergência; • Formar/treinar a equipa de enfermagem em SAV; • Formar a equipa de enfermagem no transporte inter hospitalar do doente crítico; • Uniformização e aperfeiçoamento dos cuidados prestados na sala de emergência.	• Dar resposta à Circular Normativa N°07 da DGS; • Dar resposta às linhas orientadoras da SPCI e Ordem dos Médicos relativamente ao transporte secundário do doente crítico; • Incremento da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico na sala de emergência; • Crescimento pessoal e profissional da equipa de enfermagem.

APÊNDICE IV

Carta de Pedido de Autorização

Sílvia Correia

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

Exmº Srº Presidente Conselho de
Administração

Centro Hospitalar Região Sul Tejo

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

Sílvia Cláudia Coelho Costa Correia, Enfermeira, atualmente a desempenhar funções na Força Aérea Portuguesa, encontra-se a frequentar o 1º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e neste âmbito, a realizar um estágio no Serviço de Urgência do Hospital X no período compreendido entre 26 de Setembro de 2011 a 8 de Fevereiro de 2012 e 19 de Março a 11 de Julho de 2012, pretende desenvolver um projeto de intervenção no serviço supracitado na área da formação dos enfermeiros em SAV, trauma e emergências pediátricas, no sentido de dar resposta à Circular Normativa Nº 07, de Março de 2010, sobre a Organização dos Cuidados Hospitalares ao Doente Traumatizado.

A Sala de Emergência permite uma assistência imediata e diferenciada à pessoa cuja vida está ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais. Assim, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exigem ações bem coordenadas e altamente qualificadas.

Nesta perspetiva, venho por este meio solicitar que me seja permitido desenvolver o Projeto referido, no serviço mencionado, bem como a aplicação de um

questionário (em anexo) à equipa de enfermagem do serviço em questão a fim de conhecer o nível de formação da equipa de enfermagem, relativamente à área supramencionada.

Durante o projeto serão garantidos todos os aspetos éticos e deontológicos. A todos os participantes será garantido o direito ao anonimato e de desistirem do projeto em qualquer momento e caso seja do vosso interesse, após o término do projeto, poderei facultar-lhe os dados.

Para qualquer esclarecimento, deixo os seguintes contactos:

Telemóvel: xxxxxxxxx

Correio Eletrónico: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Agradeço a vossa colaboração, subscrevo-me com estima e consideração.

Pede deferimento

xxxxxxx, 11 de Janeiro de 2012

APÊNDICE V

Questionário

QUESTIONÁRIO

O questionário que se segue surge na sequência da realização de um Projeto de Intervenção em Serviço, a fim de dar resposta a um objetivo do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, o qual me encontro a frequentar.

A Sala de Emergência permite uma assistência imediata e diferenciada à pessoa cuja vida está ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais. Assim, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exigem ações bem coordenadas e altamente qualificadas.

O presente questionário tem como objetivo conhecer o nível de formação da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do Hospital X, relativamente à área de urgência/emergência, no sentido de reuniformizar os níveis de formação dos mesmos. Para a realização do estudo será utilizada a Metodologia de Projeto, promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência.

O questionário é constituído por duas partes: a primeira parte formada por seis questões que pretendem caracterizar a população em estudo, a segunda parte apresenta duas questões que pretende conhecer o nível de formação dos enfermeiros no que respeita à área de urgência/emergência.

O questionário é anónimo e confidencial e a divulgação dos resultados será feita com as respostas de um conjunto de pessoas.

Desde já agradeço a sua participação e caso esteja interessado, após o término do trabalho poderei facultar-lhe os dados.

Sílvia Correia

PARTE I

Esta parte do questionário pretende caracterizar a população em estudo. É constituída por seis questões fechadas. Assinale com um X a sua resposta.

1. O seu sexo é?

Feminino ☐

Masculino ☐

2. Qual é o seu grupo etário?

21 – 26 anos ☐

27 – 31 anos ☐

32 – 40 anos ☐

41 – 50 anos ☐

> 51 anos ☐

3. Quais são as suas habilitações académicas?

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

Pós-Graduação ☐

Especialidade ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

4. Qual é a sua categoria profissional?

Enfermeiro ☐

Enfermeiro Graduado ☐

Enfermeiro Chefe..... ☐

Enfermeiro Especialista.....☐

Outro ☐ Especifique: _____

5. Há quanto tempo exerce a profissão de enfermagem?

< 1 ano ☐

1 a 2 anos ☐

3 a 5 anos ☐

6 a 15 anos ☐

>15 anos..... ☐

6. Quantos anos de exercício profissional tem no Serviço de Urgência?

< 1 ano ☐

1 a 2 anos ☐

3 a 5 anos ☐

6 a 15 anos ☐

> 15 anos..... ☐

PARTE II

A segunda parte do questionário pretende conhecer o nível de formação dos enfermeiros na área de urgência. É constituída por uma questão fechada. Assinale com um X a sua resposta.

1. Em relação à formação específica na área de urgência, indique o (s) curso (s) que possui e o (s) que assinalou, refira o ano em que o (s) realizou:

SBV (Suporte Básico de Vida) ☐ Ano:_____

SAV (Suporte Avançado de Vida) ☐ Ano:_____

SIV (Suporte Imediato de Vida) ☐ Ano: _____

ATLS (Advance Trauma Life Support)..... ☐ Ano: _____

PHTLS (Pre Hospital Trauma Life Support)..... ☐ Ano: _____

FCCS (Fundamental Critical Care Support)..... ☐ Ano: _____

Emergências Pediátricas ☐ Ano: _____

Outro ☐

Qual: _____

Ano: _____

2. Fez formação na área do transporte do doente crítico?

Sim ☐

Não..... ☐

Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE VI

Carta Explicativa do Estudo

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

Estudo realizado para a elaboração de um Projeto de Intervenção em Serviço, no âmbito do 1º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

TÍTULO

Papel do Enfermeiro na Sala de Emergência e no Transporte Inter Hospitalar do doente crítico.

INVESTIGADORA

Sílvia Cláudia Coelho Costa Correia, Enfermeira, aluna do 1º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Setúbal.
Telemóvel xxxxxxxxxx.

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo uniformizar as intervenções de enfermagem na sala de emergência, de forma a contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa/família em situação crítica.

MÉTODOS

Para a realização do estudo, foi efetuado o pedido de autorização ao Senhor Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo.

O estudo decorrerá no período compreendido entre 26 de Setembro a 8 de Fevereiro de 2011 e 19 de Março a 11 de Julho de 2012.

Para alcançar o objetivo pretendido, convido, todos os enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital X, a colaborar no preenchimento de um questionário sobre a formação dos enfermeiros na área de urgência/emergência. O questionário será anónimo e as respostas confidenciais, por isso, por favor não assine em qualquer parte o questionário.

Posteriormente, após a análise e tratamento dos dados, os mesmos serão comunicados num Relatório de Estágio.

RISCOS POTENCIAIS

Não haverá nenhum risco potencial para os enfermeiros que participem no estudo. Não existem despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo.

POTENCIAIS VANTAGENS

Não haverá nenhuma vantagem potencial direta para os enfermeiros que participem no estudo. No entanto, a sua participação, proporcionará um conhecimento mais pormenorizado, que conduzirá a uma maior segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente em situação crítica.

Não haverá nenhuma compensação financeira relacionada à participação no estudo.

CONFIDENCIALIDADE

Todos os dados recolhidos durante o estudo serão tratados de forma confidencial. O seu nome não será inscrito em nenhuma base de dados informatizada e os questionários serão codificados com um número aleatoriamente. Todo o material escrito será conservado sob minha responsabilidade. Os resultados do estudo serão divulgados, mais tarde, num relatório, mas os participantes nunca serão identificados de forma individual. Os resultados serão postos à disposição a pedido dos interessados.

PARTICIPAÇÃO

A escolha de participar no estudo é voluntária.

APÊNDICE VII

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, enfermeiro(a) do Serviço de Urgência do Hospital X:

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões.

Fui informado que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, investigação e métodos utilizados.

Asseguraram-me que toda a informação por mim cedida, será guardada de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, sem a minha permissão. A divulgação dos resultados será anónima e em conjunto com as respostas de todos os participantes no estudo.

Compreendo que sou livre de a qualquer momento abandonar o estudo.

De forma livre e esclarecida e para os devidos efeitos, declaro participar no estudo, com o meu consentimento informado.

Data: ___/___/___

Nome: _____

APÊNDICE VIII

Análise de Dados dos Questionários aplicados à Equipa de Enfermagem do SU Hospital X

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

ANÁLISE DE DADOS DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS À EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SU DO HOSPITAL X

Professora Orientadora: EM

Enfermeiro Orientador: JF

Realizado por: Sílvia Correia

Aluna 1º Mestrado em Enfermagem

Médico Cirúrgica

SETÚBAL

FEVEREIRO 2012

ÍNDICE GRÁFICOS

	p.
Gráfico I - Sexo	5
Gráfico II - Grupo Etário	6
Gráfico III – Habilitações Académicas	7
Gráfico IV – Categoria Profissional	7
Gráfico V – Tempo Profissão de Enfermagem	8
Gráfico VI – Anos Serviço de Urgência	9
Gráfico VII – Formação na Área de Urgência	9
Gráfico VIII – Média de Anos da Formação	10
Gráfico IX – Formação Transporte Doente Crítico	11

ÍNDICE GERAL

	p.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	2
0. INTRODUÇÃO	4
1. ANÁLISE DE DADOS	5
2. CONCLUSÃO	12

0. INTRODUÇÃO

A investigação permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos. (Fortin, 1999).

Para fundamentarmos o nosso diagnóstico de situação realizámos no âmbito do Estágio I e II, que decorreu no SU do Hospital X no período de 26 de Setembro de 2011 a 08 de Fevereiro de 2012, um questionário que incidiu na formação dos enfermeiros na área de urgência.

Ghiglione e Matalon (1993, p.2) referem que “realizar um inquérito é interrogar um determinado número de indivíduos, tendo em vista uma generalização”. O questionário é um instrumento pouco dispendioso, garante o anonimato e evita a interferência do investigador na obtenção dos dados (Fortin, 1999).

O questionário, constituído por oito questões fechadas, encontrava-se dividido em duas partes. A primeira parte pretendia caracterizar a população em estudo e a segunda parte conhecer o nível de formação dos enfermeiros no que respeita à área de urgência/emergência.

Salvaguardando todas as questões éticas inerentes a uma investigação, foi efetuado pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração para aplicação dos questionários, entregue a todos os enfermeiros a carta de explicação do estudo e assinado o consentimento informado.

No período de 2 a 6 de Janeiro de 2012 foi aplicado um pré-teste, que segundo Fortin (1999) tem como objetivo avaliar a eficácia e a pertinência do questionário. De acordo com o mesmo não sentimos necessidade de reformular nenhuma questão. O questionário foi aplicado no período de 09 a 20 de Janeiro de 2012.

Segundo Fortin (1999, p. 202) a população é “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. Assim sendo a população do estudo era constituída por 18 enfermeiros, do SU do Hospital X do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo, embora só 17 tenham respondido ao questionário, tendo em conta que um enfermeiro se encontrava de baixa médica. Fortin (1999, p. 202) refere que a amostra “é um sub-conjunto de uma população (...) deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada”.

Para o tratamento de dados foi utilizado o programa Microsoft Office Excel, que seguidamente passaremos a explicar.

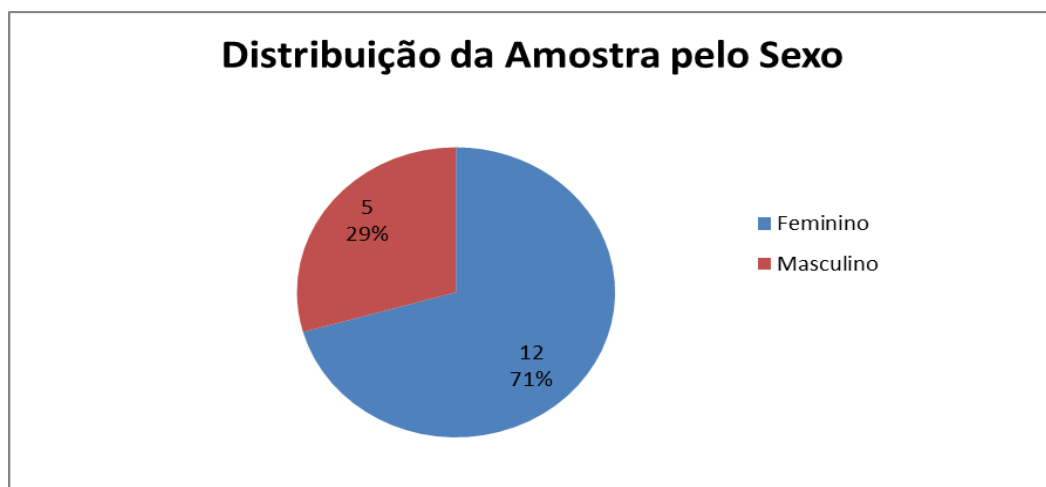
1. ANÁLISE DE DADOS

PARTE I – CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

1- Sexo

Do tratamento de dados podemos inferir que a amostra era predominantemente do sexo feminino (71%) e somente 29% do sexo masculino.

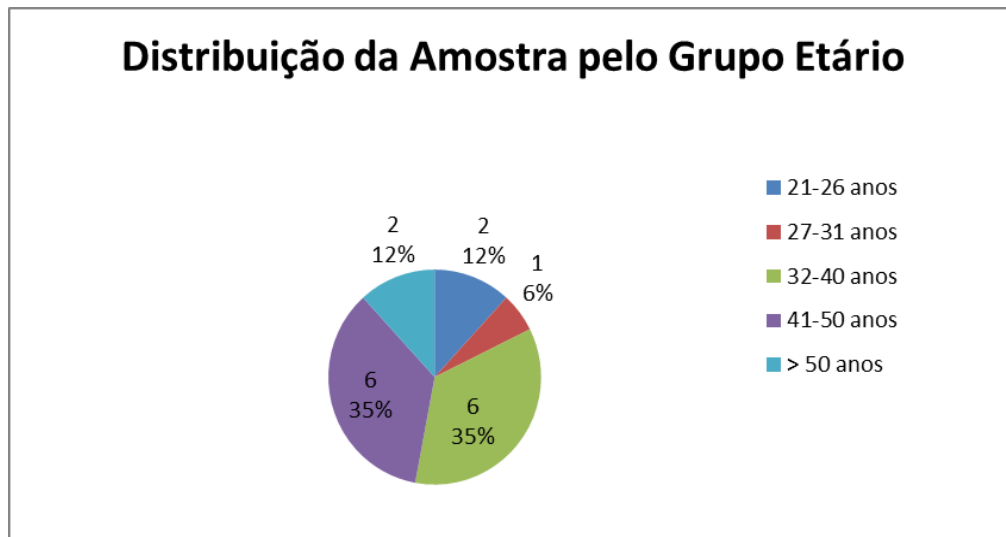
Gráfico I - Sexo



2- Grupo Etário

Relativamente à idade, verificámos que a idade média dos enfermeiros é de 37,7 anos, com um desvio padrão de 4,95 anos. Situando-se numa faixa etária mais avançada, 35% (6) apresentam idade compreendida entre 32-40 anos e outros 35% (6) dos enfermeiros com idade compreendida entre os 41-50 anos e 12% (2) dos enfermeiros possuem mais de 50 anos. Existem no entanto 6% de enfermeiros com idade compreendida entre 27 e os 31 anos e apenas 12% com idade compreendida entre os 21 e os 26 anos.

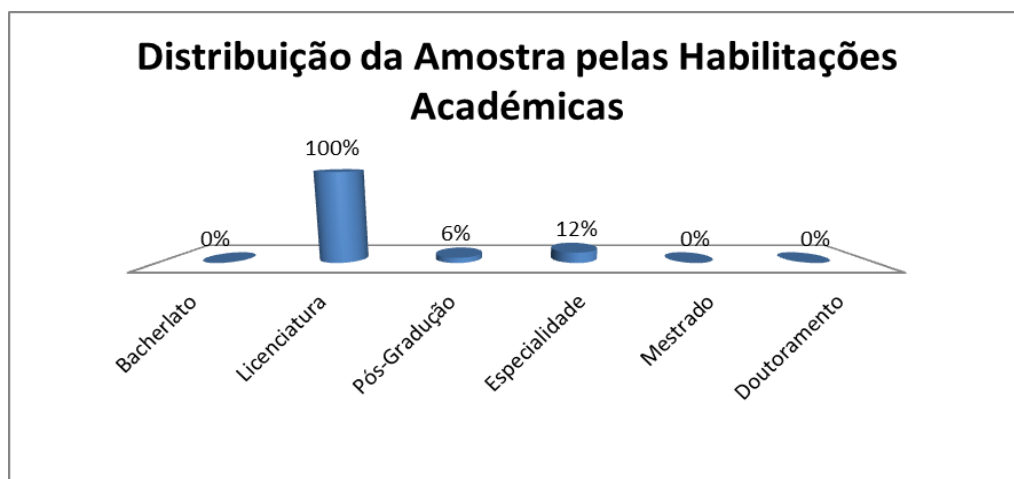
Gráfico II - Grupo Etário



3- Habilitações Acadêmicas

Em relação às habilitações acadêmicas, todos os enfermeiros são licenciados. Destes 6% possuem Pós-Graduação e 12 % uma Especialidade em Enfermagem.

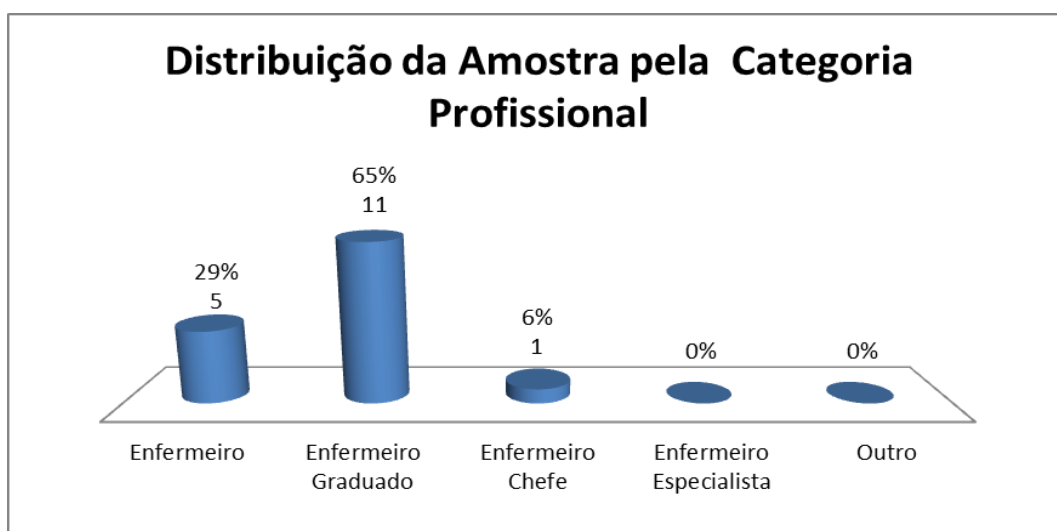
Gráfico III – Habilitações Acadêmicas



4- Categoria Profissional

No que diz respeito à categoria profissional 65% (11) dos enfermeiros são enfermeiros graduados, 29% (5) são enfermeiros e existe 1 enfermeiro chefe.

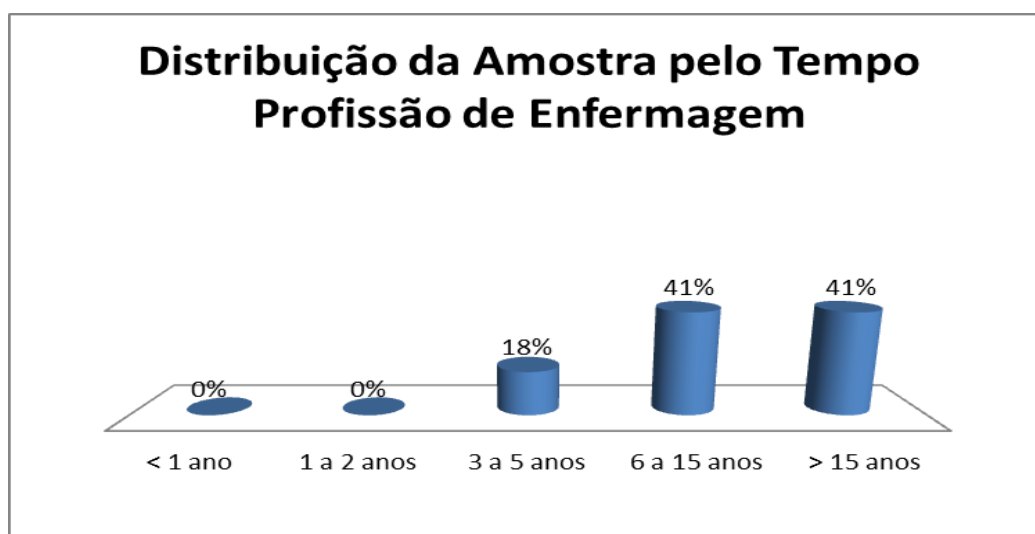
Gráfico IV – Categoria Profissional



4- Tempo Profissão de Enfermagem

Do tratamento de dados podemos concluir que os enfermeiros têm em média 13,2 anos de experiência profissional. Podemos igualmente inferir que 41% (7) possuem mais de 15 anos de experiência profissional, sendo que outros 41% (7) situam-se no intervalo compreendido entre 6 a 15 anos. Apenas 18% (3) possuem 3 a 5 anos de experiência profissional.

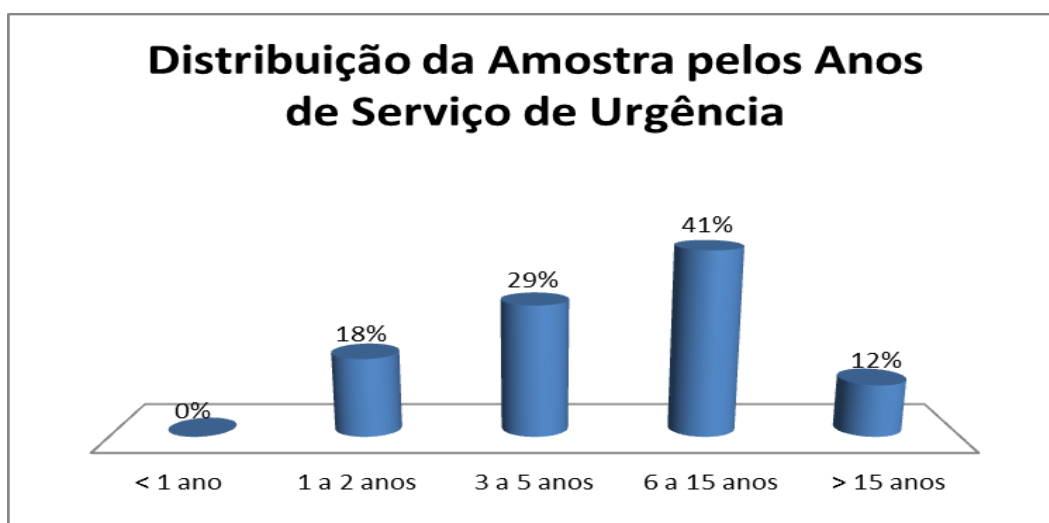
Gráfico V – Tempo Profissão de Enfermagem



5- Anos Serviço de Urgência

Dos dados podemos concluir que os enfermeiros têm em média 9 anos de exercício profissional no serviço de urgência. 41% (7) dos enfermeiros desempenham a sua atividade profissional no serviço de urgência no intervalo compreendido entre 6 e 15 anos, 29% (5) entre 3 e 5 anos, 18% (3) entre 1 e 2 anos e apenas 12% (2) o fazem à mais de 15 anos.

Gráfico VI – Anos Serviço de Urgência

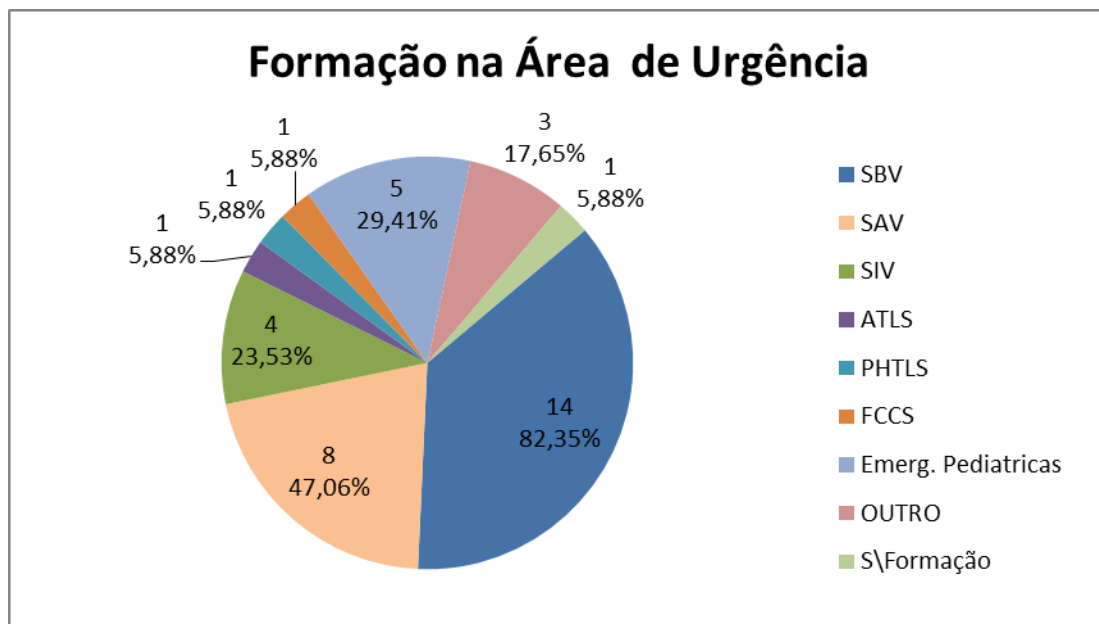


PARTE II – FORMAÇÃO ENFERMEIROS NA ÁREA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

1-Formação na Área de Urgência/Emergência

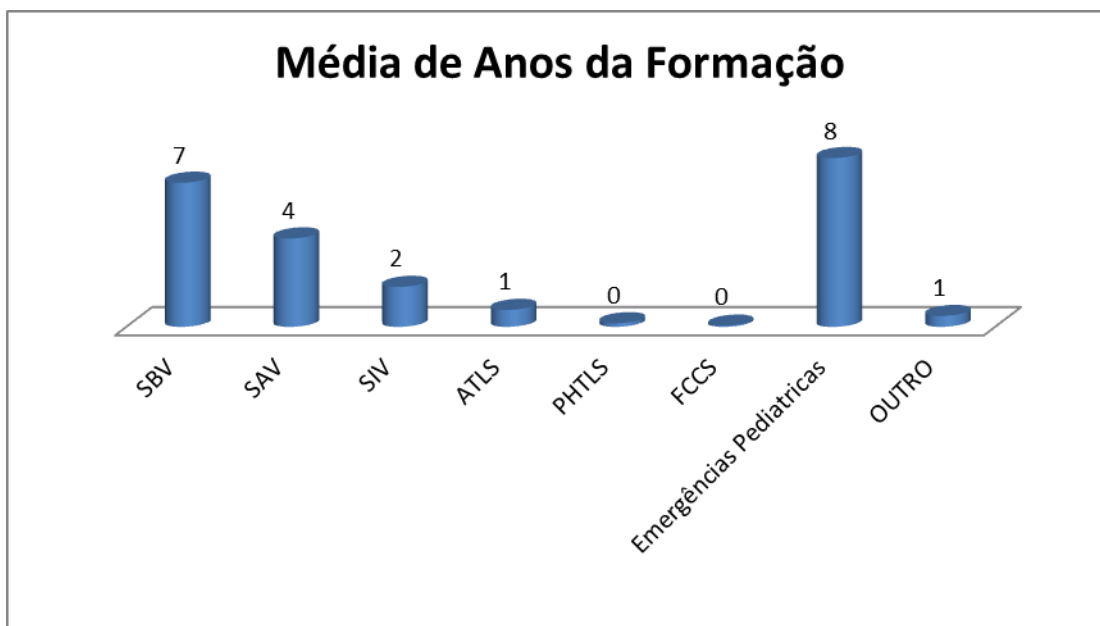
De acordo com os dados obtidos concluímos que 82,35% (14) dos enfermeiros realizou o SBV em média à 7 anos; 47,06% (8) o SAV em média à 5 anos; 23,53% (4) o SIV em média à 2 anos; 6,25% (1) o ATLS, o PHTLS e o FCCS e também 17,65% (3) realizaram outros cursos (emergências cardiológicas) em média à 1 ano. Em relação às emergências pediátricas apenas 29,41% (5) dos enfermeiros realizaram formação em média à 8 anos. Apenas 5,88% (1) não possui qualquer tipo de formação na área de urgência.

