



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto
Politécnico
Portalegre



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Performance dos enfermeiros em suporte imediato de vida, como determinante na segurança do doente crítico

José Luís Miranda Barriga Rosa

Orientação: Doutora Maria Dulce Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Évora, 2017



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto
Politécnico
Portalegre



IPS

Instituto
Politécnico de Setúbal



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Performance dos enfermeiros em suporte imediato de vida, como determinante na segurança do doente crítico

José Luís Miranda Barriga Rosa

Orientação: Doutora Maria Dulce Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Évora, 2017

Resumo

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm um papel fundamental na realização de manobras de reanimação cardiorrespiratória, tornando-se urgente formar profissionais competentes nesta área, que contribuam para aumentar a segurança dos doentes em contexto de paragem cardíaca. Estes devem realizar um treino frequente, no sentido de manter as suas competências e a sua performance, tão decisiva para a segurança e para a vida da pessoa em situação crítica.

O presente relatório pretende dar a conhecer detalhadamente as etapas de um projeto que visou avaliar a performance de 30 enfermeiros de um serviço de urgência na realização de manobras de suporte imediato de vida, através de um exercício de prática simulada, e identificar alguns determinantes do seu desempenho.

Este documento pretende ainda analisar pormenorizadamente o processo de aquisição de competências de mestre e de desenvolvimento de competências de especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica.

Palavras-chave:

Ressuscitação cardiopulmonar; Exercício de Simulação; Desempenho psicomotor

Abstract:

Performance of nurses in Immediate Life Support, as a determinant of the safety of critically ill patients

Health professionals, particularly nurses, play a fundamental role as key players in performing cardiorespiratory resuscitation maneuvers, making it a matter of urgency to train competent professionals in this area, which contribute to increasing the safety of patients in the context of cardiac arrest. They must carry out frequent training in order to maintain their skills and performance, which is crucial to the safety and life of the person in critical condition.

This report intends to present in detail the steps of a project that aimed to evaluate the performance of 30 nurses of an emergency service in performing immediate life support maneuvers, through a simulated practice exercise, and to identify some determinants of that performance.

This document also intends to analyze in detail the process of acquisition of master's degree competencies and the development of nurses medical-surgical specialist competencies, in the scope of the person in critical situation.

Keywords:

Cardiopulmonary Resuscitation; Simulation Exercise; Psychomotor performance

Agradecimentos

Finalizar este relatório não representa apenas o resultado de extensas horas de estudo, de reflexão e trabalho, durante as várias etapas que o constituíram. É igualmente, o culminar de um objetivo académico a que me propus, e que não seria possível sem a ajuda de um número considerável de pessoas, às quais queria deixar umas breves palavras de agradecimento e apreço.

Quero dirigir o meu agradecimento ao Professor João Mendes, à Professora Céu Marques, pela sua disponibilidade, interesse e orientação em todo este processo.

Um agradecimento especial à minha supervisora clínica, Enfermeira Paula Canelas pela sua ajuda incondicional, pelo seu profissionalismo e pela sua postura sempre correta, sem ela tudo seria mais difícil de concretizar.

O meu especial agradecimento à minha supervisora pedagógica, Professora Dulce Santiago pela sua perspicácia, experiência e ainda pela sua valiosa paciência e compreensão perante as minhas dificuldades, permitindo que superasse diversos obstáculos, facilitando a concretização dos meus objetivos, assim como a elaboração deste relatório.

A todos os meus colegas e amigos, pelo crescimento ao longo da vida profissional e pessoal, pelos conselhos e por representarem muito daquilo que sou hoje.

Uma palavra de agradecimento muito forte à minha família, nomeadamente aos meus pais e irmão que sempre me apoiaram e incentivaram na continuação da minha formação e realização profissional. Por tudo aquilo que me ensinaram, por tudo aquilo que não lhes dei por outras prioridades, trabalhos, tempo que não lhes dediquei e que já não volta atrás, o meu muito obrigado, vocês são um dos pilares da minha vida.

Por fim uma palavra de agradecimento à minha esposa Joaquina, às minhas filhas Beatriz e Inês pela força, pelo apoio e pelo amor que sempre me deram, pois sem vocês nada disto seria possível, nada disto faria sentido. Muito Obrigado.

“ A excelência é a arte através do treino e do hábito. Nós somos o que fazemos repetidamente. A excelência, então, não é um ato isolado mas um hábito.”

Aristóteles, In Cordeiro e Menoita (2012, p 59)

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	13
2 - AVALIAÇÃO DO CONTEXTO	16
2.1 - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.....	16
2.2 - Serviço de Urgência Geral	18
2.2.1 - Enquadramento legal.....	18
2.2.2 - Recursos físicos	19
2.2.3 - Recursos materiais e equipamentos	21
2.2.4 - Recursos humanos	22
2.2.5 - Missão e indicadores.....	24
2.2.6 - Sistema de triagem	27
3 - ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	30
3.1 - Fundamentação	30
3.2 - Objetivos	37
3.3 - Metodologia	37
3.4 - Apresentação dos Resultados	43
3.5 - Discussão.....	46
3.6 - Conclusão	47
4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	49
4.1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	50
4.2 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica.....	59
4.3 - Competências de Mestre	67
5 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	71
6 - CONCLUSÃO	73
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS	LXXXI
Anexo A - Ofício de Autorização de Estágio	LXXXII
Anexo B - Análise da Contabilização Horária	LXXXIV
Anexo C - Cronograma das Atividades a Realizadas	LXXXVIII
Anexo D - Questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Conhecimentos, Competências e Treino em Suporte Imediato de Vida	XCI
Anexo E - Pedidos de parecer às Comissões de Ética da ULSBA e da UE	XCV
Anexo F - Check-List de Avaliação da Prática Simulada de Suporte Imediato de Vida	XCVIII
Anexo G - Apresentação Powerpoint sobre o Suporte Imediato de Vida.....	CI
Anexo H - Artigo de Investigação sobre a Performance dos Enfermeiros do SU em Suporte Imediato de Vida	CVIII
Anexo I - Trabalho Nutrição Entérica	CXXXII
Anexo J - Check-List de Verificação do Material, Equipamento e Fármacos de Emergência	CXL
Anexo L - Projeto "Avaliação e Prevenção do Risco de Quedas"	CXLIV

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de Portugal e do Baixo Alentejo.....	16
Figura 2 - Área de Influência da ULSBA.....	17
Figura 3 - Planta do Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes	21
Figura 4 - Estrela da Vida.....	34
Figura 5 - Cadeia de Sobrevivência	35
Figura 6 - Relação entre a Estrela da Vida/Cadeia de Sobrevivência.....	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Análise das admissões no SU por proveniência no ano 2015	26
Gráfico 2 - Análise das admissões no SU por concelho de residência no ano 2015	26
Gráfico 3 - Performance global dos enfermeiros nos dois momentos de prática simulada	44
Gráfico 4 - Análise da primeira prática simulada por intervalos de performance	44
Gráfico 5 - Análise da segunda prática simulada por intervalos de performance	45
Gráfico 6 - Intervenções com pior performance na primeira prática simulada e sua relação com a segunda prática simulada (em percentagem).....	45
Gráfico 7 - Percentagem de melhoria da performance entre a primeira e a segunda prática simulada, nos itens com pior performance na primeira prática simulada	46

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Prioridades, designação, dor e tempo alvo da Triagem de Manchester.....	28
Tabela 2 - Percentagem de triagens em função da prioridade atribuída	29
Tabela 3 - Dados relativos aos conhecimentos, competências e treino em SIV.....	39
Tabela 4 - Caracterização da amostra n = 30	40
Tabela 5 - Performance detalhada dos enfermeiros nos dois momentos de prática simulada	43

LISTAGEM DE SIGLAS

AO - Assistente Operacional

CAD - Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce de VIH

CDP - Centro de Diagnostico Pneumológico

CPR - Conselho Português de Ressuscitação

CSP - Cuidados Saúde Primários

DACESBA - Departamento do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo

DGS - Direção-Geral da Saúde

EC - Ensino Clínico

ERC - European Resuscitation Council

HJF - Hospital José Joaquim Fernandes

PCR - Paragem Cardio-Respiratória

PE - Projeto de Estágio

PH - Pré Hospitalar

RCP - Reanimação Cardiopulmonar

RE - Relatório Estágio

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SDT - Sala de Decisão Terapêutica

SE - Sala de Emergência

SIV - Suporte Imediato de Vida

SO - Serviço de Observação

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UC - Unidade curricular

UE - Universidade de Évora

ULSBA - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP - Unidade de Saúde Pública

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

1 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge com a conclusão do estágio final do primeiro curso de Mestrado em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, criado pelo aviso n.º 5622/2016, publicado em Diário da República, 2.ª série – n.º 84 de 2 de Maio de 2016, na Universidade de Évora.

A realização deste documento, reflete-se assim como relatório do estágio final decorrido no serviço de urgência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, no período de 3 de Outubro de 2016 a 20 de Janeiro de 2017, num total de 16 semanas, sob orientação da Supervisora Pedagógica Professora Dulce Santiago e tendo como Supervisora Clínica a Enfermeira Paula Canelas, (anexo A). Na sua base encontra-se o projeto de estágio (PE), elaborado no início deste período formativo, considerando o projeto de intervenção profissional e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, em acordo com o definido nos documentos orientadores relativos às competências de mestre, às competências comuns dos enfermeiros especialistas e às competências específicas dos enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica, respetivamente.

A formação prática em enfermagem, que habitualmente se realiza sob a forma de estágios ou de ensinamentos clínicos, constitui-se um momento privilegiado para a aprendizagem do estudante, na medida em que promove um contacto direto com as pessoas e com as suas realidades (Hesbeen, 2000).

O tema que nos propusemos desenvolver durante este período foi a performance dos enfermeiros do serviço de urgência (SU) em suporte imediato de vida (SIV), tema este que vai ao encontro às linhas de orientação emanadas por este mestrado, em concreto, a segurança e qualidade de vida, tendo sido concretizado como projeto de intervenção profissional com um grupo de enfermeiros do referido serviço de urgência (SU).

Assim, o presente relatório para além de constituir um elemento de avaliação, tem como objetivos fazer uma descrição, apreciação crítica e reflexiva da forma como decorreram as etapas do projeto de intervenção profissional e, ao mesmo tempo, efetuar uma análise sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências de mestre e de enfermeiro especialista.

Durante o estágio cumpriu-se o total de horas de contacto requeridas pelo aviso n.º 5622/2016 (UE, 2016a), o que representou uma média de 2.86 turnos por semana (24.31 horas de contacto semanais). A contabilização horária poderá ser consultada no anexo B.