Gráfico VII – Formação na Área de Urgência/Emergência



1.1-Média de Anos da Formação

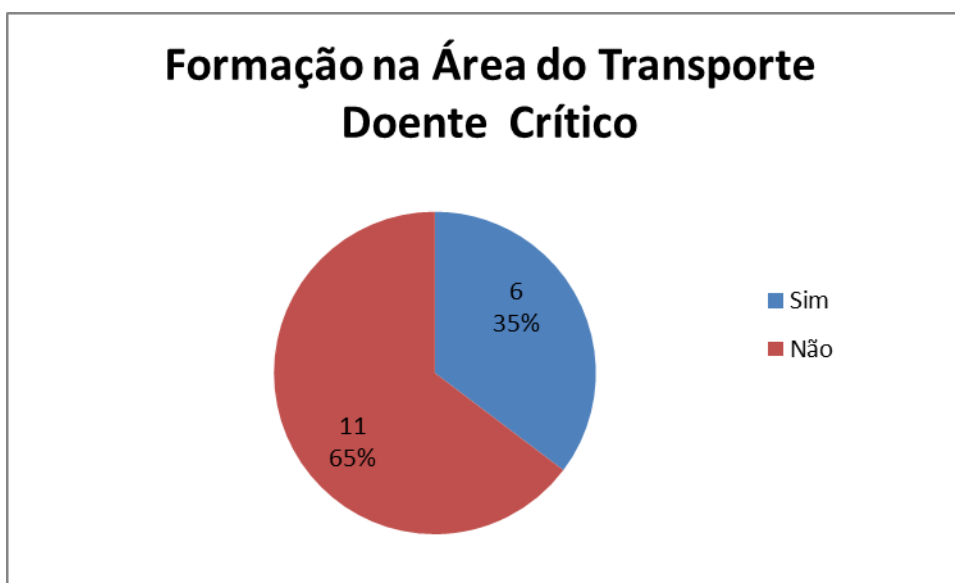
Gráfico VIII – Média de Anos da Formação



2-Formação na área Transporte Doente Crítico

Quando se questionou os enfermeiros se já tinham frequentado alguma formação no âmbito do transporte do doente crítico 65% (11) responderam que não e apenas 35% (6) responderam sim.

Gráfico IX – Formação Transporte Doente Crítico



2. CONCLUSÃO

Neste capítulo pretendemos apresentar os resultados obtidos tendo em conta os objetivos iniciais do nosso estudo que consistiam em caracterizar a população em estudo e conhecer que tipo de formação os enfermeiros do SU do Hospital X do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo possuem na área de urgência/emergência.

Desde o início tivemos noção das limitações do estudo que este trabalho acarretou, dado à inexperiência do investigador e escassez da literatura.

A análise e discussão dos resultados foi efetuada de 23 a 29 de Janeiro de 2012.

Apesar da amostra ser constituída por 17 enfermeiros, parece-nos ter obtido informação interessante relativamente ao nível de formação dos enfermeiros do SU, do Hospital X.

Partindo do primeiro objetivo do nosso questionário que pretendia caracterizar a população em estudo, concluímos que:

- Dos 17 enfermeiros inquiridos, 12 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino;
- Relativamente à idade, verificámos que a idade média dos enfermeiros é de 37,77 anos, com um desvio padrão de 4,95 anos;
- Em relação às habilitações académicas todos os enfermeiros são licenciados e 12% possuem especialidade em enfermagem;
- No que diz respeito à categoria profissional verificámos que 65% dos enfermeiros são enfermeiros graduados e 29% são enfermeiros;
- Na abordagem aos anos de experiência profissional concluímos que os enfermeiros têm em média 13,2 anos de experiência profissional;
- A nível dos anos de exercício profissional no serviço de urgência podemos concluir que os enfermeiros têm em média 9 anos de exercício profissional no serviço de urgência.

Relativamente ao segundo objetivo, conhecer que tipo de formação os enfermeiros do SU possuem na área de urgência/emergência, podemos concluir que:

- Na formação na área de urgência/emergência os enfermeiros possuem os cursos de SBV, SAV e Emergências pediátricas (82,35%, 47,06% e 29,41% respetivamente). O curso de SBV foi realizado em média à 7 anos, o de SAV em média à 4 anos e o curso de emergências pediátricas foi realizado em média à 8 anos;

- Em relação a formações no âmbito do transporte do doente crítico 65% dos enfermeiros responderam que nunca realizaram nenhuma formação.

Apesar de os dados não serem generalizáveis, dado o tamanho da amostra, permitiram fundamentar a problemática em estudo.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fortin, M. (1999). O Processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Ghiglione, R.; Matalon, B. (1993). O Inquérito – Teoria e prática. Oeiras: Celta Editora.

APÊNDICE IX

Planeamento do PIS

Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço

Estudante: Sílvia Cláudia Coelho Costa Correia	Orientador: Enfº JF/Professora EM
Instituição: Hospital X	Serviço: Urgência
Título do Projeto: Papel do Enfermeiro na Sala de Emergência e no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico.	
OBJETIVOS (geral específicos, centrados na resolução do problema) Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):	
<u>OBJETIVO GERAL</u> Contribuir para um melhor desempenho da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência, do Hospital X, na Sala de Emergência e em contexto de Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico.	
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u> ✓ Elaborar um Dossier Temático em SAV, Trauma e Emergências Pediátricas, destinado aos enfermeiros do SU do Hospital X; ✓ Elaborar um Livro de Bolso sobre Medicação de 1ª Linha em Emergência, destinado aos enfermeiros do SU do Hospital X; ✓ Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X, em SAV no Adulto; ✓ Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X, no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico; ✓ Elaborar uma Grelha de Descrição de Funções dos enfermeiros na Sala de Emergência e uma Folha de Registos relativa à Operacionalidade e Funcionalidade da Sala de Emergência.	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia direta, orientador, outros elementos da equipa, outros	

profissionais, outros serviços)

- Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência;
- Enfermeiro Orientador do estágio;
- Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência;
- Núcleo de Formação do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo.

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Elaborar um Dossier Temático em SAV, Trauma e Emergências Pediátricas, destinado aos enfermeiros do SU do Hospital X	✓ Pesquisa bibliográfica sobre emergências médicas e traumatologia; ✓ Prestar cuidados à pessoa em situação crítica na sala de emergência; ✓ Realizar um estágio no SU do Hospital Y; ✓ Elaborar o respetivo relatório de estágio; ✓ Elaborar um Dossier Temático em SAV, Trauma e Emergências Pediátricas para enfermeiros; ✓ Auscultar a opinião da Enfª Chefe, do Enfº Orientador e dos Chefes de Equipa de Enfermagem relativamente ao Dossier Temático; ✓ Proceder às alterações do Dossier Temático (caso necessário); ✓ Submeter o Dossier Temático à Enfª Chefe para aprovação e divulgação junto dos Chefes de equipa.	Enfermeira Chefe do SU Enfermeiro Orientador estágio Equipa Enfermagem do SU	Material Bibliográfico Material Didático Material Informático	Março a Julho	Dossier Temático em SAV, Trauma e Emergências Pediátricas Relatório de Estágio

Elaborar um Livro de Bolso sobre Medicação de 1ª Linha em Emergência, destinado aos enfermeiros SU Hospital X	✓ Pesquisa bibliográfica; ✓ Elaborar o Livro de Bolso; ✓ Auscultar a opinião da Enfª Chefe e Enfº Orientador sobre o Livro de Bolso; ✓ Proceder às alterações do livro (caso necessário); ✓ Submeter o Livro à Enfª Chefe para aprovação e divulgação junto dos Chefes de equipa.	Enfermeira Chefe do SU Enfermeiro Orientador estágio Equipa Enfermagem	Material Bibliográfico Material Informático	Março a Julho	Livro de Bolso
Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X em SAV no Adulto	✓ Pesquisa bibliográfica sobre SAV no adulto; ✓ Realizar uma formação sobre SAV no adulto, destinada aos enfermeiros do SU do Hospital X: • Convidar peritos na área; • Elaborar os slides e estudos de caso; • Auscultar a Enfª Chefe e o Enfª Orientador relativamente aos slides; • Proceder às alterações (caso necessário); • Realizar o plano de sessão; • Marcar a sessão de formação; • Divulgar a formação, através de um cartaz; • Realização da formação;	Enfermeira Chefe do SU Enfermeiro Orientador estágio Equipa de Enfermagem do SU Peritos Enfermeiro responsável pela formação serviço	Material Bibliográfico Material Didático Material Informático Manequim de treino Equipamento de treino	Março a Julho	Cartaz divulgação da formação Formação em SAV no adulto (slides) Avaliação da formação (tratamento de dados)

	• Proceder à avaliação da sessão.				
Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico	✓ Pesquisa bibliográfica sobre Transporte do Doente Crítico; ✓ Realizar uma formação sobre Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico, destinada aos enfermeiros do SU do Hospital X: • Convidar peritos na área; • Elaborar os slides; • Auscultar a Enfª Chefe e o Enfª Orientador relativamente aos slides; • Proceder às alterações (caso necessário); • Realizar o plano de sessão; • Marcar a sessão de formação; • Divulgar a formação, através de um cartaz; • Realização da formação; • Proceder à avaliação da sessão.	Enfermeira Chefe do SU Enfermeiro Orientador estágio Equipa de Enfermagem do SU Enfermeiro responsável pela formação serviço Peritos	Material Bibliográfico Material Didático Material Informático	Março a Julho	Cartaz divulgação da formação Formação no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico (slides) Avaliação da formação (tratamento de dados)
Elaborar uma Grelha de Descrição de	✓ Pesquisa bibliográfica sobre funções e competências dos enfermeiros na sala de emergência; ✓ Proceder à elaboração da Grelha de Descrição de	Enfermeira Chefe do SU Enfermeiro	Material Bibliográfico Material	Março a Julho	Grelha de Descrição de Funções dos enfermeiros na Sala

Funções dos enfermeiros na Sala de Emergência e uma Folha de Registos relativa à Operacionalidade e Funcionalidade da Sala de Emergência.	Funções dos enfermeiros na sala de emergência do SU do Hospital X; ✓ Apresentar a grelha à Enfª Chefe, ao Enfº Orientador e Chefes de Equipa de Enfermagem, no sentido de auscultar a opinião dos mesmos; ✓ Proceder às alterações da grelha (caso necessário); ✓ Submeter a grelha à Enfª Chefe para implementação no serviço; ✓ Elaborar uma folha de registos relativa à operacionalidade/funcionalidade da Sala de Emergência; ✓ Apresentar a folha à Enfª Chefe, ao Enfº Orientador e Chefes de Equipa de Enfermagem, no sentido de recolher a opinião dos mesmos; ✓ Proceder às alterações da folha (caso necessário); ✓ Submeter a folha à Enfª Chefe para implementação no serviço.	Orientador estágio Equipa de Enfermagem do SU	Didático Material Informático		de Emergência
Folha de registos relativa à operacionalidade e funcionalidade da Sala de Emergência					

Cronograma:

Objetivos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Elaborar um Dossier	Pesquisa bibliográfica sobre emergências médicas e traumatologia;					

Temático em SAV, Trauma e Emergências Pediátricas, destinado aos enfermeiros do SU do Hospital X	Prestar cuidados à pessoa em situação crítica na sala de emergência;					
	Realizar um estágio no SU do Hospital Y;					
	Elaborar o respetivo relatório de estágio;					
	Elaborar um Dossier Temático em SAV, Trauma e Emergências Pediátricas para enfermeiros;					
	Auscular a opinião da Enfª Chefe, do Enfº Orientador e dos Chefes de Equipa de Enfermagem relativamente ao Dossier Temático;					
	Proceder às alterações do Dossier Temático (caso necessário);					
	Submeter o Dossier Temático à Enfª Chefe para aprovação e divulgação junto dos Chefes de equipa.					
Elaborar um Livro de Bolso sobre Medicação de 1ª Linha em Emergência, destinado aos enfermeiros do SU do Hospital X	Pesquisa bibliográfica;					
	Elaborar o Livro de Bolso;					
	Auscular a opinião da Enfª Chefe e Enfº Orientador sobre o Livro de Bolso;					
	Proceder às alterações do livro (caso necessário);					
	Submeter o Livro à Enfª Chefe para aprovação e divulgação junto dos Chefes de equipa.					
Formar/treinar a equipa de enfermagem do SU do Hospital X em SAV no Adulto	Pesquisa bibliográfica sobre SAV no adulto;					
	Realizar uma formação sobre SAV no adulto, destinada aos enfermeiros do SU do Hospital X:					
	• Convidar peritos na área;					
	• Elaborar os slides;					
	• Auscular a Enfª Chefe e o Enfº Orientador relativamente aos slides;					
	• Proceder às alterações (caso necessário);					
	• Realizar o plano de sessão;					
	• Marcar a sessão de formação;					

	• Divulgar a data da formação;					
	• Realização da sessão;					
	• Proceder à avaliação da sessão.					
Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico	Pesquisa bibliográfica sobre Transporte do Doente Crítico;					
	Realizar uma formação sobre Transporte Inter Hospitalar doente crítico, destinada aos enfermeiros do SU do Hospital X:					
	• Convidar peritos na área;					
	• Elaboração de slides;					
	• Auscultar a Enfª Chefe e o Enfª Orientador relativamente aos slides;					
	• Proceder às alterações (caso necessário);					
	• Realizar o plano de sessão;					
	• Marcar a sessão de formação;					
	• Divulgar a data da formação;					
	• Realização da sessão;					
	• Proceder à avaliação da sessão.					
Elaborar uma Grelha de Descrição de Funções dos enfermeiros na Sala de Emergência e uma Folha de Registos relativa à Operacionalidade e Funcionalidade da Sala de Emergência.	Pesquisa bibliográfica sobre funções e competências dos enfermeiros na sala de emergência;					
	Proceder à elaboração da Grelha de Descrição de Funções dos enfermeiros na sala de emergência do SU do Hospital X;					
	Apresentar a Grelha à Enfª Chefe, ao Enfº Orientador e Chefes de Equipa de Enfermagem, no sentido de auscultar a opinião dos mesmos;					
	Proceder às alterações da grelha (caso necessário);					
	Submeter a grelha à Enfª Chefe para implementação no serviço;					
	Elaborar uma folha de registos relativa à operacionalidade/funcionalidade da sala de emergência;					
	Apresentar a folha à Enfª Chefe, ao Enfº Orientador e Chefes de Equipa de Enfermagem, no sentido de recolher a opinião dos					

	mesmos;					
	Proceder às alterações da folha (caso necessário);					
	Submeter a grelha à Enfª Chefe para implementação no serviço;					

Orçamento:

Recursos Humanos:

Não se prevêem despesas com recursos humanos.

Recursos Materiais:

Em relação aos recursos materiais é difícil aferir um valor. Contudo prevejo um orçamento de 100€: 50€ em tinteiros para a impressão do Dossier Temático em SAV, Trauma e Emergências Pediátricas e dos Livros de Bolso; 5€ para duas resmas de papel; 3€ para canetas e lápis, 20€ em fotocópias e 2€ num dossier, ficando 20€ de reserva para qualquer imprevisto, que ficam a meu cargo.

Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:

O maior constrangimento será a limitação temporal e desta forma existir dificuldade em realizar todas as atividades em tempo útil. Assim sendo, é impreterível uma rigorosa gestão do nosso tempo. Poderá existir dificuldade no contacto com peritos para colaborarem na formação, pelo que devem ser estabelecidos contactos o mais precocemente possível. Outro dos constrangimentos possíveis poderá ser a falta de motivação da equipa de enfermagem em colaborar no projeto, pelo que é importante “aproximar” o projeto da equipa, partilhando os objetivos do mesmo e aceitando sugestões para a implementação do projeto.

APÊNDICE X

Relatório de Estágio Opcional

SU Médico-Cirúrgica do Hospital Y

CHRST



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL

1º Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO OPCIONAL
SERVIÇO URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA DO HOSPITAL Y
CENTRO HOSPITALAR REGIÃO SUL DO TEJO

Professora Orientadora: EM

Orientador Estágio:FN

Elaborado por: Sílvia Correia nº 100519018

SETÚBAL

MAIO, 2012

ABREVIATURAS

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

UIPA – Unidade de Internamento Polivalente de Agudos

ÍNDICE GERAL

	p.
0. INTRODUÇÃO	4
1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	5
2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	7
3. CONCLUSÃO	8
4. BIBLIOGRAFIA	9

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) no sentido de adquirir e desenvolver a competência K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, através da realização de um estágio opcional no Serviço de Urgência (SU), do Hospital Y, que decorreu no período de 01 a 06 de Maio, num total de 24 horas, sob a orientação do Enfermeiro FN.

Neste sentido, os objetivos definidos para este relatório são: descrever de uma forma clara e sucinta a organização do SU e a prestação de cuidados ao doente de médio e alto risco.

O presente relatório está estruturado em três partes: na primeira parte descrevemos o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital Y do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo, na segunda parte descrevemos as competências desenvolvidas e por último surge a conclusão.

1. CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo resultou da fusão do Hospital Y com o Hospital X em 2009. Tem como missão assegurar os cuidados de saúde ao nível de educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspetiva de eficiência e melhoria contínua. Promove ainda a satisfação dos utentes, dos profissionais e da comunidade, respeitando o ambiente e potenciando sinergias com outras instituições. Os valores defendidos pela instituição são o Humanismo, Profissionalismo, Rigor, Inovação, Responsabilidade e Eficiência.

O SU Médico Cirúrgica do Hospital Y tem como objetivo geral garantir a qualidade dos serviços prestados e o impacto na sociedade, garantir as metas de produtividade propostas para o serviço e gerir e motivar os recursos humanos.

Ao longo dos últimos anos tem sofrido algumas alterações estruturais, atualmente o SU é constituído por três grandes áreas Balcão, Diretos e Área de Internamento: Sala de Observação (SO) e Unidade Internamento Polivalente de Agudos (UIPA), com capacidade para admitir, estabilizar e eventualmente encaminhar a pessoa em situação crítica do foro médico, cirúrgico e ortotraumatológico. Tem ao seu dispor diversas especialidades: medicina interna, cirurgia, cirurgia plástica, ortopedia, oftalmologia, urologia, gastroenterologia, neurologia, cardiologia, pneumologia e psiquiatria.

Desde Novembro de 2006 o SU utiliza a Triagem Manchester, que permite a classificação da pessoa doente de acordo com gravidade da sua situação clínica.

A área de Balcão é uma área de observação pelas especialidades necessárias e encaminhamento. A pessoa doente é observada, se for necessário faz terapêutica prescrita pelo médico, poderá realizar exames complementares de diagnóstico e ou tem alta ou é encaminhada para a área de internamento.

Diretos, é a área do SU onde se observam e/ou poderão estabilizar as pessoas doentes que necessitam de intervenção imediata. Desta área faz parte a Sala de

pequena Cirurgia, Sala de Inalatórios e a Sala de Reanimação/Emergência, equipada com duas macas de reanimação, desfibrilhador e ventilador portátil.

Como referimos anteriormente a Área de Internamento é constituída pela SO e UIPA. A SO permite a observação da pessoa doente do foro médico-cirúrgico e ortopédico, por períodos inferiores a 24 horas. Tem capacidade para manter em observação sete doentes, com monitorização não invasiva, oxigenoterapia e aspiração por vácuo. Contudo, por vezes há necessidade de colocar macas no corredor, existindo capacidade para dezasseis macas. A UIPA dispõe de oito camas, equipadas com monitorização não invasiva e duas com possibilidade de ventilação mecânica. Permite o internamento e vigilância de doentes instáveis do ponto de vista hemodinâmico, através de cuidados diferenciados.

A equipa de enfermagem é constituída por sessenta e um enfermeiros distribuídos por cinco equipas, cada uma tem dez elementos, incluindo o Enfermeiro Chefe de Equipa, que desempenha funções na área da gestão de cuidados, recursos humanos e materiais. Os restantes enfermeiros realizam manhãs e tardes para reforçar as equipas de enfermagem.

Na prestação de cuidados é utilizado o método de trabalho em equipa.

2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Com a realização deste estágio pretendemos aquisição de conhecimentos que nos permitam desenvolver e adquirir a competência K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Inicialmente fizemos uma visita pelo serviço para podermos conhecer as diferentes valências e a dinâmica do SU. A maioria dos cuidados prestados requerem uma equipa multidisciplinar coesa, que atue de forma rápida, eficaz e eficiente, face a situações imprevisíveis e emergentes.

O papel do enfermeiro é complexo, executa numerosas intervenções de carácter técnico e organizacional. Para que possa realizar essas intervenções, precisa antes de mais, estabelecer com os utentes uma relação de confiança que posteriormente se transformará numa relação terapêutica, que promove a qualidade e eficácia dos cuidados prestados. Para além do ato técnico é indispensável assegurar à pessoa uma relação de ajuda, onde a comunicação tem um carácter importante quer para a pessoa doente, quer para a família. Foi-nos possível acompanhar o Enfermeiro Chefe de Equipa à Sala de Informações, onde das 10h00 às 10h30 e das 22h00 às 22h30 é possível dar informações às famílias sobre os doentes internados. Sentimos que a necessidade mais importante para a família é a de uma comunicação “honesta” sobre o estado da pessoa em situação crítica bem como a evolução do seu estado.

Durante o período de estágio procurámos desenvolver atividades direcionadas para a prestação de cuidados ao doente de médio e alto risco. Para tal centramos a nossa prestação de cuidados na UIPA e Diretos. O reconhecimento precoce do doente em risco de vida é fundamental. Quanto maior for o espaço de tempo entre a instalação do episódio de doença aguda e a intervenção apropriada, maiores serão as probabilidades de a pessoa em situação crítica sofrer uma deterioração no seu estado de saúde, o que exige da equipa de enfermagem uma vigilância intensiva e constante.

3. CONCLUSÃO

Consideramos que a realização deste estágio permitiu-nos adquirir e aprofundar conhecimentos, constituindo uma mobilização de saberes que fundamentaram as nossas ações para uma prestação de cuidados segura e de qualidade.

A avaliação imediata e o início precoce das manobras de reanimação à pessoa em colapso, requer a intervenção de uma equipa multidisciplinar, integrada e coesa, em que cada elemento conhece o seu papel e ação, contribuindo para a otimização do desempenho e sucesso da equipa perante a pessoa em situação crítica.

Todas as atividades que desenvolvemos foram pertinentes, permitindo-nos uma reflexão sobre a nossa prática diária. Consideramos que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos.

Foi-nos assim, possível, desenvolver e adquirir a competência K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

4. BIBLIOGRAFIA

Portfolio realizado durante o estágio no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, do Hospital Y do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo.

APÊNDICE XI

Dossier Temático em SAV (Adulto/Pediátrico), Emergências
Pediátricas e Trauma

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

DOSSIER TEMÁTICO

SUORTE AVANÇADO DE VIDA (ADULTO/PEDIÁTRICO)

EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

TRAUMA



Realizado por: Sílvia Correia
Aluna 1º Mestrado em Enfermagem
Médico Cirúrgica
Enfermeiro Orientador: JF
Professora Orientadora: EM

JUNHO, 2012

“Não tenhamos pressa, mas não percamos tempo.”

José Saramago

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I – SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (ADULTO/PEDIÁTRICO)

ORIENTAÇÕES

RECOMENDAÇÕES PARA A REANIMAÇÃO DO EUROPEAN
RESUSCITATION COUNCIL

ALGORITMOS

SUPORTE BÁSICO DE VIDA E DESFIBRILHAÇÃO AUTOMÁTICA
EXTERNA

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA;

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA – ALGORITMO DAS
BRADICARDIAS

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA – ALGORITMO DAS
TAQUICARDIAS

SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO

REANIMAÇÃO INTRA-HOSPITALAR

ARTIGOS CIENTÍFICOS

ADULT BASIC LIFE SUPPORT AND USE OF AUTOMATED
EXTERNAL DEFIBRILLATORS

ELECTRICAL THERAPIES: AUTOMATED EXTERNAL
DEFIBRILLATORS, DEFIBRILLATION, CARDIOVERSION AND PACING

ADULT ADVANCED LIFE SUPPORT

INITIAL MANAGEMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROMES

PAEDIATRIC LIFE SUPPORT

RESUSCITATION OF BABIES AT BIRTH

THE ETHICS OF RESUSCITATION AND END-OF-LIFE
DECISIONS

SLIDES DA FORMAÇÃO EM SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NO ADULTO

BIBLIOGRAFIA

CAPÍTULO II – EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

PARTICULARIDADES ANATÔMICAS

PARTICULARIDADES FISIOLÓGICAS

PARTICULARIDADES PSICOLÓGICAS

RECONHECIMENTO DA CRIANÇA GRAVEMENTE DOENTE:

FALÊNCIA RESPIRATÓRIA IMINENTE

FALÊNCIA CIRCULATÓRIA IMINENTE

FALÊNCIA EMINENTE DO SNC

CAUSAS DE FALÊNCIA RESPIRATÓRIA E ATUAÇÃO
ESPECÍFICA:

OBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA ALTA

OBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA BAIXA

CAUSAS DE FALÊNCIA CIRCULATÓRIA E ATUAÇÃO
ESPECÍFICA:

CHOQUE ANAFILÁTICO

CAUSAS DE FALÊNCIA MULTIORGÂNICA E ATUAÇÃO
ESPECÍFICA:

INTOXICAÇÕES

PRÉ-AFOGAMENTO

GRANDE QUEIMADO

TABELA DE FÁRMACOS

BIBLIOGRAFIA

CAPÍTULO III – TRAUMA

BIOMECÂNICA DO TRAUMA

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

TCE

TVM

TRAUMA TORÁCICO

TRAUMA ABDOMINAL

TRAUMA PEDIÁTRICO

BIBLIOGRAFIA

INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados de saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever ético e deontológico de todos os profissionais de saúde. A avaliação inicial do doente crítico exige ações bem coordenadas, requerendo a intervenção de uma equipa multidisciplinar, organizada, integrada e coesa, em que cada elemento conhece o seu papel, contribuindo para a otimização do desempenho e sucesso da equipa na sala de emergência (DGS, 2010).

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, seja na área da prestação de cuidados urgentes ou emergentes, deve ser assumida por todo e qualquer profissional de saúde. Como tal, devem ser seguidas orientações padronizadas emanadas por entidades idóneas.

A Direção Geral da Saúde, através da Circular Normativa Nº 07 de 31 de Março de 2010 refere a importância da organização dos cuidados hospitalares ao doente crítico. Para proporcionar um atendimento qualificado à pessoa em situação crítica deve existir uma equipa devidamente treinada e coordenada por um líder, pois a eficácia e rapidez no atendimento da pessoa em situação crítica marcam muitas vezes a diferença entre a vida e a morte (Graça, 1997).

Dadas as alterações constantes que os serviços de urgência têm sofrido, vários estudos recomendam para os serviços de urgência o estabelecimento de normas de funcionamento, a adoção de manuais de procedimentos para enfermeiros, nomeadamente com referências farmacológicas, manuais e formação respeitando a metodologia Advanced Trauma Life Support (ATLS); American College of Surgeons, Trauma Nursing Core Course (TNCC) e Emergency Nursing Pediatric Course (Massada, 2002).

Também a Ordem dos Médicos (2008) refere que as equipas específicas de pediatria, ou as que poderão necessitar de prestar cuidados às crianças devem ter preparação e recomendações específicas na área.

Existem estudos que indicam que podem ser salvas 100.000 vidas por ano na Europa, se forem cumpridas determinadas diretrizes. Tanto as paragens cardio

respiratórias como as situações de trauma, continuam a ser uma causa de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, incluindo Portugal. O Concelho Português de Ressuscitação é o organismo, que em Portugal, dinamiza as orientações do European Resuscitation Council, que em 2010 reformulou as guidelines relativas à reanimação cardio respiratória (CPR, 2011). Também o Comité de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões desenvolve protocolos com o intuito de diminuir a morbilidade e mortalidade do doente crítico (PHTLS, 2007).

A implementação de guidelines e protocolos de atuação, baseados em evidência científica, promovem qualidade e segurança na prestação de cuidados, através da introdução de medidas corretivas e de melhoria contínua (DGS, 2011).

Cientes que uma intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes torna-se imperativo a implementação de estratégias organizacionais, nomeadamente na área dos profissionais de saúde.

Neste sentido, este Dossier Temático pretende ser um documento de consulta rápida que propicie momentos de análise no seio da equipa de enfermagem, e em simultâneo contribua para a formação dos mesmos, de modo a contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Encontra-se dividido em 3 capítulos: o primeiro capítulo visa apresentar um conjunto de recomendações do European Resuscitation Council sobre a reanimação no doente adulto e pediátrico. Por sua vez o segundo capítulo compreende uma série de procedimentos clínicos para as emergências pediátricas e por último, o terceiro capítulo contempla a biomecânica e procedimentos clínicos no trauma.

CAPÍTULO I

SUORTE AVANÇADO DE VIDA (ADULTO/PEDIÁTRICO)

ORIENTAÇÕES

Título: Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council.

Autor: Conselho Português de Ressuscitação.

Ano: 2010

Resumo: As recomendações que se seguem baseiam-se no International Consensus on CPR Science with Treatment Recommendation que incorporam resultados da revisão sistemática da literatura relacionados com a RCP. As recomendações fornecem algoritmos de tratamentos essenciais para a reanimação de adultos e crianças e orientações pormenorizadas.

ALGORITMOS

ARTIGOS CIENTÍFICOS

Título: Adult Basic Life Support and use of Automated External Defibrillators

Autor: Koster, Rudolph; Barbin, Michael et al

Ano: 2010

Resumo: O Suporte básico de vida (SBV) descreve um conjunto de ações e procedimentos que permitem a permeabilidade da via aérea, manutenção da respiração e circulação, sem recurso a qualquer tipo de equipamento que não seja equipamentos de proteção individual. Este artigo contém as orientações para o SBV no adulto e para a utilização do desfibrilhador automático externo. Inclui o reconhecimento de paragem cardíaca súbita, a posição lateral de segurança e a obstrução das vias aéreas por corpo estranho.