Durante este período de estágio, vários foram os momentos de reflexão sobre diversas experiências vividas, bem como atividades e procedimentos realizados. O PE foi uma peça fundamental e imprescindível no caminho de aquisição e desenvolvimento de competências e ao mesmo tempo uma linha de orientação das atividades a realizar. Neste sentido, elaborou-se um cronograma com as atividades previstas, (anexo C), o qual serviu como “guia” em todo o percurso neste estágio, permitindo efetuar atempadamente as alterações que fossem necessárias, para dar resposta a algumas atividades que estivessem em falta. Neste cronograma foram incluídas as reuniões, formações, trabalhos efetuados e outras atividades diretamente relacionadas com o estágio.

No decorrer da primeira semana teve lugar uma reunião na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, na qual estiveram presentes o Sr. Professor João Mendes, a Sra. Professora Dulce Santiago, a Sra. Professora Céu Marques e os colegas Pedro Amaro e Jorge Pereira, tendo ficado definido nessa reunião quais os trabalhos a realizar e que seriam alvo de avaliação. Assim ficou definido a realização de um documento descritivo do PE, um artigo científico relacionado com o tema do projeto e um RE.

O presente Relatório de estágio está de acordo com as indicações do Regulamento de estágio final e Relatório dos Mestrados em Enfermagem, e a sua redação e formatação está de acordo com a sexta edição da Norma da *American Psychological Association* (APA, 2010).

No decorrer deste documento, far-se-á na primeira fase uma breve apresentação da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) e do SU, no que se refere aos recursos físicos, materiais e humanos, assim como a sua área de abrangência e população alvo.

Numa outra fase abordam-se as fases do projeto de intervenção profissional, dando a conhecer os resultados da sua implementação na equipa de enfermagem.

Em seguida efetua-se a avaliação das competências de mestre e de especialista, numa descrição pormenorizada assente em fatos reais e suportada em evidência científica. No ponto seguinte tem

lugar uma análise reflexiva sobre o processo de avaliação durante o período formativo e o seu acompanhamento.

Por fim apresenta-se a conclusão, a qual faz um balanço dos objetivos inerentes ao projeto de intervenção profissional e do processo de aquisição e desenvolvimento das competências de mestre e especialista.

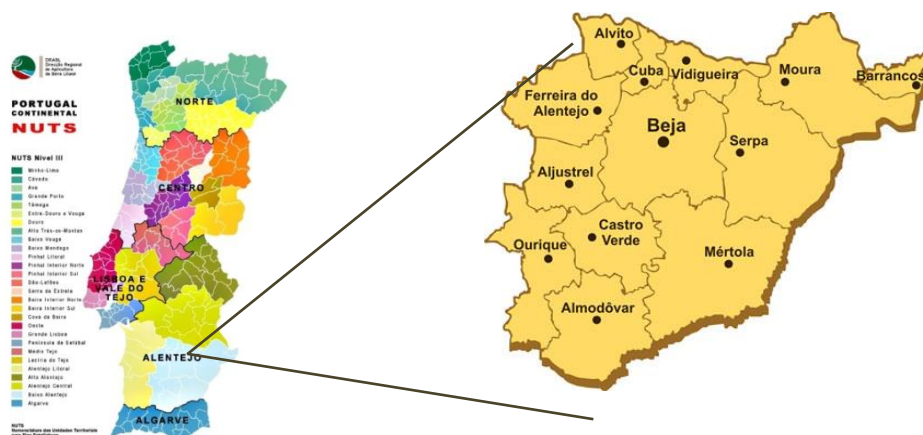
2 - AVALIAÇÃO DO CONTEXTO

2.1 - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

A Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. (ULSBA), é uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde, criada pelo Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro, que resultou de uma preocupação pela mais-valia que pode trazer à efetiva prestação de cuidados de saúde aos cidadãos, a integração entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados/hospitalares.

Atualmente integra o Hospital José Joaquim Fernandes de Beja (HJJF), o Departamento do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo (DACESBA), que por sua vez integra as Unidades Funcionais dos Centros de Saúde de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira, bem como a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), a Unidade de Saúde Pública (USP), o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e o Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce de VIH (CAD).

Figura 1 - Mapa de Portugal e do Baixo Alentejo



(Fonte: Intranet da ULSBA)

Figura 2 - Área de Influência da ULSBA



(Fonte: Intranet da ULSBA)

De acordo com os dados do recenseamento censitário de 2011, a população residente no Baixo Alentejo era de 126.692 habitantes, o que representa uma diminuição de 6,2% do efetivo populacional face aos dados do Censos de 2001, correspondendo a uma redução da densidade populacional dos 15,8 habitantes/Km², em 2001 para os cerca de 14,8 habitantes/Km², em 2011.

As estimativas do INE para 2013 apontam novamente para uma diminuição do efetivo populacional da região, estimando-se uma população total de 123.598 residentes e uma densidade populacional de 14,5 habitantes por km².

A população alvo de intervenção é a população de inscritos nos 13 Centros de Saúde, nomeadamente no que respeita às UCSP e USF.

No final de 2014 encontravam-se inscritos nas UCSP/USF da Região 129.030 utentes, repartidos pelas 14 Unidades Funcionais em funcionamento, representando cerca de 104% da população residente estimada para 2013, superando assim a comunidade residente em mais de 5 mil utentes.

2.2 - SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

2.2.1 - Enquadramento legal

Esta Unidade Local de Saúde tem por objeto a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, nomeadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários de subsistemas de saúde, e para isso integra cuidados hospitalares, cuidados primários, cuidados continuados e paliativos e emergência pré-hospitalar. Para além disso, a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., à semelhança das restantes Unidades Locais de Saúde do país, objetiva o desenvolvimento de atividades de investigação, formação e ensino, participando na formação de profissionais de saúde de acordo com a sua capacidade formativa (Decreto-Lei n.º 183/2008 de 4 de Setembro do Ministério da Saúde).

Em 12 de Setembro de 2006 foi publicado o despacho nº. 18 459/2006, que veio definir diferentes níveis de serviços de urgência, bem como algumas das suas principais características. (Ministério da Saúde, 2006) A 28 de Fevereiro de 2008, o despacho nº. 5414 classificou o SU do HJJF como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC).

A área de influência do SU coincide geograficamente com o Baixo Alentejo, abrangendo uma superfície de 8.542,7 Km², correspondente a cerca de 9,3% do território nacional.

No que se refere ao SU do HJJF, as valências que dispõe são as seguintes:

- Anestesiologia
- Cirurgia Geral
- Ortopedia
- Medicina Interna
- Obstetrícia
- Pediatria
- Patologia Clínica
- Imagiologia
- Imuno-hemoterapia
- Psiquiatria

Especialidades de apoio:

- Cardiologia
- Urologia
- Neurologia
- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia

Importa salientar que, sendo este SU, um serviço de urgência médico-cirúrgico, não existindo todas as valências, verifica-se muitas vezes a necessidade de transferir alguns doentes para outras unidades hospitalares, de modo a dar resposta às necessidades urgentes/emergentes dos mesmos.

2.2.2 - Recursos físicos

No que respeita à sua estrutura física, o SU do HJJF é composto por:

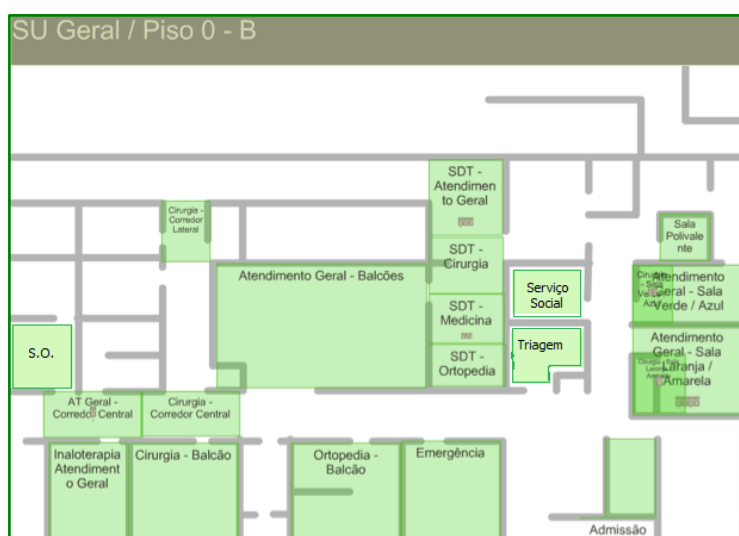
- um balcão administrativo para a inscrição dos doentes;
- uma sala para realização da triagem;
- duas salas de espera organizadas segundo as cores da triagem, (uma para amarelos e laranjas e outra para verdes e azuis). Ambas as salas dispõem de rampas de ar e de oxigénio;
- uma sala para a vigilância de doentes que já tenham sido consultados e que possuam critérios clínicos para permanecer na mesma. Trata-se de uma sala que tem capacidade para 8 doentes e dispõe de rampas de ar e de oxigénio;
- uma sala que é utilizada como posto de trabalho de enfermagem, designado de A/V (acolhimento e vigilância). Neste local o enfermeiro faz o acolhimento dos acompanhantes dos doentes, identificando-os e estabelecendo desde logo uma ligação entre estes, o doente e o próprio serviço;
- dois vestiários para os profissionais;
- um gabinete para o diretor de serviço;

- uma sala de emergência (SE) direcionada para a prestação de cuidados a doentes em situação crítica. Esta encontra-se localizada junto à entrada do SU, tem lotação para dois doentes, apesar da sua lotação ser excedida muitas vezes;
- uma sala de decisão terapêutica (SDT) com capacidade para oito doentes em maca e que permite não só oferecer alguma privacidade aos mesmos, como administrar medicação, realizar oxigenoterapia, inaloterapia e prestar cuidados de conforto e higiene;
- um balcão, que é o setor responsável pela prestação de cuidados aos doentes que caminham ou que se deslocam em cadeiras de rodas, embora também inclua a prestação de cuidados aos doentes em maca que se encontrem no corredor do SU;
- uma sala de inaloterapia destinada aos doentes que deambulem e/ou que conseguem permanecer na posição de sentados e que simultaneamente necessitam realizar tratamentos deste âmbito. Esta sala tem capacidade para 10 doentes e está equipada com rampas de ar e de oxigénio;
- uma sala de ortopedia que dispõe de uma maca permanente, onde são prestados cuidados aos doentes com traumatismos osteoarticulares.
- uma sala de pequena cirurgia onde se recebem os doentes do foro cirúrgico e que tem os recursos necessários à realização de suturas e de outras técnicas invasivas. Esta sala dispõe de uma maca permanente e de espaço para outra;
- um gabinete para consultas de psiquiatria e oftalmologia;
- um serviço de observação (SO) que se caracteriza por ser um internamento no próprio SU e que permite uma monitorização cardiorrespiratória não invasiva dos doentes internados. Dispõe de cinco camas e de espaço para duas macas, para além deste espaço existe o corredor, que acolhe os restantes doentes que estão internados em SO e não carecem de monitorização, nem de oxigénio;
- um gabinete da chefia de enfermagem;
- um gabinete médico;
- um gabinete com sofás e televisão utilizado para as refeições dos profissionais;
- uma copa;
- cinco casas de banho, duas para os profissionais e três para os doentes;
- uma sala para lavagem e desinfeção de materiais;

- uma dispensa para arrumo de materiais;
- uma dispensa para arrumo de soros;
- uma sala para arrumo de roupa e impressos/minutas;
- corredores que fazem a ligação deste serviço com o restante hospital, sendo um deles utilizado apenas pelos profissionais e outro pelos doentes e acompanhantes.