Título: Electrical therapies: Automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion and pacing

Autor: Deakin, Charles; Nolan, Jerry et al

Ano: 2010

Resumo: A desfibrilação é a passagem da corrente elétrica através do miocárdio com o objetivo de despolarizar toda, ou quase toda, massa muscular cardíaca, permitindo a restauração da atividade elétrica coordenada. O artigo apresenta diretrizes precisas para a desfibrilhação, através de desfibrilhadores automáticos externos e desfibrilhadores manuais, para adultos e crianças.

Título: Adult advanced life support

Autor: Deakin, Charles; Nolan, Jerry et al

Ano: 2010

Resumo: Os ritmos cardíacos associados à paragem cardíaca são divididos em dois grandes grupos: os ritmos desfibrilháveis (fibrilhação ventricular (FV), taquicardia ventricular sem pulso (TVsp)) e os ritmos não desfibrilháveis (assistolia e a atividade elétrica sem pulso (Aesp)). A principal diferença na atuação destes dois grupos de arritmias reside na necessidade de desfibrilhação imediata na presença de FV ou TVsp. As ações subsequentes, incluindo SBV de elevada qualidade e ininterrupto, permeabilização da via aérea, ventilação, estabelecimento de acessos venosos, administração de adrenalina e a identificação e correção de fatores reversíveis são comuns a ambos os grupos.

Título: Initial management of acute coronary syndromes

Autor: Arntza, Richard; Bossaertb, Leo et al

Ano: 2010

Resumo: A prevenção e o reconhecimento precoce das situações de PCR constituem a melhor resposta na diminuição do número de vítimas mortais. Muitas das situações de PCR ocorrem num contexto de doença coronária, sendo fundamental o rápido reconhecimento dos Síndromes Coronárias Agudas (SCA) e a instituição imediata de terapêutica que reduza o risco de PCR. Os SCA englobam: enfarte do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (EAM c/SST), enfarte do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (EAM s/SST) e a angina instável. São a causa mais comum de arritmias. Os objetivos terapêuticos são para o tratamento agudo com risco de vida, tais como a fibrilhação ventricular (FV) ou a bradicardia extrema, bem como a preservação da função ventricular esquerda e a prevenção da insuficiência cardíaca, minimizando a extensão da lesão miocárdica.

Título: Paediatric Life Support

Autor: Biarenta, Dominique; Bingham, Robert et al

Ano: 2010

Resumo: As orientações sobre o suporte de vida pediátrico devem incorporar a melhor evidência científica disponível, sendo simples e viáveis. As crianças não são adultos pelo que é necessário adaptar os procedimentos de SBV e SAV às particularidades anatómicas e fisiológicas da criança.

À criança que não responde, não respira normalmente e não apresenta sinais de vida (abertura dos olhos, movimento ou tosse), deve ser iniciado de imediato o SBV, com compressões e insuflações. O procedimento de ações do SAV pediátrico é semelhante ao do adulto, contudo ritmos, causas, choque e fármacos, são adaptados ao peso/idade da criança.

Título: Resuscitation of babies at birth

Autor: Richmonda, Sam; Wyllieb,Jonathan

Ano: 2010

Resumo: Poucos recém-nascidos necessitam de reanimação ao nascimento. Quando necessária, a grande maioria dos recém-nascidos irá necessitar de assistência na ventilação pulmonar. Uma minoria necessitará de compressões torácicas em associação com a ventilação pulmonar.

As manobras de reanimação são provavelmente necessárias aos recém-nascidos com compromisso fetal significativo durante o trabalho de parto, com gestação inferior a 35 semanas, nas situações de gravidez múltipla e partos eutócicos com apresentação pélvica.

Título: The ethics of resuscitation and end-of-life decisions

Autor: Lipperta, Freddy; Raffayb, Violetta et al

Ano: 2010

Resumo: A paragem cardíaca súbita é um evento com consequências muitas vezes devastadoras para a vítima e familiares. Os profissionais de saúde são obrigados a fazer o que for necessário para proteger e salvar vidas. A sociedade como um todo e, especialmente, serviços de emergência médica, hospitais e demais instituições de saúde precisam planejar, organizar e dar uma resposta adequada em caso de PCR.

A evidência científica e as novas tecnologias aumentam por um lado as expectativas e por outro obrigam a considerações éticas sobre as intervenções efetuadas ou a decisão de fim de vida. São várias as considerações para assegurar que a decisão de iniciar ou não iniciar a reanimação é apropriada e que os doentes são tratados com dignidade. Trata-se de uma decisão complexa que pode ser influenciada por fatores individuais, culturais, legais, religiosos sociais e económicos. São decisões difíceis, tomadas muitas das vezes em segundos ou minutos.

SLIDES DA FORMAÇÃO: SAV (realizada dia 6 de Julho de 2012)

Local: Biblioteca do Hospital X

Formador: Sílvia Correia, aluna do 1º Mestrado em Enfermagem
Medico Cirúrgica

Perito: RS, Enfermeiro na VMER e Formador do INEM

BIBLIOGRAFIA

Arntz, Hans; Bossaert, Leo et al - European Resuscitation Council Guedelines for Resuscitation 2010 Section 5. Initial management of acute coronary syndromes. Elsevier Nº 81 (2010). p. 1353-1363.

Biarent, Dominique; Bingham, Robert et al - European Resuscitation Council Guedelines for Resuscitation 2010 Section 6. Paediatric support. Elsevier Nº 81 (2010). p. 1364-1388.

Conselho Português de Ressuscitação – Recomendações 2010 para a Reanimação do European Ressuscitacion Council. Lisboa (2010). [Consult. em 16 Mar.12]. Disponível na Internet em: www.cpr.pt.

Deakin, Charles; Nolan, Jerry et al - European Resuscitation Council Guedelines for Resuscitation 2010 Section 4. Adult advance life support. Elsevier Nº 81 (2010). p. 1305-1352.

Deakin, Charles; Nolan, Jerry et al - European Resuscitation Council Guedelines for Resuscitation 2010 Section 3. Electrical therapies:Automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion and pacing. Elsevier Nº 81 (2010). p. 1293-1304.

Koster, Rudolph; Baubin, Michael et al – European Resuscitation Council Guedelines for Resuscitation 2010 Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. Elsevier Nº 81 (2010). p. 1277-1292.

Lippert, Freddy; Raffay, Violetta et al - European Resuscitation Council Guedelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Elsevier N° 81 (2010). p. 1445-1451.

Richmond, Sam; Wyllie, Jonathan - European Resuscitation Council Guedelines for Resuscitation 2010 Section 7. Resuscitation of babies at birth. Elsevier N° 81 (2010). p. 1389-1399.

CAPÍTULO II
EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

Título: Tomo II - Procedimentos Clínicos

Autor: Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

Ano: 2007

O INEM criou protocolos de atuação para definir um “standard” mínimo e uniforme perante as situações de emergência mais frequentes e graves. Os procedimentos foram elaborados e revistos por médicos experientes na medicina pré-hospitalar. Embora dirigidos prioritariamente à atuação na fase pré-hospitalar, possuem um significado mais alargado, na medida em que servem de suporte a Unidades de Saúde, pressupondo que os objetivos mínimos de abordagem e estabilização na fase pré-hospitalar e hospitalar, principalmente nas urgências médico-cirúrgicas, são semelhantes, isto, antes da transferência ou tratamento definitivo do doente.

Os procedimentos apresentados referem-se às Emergências Pediátricas.

BIBLIOGRAFIA

Instituto Nacional de Emergência Médica – Tomo II, Procedimentos Clínicos. 3ª edição. Lisboa (2007). 279 pg.

CAPÍTULO III

TRAUMA

Manual: Prehospital Trauma Life Support – Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado, Básico e Avançado

Autor: Comité do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians & Comité de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões

Ano: 2007

Capítulo: Biomecânica do Trauma

Resumo: As lesões traumáticas são responsáveis por mais de 161 mil mortes por ano, nos Estados Unidos. Acidentes de viação, ferimentos penetrantes por armas brancas e de fogo, quedas e explosões são lesões crescentes em muitos países. O tratamento eficaz destes doentes depende da identificação das lesões ou das possíveis lesões e de uma boa avaliação. Os princípios da biomecânica do trauma na avaliação do traumatizado são a chave para a deteção precoce de lesões que de outra forma passariam despercebidas.

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

Título: Tomo II - Procedimentos Clínicos

Autor: Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

Ano: 2007

O INEM criou protocolos de atuação para definir um “standard” mínimo e uniforme perante as situações de emergência mais frequentes e graves. Os procedimentos foram elaborados e revistos por médicos experientes na medicina pré-hospitalar. Embora dirigidos prioritariamente à atuação na fase pré-hospitalar, possuem um significado mais alargado, na medida em que servem de suporte a Unidades de Saúde, pressupondo que os objetivos mínimos de abordagem e estabilização na fase pré-hospitalar e hospitalar, principalmente nas urgências médico-cirúrgicas, são semelhantes, isto, antes da transferência ou tratamento definitivo do doente.

Os procedimentos que se seguem referem-se ao TCE, TVM, Trauma Torácico, Trauma Abdominal e Trauma Pediátrico.

BIBLIOGRAFIA

Comité do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians; Comité de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões - Prehospital Trauma Life Support – Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado, Básico e Avançado. Brasil: Elsevier (2010). 7ª edição. ISBN: 13:978-85-352-1362-1.

Instituto Nacional de Emergência Médica – Tomo II, Procedimentos Clínicos. 3ª edição. Lisboa (2007). 279 pg.

APÊNDICE XII

Livro de Bolso Medicação de 1ª Linha em Emergência

MEDICAÇÃO DE 1ª LINHA EM EMERGÊNCIA

Realizado por: Sílvia Correia

Aluna 1º mestrado em Enfermagem
Médico Cirúrgica

Enfermeiro Orientador: JF

Professora Orientadora :EM

JUNHO, 2012

ABREVIATURAS

CV - Cardiovasculares
Derm – Dermatológico
ECG – Eletrocardiograma
Endo – Endocrinológico
FC – Frequência Cardíaca
GI – Gastrintestinal
GU – Genitourinário
Hemat – Hematológico
IM – Intramuscular
IV – Intravenoso
Kg - Kilograma
mcg – microgramas
ME – Músculo-esquelético
mEq – miliequivalente
ml - mililitro
mg - miligrama
min - minutos
Neuro - Neurológicos
ORL – olhos, ouvidos, nariz e garganta
PCR – Paragem Cardio Respiratória
Pg - Página
Resp – Respiratório
SC - Subcutâneo
SNC – Sistema Nervoso Central
TA – Tensão Arterial
Vit - Vitamina

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	6
ADENOSINA	7
ADRENALINA	7
AMINOFILINA	8
AMIODARONA	8
ATROPINA	9
BICARBONATO SÓDIO	10
DIAZEPAM	10
DINITRATO DE ISOSSORBIDO	11
FLUMAZENIL	12
FUROSEMIDA	
LIDOCAÍNA	12
MIDAZOLAM	13
MORFINA	13
NALOXONA	14
NITROGLICERINA	15
PROPOFOL	15
SULFATO MAGNÉSIO	16
ANTÍDOTOS	17
BIBLIOGRAFIA	18

INTRODUÇÃO

O enfermeiro na urgência está na primeira linha de interação com a pessoa em situação crítica, pelo que deve possuir conhecimentos suficientes e atualizados sobre as interações, efeitos adversos, contra indicações e precauções na administração de fármacos considerados de 1ª linha.

Define-se como medicação de 1ª linha em emergência toda a medicação que rapidamente permite restaurar e corrigir disfunções de órgãos ou sistemas.

Este manual foi concebido para fornecer informação farmacológica fundamental e de fácil acesso aos enfermeiros que lidam com situações de urgência/emergência, permitindo uma consulta rápida e sistematizada dos vários fármacos habitualmente utilizados nestas circunstâncias.

Pretende ajudar a utilizar racionalmente e com segurança os medicamentos à disposição em urgência, tendo por isso o objetivo de reunir informação dispersa sobre os mesmos. Este manual encontra-se estruturado inicialmente pela classificação, indicações, via de administração e posologia, reações adversas e efeitos laterais, contra indicações e implicações para a enfermagem e por fim inclui os antídotos utilizados em caso de sobredosagens acidentais ou intencionais.

Espero que este manual seja útil a todos os colegas que dele necessitem.

ADENOSINA

Ampolas 3mg/ml

CLASSIFICAÇÃO

Antiarrítmico

INDICAÇÕES

Conversão da taquicardia supraventricular paroxística a um ritmo sinusal normal quando as manobras vagais não são bem sucedidas.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

▪ **IV (Adultos e crianças > 50 kg):** Antiarrítmico

6 mg através de um bólus via IV; se não se obtiverem resultados, repetir 1-2 min mais tarde num bólus de 12 mg via IV. Esta dose pode ser repetida. Cada dose não deve exceder os 12 mg.

▪ **IV (Crianças < 50 kg):** Antiarrítmico

0,05-0,1 mg/kg através de um bólus por via IV rápida; pode ser repetida 1-2 min mais tarde; se a resposta for inadequada, pode aumentar-se em 0,05-0,1 mg/kg até que o ritmo sinusal seja estabelecido ou até que a dose máxima de 0,3 mg/kg seja usada.

Ritmo perfusão: administrar durante 1-2 segundos por via IV direta, seguido de bólus de SF para assegurar que a adenosina atinja a circulação sistémica.

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: dor de cabeça, ligeiro peso na cabeça, tonturas, ansiedade, pressão na cabeça;

ORL: visão turva, garganta dorida;

Resp.: falta de ar, pressão no peito, hiperventilação;

CV: ruborização da face, arritmias transitórias, palpitações, dor torácica, hipotensão;

GI: náuseas, sabor metálico;

Derm.: sudação, sensação de queimadura;

ME: dor no pescoço e nas costas;

Neuro.: prurido, dormência;

Outros: sensação de pressão inguinal, braços pesados.

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade; Bloqueio AV do 2º ou 3º grau ou doença nó sinusal, exceto se estiver presente um pacemaker artificial funcional.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Monitorizar frequentemente o ritmo cardíaco. Pode ocorrer um período transitório de bloqueio cardíaco de 1º, 2º ou 3º grau ou de assistolia. Uma vez atingida a conversão para o ritmo sinusal normal, podem ocorrer arritmias transitórias que duram apenas alguns segundos;
- Monitorizar a tensão arterial;
- Avaliar estado respiratório (sons respiratórios, FC);
- Informar o doente sobre ruborização da face, falta de ar ou vertigens.

ADRENALINA

Ampolas 1mg/ml

CLASSIFICAÇÃO

Broncodilatador, Estimulante Cardíaco.

INDICAÇÕES

Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Reações Alérgicas, Paragem Cardio Respiratória.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

▪ **SC, IM**

Adultos: Reações Anafiláticas/Asma

0,1-0,5 mg (a dose única não deve exceder 1 mg); pode ser repetido 10 -15 min para o choque anafilático ou em cada 20 min-4 h para a asma;

Crianças: Reações Anafiláticas/Asma

0,01 mg/kg (não exceder 0,5 mg/dose) em cada 15 min nas 2 primeiras doses, depois de 4/4 h.

▪ **IV**

Adultos: Reações Anafiláticas 0,1-0,25 mg em cada 5-15 min; PCR 1 mg em cada 3-5 min.

Crianças: Reações Anafiláticas 0,1 mg; PCR 0,01 mg/kg, pode ser repetido 3-5 min;

Recém-nascido: PCR 0,01-0,03 mg/kg.

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: nervosismo, inquietação, tremuras, cefaleias, insónias;

Resp.: broncospasmo paradoxal (uso excessivo de inaladores);

CV: angina, arritmias, hipertensão, taquicardia;

GI: náuseas, vômitos;

End.: Hiperglicémia.

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade às aminas adrenérgicas.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Monitorizar a tensão arterial, o pulso, ECG e a frequência respiratória;
- Monitorizar dores no peito, arritmias, FC > 110 bpm e hipertensão;
- Em termos laboratoriais pode provocar diminuição transitória da concentração do potássio sanguíneo, bem como aumento da glicemia e da concentração de ácido láctico sanguíneo;
- Os sintomas de sobredosagem incluem agitação persistente, dor no peito ou desconforto, diminuição TA, tonturas, hiperglicemia, convulsões, taquiarritmias, tremores persistentes e vômitos.

AMINOFILINA

Ampolas 240mg/10ml

CLASSIFICAÇÃO

Broncodilatador

INDICAÇÕES

Obstruções reversíveis das vias aéreas, devido a asma, bronquite crónica ou enfisema.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

- IV

Adultos: 5-6 mg/kg diluídos em 100 cc de SF a administrar em 20/30 min. Dose manutenção 0,2-0,9 mg/kg/h.

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: nervosismo, ansiedade, cefaleias, insónias, convulsões;

CV: taquicardia, palpitações, arritmias, angina de peito;

GI: náuseas, vômitos, anorexia, cólicas;

Neurol.: tremores;

OUTROS: aumento da diurese.

CONTRA-INDICAÇÕES

Arritmias, Hipertiroidismo, Intoxicações por teofilina. Precauções: reduzir a dose em idosos, doentes com insuficiência cardíaca congestiva, doença hepática ou com acidose metabólica. Aumentar a dose nos jovens e fumadores.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Vigiar a TA, FC, respiração e sons pulmonares, antes da administração e durante o tratamento;
- Monitorizar periodicamente a gasimetria arterial;
- Monitorizar eletrólitos séricos e glicémia, pois podem ocorrer alterações eletrólíticas e hiperglicémias;
- Monitorizar balanço hídrico para deteção de aumento da diurese ou sobrecarga circulatória;
- Doentes com antecedentes cardiovasculares devem ser vigiados para despiste de dor retro-esternal e alterações eletrocardiográficas.
- Uma administração rápida pode provocar hipotensão, arritmias, síncope e morte.

AMIODARONA

Ampolas 150 mg/3ml

CLASSIFICAÇÃO

Antiarrítmicos (Grupo III)

INDICAÇÕES

Tratamento e profilaxia de arritmias ventriculares e supraventriculares.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

- **IV (Adultos):** 150 mg durante 10 min, seguido de 360 mg durante 6 h seguintes e depois 540 mg durante as 18 horas seguintes. Se ocorrer uma arritmia, deverá ser administrada uma perfusão de indução de 150 mg durante 10 min. Na PCR administrar bólus de 300mg diluída em 20 ml de dextrose em água a 5%.

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: indisposição, fadiga, tonturas, insónia, cefaleias;
ORL: microdepósitos na córnea, alterações do paladar e olfato, secura ocular, fotofobia;
Resp.: fibrose pulmonar;
CV: insuficiência congestiva, bradicardia, hipotensão;
GI: náuseas, vômitos, obstipação, anorexia, alterações da função hepática, dor abdominal, alterações do paladar;
GU: diminuição da libido, epidimite;
Derm.: necrólise epidérmica tóxica, fotossensibilidade, coloração azulada;
End.: hipotireoidismo, hipertireoidismo;
Neuro.: ataxia, tremores, movimentos involuntários, fraca coordenação, neuropatia periférica, parestesias.

CONTRA-INDICAÇÕES

Disfunção grave do nódulo sinusal, Bloqueio AV do 2º e 3º grau, Bradicardia, Gravidez e lactação. Precauções na administração em crianças (segurança não estabelecida).

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Monitorizar continuamente o traçado eletrocardiográfico;
- Monitorizar a frequência e o ritmo cardíaco durante a terapêutica: pode surgir prolongamento PR, alongamento ligeiro QRS, diminuição da amplitude da onda T e aparecimento da onda U;
- Avaliar sinais de toxicidade pulmonar (fervores, diminuição sons respiratórios, fadiga, dispneia, tosse, dor pleurítica, febre);
- Avaliar os sinais de disfunção da tireóide. O aparecimento de letargia, edema das extremidades e região peri-orbital, pele pálida e fria podem sugerir hipotireoidismo e exigir a diminuição da dosagem ou interrupção da terapêutica. O aparecimento de taquicardia, perda de peso e pele quente, ruborizada e húmida sugerem hipertireoidismo, podendo sugerir interrupção da terapêutica.

ATROPINA

Ampolas 0.5 mg/ml

CLASSIFICAÇÃO

Antiarrítmico, Anticolinérgico (antimuscarínico).

INDICAÇÕES

Tratamento de bradicardia sinusal e do bloqueio cardíaco; Reversão dos efeitos adversos muscarínicos das anticolinesterásicos; Tratamento de envenenamento por anticolinesterásicos (pesticidas organofosforados); Diminuição das secreções orais e respiratórias.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

• IV

Adultos: Bradicardia 0,5 -1,0 mg, se necessário pode repetir de 5/5 min ou 0,4-1 mg em cada 1-2 h para um total de 3 mg ou 0,04 mg/kg (dose vagolítica total); Reversão dos efeitos adversos muscarínicos das anticolinesterases 0,6-1,2 mg para cada 0,5-2,5 mg de metilsulfato de neostigmina ou 10-20 mg de brometo de piridostigmina simultaneamente com a anticolinesterase; Envenenamento por organofosforados inicialmente 1-2 mg, depois 1-2 mg em cada 5-60 min conforme as necessidades. Situações mais graves 2-6 mg inicialmente, repetindo a cada 5-60 min. A pralidoxima pode ser administrada simultaneamente.

Crianças: Bradicardia 0,02 mg/kg, intervalo de 0,1-0,5 mg em crianças ou até 1 mg em adolescentes, pode repetir de 5/5 min até uma dose total de 1 mg em crianças ou 2 mg em adolescentes; Envenenamento por organofosforados 0,05 mg/kg em cada 10-30 min conforme as necessidades. A pralidoxima pode ser administrada simultaneamente.

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: sonolência, confusão;
ORL: olhos secos, visão turva, midríase, cicloplegia;
CV: palpitações, taquicardia;
GI: boca seca, obstipação;
GU: hesitação urinária, retenção;
Outros: diminuição da sudorese.

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade, Glaucoma de ângulo estreito, Hemorragia aguda, Taquicardia secundária a insuficiência cardíaca ou tirotoxicose.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Monitorizar os sinais vitais e o ECG frequentemente. Informar o médico se ocorrer alteração da FC ou TA, se a ectopia ventricular ou a angina aumentar;
- Realizar balanço hídrico nos idosos e doentes cirúrgicos, pois a atropina pode provocar retenção urinária;
- Se ocorrer sobredosagem, o antídoto é a fisostigmina.

BICARBONATO DE SÓDIO

Ampolas a 8.4% com 20 ml
Fracos de 1.4% com 500ml

CLASSIFICAÇÃO

Modificador eletrolítico – alcalinizante, antiácido.

INDICAÇÕES

Controlo da acidose metabólica e usado para alcalinizar a urina e promover a excreção de certos fármacos em situação de sobredosagem (fenobarbital, aspirina). Antiácido.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

- IV

Adultos e crianças: Paragem Cardíaca/Alcalinização sistémica 1 mEq/Kg, podendo repetir 0,5 mEq/Kg de 10/10 min. Em situações menos urgentes 2-5 mEq/Kg como perfusão de 4-8 horas. Administrar por via IV direto em situações de paragem cardíaca. Usar ampolas ou seringas pré-cheias para assegurar a dose correta. As doses devem ser baseadas nos resultados da gasometria. A dose pode ser repetida de 10/10 min, Alcalinização da urina 2-5 mEq/Kg como perfusão de 4-8 horas.

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

CV: edema;

GI: distensão gástrica e flatulência;

L e E: retenção de sódio e de água, alcalose metabólica, hipernatremia, hipocalcemia, hipocalcemia;

Local: irritação no local IV;

Neuro.: tétano.

CONTRA-INDICAÇÕES

Alcalose metabólica e respiratória, hipocalcémia, Perda excessiva de cloro, Antídoto após a ingestão de ácidos minerais fortes, Fortes dores abdominais de causa desconhecida, especialmente se associadas a febre (apenas uso oral como antiácido). Precauções: Insuficiência cardíaca congestiva, Insuficiência renal, Terapêutica simultânea com glicocorticóides.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Avaliar o equilíbrio hidro-eletrolítico;
- Avaliar sinais de acidose (desorientação, cefaleias, fraqueza, dispneia, hiperventilação); alcalose (confusão, irritabilidade, parestesias, tétano, padrão respiratório alterado); hipernatremia (edema, hipertensão, taquicardia, febre, pele ruborizada, irritabilidade) ou de hipocalcemia (fraqueza, fadiga, onda U no ECG, arritmias, poliúria, polidiosia) durante a terapêutica;
- Avaliar cuidadosamente o local da punção. Evitar a extravasão pois pode ocorrer irritação dos tecidos ou celulite;
- Os gases sanguíneos arteriais devem ser monitorizados frequentemente em situações de emergência e durante a terapêutica parentérica.

DIAZEPAM

Ampolas 5 mg/ml
Solução Retal 5/10 mg

CLASSIFICAÇÃO

Ansiolítico, Sedativo Anticonvulsivante, Relaxante músculo-esquelético.

INDICAÇÕES

Ansiedade, Sedação pré-operatória, tratamento de estados epilépticos, Relaxante músculo-esquelético.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

- IV

Adultos: Pré-Cardioversão 5-15 mg 5-10 min; Convulsões/Estados Epiléticos 5-10 mg, pode ser repetido a 10-15 min num total 30 mg; Relaxante músculo-esquelético 5-10 mg; Reações Psiconeuróticas 2-10 mg.

Crianças > 5 anos: Convulsões 1mg em cada 2-5 min.

Crianças de 1 mês – 5 anos: Convulsões 0,2-0,5 mg cada 2 a 5 min no máximo de 5 mg.

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: tonturas, sonolência, letargia, ressaca, excitação paradoxal, cefaleias;

ORL: visão turva;

Resp.: Depressão respiratória;

CV: hipotensão (apenas IV);

GI: náuseas, vômitos, diarreia, obstipação;

Derm.: erupções;

Local: trombose venosa, flebite (IV),

Outros: tolerância, dependência psicológica, dependência física.

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade, Doentes comatosos, Preexistência de depressão do SNC, Dor grave não controlada, Gravidez e lactação. Precauções: Disfunção Hepática, Insuficiência Renal Grave, Doentes com tendências suicidas ou dependentes de drogas, Doentes idosos ou debilitados e crianças em que a posologia não deverá exceder 0,25 mg/Kg.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Monitorizar a TA, pulso, frequência respiratória antes e periodicamente durante a terapêutica IV;
- Avaliar frequentemente o local de administração IV, pois pode causar flebite e trombose venosa;
- Na administração IV não diluir ou misturar com outro fármaco. A perfusão contínua não é recomendada devido à precipitação nos fluidos IV. A administração IV pode causar ardor e irritação, evitar veias de pequeno calibre.

DINITRATO DE ISOSSORBIDO

Ampolas 10 mg/10 ml

CLASSIFICAÇÃO

Antianginoso/Vasodilatador

INDICAÇÕES

Tratamento da angina de peito e sua profilaxia, Tratamento da doença cardíaca isquémica e Insuficiência cardíaca congestiva.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

- IV

Adultos: a dose de manutenção varia entre 2-7 mg/h (não tem dose de indução).

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: cefaleias, tonturas;

CV: hipotensão, taquicardia, bradicardia paradoxal;

GI: náuseas, vômitos, dores abdominais;

Outros: rubor.

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade, Anemia grave. Precauções: traumatismo craniano ou hemorragia cerebral, Gravidez.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Avaliar a localização, duração, intensidade e fatores de precipitação da dor anginosa;
- Monitorizar TA e FC durante a administração, devido ao risco de hipotensão e taquicardia.

FLUMAZENIL

Ampolas 0,1mg/ml

CLASSIFICAÇÃO

Antídoto (antagonista das benzodiazepinas)

INDICAÇÕES

Reversão completa ou parcial dos efeitos das benzodiazepinas, quando usadas como anestésicos gerais, meios de diagnóstico ou terapêuticos. Tratamento da sobredosagem, intencional ou acidental de benzodiazepinas.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

• IV

Adultos: Reversão do estado de consciência, sedação e anestesia geral: 0,2 mg, podem ser administradas doses adicionais em intervalos de 1 min até obtenção dos resultados desejados, atingindo uma dose total de 1 mg. Suspeita de sobredosagem de benzodiazepinas: 0,2 mg, uma dose adicional de 0,3 mg pode ser administrada 30 segundos mais tarde. Se necessário podem ser administradas doses adicionais de 0,5 mg em intervalos de 1 min, até se atingir uma dose total de 3 mg. A dose usualmente necessária é de 1-3 mg

Crianças: Reversão do estado de consciência, sedação e anestesia geral: 10 mcg (0,01 mg)/kg até 0,2 mg. Suspeita de sobredosagem de benzodiazepinas: 100 mcg (0,1 mg)/kg até atingir a dose cumulativa de 1 mg.

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: tonturas, agitação, labilidade emocional, cefaleias, fadiga, convulsões, confusão, sonolência, insónias;

ORL: visão turva, ruído anormais;

CV: arritmias, dores torácicas, hipertensão;

GI: náuseas, vômitos, soluços;

Derm.: sudação, rubor;

Local: flebite;

Neuro.: parestesias;

Outros: calafrios.

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade ao flumazenil ou às benzodiazepinas, Não se administra flumazenil aos doentes que tomam, por um prazo indeterminado, benzodiazepinas por razões clínicas incluindo o estado epiléptico ou pressão intra craniana aumentada.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Monitorizar o nível de consciência e estado respiratório antes e ao longo da terapêutica;
- A sua administração está contra indicada na epilepsia controlada com benzodiazepinas pelo perigo de desencadeamento de crises.

FUROSEMIDA

Ampolas 10 mg/ml

CLASSIFICAÇÃO

Diurético

INDICAÇÕES

Controlo do edema, secundário a insuficiência cardíaca congestiva, Doença hepática ou renal, Controlo da hipercalcemia na doença maligna.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

• IV

Adultos: por via IV direta deve administrar-se 20-40 mg lentamente, durante 1-2 min

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: tonturas, cefaleias, encefalopatia;

CV: hipotensão;

Derm.: prurido e rash cutâneo/exantema;

ORL: ototoxicidade com surdez e visão nebulosa;

GI: náuseas, vômitos, diarreia, obstipação;

Neuro.: parestesias, confusão mental;

Outras: hematúria, trombocitopenia, aumento ureia.

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade às sulfamidas, anúria, hipokaliémia, alcalose metabólica, gravidez e aleitamento.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Observar o estado de hidratação durante a terapêutica;
- Monitorizar balanço hídrico, parâmetros hemodinâmicos, estado de hidratação da pele e mucosas;

- Monitorizar TA, FC;
- Monitorizar eletrólitos, função hepática e renal, glucose e ácido úrico antes e periodicamente durante a terapêutica.

LIDOCAÍNA

Ampolas 0,5%/3 ml e 1%/5 ml
Frasco/Ampolas de 200 mg/20 ml e 400 mg/20 ml
Seringa de 100 mg/5 ml e 1000 mg/5 ml

CLASSIFICAÇÃO

Antiarrítmico e Anestésico local.

INDICAÇÕES

Tratamento agudo de arritmias ventriculares; Anestésico local e de infiltração.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

• IV

Adultos: Antiarrítmico bólus de 50-100 mg (1 mg/kg), pode ser repetido após 5 min, depois perfusão 1-4 mg/min (20-50 mcg/kg/min, até 4,5 mg/kg ou 300 mg/h; Infiltração infiltrar a área afetada conforme a necessidade.

Crianças: Antiarrítmico bólus de 1 mg/kg, pode ser repetido após 5 min (não exceder 3 mg/kg) seguido de perfusão 30 mcg/kg/min (intervalo de 20-50 mcg/kg/min); Infiltração infiltrar a área afetada conforme a necessidade.

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: sonolência, tonturas, letargia, confusão, nervosismo, convulsões, tremores;

CV: hipotensão, arritmias, bradicardia, paragem cardíaca;

GI: náuseas, vômitos;

Local: queimadura, ardor, eritema;

Outros: reações alérgicas, incluindo anafilaxia.

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade, Bloqueio auriculo-ventricular avançado. Precauções: Doença hepática, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Idosos (reduzir bólus), Depressão Respiratória, Bloqueio Cardíaco, Gravidez ou Lactação (segurança não estabelecida).

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Como antiarrítmico monitorizar continuamente o ECG e frequentemente a TA e o estado respiratório durante a terapêutica;
- Como anestésico avaliar o grau de adormecimento da zona afetada;
- Os níveis de eletrólitos no sangue devem ser monitorizados periodicamente durante a terapêutica prolongada;

MIDAZOLAM

Ampolas 50 mg/10 ml
Ampolas 15 mg/3 ml

CLASSIFICAÇÃO

Ansiolítico.

Sedativo/Hipnótico

INDICAÇÕES

Sedação pré operatória, Indução da anestesia como parte de uma anestesia equilibrada, Em perfusão contínua, fornece sedação aos doentes ventilados.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

• IV

Adultos e crianças >12 e < 60 anos: Sedação consciente para procedimentos curtos: 1-1,5 mg de início, se necessário a posologia pode ser aumentada, raramente são necessárias doses > a 3,5 mg.

Doentes geriátricos ≥ 60 anos: Sedação consciente para procedimentos curtos: 1-1,25 mg inicialmente, podendo a posologia ser aumentada se necessário, doses > a 5 mg raramente são necessárias.

Adultos: Indução Anestesia: 300-350 mcg/kg inicial até um total de 600 mcg/kg.

Doentes geriátricos > 55 anos: Indução Anestesia: 150-300 mcg/kg.

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: cefaleias, excesso de sedação, sonolência, agitação;

ORL: visão turva;

Resp.: tosse, espasmos da laringe, espasmos brônquicos, depressão respiratória, apneia;

CV: arritmias, paragem cardíaca;

GI: soluços, náuseas e vômitos;

Derm.: erupções;

Local: flebite no local IV.

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade, Doentes comatosos ou que sofreram de depressão do SNC, Dor grave incontrolável, Gravidez, Glaucoma.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Avaliar os níveis de sedação e de consciência durante a terapêutica e 2/6 horas após a administração;
- Monitorizar TA, pulso e a respiração durante a administração IV;
- Se ocorrer sobredosagem, monitorizar TA, pulso e respiração. Manter permeabilização das vias aéreas. Se ocorrer hipotensão proceder à reposição de líquidos;
- Os efeitos do midazolam podem ser revertidos com flumazenil.

MORFINA

Ampolas 1 ml

CLASSIFICAÇÃO

Analgésico Opiáceo.

INDICAÇÕES

Controlo da dor aguda, Tratamento de edema pulmonar, Tratamento de dor associada ao Enfarte do Miocárdio.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

- IM, IV, SC

Adultos ≥ 50 Kg: doses iniciais normalmente usadas para dores moderadas a graves em doentes recém iniciados nos opiáceos – 4-8 mg em cada 3-4 horas.

Perfusão Contínua: 0,8-10 mg/h; pode ser precedido por um bólus de 15 mg; o ritmo de perfusão varia muito, tem sido usado até 400 mg/h.

Adultos < 50 Kg e Crianças: doses iniciais normalmente usadas para dores moderadas a graves em doentes recém iniciados nos opiáceos – de início 0,1 mg/Kg em cada 3-4 horas.

Perfusão Contínua: 0,025-2,6 mg/Kg/hora.

Recém-Nascidos: Perfusão Contínua: não exceder 0,015-0,02 mg/Kg/hora.

- Epidural

Adultos: Injeção Intermitente 5mg/dia, de início; se não for obtido alívio da dor em 60 minutos podem ser feitos incrementos de 1-2 mg; não exceder 10 mg/dia.

Perfusão Contínua: 2-4 mg/dia/24 horas; pode ser aumentado em 1-2 mg/dia, até 30 mg/dia.

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: sedação, confusão, cefalias, euforia, sensação de flutuação, pesadelos, alucinações, disforia, tonturas;

ORL: miose, diplopia, visão turva;

Resp.: depressão respiratória;

CV: hipotensão, taquicardia;

GI: náuseas, vômitos, obstipação;

GU: retenção urinária;

Derm.: sudação, rubor, prurido;

Outros: tolerância, dependência física ou psicológica.

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade, Alguns produtos com bissulfitos ou álcool devem ser evitados em doentes com hipersensibilidade conhecida.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Monitorizar o nível de consciência, TA, pulso e frequência respiratória antes e periodicamente durante a administração. Se a frequência respiratória for < a 10/minuto, deve-se monitorizar o grau de sedação;
- O uso prolongado pode levar à dependência física ou psicológica e à tolerância;
- Avaliar a função intestinal regularmente, a prevenção da obstipação faz-se com o aumento da ingestão de líquidos e de fibras. Ponderar a administração de laxantes e emolientes das fezes;
- Se for necessário um antagonista opiáceo para reverter a depressão respiratória ou o coma o antídoto é a naloxona;

- Após o uso prolongado, a medicação deve ser suspensa gradualmente para prevenir o síndrome de privação (desmame).

NALOXONA

Ampolas 0,4 mg/ ml

CLASSIFICAÇÃO

Antídoto para opiáceos

INDICAÇÕES

Reversão da depressão do SNC e da depressão respiratória devido à suspeita de sobredosagem de opiáceos.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

- IV, IM, SC

Adultos >40 kg: Depressão respiratória induzida por opiáceos > 1 semana: 20-40 mcg (0,02-0,04 mg) administrado em bólus com intervalos pequenos, minuto a minuto; Sobredosagem opiáceos: *Doentes que não se suspeite serem dependentes de opiáceos:* 0,4 mg (10mcg/kg) podendo repetir-se em cada 2-3 minutos, sendo preferível a via IV. *Doentes sob suspeita de dependência de opiáceos:* a dose inicial deve ser diminuída até 0,1-0,2 mg em cada 2-3 minutos.

Crianças: Depressão respiratória induzida por opiáceos > 1 semana: 0,5-2 mcg/kg administrado em bólus com intervalos pequenos, minuto a minuto; Sobredosagem de opiáceos: 10 mcg (0,01 mg)/kg em cada 2-3 minutos, se não ocorrer resposta a dose pode ser aumentada até 100 mcg (0,1 mg)/kg.

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

CV: taquicardia ventricular, fibrilhação ventricular, hipotensão, hipertensão;

Derm.: sudorese;

GI: náuseas e vômitos;

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade; Precauções: doença cardiovascular e doentes narcótico-dependentes.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Monitorizar regularmente frequência, ritmo e amplitude respiratória, pulso, ECG, TA e nível de consciência até desaparecimento dos efeitos narcóticos.
- Os doentes que tenham feito opiáceos mais de 1 semana estão extremamente sensíveis aos efeitos da naloxona, pelo que deve ser diluída e administrada com cuidado;
- Avaliar a intensidade da dor após a administração quando usada para tratar a depressão respiratória no pós-operatório. A naloxona diminui a depressão respiratória mas também reverte a analgesia.
- Monitorizar sinais e sintomas de privação narcótica (náuseas, vômitos, cólicas, aumento da TA e temperatura).
- A ausência de melhoria significativa sugere que os sintomas são devido a depressores, não narcóticos, do SNC, não afetados pela naloxona ou a processo patológico.

NITROGLICERINA

Comprimidos 0,5 mg
Sistemas transdérmicos 5 mg
Ampolas 5 mg/ml

CLASSIFICAÇÃO

Antianginosos

INDICAÇÕES

Tratamento agudo da angina de peito, Tratamento complementar da insuficiência cardíaca congestiva, Tratamento complementar do enfarte agudo do miocárdio.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

- SL

Adultos: 0,15-0,6 mg, podendo repetir-se de 5/5 min durante 15 min para uma crise aguda.

- PO

Adultos: cápsulas de ação prolongada 2,5-9 mg em cada 8-12 h. Comprimidos de ação prolongada 1,3-6,5 mg de 8-12h.

- IV

Adultos: 5 mcg/min, aumentar 5 mcg/min em cada 3-5 min até 20 mcg/min, depois aumentar 10-20 mcg/min em cada 3-5 min (a posologia é determinada pelos parâmetros hemodinâmicos).

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: cefaleias, fraquesa, tonturas, agitação;

ORL: visão turva;

CV: hipotensão, taquicardia, síncope;

GI: náuseas, vômitos, dores abdominais;

Derm.: dermatite de contacto (transdérmica e pomada);

Outros: rubor.

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade, Anemia grave, Tamponamento pericárdio, Pericardite, Intolerância ao álcool. Precauções: Traumatismo craniano ou hemorragia cerebral, Gravidez, Glaucoma.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Avaliar a localização, duração, intensidade e fatores precipitantes da dor anginosa;
- Monitorizar a TA e o pulso antes e após a administração;
- Monitorização laboratorial, uma vez que podem estar elevadas as concentrações urinárias das catecolaminas, concentrações de meta-hemoglobina e falsas elevações séricas do colesterol.

PROPOFOL

Ampolas 10 mg/ml

CLASSIFICAÇÃO

Anestésico

INDICAÇÕES

Indução de anestesia geral, Início e manutenção de cuidados anestésicos monitorizados, Sedação para intubação e ventilação mecânica.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

• IV

Adultos: Anestesia geral: *Indução:* 40 mg de 10/10 segundos até que seja atingida a indução (2-2,5 mg/kg). *Manutenção:* 100-200 mcg/kg min. Sedação monitorizada: *Iniciação:* perfusão de 100-150 mcg/kg/min ou injeção lenta de 0,5 mg/kg. *Manutenção:* perfusão de 25-75 mg/kg/min ou bólus com incrementos de 10-20 mg.

Doentes geriátricos/debilitados: Anestesia geral: *Indução:* 20 mg de 10/10 segundos até que seja atingida a indução desejada (1-1,5 mg/kg). *Manutenção:* 50-100 mcg/kg. Sedação monitorizada: *Indução:* usar ritmos de perfusão ou de injeção mais lentos. *Manutenção:* 20% menos do que a dose normal de um adulto, bólus rápidos/repetidos devem ser evitados.

Crianças: Anestesia geral: *Indução:* 2,5-3,5 mg/kg. *Manutenção:* 125-300 mcg/kg/min.

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: tonturas, cefaleias;

Resp.: apneia, tosse;

CV: bradicardi, hipotensão, hipertensão;

GI: náuseas, vômitos, cólicas, soluços;

Derm.: rubor;

Local: dor, sensação de queimadura, ardor, formigueiro, dormência, frio no local IV;

ME: mioclonia operatória, movimentos involuntários dos músculos;

Outros: febre.

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipersensibilidade ao propofol, ao óleo de soja, à lecitina dos ovos e ao glicerol; Trabalho de parto. Precauções: doença cardiovascular, perturbações lipídicas, aumento da pressão intra-craniana.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Monitorizar estado respiratório, o pulso e a TA continuamente durante a terapêutica. Provoca frequentemente apneia com duração ≥ 60 segundos. Deverá estar disponível os meios necessários à manutenção da função respiratória, ventilação artificial, oxigénio e outros equipamentos de reanimação.

SULFATO MAGNÉSIO

Ampolas 10 ml

CLASSIFICAÇÃO

Sais Minerais/Eletrólitos, Anticonvulsivante.

INDICAÇÕES

Taquicardias ventriculares/polimórficas na presença de hipomagnesiemia provável, Torsade de Pointes, Tratamento/prevenção de hipomagnesemia, Anticonvulsivante na eclampsia grave ou na pré-eclampsia.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

- IV

Adultos: Taquicardia Ventricular polimórfica refratária 2 g, podendo repetir-se ao fim de 10 a 15 min; Torsade de Pointes 2,5 g durante 30 min; Hipomagnesemia 5 g; Eclampsia/pré-eclampsia 4-5 g.

REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

SNC: sonolência;

Resp: diminuição ritmo respiratório;

CV: arritmias, bradicardia, hipotensão;

GI: diarreia;

Derm.: rubor, sudação;

Metab: hiponatremia.

CONTRA-INDICAÇÕES

Hipermagnesemia, Hipocalcemia, Anúria, Bloqueio cardíaco. Precauções: insuficiência renal.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Monitorizar o pulso, TA, respiração e ECG frequentemente durante a administração parentérica de sulfato de magnésio. Os movimentos respiratórios devem ser de pelo menos 16/min antes de cada dose;
- Monitorizar o estado neurológico antes e durante a terapêutica. O reflexo patelar deve ser testado antes da administração de cada dose. Se não ocorrer resposta, não devem ser administradas doses adicionais até que seja obtida resposta positiva.
- Monitorizar a hipotensão no recém-nascido, a hiporreflexia e a depressão respiratória se à mãe tiver sido administrado sulfato de magnésio;
- Monitorizar taxas de ingestão e eliminação. O débito urinário deve ser mantido a um nível de pelo menos 100 ml/4 h.

ANTÍDOTOS

SUBSTÂNCIA	ANTÍDOTO
Paracetamol	Acetilcisteína
Anticolinesterases	Atropina
Benzodiazepinas	Flumazenil
Ciclofosfamida	Mesna
Digoxina	Digoxina imuno-FAB
Doxorrubicina	Dexrazonano
Fluorouracilo	Leucovorina de Cálcio
Heparina	Sulfato de Protamina
Ferro	Deferroxamina
Chumbo	Succimer
Metotrexato	Leucovorina de Cálcio
Opióides	Naloxona
Varfarina	Fitonadiona (Vit. K)

BIBLIOGRAFIA

Conselho Português de Ressuscitação – Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council. Lisboa (2010). [Consult. em 16 Mar.12]. Disponível na Internet em: www.cpr.pt.

Deakin, Charles; Nolan, Jerry et al - European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 4. Adult advance life support. Elsevier N° 81 (2010). p. 1305-1352.

DEGLIN, J.; VALLERAND, A. – Guia Farmacológico para Enfermeiros. Loures: Lusociência (2003). ISBN: 972-8383-47-9.

APÊNDICE XIII

Slides da Sessão de Formação em SAV no Adulto



1º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

SUORTE AVANÇADO DE VIDA



Realizado por: Sílvia Correia
Estudante 1º Mestrado em Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Enfº Orientador: JF
Professora Orientadora: EM
Perito convidado: RS

JUNHO, 2012

SUORTE AVANÇADO DE VIDA

OBJETIVO GERAL

Formar e treinar a equipa de enfermagem, do Serviço de Urgência do Hospital X, em Suporte Avançado de Vida no Adulto.

SUORTE AVANÇADO DE VIDA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Partilhar conhecimentos sobre:

- Causas da PCR no adulto;
- Descrever ações e procedimentos sobre Algoritmo SBV;
- Ritmos Cardíacos Desfibrilháveis e Não Desfibrilháveis e respetivo tratamento.

Dar a conhecer ações e procedimentos sobre o Algoritmo SAV e respetivos fármacos usados na reanimação.

SAV – PARAGEM CARDIO RESPIRATORIA

DEFINIÇÃO

A paragem cardiorrespiratória (PCR) é a interrupção da circulação sanguínea que ocorre em consequência da interrupção súbita e inesperada dos batimentos cardíacos ou na presença de batimentos cardíacos ineficazes.

Caso não haja retorno à circulação espontânea e o doente não seja submetido a ressuscitação cardiopulmonar, a lesão cerebral começa a ocorrer em cerca de 3 minutos e após 10 minutos de ausência de circulação as hipóteses de ressuscitação são muito baixas.

Conselho Europeu Ressuscitação (2011)

SAV – REANIMAÇÃO CARDIORESPIRATÓRIA

DEFINIÇÃO

Conjunto de medidas de urgência destinadas ao restabelecimento das funções vitais que se encontram momentaneamente em risco, tais como massagem cardíaca, choque elétrico, manutenção da ventilação, intubação endotraqueal.

Dicionário Médico (2009)

SAV – CAUSAS PCR

- **OBSTRUÇÃO VIA AÉREA**
 - Parcial
 - Total
- **FALÊNCIA RESPIRATÓRIA**
 - Centro Respiratório
 - Esforço Ventilatório
 - Doenças Pulmonares
- **PATOLOGIA CARDÍACA**
 - Primária
 - Secundária

INEM (2011)

ABORDAGEM AVANÇADA DA VIA AÉREA



Combitube



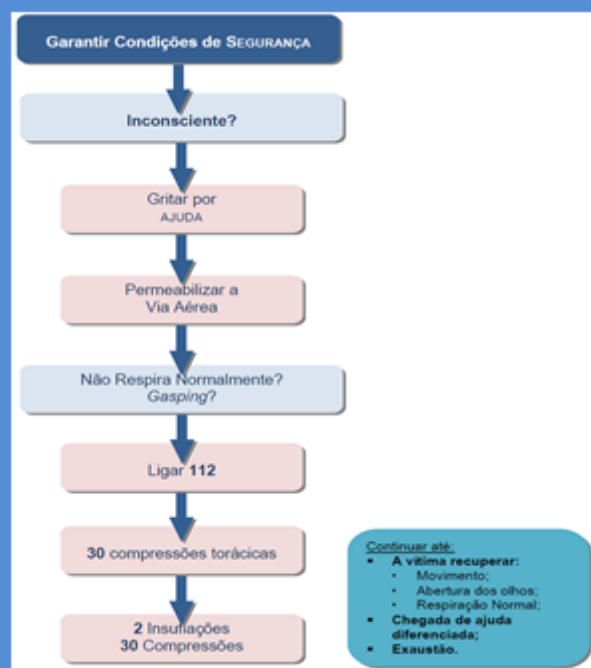
Máscara Laríngea



Tubo Oro-Traqueal

A entubação traqueal é considerada o método ideal para assegurar e manter a via aérea permeável e segura.

Guidelines ERC (2010)



ALGORITMO SBV

INEM (2011)

SAV - DESFIBRILHAÇÃO

TIPOS DE DESFIBRILHADORES

- **Desfibriladores Manuais**
 - Interpretação do ritmo e decidir se está ou não indicado o choque;
 - Seleção de energia, carga e aplicação do choque;
 - O fluxo de corrente tem apenas uma direção.
- **Desfibriladores Bifásicos**
 - Inicialmente fornecem energia numa direção –positiva e depois invertem a direção da corrente- negativa, durante a última fase da descarga;
 - Reduzem o limiar de desfibrilhação e a quantidade de energia necessária para uma desfibrilhação com sucesso;
 - 98% de eficácia logo no primeiro choque;
 - Mais pequenos e leves.

Guidelines ERC (2010)

SAV - DESFIBRILHAÇÃO

MECANISMO DA DESFIBRILHAÇÃO

- **Impedância transtorácica:**
 - Tamanho elétrodos ou das pás;
 - Interface elétrodos/pás com a pele;
 - Pressão exercida sobre as pás;
 - Existência de pêlos tóracos;
 - Fase da ventilação.
- **Posição dos elétrodos/pás:**
 - Área infraclavicular direita;
 - Linha média-clavicular;
 - PACEMAKER
 - a 2,5 cm do gerador;
 - a 12,5 cm do gerador.
- **Energia do Choque**



Guidelines ERC (2010)

SAV - DESFIBRILHAÇÃO

▪ MEDIDAS DE SEGURANÇA

- Verificar se a vítima está seca e não existem resíduos oleosos;
- Remover medicação transdérmica (nitratos);
- Afastar fontes O2;
- Afastar qualquer tipo de contactos.



N.A.C.O
(Nitratos, Água, Contactos, Oxigénio)

Guidelines ERC (2010)

DESFIBRILHAÇÃO

▪ MANUSEAMENTO DESFIBRILHADOR

- Ligar monitor-desfibrilhador;
- Informar a equipa para afastar;
- Colocar gel no doente;
- Retirar a 1ª pá e colocá-la na linha média clavicular dtª (1º intercostal);
- Retirar 2ª pá e colocá-la no 6º espaço da linha média axilar esquerda;
- Insistir na segurança;
- Apoiar firmemente as pás;
- Avaliação do ritmo
- Selecionar a carga 150J Bifásico / 360J Monofásico, informar que vai carregar;
- Após carga pronta, informar do choque, pressionando as pás para o choque;
- Avaliação do ritmo;
- Retirar as pás em segurança e prosseguir com o algoritmo.

INEM (2011)

SAV - DESFIBRILHAÇÃO

- A **segurança** é imperativa para a vítima/profissionais saúde;
- Nada atrasa a Desfibrilhação, sempre que esteja contemplada;
- Manter compressões durante a carga do desfibrilhador, a pausa pré-choque deve ser inferior a 5 segundos;
- Avaliar sistematicamente o ritmo no monitor antes de qualquer choque;
- Após cada choque é fundamental iniciar SBV;
- Identificar corretamente os ritmos desfibrilháveis;
- Conhecer o algoritmo e timings farmacológicos.



INEM (2011)

SAV - FARMACOLOGIA

ADMINISTRAÇÃO DE FARMACOS



O2 – Vital PCR ou Peri-paragem
15L/min

Fluidoterapia – Acesso venoso
com 16G, se possível.

ADRENALINA – **ATROPINA** – **AMIODARONA** - **BICARBONATO**

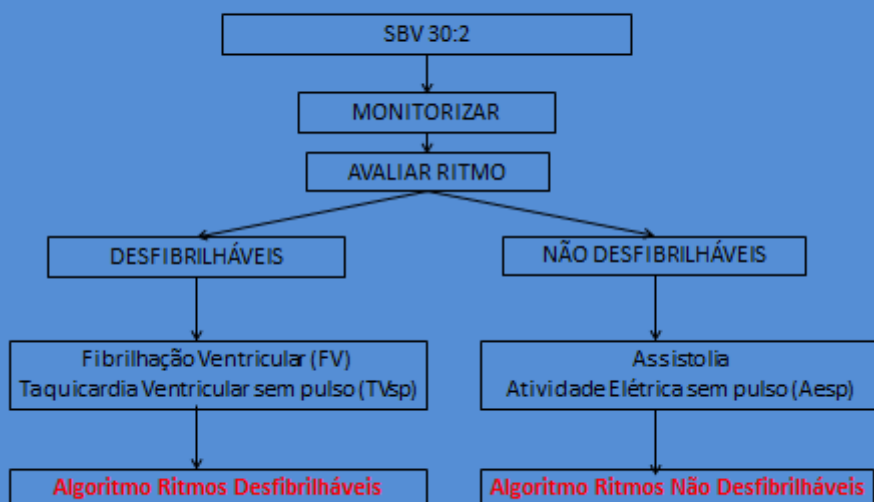
**ADMINISTRAÇÃO FARMACOS POR EOT NAO SE EFETUA
SE NAO SE CONSEGUIR ACESSOS EV USAR ACESSO
INTRAÓSSEO**

Guidelines ERC (2010)

SAV - FARMACOLOGIA

DROGAS	RITMOS DE SFIBRILHÁVEIS	RITMOS NÃO DESFIBRILHÁVEIS
Adrenalina 1mg seguido de flush SF	Após 3º choque Repetir dose 3 – 5 min.	Assim que se confirmar o ritmo e se estabeleça acesso venoso, iniciar administração. Repete 3 – 5 min.
Atropina 3 mg (dose única)	Não está indicado.	Não se recomenda o uso por rotina.
Amiodarona 300 mg em 20 cc Dext em H2O (bólus)	Após 3º choque.	Sem indicação.
Lidocaína 1 mg/Kg	É uma alternativa á amiodarona, não deve ser administarda depois de ou em associação à amiodarona.	
Bicarbonato	Regulador da acidose tecidular, utilizar em fase mais tardia.	

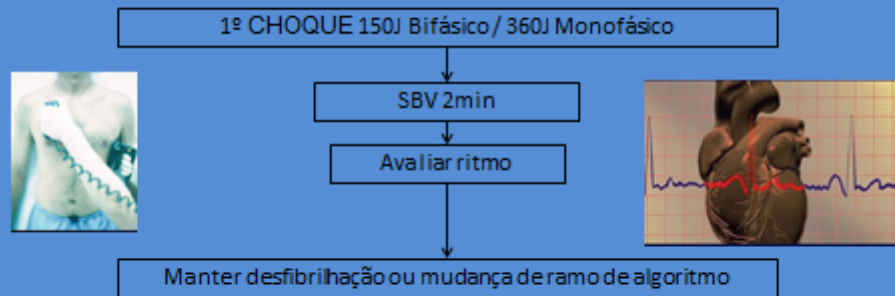
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



Guidelines ERC (2010)

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ALGORITMO DE RITMOS DESFIBRILHÁVEIS (FV ou TVsp)



Guidelines ERC (2010)

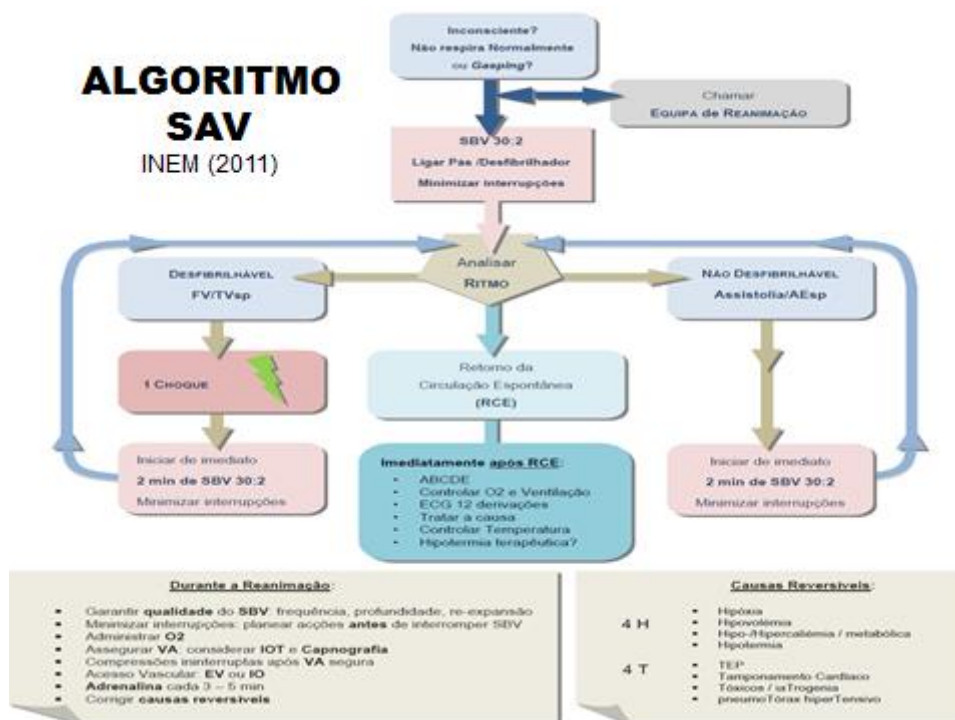
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

ALGORITMO DE RITMO NÃO DESFIBRILHÁVEIS (Assistolia, Aesp)



Guidelines ERC (2010)

ALGORITMO SAV INEM (2011)



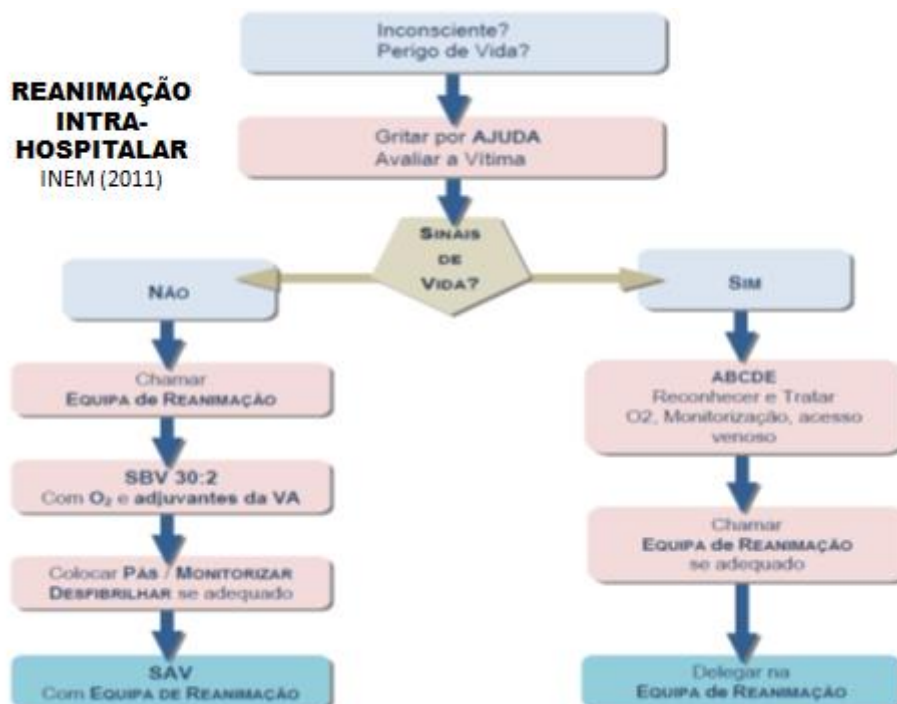
REANIMAÇÃO INTRA-HOSPITALAR

Em todas as PCR intra-hospitalares deve ser assegurado:

- A PCR é reconhecida de imediato;
- Ajuda diferenciada é acionada;
- Se inicia de imediato a reanimação com recurso a ventilação por máscara e SBV e proporcione uma desfibrilhação precoce, seguramente em menos de 3 minutos.