Para uma fácil percepção da estrutura física do SU do HJJF, apresenta-se a planta do serviço na Figura 3.

Figura 3 - Planta do Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes



(Fonte: ALERT)

2.2.3 - Recursos materiais e equipamentos

No que respeita à parte de materiais e equipamentos, o SU do HJJF é composto por:

- um carro de emergência (na SE);
- sete monitores cardíacos (dois na SE e cinco no SO);
- cinco monitores desfibrilhadores, em que dois se encontram alocados à SE, dois que estão destinados para as transferências intra e inter hospitalar e um no SO;
- vinte seringas infusoras, seis na SE, doze no SO e duas na VMER;

- treze *dinamaps*, três na SDT, seis no balcão, um na pequena cirurgia, um na inaloterapia e dois no SO;
- dezoito aspiradores de secreções, oito na SDT, dois na SE, um na sala de pequena cirurgia e sete no SO;
- um ventilador invasivo *oxylog 1000* na SE;
- um ventilador invasivo e não invasivo *oxylog 3000* na SE;
- um ventilador não invasivo *vivo 40* no SO;
- rampas de ar e de oxigénio em todos os setores;
- onze *Pyxis*, dois na SE, dois na SDT, um na ortopedia, dois na cirurgia, dois no balcão e dois no SO, onde se encontram armazenados os fármacos e os materiais de consumo clínico, sendo a sua reposição feita diariamente respetivamente pela farmácia e pelo armazém.

2.2.4 - Recursos humanos

Da equipa multidisciplinar existente no Serviço de Urgência fazem parte: enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, administrativos, secretárias de piso. A limpeza e a segurança do serviço são asseguradas por funcionários de empresas contratadas pela instituição.

A articulação entre os diferentes grupos profissionais é efetuada dentro das elementares regras de respeito pela área de competência de cada um, assim como é privilegiado um clima relacional que propicia o bom ambiente de trabalho.

Os elementos da equipa de enfermagem trabalham no sistema de “roulement” (trabalho por turnos). A equipa de enfermagem do Serviço de Urgência é constituída por 57 enfermeiros, destes, oito prestam exclusivamente cuidados no SU pediátrico e nove em ambos os serviços, embora com predomínio no SU geral. Os restantes 40 enfermeiros prestam cuidados apenas neste último. Pode assim concluir-se que deste grande grupo de 57 elementos, 49 prestam cuidados no SU geral. Nesta contagem de enfermeiros, estão também incluídos a enfermeira em funções de chefia e um enfermeiro que se encontra em regime de horário fixo e que trabalha diretamente com o primeiro na gestão do serviço.

A equipa de enfermagem trabalha pelo método individual. O Plano de Trabalho é realizado semanalmente, contemplando a distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores de trabalho. A distribuição da equipa de enfermagem é feita da seguinte forma:

- No Turno da Manhã (8-16:30h) e no Turno da Tarde (16-0h), a equipa de enfermagem comporta 11 enfermeiros – um enfermeiro na Triage, um na sala de acolhimento e vigilância, um no Balcão 1, um na Sala de Reanimação/Balcão 2, um na Sala de Decisão Terapêutica, um na Sala de Pequena Cirurgia/Evacuação, um na Sala de Ortopedia, um na sala SO, dois na urgência pediátrica e um de Chefe de Equipa.
- No turno da noite (23:30-8:30h), a equipa de enfermagem é constituída por 8 enfermeiros – um enfermeiro na Triage, um no Balcão 1, um na sala de Reanimação/Balcão 2, um na Sala de Pequena Cirurgia/Evacuação, um na sala SO, dois na urgência pediátrica e o outro de Chefe de Equipa.

Embora seja esta a distribuição da equipa de enfermagem, ressalva-se que existe sempre colaboração entre os elementos dos diferentes setores de trabalho, principalmente entre os elementos distribuídos pela Sala de Reanimação/Balcão 2, Balcão 1 e Sala de Pequena Cirurgia/Sala de Ortopedia. Embora o Chefe de Equipa coordene a equipa, dá apoio aos outros elementos, privilegiando a Sala de Observação SO.

No sentido de caracterizar melhor a equipa de enfermagem, na quarta e quinta semana de estágio procedeu-se à entrega de um questionário aos enfermeiros da equipa, realizado em parceria com os outros dois colegas em estágio neste serviço (anexo D).

A equipa médica é constituída por médicos da instituição e por médicos contratados por empresas de prestação de serviços. Durante as 8-0h existem três médicos no atendimento geral/balcões, sendo que no período da noite (0-8h), feriados e fins-de-semana apenas dois asseguram este serviço. Encontram-se de permanência dois médicos de cirurgia. Quanto aos ortopedistas existem dois, no entanto, a partir das 20h fica apenas um para o atendimento. Os médicos de medicina interna, que são dois, asseguram o acompanhamento dos doentes internados em Sala de Observação (SO) e também são responsáveis pelo atendimento dos doentes emergentes na Sala de Reanimação.

No que respeita à equipa dos assistentes operacionais, esta é constituída por 28 elementos, sendo distribuídos seis nos turnos da manhã e da tarde e três no turno da noite. Também no que respeita à equipa de assistentes operacionais, se salienta a colaboração entre os elementos dos diferentes setores de trabalho.