Guidelines ERC (2010)

**REANIMAÇÃO
INTRA-
HOSPITALAR**
INEM (2011)



SAV – ESTUDOS DE CASO

1. Homem de aproximadamente 65 anos dá entrada no SU, trazido pelos bombeiros, em PCR. Foi encontrado dentro do carro em PCR, após se ter despistado.

A monitorização cardíca revela Aesp.

2. O Sr. Manuel foi vítima de um acidente de viação, dá entrada no serviço de urgência inconsciente, com comprometimento das vias aéreas apresentando um ventilação irregular e ruidosa. Apresenta epistaxis e otorragias. Encontra-se hipotenso, com FC de 130.

Passado 10 min, entra em PCR, apresentando uma TVsp.

PRÁTICAS!!!

SAV - CONCLUSÃO

O algoritmo de SAV representa uma metodologia de procedimentos aplicável a todos os adultos em PCR.

Obter logo que possível uma VA segura, para permitir compressões eficazes e contínuas.

É prioridade absoluta a identificação do ritmo, pois o tratamento depende do mesmo.

Pesquisar a existência de causas de PCR reversíveis.

É fundamental conhecer e saber utilizar os fármacos com indicação na abordagem da PCR, devem ser utilizados nas doses e nos momentos apropriados.

Em todas as situações é essencial a preservação da perfusão cerebral e coronária através SBV corretamente efetuado, eficaz e ininterrupto.

SAV - BIBLIOGRAFIA

- CONSELHO EUROPEU DE RESSUSCITAÇÃO – Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council. Coimbra: Paula Grácio (2010). s/ISBN.
- Deakin, Charles; Nolan, Jerry et al - European Resuscitation Council Guedelines for Resuscitation 2010 Section 4. Adult advance life support. Elsevier Nº 81 (2010). p. 1305-1352.
- Deakin, Charles; Nolan, Jerry et al - European Resuscitation Council Guedelines for Resuscitation 2010 Section 3. Electrical therapies:Automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion and pacing. Elsevier Nº 81 (2010). p. 1293-1304.
- INSTITUTO NACIONAL EMERGÊNCIA MÉDICA – Manual de Suporte Avançado de Vida. 2ª Edição. Lisboa (2011). s/ISBN.
- INSTITUTO NACIONAL EMERGÊNCIA MÉDICA – Manual de Suporte Básico de Vida. Lisboa (2011). s/ISBN.

**OBRIGADO PELA VOSSA
COLABORAÇÃO!**

APÊNDICE XIV

Plano de Sessão da Formação em SAV no Adulto

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL

PLANO DE SESSÃO

Curso	1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Módulo	Estágio III
Tema da Sessão	Suporte Avançado de Vida no Adulto
Professora Orientadora	EM
Enfermeiro Orientador	JF
Perito Convidado	Enfº RS
Formadora	Sílvia Correia
População Alvo	Todos os enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital X

Data	06JUL12, às 13h30
Local	Biblioteca do Hospital X
Duração	01h50m

Objetivo Geral	Formar e treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X, em SAV no Adulto.
-----------------------	---

Objetivos Específicos	- Partilhar conhecimentos sobre: ▪ Causas da PCR no adulto; ▪ Descrever ações e procedimentos sobre Algoritmo SBV; ▪ Ritmos Cardíacos Desfibrilháveis e Não Desfibrilháveis e respetivo tratamento. - Dar a conhecer ações e procedimentos sobre o Algoritmo SAV e respetivos fármacos usados na reanimação.
------------------------------	--

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos Didáticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação da Sessão	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1 min
	Objetivo Geral; Objetivos Específicos.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1 min
Desenvolvimento	Definição de PCR; Definição Reanimação CR; Causas PCR;	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	3 min
	Abordagem Via Aérea Avançada;	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	4 min
	Algoritmo SBV;	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	4 min
	Ritmos Desfibrilháveis: ➤ FV; ➤ TVsp.	Expositivo	Portátil Power Point	5 min

			Data Show	
	Ritmos Não Desfibrilháveis: ➤ Assistolia; ➤ Aesp.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Desfibrilhação: ➤ Tipos Desfibriladores; ➤ Mecanismos, ➤ Medidas Segurança; ➤ Manuseamento Desfibrilhador.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Algoritmo SAV;	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Farmacologia: ➤ Vias de administração; ➤ Principais farmacos usados na reanimação.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Reanimação Intra-Hospitalar.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
Práticas	Apresentação Estudos de Caso;	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1 min
	Práticas.	Ativo	Manequins de treino (SBV/SAV) Equipamento treino	60 min

Conclusão	Síntese; Bibliografia.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	2 min
Avaliação da Sessão	Distribuição Folha Avaliação da Sessão;	-	Folhas de Avaliação	30 s
	Preenchimento Folhas Avaliação da Sessão;	Escala de Likert	Folhas de Avaliação Esferográficas	3 min
	Recolha das Folhas de Avaliação da sessão.	-	-	30 s

APÊNDICE XV

Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação em SAV no Adulto

IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

SERVIÇO/UNIDADE: URGÊNCIA DO HOSPITAL X

DATA: 06/07/2012

HORA: 13,30H

LOCAL: BIBLIOTECA DO HOSPITAL X

POPULAÇÃO ALVO: ENFERMEIROS

TEMA

SUORTE AVANÇADO DE VIDA

OBJETIVOS: Realizar um momento de formação em serviço, sobre a temática Suporte Avançado de Vida no Adulto, tendo em conta a sua importância e aplicabilidade para a prática diária de enfermagem, no serviço:

- Partilhar conhecimentos sobre:

- Causas da PCR no adulto;
- Descrever ações e procedimentos sobre Algoritmo SBV;
- Ritmos Cardíacos Desfibrilháveis e Não Desfibrilháveis e respetivo tratamento.

- Dar a conhecer ações e procedimentos sobre o Algoritmo SAV e respetivos fármacos usados na reanimação.

PROGRAMA: Apresentação de uma sessão de formação sobre Suporte Avançado de Vida.

FORMADOR: Sílvia Correia, aluna do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

PERITO: RS, Enfº na VMER e formador do INEM.

PLUBICITAÇÃO E INSCRIÇÃO

SERVIÇO/UNIDADE: URGÊNCIA DO HOSPITAL X

DATA: 06/07/2012

HORA: 13,30H

LOCAL: BIBLIOTECA DO HOSPITAL X

POPULAÇÃO ALVO: ENFERMEIROS

TEMA

SUORTE AVANÇADO DE VIDA

OBJETIVO: Realizar um momento de formação em serviço, sobre a temática Suporte Avançado de Vida no Adulto, tendo em conta a sua importância e aplicabilidade para a prática diária de enfermagem, no serviço.

PROGRAMA: Apresentação de uma sessão de formação sobre Suporte Avançado de Vida no adulto.

INSCRIÇÃO	

APÊNDICE XVI

Slides da Sessão de Formação no Transporte Inter Hospitalar do
Doente Crítico



1º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

TRANSPORTE INTER HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO



Realizado por: Sílvia Correia
Estudante 1º Mestrado em Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Enfº Orientador: JF
Professora: EM

JUNHO, 2012

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

OBJETIVO GERAL

Formar a equipa de enfermagem, do Serviço de Urgência do Hospital X, no Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico.

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar a conhecer as ações e procedimentos emanados pela Sociedade de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos sobre o Transporte do Doente Crítico;
- Partilhar conhecimentos sobre o Transporte do Doente Crítico Infetado.

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

□ TRANSPORTE DOENTE CRÍTICO

- Primário
 - Transporte da vítima entre o local do acidente ou domicílio e uma unidade de saúde;
- Secundário
 - Intra-hospitalar (Salas de Emergência para Unidades Cuidados Intensivos);
 - Inter-hospitalar (entre Hospitais).

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

❑ DOENTE CRÍTICO

“aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”.

Ordem Médicos (2008)



TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

❑ FASES

- **Decisão** de transportar um doente em estado crítico é um acto médico, devendo ser equacionados os riscos inerentes ao doente e reflectir sobre o seu risco/benefício.
- **Planeamento** é efectuado pela equipa médica e de enfermagem do SU, que terá em conta:
 - Coordenação;
 - Comunicação;
 - Estabilização;
 - Escolha da Equipa;
 - Equipamento;
 - Transporte;
 - Documentação.

Ordem Médicos (2008)

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

Planeamento deverá incluir:

- Escolha e contacto com serviço de destino;
- Escolha equipa de transporte;
- Escolha do meio de transporte; 
- Seleção meios adequados de monitorização;
- Recomendação de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte;
- Seleção adequada de equipamentos e terapêutica;
- Previsão de complicações possíveis.

- **Efetivação** do transporte fica a cargo da equipa de acompanhamento seleccionada, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento da entrega do doente à equipa de profissionais de saúde do serviço receptor, ou no regresso ao serviço de origem.

Ordem Médicos (2008)

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

❑ AVALIAÇÃO TRANSPORTE DOENTE CRÍTICO

1. Via Aérea Artificial Não Sim (Tubo de Guedes) Sim (entubação ou traqueostomia)	0 1 2	8. Pacemaker Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. Frequência Respiratória FR entre 10 e 14 ciclos/min. FR entre 15 e 25 ciclos/min. Apneia ou FR < 10 ciclos ou FR > 25 ciclos ou respiração irregular	0 1 2	9. Estado de Consciência Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow = 5 e = 14 Escala de Glasgow ≤ 3	0 1 2
3. Suporte Respiratório Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. Suporte Físico e Farmacológico Nenhum dos abaixo indicado Grupo I Naloxona Corticosteroides Náusea 20% Analgésicos Grupo II Inotrópicos Vasodilatadores Antibióticos Dicarbonato Trombolíticos Anticonvulsivantes Anestésicos gerais Otro: tónico e aspiração	0 1 2
4. Acesso Venoso Não Acesso Periférico Acesso central em doente intável	0 1 2		
5. Avaliação Hemodinâmica Estável Modestamente instável (>15ml/min.) Instável (intróptico/angue)	0 1 2		
6. Monitorização ECG Não Sim (dessejável) Sim (em doente intável)	0 1 2		
7. Risco de Amiotise Não Sim, baixo risco (e GAV) < 48h Sim, alto risco (e GAV) > 48h	0 1 2		
			T total...

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

□ AVALIAÇÃO TRANSPORTE DOENTE CRÍTICO

Pontos	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas O2 ou linha iv)	A	Ambulância normal	tripulante	Nenhuma	"Standard" ambulância MAS
3-6 (Sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Set O2, ECG, PC, TA não invasiva	Acima descrito + monitor de transporte + injetáveis + Soros
≥7 ou ≥7 (se item com pontuação 2)	C	Ambulância Medicalizada ou Hélicoptero Ambulância	Médico + Enfermeiro	Set O2, ECG, PC, TA, não invasiva, Capnografia (se indicado)	Acima descrito + Monitor + Defibrilhador com paco + Ventilador de transporte + Material de via aérea avanzada + Seringas e Bombas infusoras

Adaptado de "Transporte de Doentes Críticos – Recomendações" Ordem dos Médicos 2008

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

□ EQUIPAMENTO (MÍNIMO)

- Monitor de transporte com alarmes, em conformidade com as exigências de monitorização;
- Material de intubação endotraqueal e insuflador manual;
- Fonte de O2 de capacidade previsível para o transporte, com reserva adicional de 30 minutos;
- Aspirador e sondas de aspiração;
- Drenos tóxicos;
- Material para punção e manutenção das perfusões endovenosas;
- Soros (cristalóides e colóides);
- Fármacos, para SAV, e outros que se julguem necessários;
- Ventilador de transporte;
- Equipamento de comunicações.



Ordem Médicos (2008)

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

□ MONITORIZAÇÃO

- Nível 1 – Obrigatório
 - Monitorização contínua com registo periódico;
 - Frequência respiratória;
 - FiO₂;
 - Oximetria de pulso;
 - ECG;
 - Frequência cardíaca;
 - Pressão arterial;
 - Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente);
 - Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente).

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

□ MONITORIZAÇÃO

- Nível 2 – Fortemente recomendado
 - Medição contínua da pressão arterial invasiva (doentes particularmente instáveis);
 - ECG com deteção de arritmias.
- Nível 3 – Ideal (em doentes selecionados pelo seu estado clínico)
 - Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central;
 - Medição da pressão da artéria pulmonar;
 - Medição da pressão intracraniana;
 - Temperatura corporal.

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

❑ LISTA VERIFICAÇÃO PARA O TRANSPORTE



Ordem Médicos (2008)

❑ FORMULÁRIO PARA O TRANSPORTE



Ordem Médicos (2008)

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

❑ TRANSPORTE DOENTE CRÍTICO INFETADO

VIA DE TRANSMISSÃO:

- CONTACTO
- GOTÍCULAS
- VIA AÉREA



CDC (2007)

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

☐ CONTACTO

- Bactérias multi-resistentes (MRSA, Acinetobacter, Pseudomonas multi-resistente, Enterococcus vancomicina-resistente);
- Infecções entéricas por Clostridium difficile;
- Doenças entero-hemorrágicas por Echerichia coli, Shigella, hepatite A ou rotavírus;
- Em crianças: Infecções respiratórias virais (vírus sincicial respiratório, vírus parainfluenza), ou infecções enterovirais;
- Infecções da pele altamente contagiosas (difteria cutânea, por herpes simples neonatal ou muco-cutâneo, impétigo, pediculose, sarna, furunculose estafilocócica em crianças);
- Abscessos, Celulite ou Úlceras de decúbito de grandes dimensões;
- Conjuntivite viral hemorrágica.

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

☐ GOTÍCULAS

- Meningite, Pneumonia , Epiglote ou Sepsis por Haemophilus influenzae tipo b;
- Meningite, Pneumonia ou Sepsis por Neisseria meningitidis;
- Pneumonia por Mycoplasma;
- Difteria;
- Tosse Convulsa;
- Peste;
- Em crianças: Escarlatina, Faringite ou Pneumonia por Streptococcus;
- Infecções por Adenovirus, Virus Influenza, Parvovirus B19;
- Rubéola e parotidite .

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

□ VIA AÉREA

- Tuberculose pulmonar ou laríngea;
- Sarampo e Varicela;
- Infecção disseminada (ou localizada no doente imunocomprometido) por **Herpès zoster**;
- Gastroenterite disseminada (ou localizada no doente imunocomprometido) por **Yersinia enterocolitica**;
- Gripe aviária (**vírus influenza H5N1**).

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

EQUIPAMENTO PROTEÇÃO INDIVIDUAL DE ACORDO COM VIA TRANSMISSÃO

Contacto	Gotículas	Via aérea
Bata – Uso único (descartável); Luvvas – Uso único (descartáveis).	Bata – Uso único (descartável); Luvvas – Não precisam ser esterilizadas; Máscara – Cirúrgica (resistente a fluidos) ou máscara de alto risco com viseira. O doente deverá usar máscara cirúrgica durante todo o transporte.	Bata – Uso único (descartável); – Impermeável; Luvvas – Não precisam ser esterilizadas; Máscara – Respirador de partículas – Classe P1 ou P2 com adequado ajuste facial. O doente deverá usar máscara cirúrgica durante todo o transporte.

CDC (2007)

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

COLOCAÇÃO E REMOÇÃO EPI EM SEGURANÇA

COLOCAR EPI

1. Bata;
2. Máscara/respirador de partículas;
3. Protecção ocular;
4. Luvas.

RETIRAR EPI

1. Luvas;
2. Protecção ocular;
3. Bata;
4. Máscara/respirador de partículas.

CDC (2007)

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

CONCLUSÃO

A decisão de transportar um doente é um ato médico.

O transporte envolve alguns riscos, mas justifica-se pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para a realização de ECD e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou no hospital, onde a pessoa doente se encontra.

Escolher o Equipamento de Protecção Individual de acordo com a via de transmissão.

O transporte é um dos momentos assistenciais mais delicados, durante o qual, o suporte das funções vitais deverá ser mantido com um nível de excelência semelhante ao que é ministrado nos serviços ou unidades de referência da pessoa doente.

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

BIBLIOGRAFIA

- BARROSO, F. - Apontamentos da Unidade Curricular – Múltiplos Sintomas. Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica (2012). Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.
- CDC – Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, (2007).
- NUNES, F. - Tomada de Posição do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico – Nursing: Revista Formação Contínua em Enfermagem, nº246. Lisboa, (2009).
- ORDEM MÉDICOS – Transporte de Doentes Críticos, Recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, (2008).

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DOENTE CRÍTICO

BIBLIOGRAFIA

- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS - Guia para o Transporte de Doentes Críticos. (1997).

**OBRIGADO PELA VOSSA
COLABORAÇÃO!**

APÊNDICE XVII

Plano de Sessão da Formação no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL

PLANO DE SESSÃO

Curso	1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Módulo	Estágio III
Tema da Sessão	Transporte Doente Crítico
Professora Orientadora	EM
Enfermeiro Orientador	JF
Formadora	Sílvia Correia
População Alvo	Todos os enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital X

Data	06JUL12 – 15h30m
Local	Biblioteca Hospital X
Duração	40 minutos

Objetivo Geral	Formar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X, no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico.
Objetivos Específicos	▪ Dar a conhecer as ações e procedimentos emanadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos sobre o Transporte do Doente Crítico. ▪ Partilhar conhecimentos sobre Transporte do Doente Crítico Infetado.

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos Didáticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação da Sessão	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1 min
	Objetivo Geral; Objetivos Específicos.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1 min
Desenvolvimento	Transporte Doente Crítico: ➤ Primário; ➤ Secundário.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	3 min
	Definição Doente Crítico;	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	2 min
	Fases Transporte Doente Crítico: ➤ Decisão; ➤ Planeamento; ➤ Efetivação.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Avaliação para Transporte Doente Crítico;	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
	Equipamento;	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min

	Monitorização;	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	3 min
	Lista de verificação para o transporte;	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	3 min
	Formulário para o transporte;	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	3 min
	Transporte Doente Crítico Infetado: ➤ Vias de Transmissão; ➤ Equipamento Proteção Individual.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	5 min
Conclusão	Síntese; Bibliografia.	Expositivo	Portátil Power Point Data Show	1 min
Avaliação da Sessão	Distribuição Folha Avaliação da Sessão;	-	Folhas de Avaliação	30 s
	Preenchimento Folhas Avaliação da Sessão;	Escala de Likert	Folhas de Avaliação Esferográficas	2 min
	Recolha das Folhas de Avaliação da sessão.	-	-	30 s

APÊNDICE XVIII

Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação no Transporte Inter
Hospitalar do Doente Crítico

IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

SERVIÇO/UNIDADE: URGÊNCIA DO HOSPITAL X

DATA: 06/07/2012

HORA: 15.30H

LOCAL: BIBLIOTECA HOSPITAL X

POPULAÇÃO ALVO: ENFERMEIROS

TEMA

TRANSPORTE INTER HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO

OBJETIVO: Realizar um momento de formação em serviço, sobre a temática Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico, tendo em conta a sua importância e aplicabilidade para a prática diária de enfermagem, no serviço:

- Dar a conhecer as ações e procedimentos emanados pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos sobre o Transporte do Doente Crítico;
- Partilhar conhecimentos sobre o Transporte do Doente Crítico.

PROGRAMA: Apresentação de uma sessão de formação sobre Transporte Inter-Hospitalar Doente Crítico.

FORMADOR: Sílvia Correia, aluna do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

PERITO: RS, Enfº na VMER e formador do INEM.
MOD 3/08 – NÚCLEO DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

PLUBICITAÇÃO E INSCRIÇÃO

SERVIÇO/UNIDADE: URGÊNCIA DO HOSPITAL X

DATA: 06/07/2012

HORA: 15,30H

LOCAL: BIBLIOTECA HOSPITAL X

POPULAÇÃO ALVO: ENFERMEIROS

TEMA

TRANSPORTE INTER HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO

OBJETIVO: Realizar um momento de formação em serviço, sobre a temática Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico, tendo em conta a sua importância e aplicabilidade para a prática diária de enfermagem, no serviço.

PROGRAMA: Apresentação de uma sessão de formação sobre Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico.

INSCRIÇÃO	

APÊNDICE XIX

Grelha de Descrição de Funções dos Enfermeiros na Sala de Emergência

FUNÇÕES DOS ENFERMEIROS NA SALA DE EMERGÊNCIA

A Sala de Emergência é o setor onde são prestados os cuidados imediatos à pessoa em situação crítica ou em risco de vida, dada sua condição de urgência/emergência, até dois doentes simultaneamente.	
A equipa de enfermagem da Sala de Emergência é constituída por um enfermeiro alocado na Sala de Tratamentos (coordenador da equipa) e outro da Sala de Inalatórios.	
Responsabilidades	
A responsabilidade da Sala de Emergência é da Direção Médica e Chefia de Enfermagem do SU que a poderá delegar num dos seus assessores. De forma a dar resposta às Orientações emanadas pela DGS, no que respeita às diretrizes para a constituição das equipas de trauma, deve ser definido em cada período de 8 horas um enfermeiro (Chefe de Equipa) responsável pelas intervenções na sala. O Chefe de Equipa em cada turno deve proceder à identificação dos enfermeiros escalados para a prestação de cuidados na Sala de Emergência. Para tal, deve ser efetuado o registo de divisão de funções por dia, turno e setor, no dossier que se encontra no gabinete de enfermagem.	
Critérios de Admissão do Doente	
A admissão do doente é uma decisão médica e de enfermagem. Os critérios de admissão na Sala de Emergência e a ativação da equipa de emergência seguem as diretrizes definidas na Circular Normativa, da DGS, de 28/03/2011: • Compromisso da via aérea; • Paragem cardio-respiratória; • Frequência respiratória inferior a 6 ou superior a 35 ciclos por minuto; • SatO2 inferior a 85% com O2 suplementar; • Frequência circulatória abaixo de 40 ou acima de 140 batimentos/minuto, • Tensão arterial sistólica < 90 mmHg; • Diminuição na Escala de Glasgow superior a 2 valores; • Perda súbita de consciência; • Convulsões repetidas ou prolongadas. A admissão deve ser sinalizada através de alarme sonoro (3 toques) e visual (luz vermelha acesa).	
Funções do Enfermeiro	
Primeiro Enfermeiro (coodenador da equipa emergência)	• Verifica a operacionalidade da sala no início de cada turno; • Aciona o código sonoro e reúne a equipa; • Colabora na passagem do doente da maca de transporte para a maca da sala e na exposição do doente; • Recolha de informação relevante transmitida pela família ou profissionais de saúde;

	• Assiste as manobras de manutenção da via aérea e massagem cardíaca; • Executa ENG, se necessário; • Controla o número de pessoas na sala; • Procede aos registos de enfermagem no sistema informático; • Prepara o transporte secundário do doente; • Comunica as informações necessárias e presta apoio emocional à família/pessoa significativa.
Segundo Enfermeiro	• Colabora na passagem do doente da maca de transporte para a maca da sala e na exposição do doente; • Monitoriza o doente (ECG, FC, SpO2, TA, T e Dor); • Cateterização de acessos venosos periféricos; • Procede à colheita de sangue para análises; • Administração terapêutica; • Apoia manobras invasivas; • Procede à algaliação, se necessário.
Terceiro Enfermeiro (se necessário)	• Apoio a técnicas invasivas; • Preparação de material.
Metodologia ABCDE: A - Via aérea e estabilização da coluna cervical; B - Ventilação; C – Circulação e controlo de hemorragia; D – Disfunção neurológica; E – Exposição e controlo térmico.	

APÊNDICE XX

Folha de Registos relativos à Operacionalidade e Funcionalidade da
Sala de Emergência

Mapa de Registro de Operacionalidade da Sala de Emergência
--

[illegible][illegible]

APÊNDICE XXI

Planeamento do PAC

Planeamento do Projeto de Aprendizagem Clínica

Estudante: Sílvia Cláudia Coelho Costa Correia	Orientador: Enfº JF/Professora EM
Instituição: Hospital X	Serviço: Urgência
Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada pela falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados prestados à pessoa em situação crítica são altamente qualificados, exigem observação, colheita e deteção precoce de complicações com vista à recuperação total da pessoa doente (OE, 2011). Segundo o artigo 4º do regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, aprovado pela Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, as competências são: a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2010). Objetivo Geral: Adquirir e desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica: ✓ K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; ✓ K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.	
Objetivo Geral: K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação	

Objetivos Específico	Competência	Unidades Competência	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação
Elaborar um Procedimento Setorial sobre Tipo e Manuseamento de extintores.	Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação.	➤ Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe. ➤ Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.	✓ Pesquisa bibliográfica sobre extintores; ✓ Realizar um estágio no Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente no Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo; ✓ Elaborar o relatório de estágio; ✓ Realizar um procedimento setorial sobre o tipo/manuseamento de extintores: • Discutir o procedimento com a Enfª Chefe e o Enfº Orientador; • Proceder às alterações caso necessário; • Submeter o procedimento à Enfª Chefe para implementação no serviço; • Divulgar a norma através dos Chefes de Equipa.	Procedimento Setorial sobre Tipo/Manuseamento de extintores Relatório de Estágio
Objetivo Geral: K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas				

Objetivos Específico	Competência	Unidades Competência	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação
Aprofundar conhecimentos na área do controlo de infeção através da realização de um estágio na Comissão de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo	Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	➤ Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. ➤ Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	✓ Conhecer a organização e as funções da Comissão de Controlo de Infeção; ✓ Conhecer e discutir o Plano Nacional de Controlo de Infeção; ✓ Adquirir conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar.	Relatório de estágio

Elaborar um Procedimento Setorial sobre o Uso de Equipamento de Proteção Individual, na Sala de Emergência e Transporte do Doente Crítico Infetado.	Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	➤ Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. ➤ Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	✓ Pesquisa bibliográfica sobre precauções básicas e específicas no controlo de Infeção; ✓ Elaborar um Procedimento Setorial sobre o Uso de Equipamento de Proteção Individual, na Sala de Emergência e Transporte do Doente Crítico Infetado: • Discutir o procedimento com a Enfª Chefe e o Enfº Orientador; • Proceder às alterações caso necessário; • Submeter o procedimento à Enfª Chefe para implementação do procedimento no serviço; • Divulgar os procedimentos através dos Chefes de Equipa.	Procedimentos Setoriais
---	--	--	--	-------------------------

Cronograma

K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação						
Objetivos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Elaborar um Procedimento Setorial sobre Tipo e	Pesquisa bibliográfica sobre extintores;					
	Realizar um estágio no Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do Doente no Centro Hospitalar da Região Sul					

Manuseamento de extintores.	do Tejo;					
	Elaborar relatório de estágio					
	Realizar um procedimento setorial sobre o tipo/manuseamento de extintores;					
	Discutir o procedimento com a Enfª Chefe e o Enfº Orientador;					
	Proceder às alterações caso necessário;					
	Submeter o procedimento à Enfª Chefe para implementação no serviço;					
	Divulgar o procedimento através dos Chefes de Equipa.					
K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas						
Objetivos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Aprofundar conhecimentos na área do controlo de infeção através da realização de um estágio na Comissão de Controlo de Infeção do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo	Conhecer a organização e as funções da Comissão de Controlo de Infeção;					
	Conhecer e discutir o Plano Nacional de Controlo de Infeção;					
	Adquirir conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar.					
Elaborar um Procedimento Setorial sobre o Uso de Equipamento de Proteção Individual, na Sala de Emergência e Transporte do Doente Crítico Infetado.	Pesquisa bibliográfica sobre precauções básicas e específicas no controlo de Infeção;					
	Elaborar uma Norma de Procedimento sobre Equipamento de Proteção Individual, na Sala de Emergência e Transporte Doente Crítico Infetado.					
	Discutir o procedimento com a Enfª Chefe e o Enfº Orientador;					
	Proceder às alterações caso necessário;					

	Submeter o procedimento à Enfa Chefe para implementação no serviço;					
	Divulgar o procedimento através dos Chefes de Equipa.					