O serviço administrativo funciona 24 horas por dia, sendo assegurado por dois administrativos no período das 8-0h e apenas por um administrativo das 0-8h, fins-de-semana e feriados.

O secretariado do serviço conta com a colaboração de dois elementos que se substituem um ao outro no período das 8h às 24h, ou seja, é assegurado o turno das 8h até às 16h por um e o turno das 16h até às 0h por outro.

2.2.5 - Missão e indicadores

O SU do HJJF, enquanto SUMC, tem como missão prestar cuidados de qualidade às pessoas que a ele recorram com problemas de saúde urgentes e emergentes. Mais concretamente, destina-se ao atendimento de doentes com situações clínicas de patologia aguda ou traumática, que impliquem um diagnóstico e terapêutica não adiáveis, através de uma assistência humanizada, eficiente e rápida, de acordo com os meios disponíveis. (ULSBA, 2016) Esta missão materializa-se através de um conjunto de acontecimentos encadeados, que são proporcionados por uma equipa multidisciplinar e que se consubstanciam no acolhimento, na triagem, na avaliação, na estabilização, na investigação, no tratamento e na orientação/encaminhamento.

Para que todos os utentes que recorrem ao SU possam usufruir desta cadeia organizada de acontecimentos, é necessário que os profissionais que dele fazem parte tenham conhecimento das normas e dos protocolos vigentes no serviço, das especificidades das suas competências e intervenções, das competências e intervenções dos restantes profissionais e ainda do espaço físico e dos recursos existentes no SU, na instituição (a nível hospitalar e dos CSP) e na rede de referência inter-hospitalar.

No sentido de promover uma avaliação objetiva sobre o grau de cumprimento da missão de um serviço, sobre o custo-efetividade e qualidade das intervenções dos diferentes profissionais e ainda sobre o grau de satisfação dos utentes, é necessário que cada serviço possua indicadores de

qualidade que sejam aferidos regularmente e do conhecimento geral da equipa. Só através da valorização e interpretação destes resultados, será possível implementar medidas fundamentadas que reformulem algumas das práticas atuais, com vista a um aumento da qualidade.

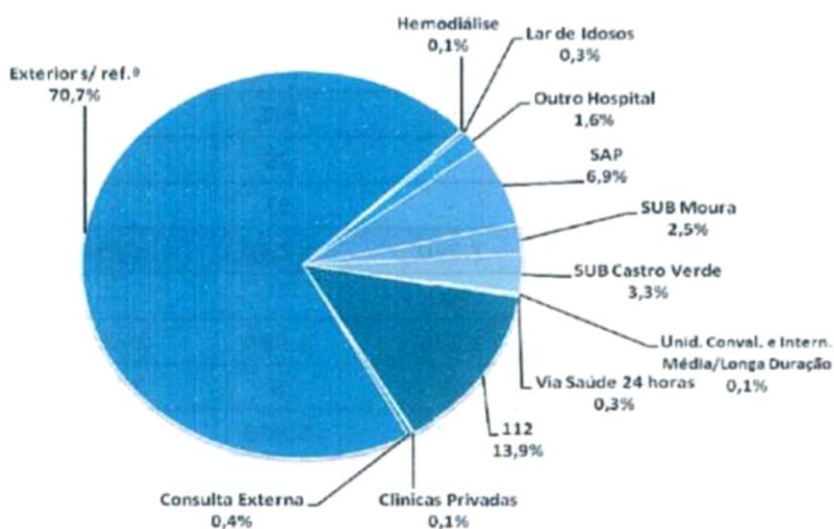
A DGS (2011, p.2), no seu documento de estratégias para a saúde referente ao PNS 2012-2016, define a qualidade em saúde como “(...) a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão.”.

No que respeita à intervenção do enfermeiro no SU, importa salientar que os cuidados prestados por este são na grande maioria das vezes episódicos e têm o seu enfoque numa população com características muito diversificadas. A faixa etária é abrangente, o nível socioeconómico e educacional variado e os diagnósticos médicos e de enfermagem múltiplos.

Por isso, a prática de enfermagem num SU implica a mobilização de um grande número de competências, quer gerais, quer próprias dos enfermeiros especialistas, que embora sejam integradas numa abordagem sistemática dos doentes, conhecida como o processo de enfermagem, carecem de uma avaliação do ponto de vista da qualidade dos cuidados. (Sheehy, 2011) Como sabemos, o ato de cuidar e as intervenções de enfermagem realizadas raramente são alvo de um processo de avaliação desse género, que permita provar que é na qualidade dos seus cuidados e nos ganhos em saúde que daí advêm, que a enfermagem deve ser uma profissão cada vez mais valorizada.

Como é do âmbito comum, tem havido esforços das instituições hospitalares, no sentido da população em geral não recorrer aos SU em casos não urgentes, este apelo tem sido feito para não levar à rutura destes serviços pela afluência diária de doentes em situações não urgentes. Tem-se tentado educar a população para recorrer à equipa dos cuidados de saúde primários, aos centros de saúde da sua área e só fazer uso do SU em situações urgentes/emergentes ou mediante a referenciação. No Relatório de Contas de 2016 desta unidade (ULSBA,2016a) verifica-se que tal não ocorre como desejável, existindo ainda um grande número de doentes que recorre ao SU como primeira opção, constatando-se uma percentagem de cerca de 70,7% no ano 2015. (Gráfico nº 1)

Gráfico 1 - Análise das admissões no SU por proveniência no ano 2015

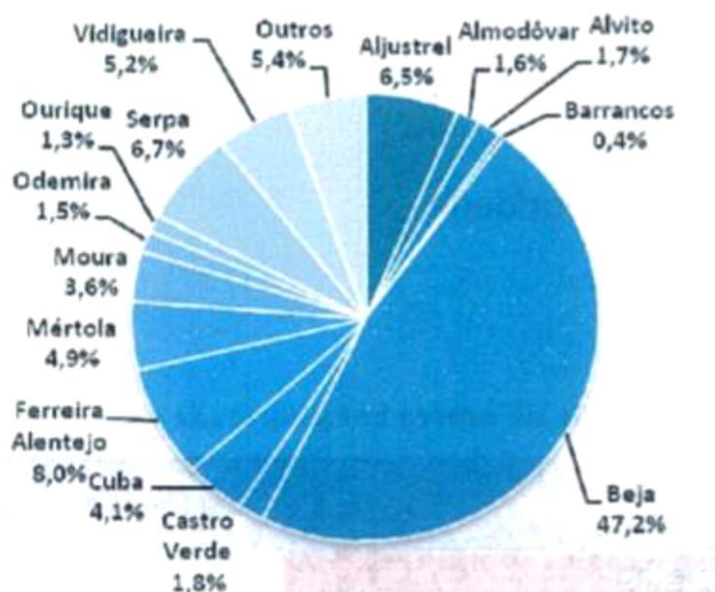


(Fonte: ULSBA, 2016a, p. 101)

Da vasta área geográfica do nosso distrito, verifica-se que é no concelho de Beja que existe o maior número de residentes em relação aos restantes concelhos.

Uma das estratégias adotadas para minimizar a procura dos SU por parte dos doentes, foi alargar as horas de atendimento permanente dos centros de saúde até às 24 horas, medidas estas que não tem surtido efeito como se pode verificar em seguida. (Gráfico nº2)

Gráfico 2 - Análise das admissões no SU por concelho de residência no ano 2015



(Fonte: ULSBA, 2016a, p. 99)

Tendo por base os Eixos Estratégicos do PNS 2012-2016: cidadania em saúde, equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde; qualidade em saúde e políticas saudáveis; e no sentido de responsabilizar o cidadão no contributo para a saúde individual e coletiva, os Enfermeiros, conjuntamente com a restante equipa multidisciplinar, têm contribuído na prevenção de complicações e na promoção da saúde desenvolvendo projetos de intervenção comunitária e de melhoria contínua da qualidade, em parceria com os parceiros sociais.

É, portanto imperativo que as instituições de saúde criem e promovam a “cultura da Qualidade”, envolvendo todos os profissionais, de forma a responder adequadamente aos desafios sociais, tecnológicos, políticos e económicos. Desafio social, porque os cidadãos e os profissionais são cada vez mais exigentes, tanto na qualidade de consumo como na produção. Desafio tecnológico, devido ao constante desenvolvimento e inovação das tecnologias de informação e comunicação adotadas pela saúde, que obriga a uma atualização permanente nos procedimentos e na melhoria do desempenho nessa área. Desafio político porque a necessidade de implementar sistemas de Qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias Internacionais (como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros), quer por organizações nacionais (pela Ordem dos Enfermeiros, pelo Conselho Nacional da Qualidade e pela Direção Geral de Saúde). Desafio económico, porque sendo a concorrência uma constante e a oferta cada vez maior, a oportunidade de escolha depende da relação custo/benefício e também porque é essencial diminuir custos, evitando tudo o que seja supérfluo, a negligência e a omissão (Frederico, 2001).

2.2.6 - Sistema de triagem

É importante referir que na maioria dos serviços de urgência em Portugal, incluindo o Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes de Beja, encontra-se implementado o Sistema de Triagem de Manchester.

Este sistema de Triagem de Prioridades de Manchester permite a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do serviço de urgência quer em situações de catástrofe. Trata-se de uma metodologia de trabalho implementada em Manchester em 1997 e amplamente divulgada no Reino Unido e noutros países europeus.

Assim, foram atribuídos a cada categoria um número, uma cor e um nome, e cada uma delas foi definida em termos de tempo alvo aceitável até ao primeiro contacto com o médico de serviço, como se apresenta na tabela nº 1.

Deverá ainda ser atribuída a cor branca a todos os doentes que apresentam situações não compatíveis com o serviço de urgência, como por exemplo, doentes admitidos para técnicas programadas.

Tabela 1 - Prioridades, designação, cor e tempo alvo da Triagem de Manchester

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO ALVO (MINUTOS)
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240

(Fonte: Manual Triagem Manchester)

Seguindo o mesmo raciocínio de fazer uma breve apresentação dos dados estatísticos referente às percentagens de triagens em função da atribuição das prioridades por cores, no serviço de

urgência do hospital José Joaquim Fernandes, a tabela nº2 mostra esses valores durante o ano de 2015.

Tabela 2 - Percentagem de triagens em função da prioridade atribuída

Cor	%
Vermelho	1
Laranja	14
Amarelo	62
Verde	20
Azul	2
Branco	1
Total	100

(Fonte: Gabinete de Estatística da ULSBA,2015)

3 - ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

3.1 - FUNDAMENTAÇÃO

O utente é o eixo em volta do qual se programa e orienta a prestação de cuidados e é numa prestação humanizada e culturalmente direcionada e individualizada que recai as exigências de formação e de competência dos profissionais de saúde, obrigando a uma profunda mudança de filosofia das organizações de saúde.