Recursos:

Físicos:

Hospital X:

- Serviço de Urgência;

Hospital Y:

- Gabinete de Gestão de Risco;
- Comissão de Controlo de Infecção;
- Serviço de Urgência.

Humanos:

Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência, do Hospital X;
 Enfermeiro Orientador do estágio;
 Equipa de Enfermagem, Serviço de Urgência, do Hospital X;
 Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência, Hospital Y;
 Equipa do Gabinete de Gestão de Risco;
 Equipa da Comissão de Controlo de Infecção.

APÊNDICE XXII

Relatório do Estágio Opcional no Gabinete de Gestão de Risco e
Segurança do Doente

CHRST



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL

1º Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO OPCIONAL
GABINETE DE GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO DOENTE
CENTRO HOSPITALAR REGIÃO SUL DO TEJO

Professora Orientadora:

EM

Orientador Estágio:

JN

Elaborado por:

Sílvia Correia nº 100519818

SETÚBAL

MAIO, 2012

ABREVIATURAS

p - Página

SIGLAS

GGRSD - Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente

JCI - Joint Commission Internacional

PAC - Projeto de Aprendizagem Clínica

SGQR – Serviço de Gestão da Qualidade e do Risco

ÍNDICE GERAL

	p.
0. INTRODUÇÃO	4
1. CARATERIZAÇÃO DO GABINETE DE GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO DOENTE	5
2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	7
3. CONCLUSÃO	8
4. BIBLIOGRAFIA	9

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) no sentido de adquirir e desenvolver a competência K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação, através da realização de um estágio opcional no Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente (GGRSD), no Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo, que decorreu no período de 26 de Março a 04 de Maio, num total de 48 horas, sob a orientação do Enfermeiro JN.

Neste sentido, os objetivos definidos para este relatório são: descrever de uma forma clara e sucinta a organização e as funções do Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente; conhecer o plano de emergência e catástrofe da instituição; conhecer ferramentas que permitam identificar, analisar, avaliar e monitorizar riscos existentes na instituição, definindo e implementando medidas preventivas e corretivas.

O presente relatório está estruturado em três partes: na primeira parte descrevemos o Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente, na segunda parte descrevemos as competências desenvolvidas e por último surge a conclusão.

1. CARATERIZAÇÃO DO GABINETE DE GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO DOENTE

O Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo resultou da fusão do Hospital Y com o Hospital X em 2009. Tem como missão assegurar os cuidados de saúde ao nível de educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspetiva de eficiência e melhoria contínua. Promover ainda a satisfação dos utentes, dos profissionais e da comunidade, respeitando o ambiente e potenciando sinergias com outras instituições. Os valores defendidos pela instituição são o Humanismo, Profissionalismo, Rigor, Inovação, Responsabilidade e Eficiência.

O Serviço de Gestão da Qualidade e do Risco (SGQR) é um órgão de assessoria técnica constituído por três núcleos: o Núcleo de Auditorias Internas, o Núcleo de Apoio ao Sistema Integrado de Gestão por Objetivos e por fim o Núcleo de Gestão Documental.

O GGRSD é uma unidade tecnicamente autónoma do Serviço de Gestão da Qualidade sendo o enfermeiro responsável por este gabinete o Enfermeiro JN.

O GGRSD tem como missão:

- Promover e coordenar atividades de melhoria contínua da qualidade e de gestão do risco, assim como os programas de acreditação e certificação;
- Colaborar com o grupo SIGO nas atividades do Sistema Integrado de Gestão por objetivos.

Tem como metas:

- Assegurar um patamar elevado e uniforme na qualidade dos cuidados e segurança do doente;
- Obter uma melhoria contínua com vista à acreditação pelos padrões da Joint Commission Internacional (JCI).

O processo de acreditação foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade no interior de uma instituição que se empenha em aperfeiçoar continuamente os processos de cuidado à pessoa doente e os resultados obtidos.

É o SGQR que coordena o programa de acreditação da JCI, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente, garantir um ambiente seguro e trabalhar continuamente de forma a reduzir os riscos para todos os doentes e profissionais. Assim, cabe ao SGQR a articulação com as entidades acreditadoras, apoiar os serviços no planeamento e implementação de ações corretivas decorrentes de auditorias e preparar as visitas das entidades acreditadoras.

O GGRSD desenvolve as seguintes atividades:

- Identificação e avaliação continuada de riscos clínicos, seus fatores causais e proposta de medidas preventivas;
- Gestão do sistema de relato de incidentes, sua investigação e seguimento;
- Análise de reclamações e de queixas que permitem a identificação precoce de riscos;
- Colaboração na implementação do Plano de Catástrofe Externa;
- Realização de auditorias clínicas;
- Promover formação na área de gestão do risco clínico e da auditoria clínica.

2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Com a realização deste estágio pretendemos aquisição de conhecimentos que nos permitam desenvolver e adquirir a competência K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

No início do estágio foi-nos explicado a organização e funções do Gabinete de Gestão do Risco e Segurança do doente.

Foi possível realizar alguma pesquisa bibliográfica no gabinete, nomeadamente a consulta de manuais, normas, procedimentos e decretos lei.

Conhecemos e discutimos o manual da DGS, do Departamento da Qualidade, para a Elaboração de um Plano de Emergência para as Unidades de Saúde e o Plano de Emergência Interno do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo.

Conhecemos a nova aplicação, Risco Gestão, que permite o registo de vários tipos de incidentes: infeção associada aos cuidados de saúde, medicação/fluidos intra-venosos, sangue e derivados, alimentação e dieta, dispositivo/equipamento médico, queda do doente, úlceras por pressão e segurança geral, contribuindo, assim, para a identificação de riscos e ações que visem a diminuição dos mesmos.

Foi possível trabalharmos um instrumento designado de Ficha de Identificação e Avaliação do Risco, que se encontra disponível no portal interno do hospital e é aplicável a todos os serviços do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo. Em todos os serviços existem elos de ligação responsáveis pela dinamização da gestão do risco, sendo responsáveis por identificar, analisar, avaliar e monitorizar os riscos existentes nos diversos serviços. Para tal o centro hospitalar, adotou a matriz de avaliação do risco definida pela National Patient Safety Agency, constituída por 3 tabelas: análise da consequência do risco, análise da probabilidade do risco e classificação do nível de risco.

3. CONCLUSÃO

Consideramos que a realização deste estágio permitiu-nos adquirir e aprofundar conhecimentos, constituindo uma mobilização de saberes que fundamentaram as nossas ações para uma prestação de cuidados segura e de qualidade.

O Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente permite o desenvolvimento de uma cultura de segurança, através de um sistema de notificação para identificação de riscos e implementação de ações que visem a sua diminuição/eliminação. Estas ações podem assumir a forma de alteração de procedimentos, recomendações de boas práticas e definição de medidas de segurança.

Todas as atividades que desenvolvemos foram pertinentes, permitindo-nos uma reflexão sobre a nossa prática diária. Consideramos que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos.

Foi-nos assim, possível, desenvolver e adquirir a competência K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

4. BIBLIOGRAFIA

Documentos do Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente, do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo.

Portfolio realizado durante o estágio no Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente.

APÊNDICE XXIII

Procedimento Setorial sobre o Tipo e Manuseamento de Extintores

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO		
Nº E DATA DE REVISÃO	0	

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
--

1. OBJETIVO

Defenir a atuação dos profissionais do Serviço de Urgência, do Hospital X, no manuseamento de extintores, no sentido de limitar a propagação do fogo, fumo e gases de combustão.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se a todos os profissionais do Serviço de Urgência, do Hospital X.

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em __/__/____

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento:

Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência.

4.2 Pela revisão do procedimento:

Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência e grupo de Enfermeiros de referência para a Melhoria Contínua da Qualidade.

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
	Serviço de Gestão da Qualidade	

5. DEFINIÇÕES

Fogo - combustão que resulta de uma reação química exotérmica, que se desenvolve na presença de três elementos: combustível, comburente e fonte de ignição, em condições ideais, que é normalmente acompanhada pela libertação de calor, radiação luminosa, fumos e gases.

Classes de Fogo - classificam-se em quatro categorias diferentes:

Classe A – fogos que resultam da combustão de materiais sólidos, geralmente de natureza orgânica, em que a combustão se faz normalmente com a formação de brasas (madeira, carvão, papel, tecidos, plásticos);

Classe B – fogos que resultam da combustão de líquidos ou de sólidos liquidificáveis (óleo, gasolina, álcool, tintas, ceras, vernizes);

Classe C – fogos que resultam da combustão de gases (butano, propano, gás natural, etileno, acetileno);

Classe D – fogos que resultam da combustão de metais leves (sódio, magnésio, titâneo, alumínio).

Extintor - aparelho que contém um agente extintor, o qual pode ser projetado e dirigido para um fogo por ação de uma pressão interna. Esta pressão pode ser produzida por prévia compressão ou pela libertação de um gás auxiliar.

Agente extintor - substância contida no extintor, que provoca a extinção do fogo. Os mais utilizados são a água, espumas, pós químicos e CO₂.

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

NE – Norma Europeia

NP – Norma Portuguesa

SU – Serviço de Urgência.

7. REFERÊNCIAS

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
<i>Joint Commission International</i>	Gestão e Segurança das Instalações	FMS.7
<i>Decreto Lei Nº 220/2008 de 12 de Novembro</i>	Segurança contra Incêndios em Edifícios	-----
<i>NP EN 3 - 5 – 1997</i>	Segurança contra incêndio – Extintores de incêndio portáteis. Especificações e ensaios complementares.	-----
<i>NP EN 3 - 1997</i>	Segurança contra incêndio – Extintores de incêndio portáteis. Ensaio de estanquidade, dieléctrico e de compactação.	-----

8. DESCRIÇÃO

O extintor é um meio de primeira intervenção utilizado no combate a um foco de incêndio. A utilização de um extintor pode ser feita por qualquer pessoa logo que se detete um foco de incêndio. A rapidez de atuação é primordial, na medida em que o extintor só é eficaz na fase inicial de um incêndio.

Os extintores disponíveis no SU do Hospital X são do tipo: portáteis, manuais, de pressão permanente cujo agente extintor é o pó químico ABC.

8.1 – Classificação dos Extintores

A classificação dos extintores é efetuada com base nos seguintes critérios:

1. Mobilidade do extintor;
2. Agente extintor e eficácia;
3. Modo de funcionamento;

1. Quanto à mobilidade, os extintores classificam-se:

- Portáteis, dividindo-se em manuais e dorsais;
- Móveis (também designados por transportáveis).



Fig. 1 – Tipos extintores quanto à mobilidade

Salientam-se algumas das características dos extintores portáteis, que importa tomar em consideração:

- Os extintores devem ser construídos sem arestas vivas susceptíveis de provocar qualquer ferimento ao utilizador;
- Os extintores cujo agente extintor tenha uma massa superior a 3 kg ou um volume superior a 3 l devem ser equipados com uma mangueira e uma agulheta. O conjunto da mangueira e da agulheta deve ter um comprimento pelo menos igual a 80% da altura total do extintor, com um mínimo de 400 mm;
- O tempo médio de descarga de um extintor portátil, com 6 a 10 kg de pó, é cerca de 12 segundos;
- Sempre que um extintor seja utilizado deve proceder-se de imediato à sua recarga, mesmo que não tenha sido totalmente descarregado.

2. Agente Extintor

Conhecidos os combustíveis existentes no SU, escolheu-se o agente extintor de pó químico com características para atuar com maior eficácia na extinção dos possíveis focos de incêndio.

O extintor de pó químico contém, como agente extintor, uma substância sólida de cristais secos, finamente divididos em partículas de dimensões micrométricas e perfeitamente fluídas.

Existem diversos tipos de pó químico para carregar extintores, no caso dos extintores existentes no SU trata-se do Pó ABC (polivalente), cujo agente extintor é composto à base de fosfato de amônia. Eficaz na extinção de fogos das classes A,B e C.

3. Modo de Funcionamento

Nos extintores de pressão permanente, o agente extintor e o gás propulsor, geralmente azoto (N₂), estão misturados no recipiente. O agente extintor ocupa uma grande parte do volume interno do recipiente, ficando o restante, designado por câmara de expansão, reservado para o gás propulsor que se encontra a uma pressão entre 12 e 14 kg/cm². Nestes extintores existe um manómetro que permite verificar se a pressão interna se encontra dentro dos valores estipulados para o funcionamento eficaz do extintor. Quando se retira a cavilha de segurança e se abre a válvula do extintor, o agente extintor, pela ação da pressão exercida pelo gás propulsor, é expelido para o exterior através do tubo sifão e mangueira com bico difusor colocado na sua extremidade. Para se interromper, temporária ou definitivamente, a descarga do agente extintor, basta fechar a válvula de controlo.



Fig. 2 – Extintor de pressão permanente de pó químico

8.2 Componentes de Identificação

De acordo com a NP EN 3-5, ponto 7, de 1997, um extintor tem duas componentes de identificação:

- Cor – na Europa, a cor do corpo dos extintores é, obrigatoriamente, vermelha.
- Marcações (rótulo) – os rótulos, escritos em língua portuguesa, devem ser colocados numa posição em que possam ser lidos e que permitam reconhecer e utilizar rapidamente o extintor. Devem conter cinco áreas diferenciadas, as seguintes indicações:

Área 1

- A palavra EXTINTOR;
- O tipo de agente extintor e a sua capacidade;
- A referência aos fogos, tipo para os quais o extintor está aprovado;

Área 2

- O modo de atuação, que deve incluir ilustrações sugestivas e os pictogramas das classes de fogo para as quais o extintor é indicado;

Área 3

- As restrições ou riscos da utilização relativamente à toxicidade e à tensão elétrica;

Área 4

- Instruções complementares (limites de temperatura, verificações periódicas, referências de certificação, designação do modelo de fabricante);

Área 5

- Nome e endereço do fabricante ou seu representante.



Fig. 3 – Exemplo Rótulo

8.3 Inspeção e Manutenção

É imperativo que os extintores se encontrem em perfeitas condições de operacionalidade aquando da sua utilização. Os extintores devem ser inspecionados com a frequência que as circunstâncias imponham, devendo contudo, sê-lo, pelo menos, trimestralmente.

Ao inspecionar um extintor, o pessoal designado deve ter em consideração se:

- O extintor está no local adequado;
- O extintor não tem o acesso obstruído, está visível, bem sinalizado e que as instruções de manuseamento em língua portuguesa de acordo com a NP EN 3, estão situadas na parte da frente;
- As instruções de manuseamento estão legíveis e não apresentam danos;
- O peso ou pressão, consoante o caso, estão corretos;
- O corpo do extintor, bem como a válvula, a mangueira e a agulheta estão nas devidas condições;
- O selo não está violado.

A manutenção deve ser feita por uma empresa com o serviço de manutenção certificado para tal.

Quando retirados do seu local, para manutenção ou recarga, os extintores devem ser substituídos por outros, de reserva, do mesmo tipo e com a mesma eficácia.

Tal como para a manutenção, a recarga dos extintores deve ser feita por empresa com serviço de manutenção certificado.

8.4 Manuseamento do Extintor

Qualquer pessoa que detete um incêndio pode utilizar um extintor.

Para tal, é necessário o conhecimento prévio deste equipamento, bem como o conhecimento de regras básicas para a segurança das pessoas e eficácia na extinção do foco de incêndio:

- Conhecer a localização, tipo e modo de utilização dos extintores distribuídos pelas instalações;
- Ao detetar um foco de incêndio, dar o alarme, alertar ou fazer alertar meios suplementares de ajuda (segurança, bombeiros, etc.);
- Atuar rapidamente, utilizando o extintor adequado à classe de fogo. Sempre que possível, e, sobretudo em interiores, fazer-se acompanhar por outras pessoas. Em ambientes envoltos em fumo poderá ocorrer desorientação ou perda de consciência;
- Tentar extinguir o foco de incêndio de acordo com os procedimentos indicados a seguir.

8.4.1 Ativação do Extintor

Para a utilização do extintor é necessário:

- Retirar a cavilha de segurança. No caso dos extintores de pressão permanente, ficam prontos a funcionar a partir desse momento;
- Pressurizar o extintor;
- Premir o manípulo existente na válvula do extintor;
- Distanciar-se 3 a 5 m do foco de incêndio.

9. INDICADORES

Não aplicável.

10. ANEXOS

Anexo I – Mapa da Relação Classe de Fogo – Agente Extintor

Mapa da Relação Classe de Fogo – Agente Extintor

CLASSES DE FOGOS	AGENTES EXTINTORES						
	Água		Espuma	CO ₂	Pó químico		
	Jacto	Pulverizada			ABC	BC	D
A	Sim Bom	Sim Muito bom	Sim Bom	Não	Sim Muito bom	Não	Não
B	Não	Sim Aceitável	Sim Muito bom	Sim Bom	Sim Muito bom	Sim Muito bom	Não
C	Não	Não	Não	Sim Bom	Sim Bom	Sim Bom	Não
D	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim Muito bom

APÊNDICE XXIV

Relatório de Estágio Opcional na Comissão de Controlo de Infecção CHRST



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO OPCIONAL
COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO
CENTRO HOSPITALAR REGIÃO SUL TEJO

Professora Orientadora:

EM

Orientador Estágio:

RR

Elaborado por:

Sílvia Correia nº 100519818

SETÚBAL

Maio, 2012

ABREVIATURAS

Fig – Figura

p. - Página

SIGLAS

CCI - Comissão de Controlo de Infecção

DGS – Direção Geral da Saúde

ECDC – European Center for Disease Prevention and Control

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infecção

POPCI – Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção

UE – União Europeia

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 – Organograma da CCI

p.
6

ÍNDICE GERAL

0. INTRODUÇÃO	p. 5
1. DESCRIÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO HOSPITALAR	6
2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	12
3. CONCLUSÃO	15
4. BIBLIOGRAFIA	16

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) no sentido de adquirir e desenvolver a competência K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, através da realização de um estágio opcional na Comissão de Controlo de Infeção (CCI), do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo, que decorreu no período de 14 de Maio a 13 de Junho, num total de 32 horas, sob a orientação da Enfermeira RR e TS.

Neste sentido, os objetivos definidos para este relatório são: descrever de uma forma clara e sucinta a organização e as funções da CCI, conhecer o Plano Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) e adquirir conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar.

O presente relatório está estruturado em três partes: na primeira parte descrevemos a CCI, na segunda parte descrevemos as competências desenvolvidas e por último surge a conclusão.

1. DESCRIÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO DO CHRST

A CCI é um órgão de assessoria ao Conselho de Administração com o objetivo de planear, implementar e monitorizar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo da Infecção (POPCI), de acordo com as diretivas nacionais e regionais e as características e especificidades do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo.

Formada em 2004, é constituída por um Núcleo Executivo, um Núcleo Técnico, um Núcleo Consultivo e por vários elos de ligação.

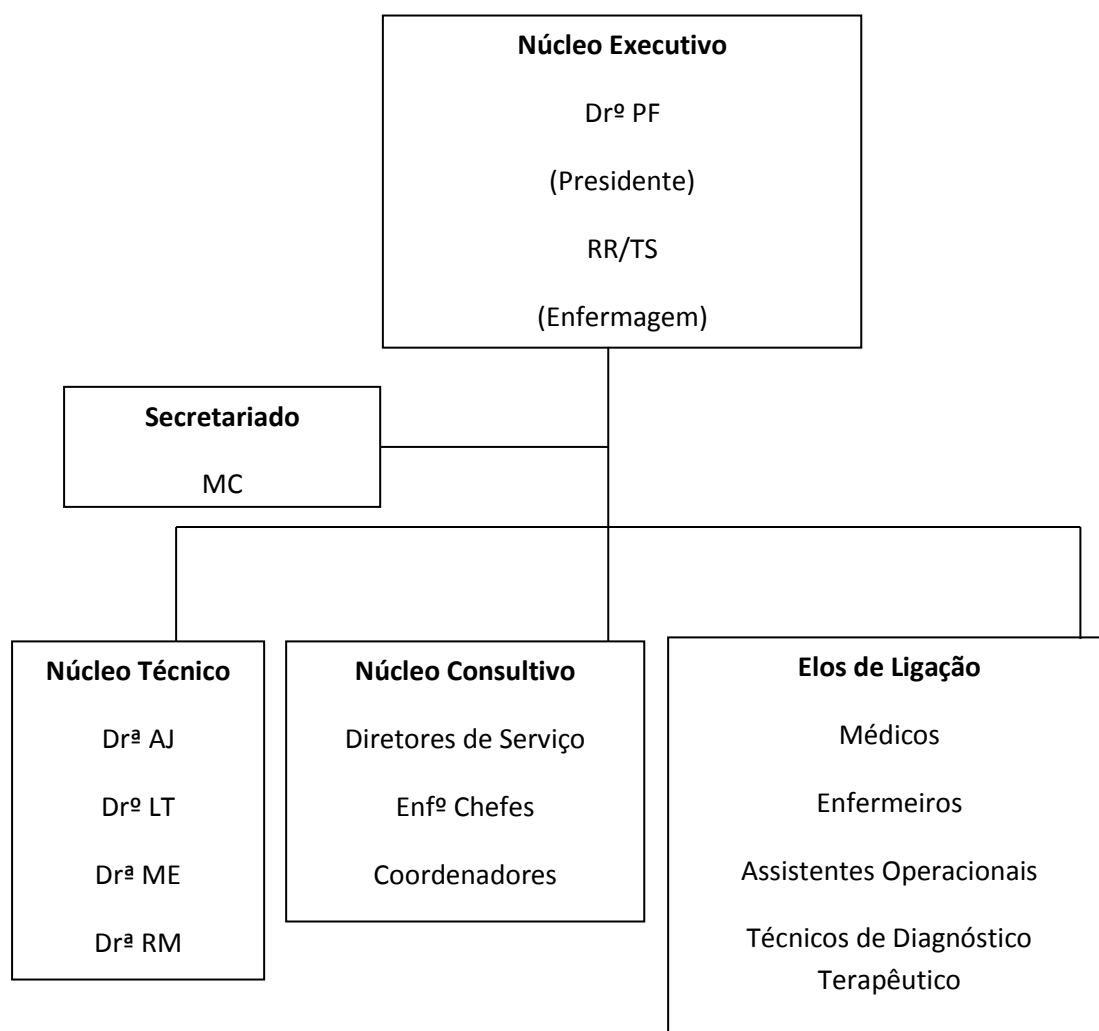


Fig 1. Organograma da CCI

NÚCLEO EXECUTIVO

Presidente

- Representa a CCI em todos os atos ou eventos, para que esta seja solicitada, cabendo-lhe a delegação de competências e de representação da CCI em outros elementos da Comissão, sempre que assim o entenda;
- Coordena o trabalho a efetuar pela Comissão;
- Coordena os estudos a efetuar pela CCI, de iniciativa desta ou quando em colaboração com outras instituições;
- Define o trabalho de plano anual;
- Coordena a elaboração do relatório e planos anuais;
- Distribui tarefas pelos membros da CCI;
- Área Clínica: Medicina Interna.

Enfermagem

- Têm a seu cargo toda a intervenção atinente à execução e implementação das normas e procedimentos de controlo de infeção, devendo, com a colaboração dos elos de ligação dos serviços, promover a realização de boas práticas que permitam a redução da infeção a nível hospitalar;
- Planeiam e aplicam sistemas de monitorização do cumprimento das normas e procedimentos;
- Identificam as necessidades de formação, planeando e desenvolvendo ações de formação que abranjam todos os grupos profissionais, selecionando conteúdos temáticos adequados à área de intervenção e profissionais envolvidos;
- Colaboram no planeamento e implementação dos programas de Vigilância Epidemiológica de acordo com o PNCl e as especificidades do centro hospitalar. A operacionalização da Vigilância Epidemiológica no Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo compreende:
 - A amostra dos produtos orgânicos é enviada para o laboratório para análise;

- Mediante a deteção, no laboratório, dos microrganismos alerta, os multirresistentes e os de fácil transmissão (staphylococcus aureus metilcilina- resistente, staphylococcus aureus resistente à vancomicina, acinetobacter, enterococcus resistente à vancomicina, enterobactereaceas, pseudomonas resistente aos carbapenemes ou multirresistente, clostridium difficile), os resultados são enviados para a CCI e para o serviço onde o doente está internado para conhecimento dos enfermeiros chefes e respetivos chefes de serviços. Esta medida é fundamental para a aplicação de medidas de isolamento o mais precoce possível, assim como as restantes medidas terapêuticas necessárias.
- Perante os resultados a CCI regista na folha de preenchimento obrigatório, com vista à participação da infeção, e envia para o serviço do doente para colocar no processo.
- São responsáveis pela execução dos estudos de incidência a realizar;
- Realizam o Inquérito de Prevalência de Infeção anual do centro hospitalar;
- Elaboram o caderno de encargos da limpeza, resíduos e lavandaria em colaboração com os Serviços Hoteleiros;
- Realizam auditorias duas vezes por ano a todos os serviços do centro hospitalar, incluindo serviços de limpeza e lavandaria;
- Realizam consultoria e apoio, nomeadamente:
 - Colaboram no cumprimento das normas de utilização de antibióticos em função dos resultados da vigilância epidemiológica e a informação das resistências institucionais;
 - Elaboram e colaboram na implementação das normas de utilização de antissépticos e desinfetantes;
 - Elaboram e colaboram na implementação das normas de descontaminação de materiais equipamentos (limpeza, desinfeção e esterilização);
 - Colaboram com o Serviço de Aprovisionamento na definição das características de materiais e equipamento clínico com implicações no controlo e prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS);

- Colaboram com o Serviço de Gestão Hotelaria na definição de procedimentos que minimizem o risco de transmissão cruzada de infeção (ex. limpeza do ambiente, roupa, alimentação, resíduos);
 - Colaboram com o Serviço de Instalações e Equipamentos emitindo pareceres sobre aspetos relacionados com a gestão da qualidade da água e do ar, em projetos de execução de obras e avaliação da sua concretização e na aquisição de equipamentos relacionados com a prevenção e controlo de infeção;
 - Colaboram com a Saúde Ocupacional/Gestão de Risco na avaliação e controlo de risco biológico para profissionais e na aplicação de normas legais sobre as condições de higiene e segurança no trabalho.
- Colaboram no planeamento e implementação de eventos científicos e ou investigação a nível nacional e internacional;
- Colaboram na recolha e divulgação de bibliografia atualizada.

NÚCLEO TÉCNICO

- Reúne com o Grupo Executivo sempre que solicitado;
- Colabora em estudos de vigilância epidemiológica;
- Sensibilizam os profissionais para os problemas da infeção hospitalar;
- Colaboram, sempre que necessário, nas ações de formação definidas pela CCI;
- Colaboram em auditorias aos serviços, sempre que solicitados;
- Áreas Clínicas: Infeciologia, Cirurgia, Patologia Clínica, Farmácia.

NÚCLEO CONSULTIVO

- Colaboram com a CCI sempre que solicitados para o efeito.

ELOS DE LIGAÇÃO

- Designados pelos serviços de Ação Médica: um médico, um enfermeiro e um auxiliar de ação médica de cada serviço;

- Reunem com a CCI, quando convocados;
- Identificam problemas nos serviços e informam a CCI, em caso de surto epidémico ou outras situações de risco em controlo de infeção;
- Põe em prática e acompanham a execução de normas emanadas pela CCI, nos respetivos serviços;
- Propõem à CCI a realização de estudos ou ações de formação nos seus serviços ou unidades.

SECRETARIADO

- Faz as convocatórias das reuniões;
- Recebe, encaminha e arquiva a correspondência da CCI;
- Organiza arquivos;
- Executa serviços de datilografia;
- Colabora nos programas de vigilância epidemiológica, nos registos e no levantamento de resultados laboratoriais.

Todos os seus membros reúnem periodicamente, e sempre que necessário, de acordo com as necessidades existentes. Da mesma forma que todos participam ativamente nas atividades e ações propostas pelo PNCI, consignados no POPCI do centro hospitalar, abrangendo as principais vertentes de intervenção definidas no PNCI: vigilância epidemiológica, elaboração e divulgação de normas de boa prática clínica, formação e consultoria, com o objetivo de reduzir as IACS, evitáveis, através da implementação de práticas basadas na evidência.

Missão

- Ser reconhecida como um serviço de referência na Instituição em matéria de prevenção e controlo de infeção, assumindo-se como parceira privilegiada do Conselho de Administração e dos profissionais prestadores de cuidados.
- Ser um centro de recursos e de conhecimento na área e elemento dinamizador da política de qualidade dos cuidados na Instituição.

Meta

- Motivar e sensibilizar os enfermeiros para a melhoria contínua das práticas de prevenção e controlo de IACS.

Valores

- Transparência nos processos de decisão, baseados em critérios explícitos e disponíveis;
- Desempenho norteado pela competência técnico-científica, baseada na melhor evidência científica possível;
- Respeito pelos princípios éticos, integridade, participação e confidencialidade.

2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Com a realização deste estágio pretendemos a aquisição de conhecimentos que nos permitam desenvolver e adquirir a competência K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Dado o curto espaço de tempo para a realização do estágio, procurámos junto da CCI desenvolver as atividades mais pertinentes, tendo em conta os objetivos propostos.

No início do estágio foi-nos explicado a organização da CCI, as funções dos vários núcleos que a constituem, bem como as suas responsabilidades e medidas de intervenção de acordo com o PNCI. Aprovado em 2007 o PNCI tem como objetivo reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde, evitáveis, através da implementação de práticas baseadas na evidência (DGS, 2007). Tem por missão melhorar a qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde, através de uma abordagem integrada e multidisciplinar para a vigilância, prevenção e controlo das IACS (DGS, 2007). Os projetos em desenvolvimento estão dirigidos à vigilância epidemiológica, ao desenvolvimento de normas e procedimentos de boas práticas, formação, consultadoria e apoio. Segundo o PNCI (2007, pg.4) a IACS *“é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade”*. A Direção Geral da Saúde (DGS) é a entidade promotora do PNCI, emitindo normas essenciais sobre a prevenção e controlo da infeção. É esta entidade que desenvolve ações de formação, destinadas aos elementos das CCI das várias unidades de saúde nacionais, para que se possam implementar alguns dos programas do PNCI.

Foi possível ter acesso aos diversos documentos existentes na CCI, nomeadamente PNCI, POPCI, Decretos Leis e aos programas de controlo de infeção implementados no centro hospitalar.

No âmbito da formação foi possível assistir a uma formação sobre higienização das mãos, do programa de “Mãos limpas salvam vidas”, destinada aos alunos de

enfermagem que estavam a realizar estágio nos serviços de medicina e cirurgia e a uma formação para enfermeiros observadores da prática da higienização das mãos, dos diversos serviços do Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo.

A primeira abordou: o porquê da higienização das mãos; as regras de ouro da higiene das mãos; os 5 momentos da higienização das mãos (antes do contacto com o doente, antes de procedimentos limpos/assépticos, após o risco de exposição a fluidos orgânicos, após o contacto com o doente e por fim após o contacto com o ambiente envolvente do doente); lavagem das mãos com água e sabão; a fricção anti-sética das mãos e o uso de luvas e a higiene das mãos.

A sessão para enfermeiros observadores da prática da higienização das mãos foi realizada através da ferramenta “Training films” incluída na Estratégia Multimodal da Higiene das Mãos da Organização Mundial da Saúde, para ajudar os profissionais de saúde a melhor entenderem o conceito dos 5 momentos para a higiene das mãos.

Os 9 filmes permitem aos observadores visualizar exemplos práticos que ilustrem os 5 momentos da higienização das mãos, treinando-os para o preenchimento do Formulário de Observação. Os primeiros 5 cenários são dedicados aos 5 momentos/ indicações para a higiene das mãos, os últimos 4 demonstram exemplos de sequências de cuidados durante as quais, podem ocorrer várias indicações para a higiene das mãos, procedendo-se ao preenchimento do Formulário de Observação.

Participámos no Inquérito Europeu de Prevalência de Infecções Hospitalares e Uso de Antimicrobianos, que decorreu no Hospital Y nos dias 29 e 30 de Maio. Os objetivos do Inquérito Europeu de Prevalência de Infecção Associada a Cuidados de Saúde/Infecção Hospitalar (IACS/IH) e uso de antimicrobianos (UA) nos hospitais de agudos são:

1. Estimar a sobrecarga total (prevalência) de IACS/IH e UA nos hospitais de agudos na União Europeia (UE);
2. Descrever doentes, procedimentos invasivos, infeções (localizações, microrganismos incluindo marcadores de resistência antimicrobiana) e prescrição de antimicrobianos (produtos, indicações):
 - Por tipo de doentes, especialidades ou instituições de saúde;
 - Por países da UE, ajustados ou estratificados;

3. Divulgação dos resultados aqueles que devem ter conhecimento a nível local, regional, nacional e da EU a fim de:

- Promover a sensibilização;
- Reforçar a formação, estruturas e perícia na vigilância epidemiológica;
- Identificar problemas comuns ao nível da UE e utilizar a informação para estabelecimento de prioridades;
- Avaliar o impacto das estratégias e orientar as políticas futuras a nível local/ nacional/ regional;

4. Fornecer aos hospitais um instrumento padronizado que permita identificar alvos para as intervenções de melhoria de qualidade (ECDC, 2012).

Os dados foram colhidos num único dia por cada enfermaria e para cada doente que tenha uma Infecção Hospitalar ativa, relacionada com um internamento por uma situação aguda e/ou esteja a receber um antimicrobiano na altura do estudo. Participámos na colheita de dados no Serviço de Medicina, Cirurgia, Pneumologia, Oncologia, Cardiologia, Neurologia, Psiquiatria, Ortopedia, Urologia e Ginecologia. Os dados foram posteriormente registados num formulário e após uma verificação prévia foram introduzidos no software HELICSwIn uma vez que cada hospital tem um código de acesso. Seguidamente serão exportados pelos hospitais e transferidos para o centro nacional de coordenação na DGS.

Foi também possível colaborarmos com o Serviço de Gestão Hoteleira, numa visita técnica com a Ambimed aos resíduos hospitalares. Esta visita teve como objetivo verificar se os profissionais estavam a colocar os resíduos nos contentores respetivos.

3. CONCLUSÃO

Consideramos que a realização deste estágio permitiu-nos adquirir e aprofundar conhecimentos, constituindo uma mobilização de saberes que fundamentaram as nossas ações para uma prestação de cuidados segura e de qualidade.

Todas as atividades que desenvolvemos foram pertinentes, permitindo-nos uma reflexão sobre a nossa prática diária. Consideramos que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos.

Foi-nos assim, possível, desenvolver e adquirir a competência K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

4. BIBLIOGRAFIA

Direção Geral da Saúde (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Manual de operacionalização. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 15 de Setembro de 2011 em <http://www.dgs.pt/ms/3/deful.aspx?codigoms5514>.

Documentos da Comissão de Controlo de Infeção.

Portfolio realizado durante o estágio na Comissão de Controlo de Infeção.

Apêndice XXV

Quadro de Avaliação das Guidelines (AGREE)

DOMÍNIO	ITENS	AVALIADOR - GUIDELINES CDC					AVALIADOR - GUIDELINES HPS (ESCÓCIA)				
		1	2	3	SUBTOTAL	FORMULA	1	2	3	SUBTOTAL	FORMULA
1	1	7	7	7			5	5	5		
	2	7	7	7			4	4	4		
	3	7	7	7			3	3	3		
SubTotal		21	21	21	63	100%	12	12	12	36	50%
2	4	7	7	7			5	5	5		
	5	7	7	7			3	3	3		
	6	7	7	7			3	3	4		
SubTotal		21	21	21	63	100%	11	11	12	34	46,29%
3	7	7	7	7			2	3	2		
	8	7	7	7			3	3	3		
	9	7	7	7			4	4	4		
	10	7	7	6			3	3	3		
	11	7	7	7			3	3	3		
	12	7	7	7			1	2	2		
	13	7	7	7			5	5	5		
	14	6	6	6			4	4	4		
SubTotal		55	55	54	164	97,22%	25	27	26	78	37,50%
4	15	7	7	7			5	5	5		
	16	7	7	7			5	5	5		
	17	7	7	7			6	6	6		
SubTotal		21	21	21	63	100%	16	16	16	48	72,22%
5	18	6	6	6			5	5	5		
	19	7	7	7			1	1	2		
	20	1	1	1			1	1	1		
	21	7	7	7			2	2	2		
SubTotal		21	21	21	63	70,83%	9	9	10	28	22,22%
6	22	7	7	7			2	2	2		
	23	6	6	6			1	1	1		
SubTotal		13	13	13	39	91,66%	3	3	3	9	8,30%

Apêndice XXVI

Procedimento Setorial sobre o Uso de Equipamento de Proteção Individual na Sala de Emergência

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO		
Nº E DATA DE REVISÃO	0	

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
--

1. OBJETIVO

Utilização adequada de EPI.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os profissionais de saúde que prestam cuidados na SE do Hospital X.

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em __/__/____

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento:

Enfª Chefe do Serviço de Urgência.

4.2 Pela revisão do procedimento:

Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência e os elos de ligação da CCI.

5. DEFINIÇÕES

Equipamento Proteção Individual – equipamento especializado para proteger os profissionais de saúde da exposição a agentes infecciosos.

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
	Serviço de Gestão da Qualidade	

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IM – Intra Muscular

SC – Sub cutânea

SU – Serviço de Urgência.

7. REFERÊNCIAS

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS

Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for isolation precautions: Preventing Transmission of infectious agents in healthcare settings (2007). Acedido em 07 de Junho de 2012, em <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>.

Centro Hospitalar Lisboa Central - Procedimento Multisetorial: Precauções Básicas (2012).

8. DESCRIÇÃO

O centro hospitalar é responsável por fornecer ao SU os EPI, sendo responsabilidade dos profissionais de saúde a seleção adequada dos EPI em função do contacto previsto.

Luvas

- Usar luvas na antecipação de contacto direto com sangue ou fluidos corporais, secreções, mucosas, pele não integra ou contaminada com urina ou fezes.
- Usar luvas de tamanho e durabilidade de acordo com a tarefa a realizar:
 - luvas de uso único nos cuidados diretos prestado à pessoa doente;
 - luvas reutilizáveis na limpeza de equipamentos médicos ou ambiente.

- Mudar de luvas na prestação de cuidados à pessoa doente quando passar de um local contaminado para um local limpo.
- Remover as luvas após contacto com a pessoa doente ou o seu ambiente envolvente:
 - não utilizar o mesmo par de luvas para cuidar mais do que uma pessoa,
 - se há suspeita de rutura,
 - não reutilizar as luvas.
- Quando usadas em combinação com outros EPI, são colocadas em último.
- O uso das luvas não substitui a necessidade da lavagem das mãos.

Indicação para uso de luvas limpas

Previsão de contacto com sangue, fluidos orgânicos, materiais visivelmente sujos com fluidos orgânicos (contacto direto com sangue, secreções, excreções, mucosas e pele não intacta; potencial presença de microorganismos altamente infecciosos e perigosos; situações epidémicas ou de emergência; remoção e inserção de cateteres periféricos; colheita de sangue; interrupção da linha venosa; exame pélvico e vaginal; aspiração tubos endotraqueais em sistemas não fechados, manuseamento de arrastadeiras).

Indicação para uso de luvas esterilizadas

Procedimentos cirúrgicos; técnica asséptica, partos vaginais; colocação de acessos centrais, preparação de citostáticos.

Indicação para não usar luvas

Não há previsão de exposição a sangue, fluidos orgânicos, ou ambiente contaminado (avaliação sinais vitais; administração de injeções SC e IM, transporte de doentes).

Máscaras/proteção dos olhos e face

As máscaras são utilizadas:

- Proteger os profissionais de saúde durante procedimentos e cuidados suscetíveis de criar salpicos e aerossóis com sangue ou outros fluidos orgânicos, secreções e excreções;
- Proteger os doentes quando envolvidos em procedimentos que requerem técnica assética;
- Na higiene respiratória dos doentes.

As máscaras podem ser utilizadas em combinação com óculos para proteger a boca, nariz e olhos, ou usar uma máscara de viseira em substituição dos óculos.

A máscara cirúrgica deve ser usada em determinados procedimentos:

- Salpicos de sangue; fluidos corporais, secreções, excreções ou por exemplo aspiração endotraqueal, broncoscopia, procedimentos invasivos vasculares. Intervenções cirúrgicas; doentes imunodeprimidos; no isolamento de gotículas, streptococcus grupo A, neisseria meningitis, difteria.

Não se deve confundir máscaras com respiradores de partículas que são usados para prevenir a inalação de pequenas partículas que podem conter agentes infecciosos transmitidos através da via aérea.

O respirador de partículas está indicado no isolamento da via aérea, como por exemplo:

- Na tuberculose; sarampo; varicela, herpes zooster.

Óculos protegem apenas os olhos, devem ser colocados por forma a cobrir os olhos mesmo lateralmente, o anti embaciamento é importante para permitir uma boa visualização. Os óculos pessoais não servem de proteção.

Batas/aventais

As batas e aventais estão indicados na prevenção da contaminação de pele e roupa nos procedimentos em que se prevê contacto com sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções. Desta forma, para além da proteção do profissional de saúde, reduz o risco de infeção cruzada a outros doentes através da roupa.

Batas:

- Podem ser de algodão ou sintéticas. Estes materiais variam no grau de resistência, as batas de algodão quando húmidas facilitam a passagem de microorganismos.

- Limpas ou esterilizadas. Batas limpas são geralmente utilizadas nos isolamentos, enquanto que as esterilizadas são utilizadas em procedimentos invasivos.
- Reutilizáveis ou descartáveis,

Os aventais de plásticos são sempre descartáveis e estão recomendados quando não há necessidade de proteger os membros inferiores

9. INDICADORES

Não aplicável.

10. ANEXOS

Anexo I – Colocação EPI

Anexo II – Remoção de EPI

COLOCAÇÃO DE EPI

1º BATA

- Selecionar a bata apropriada;
- Abrir pela parte posterior;
- Vestir apertando os atilhos atrás;
- Se a bata for demasiado pequena, pode vestir duas (uma bata ata à frente, a 2ª bata ata atrás).



2º MÁSCARA OU RESPIRADOR

MÁSCARA

- Colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo,
- Ajustar a parte superior ao nariz;
- Segure com os atilhos ou elásticos na cabeça;
- Ajustar.



RESPIRADOR

- Colocar o respirador sobre o nariz, boca e queixo;
- Ajustar a parte superior ao nariz,
- Segurar com os elásticos na cabeça;
- Verificar se está bem colocado:
 - Inalar - o respirador deve colapsar;
 - Exalar - verificar se existem fugas de ar em redor da face.

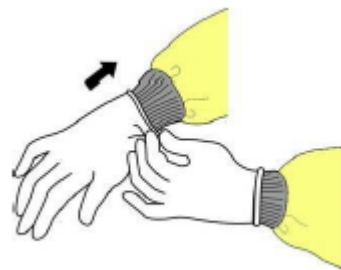
3º ÓCULOS/PROTEÇÃO FACIAL

- Posicionar os óculos sobre os olhos e segura-los nas orelhas ou usar atilhos;
- Posicionar a proteção facial sobre a face e prender com os atilhos.



4º LUVAS

- Selecionar o tipo e tamanho de luvas adequado;
- Insira as mãos nas luvas;
- Puxe as luvas até prender o punho da bata.

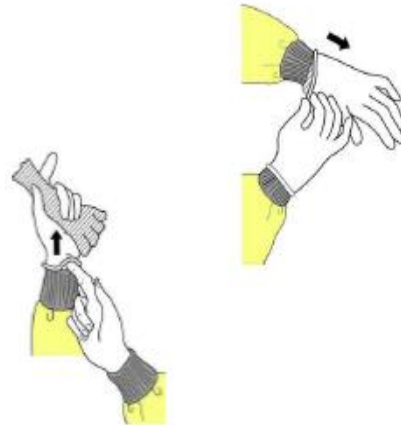


REMOÇÃO DE EPI

1º LUVAS

Primeira etapa:

- Pegar no bordo da luva, junto ao punho;
- Retirar da mão, virando de dentro para fora;
- Segurar com a mão oposta.



Segunda etapa:

- Colocar o dedo da mão sem luva por baixo da outra luva e remova-a;
- Virar a luva do avesso criando uma bolsa para ambas as luvas;
- Eliminar as luvas para contentor apropriado.



2º ÓCULOS/PROTEÇÃO FACIAL

- Retirar os óculos e proteção facial sem luvas
- Afastar da face;
- Colocar em local apropriado para reprocessar ou eliminar.



3º BATA

- Desapertar atilhos;
- Puxar a bata pelos ombros;
- Vira-la do avesso;
- Enrola-la;
- Eliminar.



4º MÁSCARA OU RESPIRADOR

MÁSCARA

- Desapertar o atilho de baixo, depois o de cima;
- Retirar da face;
- Eliminar.



RESPIRADOR

- Levantar o elástico do fundo sobre o de cima;
- Retirar da face;
- Eliminar.

Apêndice XXVII

Procedimento Setorial sobre o Uso de Equipamento de Proteção Individual no Transporte do Doente Crítico Infetado

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO		
Nº E DATA DE REVISÃO	0	

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
--

1. OBJETIVO

Defenir a atuação dos profissionais do Serviço de Urgência, do Hospital X, no Transporte do Doente Crítico Infetado.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os profissionais de saúde que prestam cuidados no SU do Hospital X.

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em __/__/__

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento:

Enfª Chefe do SU.

4.2 Pela revisão do procedimento:

Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência e os elos de ligação da CCI.

5. DEFINIÇÕES

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

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
	Serviço da Gestão da Qualidade	

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

SU – Serviço de Urgência

7. REFERÊNCIAS

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS

Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for isolation precautions: Preventing Transmission of infectious agents in healthcare settings (2007). Acedido em 07 de Junho de 2012, em <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>.

Who Health Organization. Guidelines on hand hygiene in health care (2009). ISBN: 9789241597906. Acedido em 07 de Junho de 2012, em <http://www.dgs/planonacionalcontroloinfeção>.

8. DESCRIÇÃO

O transporte de doentes infetados ou colonizados por microorganismos epidemiologicamente importantes deve obedecer a alguns princípios, tendo em vista a prevenção da transmissão de microorganismos para os profissionais de saúde ou até mesmo para outros doentes. Todos os doentes infetados podem ser transportados com as devidas precauções. Para além das precauções básicas, nomeadamente a higienização das mãos, as precauções dependentes das vias de transmissão são igualmente importantes. A via de transmissão varia consoante o tipo de organismo e alguns agentes infecciosos podem ser transmitidos por mais de uma via.

8.1 VIAS DE TRANSMISSÃO

- TRANSMISSÃO POR CONTACTO
 - CONTACTO DIRETO

Ocorre quando os microorganismos são transferidos de uma pessoa infetada para outra pessoa (ex. sangue ou outros fluidos corporais);

- CONTACTO INDIRETO

Transmissão indireta envolve a transferência de um agente infeccioso por meio de um objeto contaminado ou pessoa (ex. mãos profissionais, equipamentos como máquina de avaliação da glicemia capilar ou mesmo instrumentos cirúrgicos);

MICROORGANISMOS TRANSMISSÍVEIS POR CONTACTO:

- ✓ Bactérias multi-resistentes (MRSA, Acinetobacter, Pseudomonas multi-resistente, Enterococcus vancomicina-resistente);
- ✓ Infecções entéricas por Clostridium difficile;
- ✓ Doenças entero-hemorrágicas por Echerichia coli, Shigella, hepatite A ou rotavirus;
- ✓ Infecções da pele altamente contagiosas (difteria cutânea, por herpes simples neonatal ou muco-cutâneo, impétigo, pediculose, sarna, furunculose estafilocócica em crianças);
- ✓ Abscessos, Celulite ou Úlceras de decúbito de grandes dimensões;
- ✓ Conjuntivite viral hemorrágica;
- ✓ Em crianças: Infecções respiratórias virais (vírus sincicial respiratório, vírus parainfluenza), ou infecções enterovirais.

EPI

- Bata (descartável);
- Luvas.

- TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS

Os microorganismos transmitidos por gotículas , partículas de dimensões $> 5 \mu\text{m}$, podem ser geradas quando um pessoa infetada tosse, espirra, fala ou durante procedimentos geradores de aerossóis, como aspiração de secreções, broncoscopia, cinesiterapia respiratória, intubação endotraqueal, ressuscitação cardiopulmonar.

MICROORGANISMOS TRANSMISSÍVEIS POR GOTÍCULAS:

- ✓ Meningite, Pneumonia , Epiglotite ou Sepsis por *Haemophilus influenzae* tipo b;
- ✓ Meningite, Pneumonia ou Sepsis por *Neisseria meningitidis*;
- ✓ Pneumonia por *Mycoplasma*;
- ✓ Difteria;
- ✓ Tosse Convulsa;
- ✓ Peste;
- ✓ Infecções por Adenovirus, Virus Influenza, Parvovirus B19;
- ✓ Rubéola e parotidite;
- ✓ Em crianças: Escarlatina, Faringite ou Pneumonia por *Streptococcus*.

EPI

- Bata (descartável);
- Máscara Cirúrgica (resistente a fluidos ou máscara de alto risco com viseira);
- Luvas.

O doente deverá usar máscara cirúrgica durante todo o transporte.

• TRANSMISSÃO POR VIA AÉREA

Os microorganismos são transmitidos por núcleos de partículas, com dimensão $< 5 \mu\text{m}$, transportadas pelo ar. Dado o seu peso, conseguem percorrer longas distâncias, através das correntes de ar podendo ser inaladas por indivíduos suscetíveis.

MICROORGANISMOS TRANSMISSÍVEIS POR VIA AÉREA:

- ✓ Tuberculose pulmonar ou laríngea;
- ✓ Sarampo e Varicela;
- ✓ Infecção disseminada (ou localizada no doente imunocomprometido) por Herpes zoster;
- ✓ Gastroenterite disseminada (ou localizada no doente imunocomprometido) por *Yersinia enterocolitica*;
- ✓ Gripe aviária (vírus influenza H5N1).

EPI

- Bata (descartável);
- Respirador de partículas – Classe P1 ou P2 com adequado ajuste facial;
- Luvas.

O doente deverá usar máscara cirúrgica durante todo o transporte.

8.2 RECOMENDAÇÕES GERAIS

- Informar o serviço para onde o doente é transferido;
- Envolver o menor número de profissionais no acompanhamento para minimizar o risco de exposição;
- Definir o profissional que chama o elevador, manipula os puxadores das portas ou transporta os registos do doente;
- Doente vestido com roupa limpa e posicionado para o transporte;
- Sistemas ou equipamentos de apoio sem arrastar pelo chão;
- Durante o transporte, a tripulação da ambulância deverá respeitar os procedimentos de proteção individual referidos;
- Cada ambulância deve estar munida de equipamentos de proteção individual para os tripulantes (batas descartáveis, aventais, luvas, máscaras);
- Durante o transporte:
Fechar a janela que divide a cabine e o habitáculo;

Ajustar o sistema de ventilação para o modo não recirculação;

- Após o transporte a equipa médica e tripulantes da ambulância devem proceder à higienização das mãos com sabão e/ou solução anti-séptica de base alcoólica;
- A limpeza e desinfecção das superfícies devem seguir as normas em vigor na instituição:
 - 1º - Limpeza com água e detergente;
 - 2º - Seguida de descontaminação com desinfetante (álcool ou hipoclorito diluído);
- Limpar as superfícies utilizadas pelo doente e profissionais durante o transporte (grades das macas, colchões, puxadores das portas, suportes de soros);
- Os equipamentos (monitores, cabos, braçadeira) devem ser sempre adequadamente limpos e descontaminados antes de serem utilizados noutros doentes.

9. INDICADORES

Não aplicável.

10. ANEXOS

ANEXO I – Colocação de EPI

ANEXO II – Remoção de EPI

ANEXO III – 5 Momentos para Higiene das Mãos

COLOCAÇÃO DE EPI

1º BATA

- Selecionar a bata apropriada;
- Abrir pela parte posterior;
- Vestir apertando os atilhos atrás;
- Se a bata for demasiado pequena, pode vestir duas (uma bata ata à frente, a 2ª bata ata atrás).



2º MÁSCARA OU RESPIRADOR

MÁSCARA

- Colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo,
- Ajustar a parte superior ao nariz;
- Segure com os atilhos ou elásticos na cabeça;
- Ajustar.



RESPIRADOR

- Colocar o respirador sobre o nariz, boca e queixo;
- Ajustar a parte superior ao nariz;
- Segurar com os elásticos na cabeça;
- Verificar se está bem colocado:
 - Inalar - o respirador deve colapsar;
 - Exalar - verificar se existem fugas de ar em redor da face.



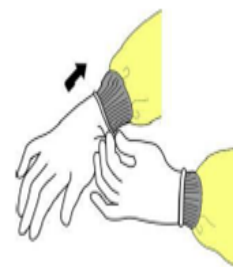
3º ÓCULOS/PROTEÇÃO FACIAL

- Posicionar os óculos sobre os olhos e segura-los nas orelhas ou usar atilhos;
- Posicionar a proteção facial sobre a face e prender com os atilhos.



4º LUVAS

- Selecionar o tipo e tamanho de luvas adequado;
- Insira as mãos nas luvas;
- Puxe as luvas até prender o punho da bata.

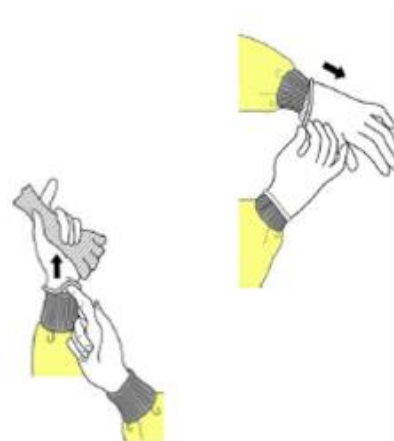


REMOÇÃO DE EPI

1º LUVAS

Primeira etapa:

- Pegar no bordo da luva, junto ao punho;
- Retirar da mão, virando de dentro para fora;
- Segurar com a mão oposta.



Segunda etapa:

- Colocar o dedo da mão sem luva por baixo da outra luva e remova-a;
- Virar a luva do avesso criando uma bolsa para ambas as luvas;
- Eliminar as luvas para contentor apropriado.



2º ÓCULOS/PROTEÇÃO FACIAL

- Retirar os óculos e proteção facial sem luvas
- Afastar da face;
- Colocar em local apropriado para reprocessar ou eliminar.



3º BATA

- Desapertar atilhos;
- Puxar a bata pelos ombros;
- Vira-la do avesso;
- Enrola-la;
- Eliminar.



4º MÁSCARA OU RESPIRADOR

MÁSCARA

- Desapertar o atilho de baixo, depois o de cima;
- Retirar da face;
- Eliminar.



RESPIRADOR

- Levantar o elástico do fundo sobre o de cima;
- Retirar da face;
- Eliminar.



5 MOMENTOS PARA HIGIENE DAS MÃOS



1 ANTES DO CONTACTO COM O DOENTE	QUANDO? Higienizar as mãos antes de tocar num doente enquanto se aproxima dele. PORQUÊ? Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos.
2 ANTES DE PROCEDIMENTOS LIMPOS OU ASSÉPTICOS	QUANDO? Antes de qualquer procedimento envolvendo o contacto directo ou indirecto com mucosas, pele com solução de continuidade, dispositivo médico invasivo ou equipamentos. PORQUÊ? Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos e dos da sua própria flora.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUÍDOS ORGÂNICOS	QUANDO? Após qualquer procedimento que real ou potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluído orgânico independentemente de se usarem luvas ou não. PORQUÊ? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.
4 APÓS CONTACTO COM O DOENTE	QUANDO? Higienizar as mãos imediatamente após ter contactado com um doente, quando deixa o ambiente envolvente do mesmo. PORQUÊ? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.
5 APÓS CONTACTO COM O AMBIENTE ENVOLVENTE DO DOENTE	QUANDO? Quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente após ter tocado em equipamento, pertences pessoais ou outras superfícies inanimadas, mesmo sem ter tocado no doente. PORQUÊ? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.

Apêndice XXVIII

Trabalho de Grupo Supervisão de Cuidados

Registo de Sessão de Supervisão de Cuidados

Docente: Prof. AR;LM; SD

Estudante: Sílvia Correia

Grupo: Sílvia Correia; JG; RG

Data: Maio/2012

As primeiras referências ao conceito de Supervisão Clínica surgiram nos anos 30 nos Estados Unidos. O conceito foi evoluindo e embora existam várias definições todas se complementam. Segundo a NHSME (1993) no artigo A Vision for the Future a supervisão clínica é “um processo formal de sustentação da prática, uma aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver os conhecimentos, as competências e a consciência da responsabilidade da prática clínica, realçar a proteção do consumidor de cuidados e incrementar a segurança nas práticas em situações clínicas complexas. É central ao processo de aprendizagem e à expansão da prática e deve ser vista como meio de incentivar a auto-avaliação e as competências analíticas e reflexivas”.

Para a United Kingdom Central Council for Nursing (1996) a Supervisão Clínica surge como a “(...) forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das ações profissionais”.

Também Abreu (2004) refere que a supervisão é um processo de suporte e aprendizagem que possibilita o desenvolvimento de competências, assumir a responsabilidade pela prática e promover a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, principalmente em situações complexas. Para Cunha (2008) o principal propósito da Supervisão Clínica é a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem, em situações clínicas complexas.

Processo de Enfermagem

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002) ao longo de todo o ciclo vital, o enfermeiro, procura prevenir a doença, promover processos de readaptação, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, na procura da adaptação funcional aos défices existentes, muitas das vezes através de processos de aprendizagem com a pessoa doente.

Segundo Machado (2010) o processo de enfermagem proporciona um método eficiente de organizar os processos de pensamento para uma tomada de decisão, resolução de problemas (combinando os elementos mais atrativos da arte de enfermagem com os elementos mais relevantes dos sistemas teóricos, utilizando o método científico) e uma prestação de cuidados individualizados e de alta qualidade, centrados na pessoa doente.

Nesta linha de pensamento, e tendo em conta o caso apresentado orientamos a nossa prestação de cuidados com base na filosofia de enfermagem de Florence Nightingale. De acordo com Tomey e Alligood (2002, p. 76) a teoria de Nightingale centra-se no ambiente. Murry e Zenther citados por Tomey e Alligood (2002, p. 76) definem ambiente como *“todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo e que são capazes de impedir, reprimir ou contribuir para a doença, acidentes ou morte”*. Nightingale descreveu conceitos, componentes do ambiente, como ventilação, calor, luz, dieta, limpeza e barulho.

Situação Problemática

Rosa (nome fictício) é uma utente de 72 anos, indiana (nasceu em Goa, veio para Portugal após a independência). Trabalhou como empregada doméstica, com descontos efetuados para a segurança social. Atualmente não levanta a sua reforma, que vai para um café nas proximidades, porque perdeu os documentos.

Habita num terreno nos arredores de Lisboa, onde se abriga debaixo de um toldo, sem condições de higiene e salubridade, pede comida em restaurantes e retira alguma dos caixotes do lixo, sendo a sua única companhia seis cães com várias parasitoses.

Há cerca de um mês teve um acidente, queda do recipiente do café, sobre os membros inferiores que lhe provocou várias queimaduras de 2º grau que

evoluíram para úlceras. Teve alta hospitalar sendo referenciado o serviço de saúde da sua área para tratamento das lesões. Tem tido cuidados domiciliares três vezes por semana. Os pensos são feitos ao ar livre no terreno onde a utente habita. A utente não tem o mínimo de cuidado com os pensos e com as ligaduras, apresentando-se totalmente conspurcados a cada visita que se faz. Recusa fazer os tratamentos no serviço de saúde e não quer ser internada para não abandonar os cães a quem trata por “netos”.

Problema

Recusa o tratamento mais adequado, pondo em causa a sua segurança

Esta situação de recusa de tratamento mais adequado converge claramente para o princípio da autonomia do utente, desde que a sua decisão seja tomada de uma forma consciente e informada. Mas o enfermeiro deve também pautar a sua conduta, tendo em consideração o princípio da beneficência e não malificência, prestando o melhor cuidado possível e assegurando sempre a proteção da saúde de quem está ao seu cuidado. Dadas estas circunstâncias o problema também nos relega para a tomada de decisão em enfermagem. Nesta tomada de decisão exige-se que se façam escolhas. Essas escolhas poderiam apenas ser entre o que é certo e o que é errado, mas obviamente, nem sempre isso é possível. Por vezes as escolhas que são feitas, parecem ser as mais indicadas para cada situação, mas estas nunca podem ser dissociadas de um enquadramento legal, porque o exercício da profissão de enfermagem, desenvolve-se e tem o seu fundamento no âmbito da proteção da saúde, em resposta às necessidades dos utentes, ao longo do seu ciclo vital. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, no seu artigo 4º nº 1 define enfermagem como a *“profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”*.

Diagnósticos de Enfermagem - CIPE

- Bem estar-físico comprometido;
- Úlcera atual;
- Infecção atual;

- Dor por ferida, atual;
- Malnutrição, risco;
- Não adesão ao tratamento.

Resultados Esperados de Enfermagem definidos

- Melhoramento do bem-estar físico;
- Cicatrização das úlceras;
- Ausência de infecção;
- Alívio da Dor;
- Evitar malnutrição;
- Adesão ao tratamento;

Intervenções planeadas

- **Bem estar-físico comprometido**

Avaliar condições habitacionais;

Referenciar para o Apoio Social;

Referenciar para Delegado de Saúde;

- **Úlcera, atual**

Lavagem com sabão de ph neutro aos membros inferiores ou a zona circundante da ferida 3X por semana;

Lavar as úlceras com SF 3X por semana;

Aplicar aquacel AG 3X por semana;

Aplicar compressas esterilizadas e ligaduras 3X por semana;

Registar evolução 3 x por semana.

- **Infeção atual**

Executar penso assético às úlceras 3X por semana;

Ensinar sobre medidas de prevenção da infeção.

➤ **Dor por ferida, atual**

Avaliar a dor 3X por semana;

Registrar avaliação da dor.

➤ **Malnutrição, risco**

Avaliar estado nutricional;

Referenciar para Apoio Social;

Supervisionar a dieta;

➤ **Não adesão ao tratamento**

Ensinar sobre o tratamento mais adequado;

Avaliar a atitude face ao regime de tratamento.

Problemas Éticos Identificados

Segundo Opperman e Cassandra (1998) citados por Butes et al (2010) as intervenções de enfermagem afetam significativamente aspectos da vida do Outro, pelo que os enfermeiros devem ter em atenção os aspectos éticos na prestação de cuidados. Assim a tomada de decisão ética relaciona valores, princípios, ações e escolhas por vezes difíceis. No caso apresentado estamos perante uma situação complexa, pois não existe uma recusa de tratamento efetiva, mas a escolha de um tratamento menos adequado, comprometendo a segurança da doente. Devemos respeitar a sua decisão, mantendo a realização dos tratamentos no seu habitat. Ao tomarmos esta decisão, pensamos que é a mais adequada do ponto de vista ético, mas ficamos sempre com a sensação que melhor podia ser feito com outro tipo de tratamento.

O REPE no artigo 8 do capítulo IV refere que os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos. O mesmo artigo refere ainda que o exercício profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, bem como o tratamento.

Exige-se hoje, por parte dos prestadores de cuidados, intervenções esclarecidas e validadas com o doente. Tem havido portanto uma necessidade crescente de o profissional informar o que vai fazer, porque o faz, que risco correm os doentes, que qualidade de vida terão, etc. No sentido de dar a estes a possibilidade de fazerem uma escolha livre entre as alternativas em aberto, no pressuposto da existência de um consentimento informado, assentando nas premissas da capacidade de escolha e livre de coação (Neves; Pacheco, 2004).

Para que o consentimento seja válido e a autonomia possa ser exercida, o doente deve ser livre no sentido de ser capaz de uma escolha de plena vontade, como agente moral. Para tal, a pessoa necessita de ser capaz de compreender e apreciar o significado e as consequências das acções por que opta, de forma a poder assumi-las como suas, ou então de as rejeitar. A autonomia é a base dos direitos fundamentais do homem. Pressupõe a capacidade de agir, exercendo os seus direitos, no respeito pela sua autodeterminação.

No princípio da autonomia respeita-se os direitos individuais dos doentes, para que este possa tomar decisões por si próprio, baseado nos seus valores e crenças, isentas de qualquer paternalismo, coacção ou manipulação.

Pensamos, no entanto, que essa decisão além de ser uma decisão individualizada, estará, no entanto ancorada numa relação de confiança entre o profissional e o utente. Ou seja, no ato de cuidar, o enfermeiro deve privilegiar a relação, para que a tomada de decisão sejam mais fácil de tomar assente sobretudo numa confiança mútua.

De acordo com Tomás e Pombo (2001, pág. 50) *“o decreto lei nº 161/96, de 4 de Setembro, que diz respeito ao regulamento do exercício profissional dos enfermeiros no seu artigo 12, ponto 2 pode ler-se que os enfermeiros estão obrigados a (...) respeitar a decisão do utente de receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe foi proposta (...) no entanto este respeito pela decisão do doente só é traduzido em autonomia da pessoa cuidada se previamente lhe foi facultada a informação necessária para que a sua decisão seja livre mas esclarecida”*. No caso concreto mesmo tendo sido transmitida toda a informação à doente, a mesma mantém recusa na prestação de cuidados mais adequada à sua situação.

O princípio da beneficência, segundo Nunes, Amaral e Gonçalves (2005) citado por Butes (2010) parte do pressuposto de as ações a tomar terem como finalidade o bem-estar da pessoa doente, relacionando-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício. O princípio da não maleficiência assenta no princípio de não fazer o mal. Segundo Neves (2002) estes princípios permitem guiar os enfermeiros para o agir, cuidando da pessoa humana nas suas diferentes dimensões e de acordo com as necessidades que possam apresentar. As nossas ações devem ir de encontro ao bem-estar da Sr^a Rosa, ao que lhe é benéfico em detrimento de tudo aquilo que lhe causa dano. Neste caso o mais benéfico para a doente seria aceitar o internamento.

A Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto) refere na base XIV, nº 1 alínea b) que a pessoa doente tem o direito de decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta, salvo disposição especial da lei e na alínea e) que a pessoa doente tem o direito de ser informada sobre a sua situação, alternativas possíveis de tratamento e a evolução possível do seu estado. A mesma Lei, na base XIV, nº2 alínea c) estabelece que a pessoa doente

tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação.

O Código Deontológico no artigo 78 nº 1 refere que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro; no nº 2 ressalva valores universais a observar na relação profissional, destacamos a liberdade responsável, com capacidade de escolha, tendo em conta o bem comum, a verdade e a justiça.

O Código Deontológico através do artigo 82 refere que o enfermeiro assume o dever de atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias e assume o dever de respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa.

Avaliação

Avaliar as intervenções de enfermagem planeadas.

Reflexão sobre as Aprendizagens

A responsabilidade profissional do enfermeiro, constitui uma dimensão essencial da profissão de enfermagem, consubstanciando um princípio orientador da atividade dos enfermeiros, como prescreve a alínea a) do nº 3 do Artigo 78º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. O compromisso assumido perante os outros concretiza-se na prestação de cuidados de enfermagem, num agir fundamentado na ética, orientado pela Deontologia e no respeito pelo direito vigente.

Os atos profissionais decorrem de um processo de tomada de decisão que o enfermeiro percorre, com base num raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica (Deodato, 2008).

Está, assim, sempre subjacente à tomada de decisão uma atitude reflexiva. Nas decisões que são tomadas deverá haver também liberdade e autonomia para o seu exercício.

De acordo com Fry (2002) (Oguisso, 2007), a tomada de uma decisão ética depende da sensibilidade ética e do raciocínio moral (do latim *mos*, *moris* e que significa costume). A sensibilidade ética envolve a identificação dos aspetos éticos de uma dada situação que afetam o bem-estar do indivíduo, com base na interpretação dos seus comportamentos verbais e não-verbais, a identificação dos seus desejos ou necessidades e uma resposta ou ação apropriada.

Com efeito uma componente fundamental do exercício da autonomia profissional do enfermeiro é a tomada de decisão que lhe permite a efetivação dos atos profissionais. Estamos desta forma a considerar a toma de decisão enquanto expressão da autonomia profissional. O enfermeiro fundamenta a sua decisão e faz as suas escolhas mediante um processo em que intervêm fatores internos e externos que precedem a ação com a finalidade de realizar um ato profissional.

A tomada de decisão em enfermagem tem como ponto de partida *“problemas e dilemas éticos”*, para os quais o enfermeiro planeará os atos decorrentes das soluções encontradas. Na procura das soluções boas, *“excluimos o método de tentativa e erro”*, uma vez que, *“tendo pessoas como objeto da ação, não são éticamente aceitáveis tentativas lesivas da dignidade humana”*. (Deodato, 2008, p. 31).

O processo que se inicia com *“a identificação do problema, através de uma adequada recolha de dados que permita conhecer o máximo de informação sobre a situação em apreço, investigando em todas as fontes disponíveis”* (Deodato, 2008, p. 31).

Esta procura de informação é determinante para as etapas seguintes e como consequência para a solução encontrada, porquanto é com base nos dados conhecidos que é possível identificar e ajuizar a aplicação dos princípios éticos e os valores que se aplicam ao caso. A decisão sobre qual o cuidado a aplicar em cada situação específica, *“passa sempre por uma análise sobre a capacidade do doente poder consentir e de decidir em consciência e em liberdade é feito sempre à luz do princípio da autonomia ou da beneficência”* (Deodato, 2008, p. 31).

Parte-se sempre de uma análise dos princípios e valores que se aplicam a cada caso, e tendo como referências éticas os princípios da Autonomia, Justiça, Beneficência e Não-Malificência, e dos valores profissionais enunciados no Código Deontológico do Enfermeiro, como igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional (Deodato, 2008, p. 31-32).

Entre as diversas dimensões da ética de enfermagem encontra-se a responsabilidade profissional, à luz da qual se refletem os atos profissionais tendo também em conta a promessa feita, no âmbito do compromisso social da profissão de enfermeiro.

É referido no artigo 80º da Ordem dos Enfermeiros, que o enfermeiro é responsável pela promoção da saúde na comunidade e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem.

Como refere o artigo 76º da Ordem dos enfermeiros, alínea a), os membros efetivos estão obrigados a exercer com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (1998). E a alínea b) do mesmo artigo, diz que o enfermeiro deve *“cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão*

É do encontro com o Outro, um Outro vulnerável e com necessidade de cuidados, que nasce a relação de cuidados. Eu cuido do Outro porque tenho uma obrigação social e profissional para o fazer, eu cuido do outro numa relação de ajuda porque também conheço as minhas fragilidades. (Deodato, 2008).

Nunes (2006), considera que, relativamente à prestação direta de cuidados, a responsabilidade profissional do enfermeiro centra-se no “*compromisso dos cuidados*”, que este assume perante a sociedade. O cuidado é sempre dirigido no sentido da decisão da pessoa cuidada, mas uma vez que a sua autonomia e o seu poder de decisão poderem estar diminuídos, cabe ao enfermeiro assegurar a prestação de cuidados adequado às necessidades evidenciadas. (Deodato, 2008, p. 38).

No quadro da tomada de decisão o exercício profissional da Enfermagem, como o de todas as outras profissões do setor da saúde, tem implicações no código penal, que estabelecem os limites da licitude, além dos quais o ato passa a ser punível.

No caso da enfermagem, quando o profissional se vincula à obrigação de prestar algum serviço, são aplicados os princípios da obrigação de meio, isto é, aquela em que o profissional se “*obriga a usar de prudência e diligência normais na prestação de um serviço para atingir um resultado, sem contudo se vincular a obtê-lo*”. Da mesma forma que quem procura um médico busca a recuperação da sua saúde, mas esse resultado não é o objetivo, pois o paciente tem o direito que o profissional o trate com diligência, mas não pode exigir a cura. Assim, depois de realizado o tratamento, mesmo que não sobrevenha a cura, o paciente está obrigado a pagar o que foi contratado. (Oguisso, 2007, p. 56).

Quando um profissional de saúde “*atende um cliente ou paciente que o procurou ou solicitou espontaneamente, estabelece-se de imediato uma obrigação contratual, expressa ou convencional e tácita inquestionável*” (Idem, 2007, p. 56). Toda a pessoa no exercício ou não de uma profissão, responde pelos danos que causar ou possam causar a outra pessoa.

Assim, o enfermeiro, querendo ou não, terá que assumir a sua parte na responsabilidade da assistência ao cliente/paciente.

Denúncias pelos familiares e pelos próprios doentes sobre a ocorrência de danos à saúde por ações culposas decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência estão a tornar-se cada vez mais frequentes. Se a dor física ou um grande desconforto físico provocados desnecessariamente, ou como efeito de uma ação culposa der origem a uma reparação pecuniária, é provável que surjam ações judiciais contra o pessoal de enfermagem, até mesmo por co-autoria (Oguisso, 2007).

Assim, além da atualização permanente de conhecimentos técnicos, o enfermeiro necessita também de estudar os aspetos legais do seu próprio exercício profissional, a fim de não incorrer ou ser envolvido em problemas de responsabilidade civil ou criminal, que poderá exigir reparação pecuniária, impor

uma suspensão ou até a cassação do exercício profissional, assim como pena de restrição da liberdade.

BIBLIOGRAFIA

Butes, L.; Galhanas, D; Deodato, S.(2010). Informar, Quando? Análise de Caso Princípios Éticos, Normas Deontológicas e do Direito. Revista Percursos, 18, pp.08-19.

Deodato, S. (2010). Supervisão de Cuidados - Uma Estratégia Curricular em Enfermagem. Revista Percursos, 18, pp.03-07.

National Health Service Management Executive (1993). A Vision for the Future. Acedido a 30 de Maio de 2012 em <http://supervisãoclinicanaenfermagem.wikidot.com/conceitos-de-supervisãoclinica>.

Machado, R. (2010). Fundamentos de Enfermagem. Escola do Serviço de Saúde Militar.

Nunes, F. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. Nursing, 219, pp. 7-11.

Ordem dos Enfermeiros (2006). CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1.0. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento concetual, enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Decreto Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. Diário da República nº 205 – I Série A. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. Lisboa.

Toomey, A. & Alligood, M. (2004). Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In M. Alligood, & T. Ann (Eds.), Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

United Kingdom Central Council for Nursing (1996). Conceitos de Supervisão Clínica. Acedido a 30 de Maio de 2012 em <http://supervisãoclinicanaenfermagem.wikidot.com/conceitos-de-supervisãoclinica>.

Apêndice XXIX

Artigo PIS

PAPEL DO ENFERMEIRO NA SALA DE EMERGÊNCIA E NO TRANSPORTE INTER HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO

Role of the Nurse in the Emergency Room and Inter Hospital Transportation of the critically-ill patients

Autor:

Sílvia Correia – Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da ESS do IPS.

Co-Autor:

Elsa Monteiro – Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

RESUMO

A sala de emergência é uma valência do Serviço de Urgência (SU) para o atendimento de doentes urgentes/emergentes, permitindo a assistência imediata e diferenciada à pessoa em situação crítica. Segundo Silva (2003) após a estabilização da pessoa doente na sala de emergência, esta deve ser transferida para o local previamente determinado, tendo em conta que a transferência deve ser segura e benéfica para o doente.

Cientes que o papel do enfermeiro se reveste de crucial importância quer na admissão do doente crítico na sala de emergência quer no decorrer do transporte inter hospitalar do mesmo, desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço que se intitulava “Papel do Enfermeiro na Sala de Emergência e no Transporte Inter

Hospitalar do Doente Crítico” baseado na metodologia de projeto, no sentido de contribuir para uniformização dos cuidados de saúde e para a segurança dos mesmos. Para tal, elaborámos documentos orientadores de boas práticas e proporcionamos momentos de formação à equipa de enfermagem do Hospital X.

Palavras-Chave

Sala de Emergência; Transporte Inter Hospitalar Doente Crítico

ABSTRACT

The emergency room is valency of the Emergency Services for care of patients urgent / emergent, enabling immediate assistance and differentiated the person in critical condition. According to Santos (2003) after stabilization of the sick person in the emergency room, it should be transferred to the location determined in advance, taking into account that the transfer should be safe and beneficial for the patient.

Aware that the role of the nurse is of crucial importance both in admission of critically-ill patients in the emergency

room or in the course of Inter-hospital transport, we developed an Intervention Project in Service that was entitled 'Role of the Nurse in the Emergency Room and in the Transport Inter-Hospital of Critically-ill Patients "based on design methodology, in order to contribute to standardisation of health care and for the safety. To this end, we have prepared guiding documents of good practices and provide moments of training the team of Hospital nursing X.

Key-words

Emergency Room; Transport inter-hospital critically-ill patients

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS do IPS realizámos 3 estágios que decorreram no SU do Hospital X de um Centro Hospitalar da Região Sul do Tejo, um serviço de urgência básica que proporciona o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, possibilitando o apoio diferenciado em permanência que prevê o eventual acompanhamento no transporte de doentes.

A enfermagem de urgência define-se pela diversidade de conhecimentos, doentes e processos de doença, requerendo um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento geral e especializado (Sheehy, 2001). Para Oliveira (1999, p. 14) aos enfermeiros do serviço de

urgência exige-se “domínio alargado e aprofundado dos saberes de enfermagem; grande capacidade para lidar com o imprevisto; capacidade de observação e análise de situações, com vista a estabelecer prioridades assistenciais rapidamente; destreza manual e rapidez na ação; autocontrole emocional para fazer face a situações de grande tensão; grande facilidade de comunicação tendo em vista o trabalho em equipa e a articulação com os restantes setores do hospital”.

A Direção Geral da Saúde (DGS), através da Circular Normativa Nº 07 de 31 de Março de 2010 refere a importância da organização dos cuidados hospitalares ao doente crítico. Para proporcionar um atendimento qualificado à pessoa em situação crítica deve existir uma equipa devidamente treinada e coordenada por um líder, pois a eficácia e rapidez no atendimento da pessoa em situação crítica marcam muitas vezes a diferença entre a vida e a morte (Graça, 1997).

Segundo Silva (2003) após a estabilização da pessoa doente na sala de emergência, esta deve ser transferida para o local previamente determinado, tendo em conta que a transferência deve ser segura e benéfica para o doente.

Segundo a Ordem dos Médicos (2008) o transporte secundário da pessoa em situação crítica envolve alguns riscos, mas a necessidade de facultar um nível

de assistência superior e a realização de exames complementares de diagnóstico, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra, justificam a sua realização.

A Comissão Regional do Doente Crítico (2009) considera a formação na área de urgência de importância fulcral, pelo que recomenda que os enfermeiros devem possuir formação em SAV, SAV em Trauma, Emergências Pediátricas e Transporte do Doente Crítico.

Deste modo, no sentido de darmos resposta à Circular Normativa Nº 07 de 31 de Março de 2010 emanada pela DGS, desenvolvemos um Projeto de Intervenção em Serviço nesta área, de acordo com a metodologia de projeto, que pretendemos divulgar de acordo com as etapas da metodologia de projeto bem como os contributos do mesmo.

METODOLOGIA

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O SU do Hospital X é considerado uma Urgência Básica, sendo frequente o transporte da pessoa em situação crítica para outras instituições, dependendo das valências médico-cirúrgicas necessárias à recuperação da pessoa doente.

Ao auscultarmos a opinião da Enfermeira Chefe e Enfermeiro Orientador, através de uma entrevista não estruturada, do serviço referido, pudemos constatar que existiam níveis de intervenções diferentes aquando da admissão e

transporte da pessoa em situação crítica na sala de emergência para outra instituição hospitalar, e que eram unânimes em considerar a temática de extrema importância.

No sentido de fundamentarmos o diagnóstico de situação, procedemos a uma Análise do Tipo e Efeito da Falha (FMEA). A realização da FMEA tinha como objetivo identificar e prevenir falhas que possam ocorrer na sala de emergência. Foram definidas 3 etapas: preparação da sala de emergência, admissão do doente na sala de emergência e transporte do doente crítico. Depois de identificadas as falhas, os efeitos e as causas, em cada uma das etapas temos a salientar a obtenção de um RPN (número de prioridade de risco) de 378 na etapa de admissão do doente na sala de emergência seguindo-se a etapa do transporte do doente crítico com um RPN de 294 e por último a etapa da preparação da sala de emergência com um RPN de 120. Assim sendo, através dos dados obtidos pela FMEA encontramos falhas: na coordenação e comunicação entre os elementos da equipa de enfermagem, o que dificultava a tomada de decisão e punha em causa a qualidade e a segurança da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; na inexistência de atribuição de funções aos enfermeiros na sala de emergência e por conseguinte a falta de liderança no

estabelecimento de prioridades; alterações na disposição da sala de emergência, material e equipamento, sem conhecimento de todos os elementos da equipa de enfermagem e na verificação de operacionalidade da sala que não é efetuada no início de cada turno.

Para determinarmos a viabilidade do projeto procedemos a uma análise SWOT cujos pontos fortes temos a destacar: o interesse da Enfermeira Chefe e restantes elementos do serviço pelo projeto, como oportunidades a capacidade de resposta à Circular Normativa Nº 07, da DGS e às linhas orientadoras da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos relativamente ao transporte do doente crítico, a definição de papéis na sala de emergência, o incremento da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica na sala de emergência e a falta de formação da equipa de enfermagem. Por outro lado a recente reclassificação do Serviço em Urgência Básica, o que de certa forma contribui para a desmotivação da equipa de enfermagem, refletem pontos fracos do projeto e o encerramento do serviço e respetiva mobilização da equipa para outros setores uma das ameaças.

Face a estes resultados, e com o intuito de corroborar o diagnóstico, e após pedido de autorização ao Conselho de

Administração do Hospital X, procedemos à aplicação de um questionário com o respetivo consentimento informado e uma carta explicativa sobre o pretendido com o instrumento de colheita de dados. O questionário pretendia caracterizar a população em estudo e conhecer o nível de formação dos enfermeiros no que respeita à área de urgência/emergência e transporte do doente crítico.

Para o tratamento de dados foi utilizado o programa Microsoft Office Excel, e podemos inferir que em relação à formação na área de urgência 82,35% dos enfermeiros realizou formação em SBV à mais de 7 anos, 47,06% em SAV em média à 5 anos, 23,53% o SIV em média à 2 anos, 6,25% o ATLS, o PHTLS e o FCCS à 1 ano e 29,41% em emergências pediátricas em média à 8 anos Relativamente à formação na área do transporte do doente crítico, apenas 35% dos enfermeiros realizaram formação na área.

OBJETIVOS

Face aos dados obtidos, e após uma triangulação de dados, identificámos problemas parcelares, prioridades e estabelecemos como objetivos:

Objetivo Geral

Contribuir para um melhor desempenho da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência, do Hospital X, na Sala de Emergência e em contexto de

Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico.

Objetivos Específicos

- Elaborar um Dossier Temático em SAV, Trauma e Emergências Pediátricas, destinado aos enfermeiros do SU do Hospital X;
- Elaborar um Livro de Bolso sobre Medicação de 1ª Linha em Emergência, destinado aos enfermeiros do SU do Hospital X;
- Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X, em SAV no Adulto;
- Formar/treinar a equipa de enfermagem, do SU do Hospital X, no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico;
- Elaborar uma Grelha de Descrição de Funções dos Enfermeiros na Sala de Emergência e uma Folha de Registos relativa à Operacionalidade e Funcionalidade da Sala de Emergência do SU do Hospital X.

PLANEAMENTO

Elaborado o diagnóstico da situação passamos ao planeamento do PIS. Lousã citado por Canário (2003, p. 127) refere que o planeamento “é uma atividade contínua, sistemática, disciplinada e crítica que consiste em ordenar e estruturar as tarefas a desenvolver, de modo a alcançar determinados objetivos que, previamente, foram fixados”.

Esta opinião é reforçada por Ruivo (2010), que afirma que na fase do planeamento são definidas as atividades e estratégias a desenvolver, os métodos e técnicas de pesquisa, procede-se ao desenvolvimento do cronograma e realiza-se o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do projeto.

Perante os objetivos apresentados elaborámos o planeamento do PIS onde se encontrava descrito todas as atividades e estratégias a desenvolver para se atingirem os objetivos, recursos humanos e materiais, indicadores de avaliação e respetivo cronograma.

EXECUÇÃO/AVALIAÇÃO

A fase de execução assumiu uma importância significativa para nós, pois materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado (Ruivo, 2010).

Projetámos a pesquisa bibliográfica como uma atividade transversal a todo o desenvolvimento do PIS, pois segundo Fortin (1999) a pesquisa é uma etapa fundamental na investigação. Como tal, recorremos a bases de dados científicas e consultámos diversos livros e artigos em várias bibliotecas.

Criámos documentos orientadores como o Dossier Temático em SAV, Trauma e Emergências Pediátricas, a Grelha de Descrição de Funções dos Enfermeiros na Sala de Emergência e a Folha de

Registos relativa à Operacionalidade e Funcionalidade da Sala de Emergência. Realizámos formação em SAV no Adulto e no Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico, temas que analisámos e discutimos com peritos, que nos permitiram preparar as sessões de formação: slides, planos de sessão, divulgação e avaliação.

CONCLUSÃO

O enfermeiro tem um papel muito importante na sala de emergência, Bastos et al (2008, p.154) refere que “além da manutenção da sala de reanimação para usar prontamente, parte das atividades executadas são da competência dos enfermeiros”.

A responsabilidade da equipa estende-se desde a admissão da pessoa em situação crítica na sala de emergência até à sua saída, seja para um serviço dentro da unidade de saúde ou para outra unidade de saúde (Massada, 2002).

Deste modo, com a realização de documentos orientadores de boas práticas que disponibilizámos à equipa de enfermagem do SU do Hospital X, bem como a formação que proporcionamos à respetiva equipa consideramos que contribuímos para a uniformização e segurança dos cuidados de saúde prestados ao doente em situação crítica.

BIBLIOGRAFIA

Bastos, C. Machado, M. Souza, W. (2008). Reanimação cárdio-respiratória na unidade de emergência. Lisboa: Formasau-Formação e Saúde, Lda.

Canário, R. (2003). Formação e situações de trabalho (2ª ed). Porto: Porto Editora.

Comissão Regional do Doente Crítico (2008). Um ano de Reflexão e Mudança. Administração Regional do Norte.

Direção Geral da Saúde (2010). Orientação N°07/2010-Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado.

Graça M. (1997). O Enfermeiro perante o Doente Crítico. Vila Nova de Gaia: 1º Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto.

Massada, R. (2002). Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave, Normas de Orientação Clínica e Administrativa. Porto: Medisa- Edições e Divulgações Científicas, Lda.

Nunes, F. (2009). Tomada de Posição do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico. Nursing, 246, pp.22-26.

Oliveira, D. (1999). As urgências exigem motivação pessoal e profissional. Nursing, 136, pp. 13-16.

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos-

Recomendações. Lisboa: Centro Editor
Livreiro da Ordem dos Médicos.

Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L. &
al(2010). Metodologia de Projecto:
coletânea descritiva de etapas. Percurso,
15, pp. 1-37.

Sheehy, S. (2001). Enfermagem de
Urgência: da teoria à prática (4ª ed).
Loures: Lusociência-Edições Técnicas e
Científicas, Lda.

Silva, A. (2003). Sala de Emergência –
emergências clínicas e traumáticas. Rio
Grande do Sul: Editora da UFRGS.