A formação em serviço não se pode considerar isoladamente, mas contextualizada no processo global de gestão e de desenvolvimento dos recursos humanos de uma instituição, com vista à qualidade dos serviços. Esta formação faz parte integrante da gestão de recursos humanos porque é o indivíduo, formado e qualificado que vai através da informação e conhecimento obtido, mobilizar essa atividade, a sua inteligência, a sua capacidade e motivação.

Formar uma pessoa é proporcionar-lhe os meios para adquirir mais conhecimentos e saber-fazer práticos. Segundo Ceitil (2003), a política de formação deve corresponder a três finalidades:

- Consolidar o existente;
- Acompanhar e facilitar as mudanças;
- Preparar o futuro.

A consolidação do existente, é uma tarefa a curto prazo, no máximo segundo Ceitil, de um ano, podendo durante este período promover-se ações de aperfeiçoamento e de manutenção das práticas corretas.

O acompanhamento das mudanças, está ligado ao tempo previsível para o desenvolvimento desses projetos de mudança, pelo que é variável mas propondo-se ser resolvido a médio prazo. Um período de 3 a 5 anos projetado no plano a médio prazo da empresa/instituição é a estimativa para os processos de mudança.

A preparação para o futuro, é um investimento a longo prazo que pode ir imprevisivelmente de 5 a 10 anos. Digamos que nesta preparação para o futuro há tendências, vontades, objetivos, visões, mas que são suscetíveis de ser postas em causa, tornando-se difícil para um gestor da formação, planear e antecipar previsões até essa distância.

A formação nas suas várias modalidades, faz parte integrante da gestão de recursos humanos, otimizando níveis de competência. A complexidade do conceito de competência reflete-se em várias abordagens, como a realizada por Martins, que define competência como sendo a capacidade para realizar algo, implicando mobilização, integração e aplicação de conhecimentos a uma situação concreta, atuando com responsabilidade. (Martins, 2009)

No que concerne ao tema que dá mote a este relatório, importa salientar que na Europa a doença cardiovascular é responsável por aproximadamente 40% de todas as mortes em idades abaixo dos 75 anos, sendo a paragem cardiorrespiratória (PCR) súbita responsável por mais de 60% de todas as mortes provocadas por cardiopatia isquémica nos adultos. Segundo dados do National Cardiac Arrest Audit (NCAA) apresentados pelo Conselho Português de Ressuscitação (CPR), a incidência reportada à PCR em contexto intra-hospitalar no Reino Unido situa-se entre 1 e 5 casos por cada 1000 admissões e a sobrevivência à alta hospitalar ronda em média os 13,5%. (Conselho Português de Ressuscitação, 2010)

Segundo o European Resuscitation Council (ERC) a evidência atual demonstra que o suporte básico de vida com compressões e ventilações adequadas, associado à desfibrilhação precoce, tem um enorme impacto na taxa de sucesso e recuperação da vítima em paragem cardiorrespiratória. (Perkins et al, 2015)

Considerada a importância da adequada atuação dos profissionais de saúde perante situações de doença aguda, o Nursing and Midwifery Council (NMC) em 2007 no Reino Unido, alertou que todos os enfermeiros deveriam ter conhecimentos e competências para prestar cuidados em situações de emergência, nomeadamente em contexto de PCR, de modo a garantir uma maior segurança para os doentes. Deste modo, o Ministério da Saúde decidiu que poderia ser vantajosa a integração do curso de suporte imediato de vida (SIV), previamente criado em 2002 pelo Conselho de Ressuscitação deste país, nos currículos dos enfermeiros. (Rice, Gallagher, McKenna, Traynor & McNulty, 2009) Desde então, esta é uma prática que se tem vindo a difundir em vários países, entre os quais Portugal, sendo atualmente o SIV um curso de reanimação muito vocacionado para os enfermeiros. (CPR, 2010) Ainda segundo os primeiros autores, trata-se de um curso que deriva do curso de

suporte avançado de vida (SAV) e que pretende fornecer aos formandos conhecimentos e competências no reconhecimento precoce de doentes críticos, na abordagem da via aérea, nas manobras de reanimação e na desfibrilhação segura. Concretamente em relação à implementação do curso de SIV em Portugal, este prevê dotar os formandos em 3 competências psicomotoras: permeabilização da via aérea, com utilização de adjuvantes básicos da via aérea (tubo orofaríngeo e nasofaríngeo) e dispositivos supra-glóticos (máscara laríngea e i-gel), desfibrilhação precoce e segura e administração de fármacos de primeira linha, nomeadamente a adrenalina e a amiodarona. (CPR, 2010) As diferenças relatadas entre os cursos, prendem-se essencialmente com as adaptações realizadas face às particularidades legais que regulamentam o exercício da enfermagem em cada país.

Os principais algoritmos que sustentam a intervenção dos enfermeiros em contexto de paragem cardiorrespiratória são os algoritmos de SBV, SIV e SAV. Uma vez que são os enfermeiros, os profissionais que mais próximo estão dos doentes, eles têm um papel preponderante na deteção precoce e na rápida atuação em situações de “live saiving”. Assim o tema a trabalhar visa a segurança do doente crítico, determinada pela performance dos enfermeiros do SU em SIV.

Considerada a mortalidade associada à doença cardíaca isquémica em Portugal, a Direção-Geral da Saúde, através do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, defende que é indispensável “Promover o respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas através da adoção de recomendações clínicas (guidelines) nacionais ou internacionais.” (DGS, 2011)

O Conselho Português de Ressuscitação é um organismo máximo em Portugal na área da reanimação, que tem como missão promover iniciativas que divulguem as boas práticas em reanimação, normalizar modelos de formação, divulgar as recomendações do European Resuscitation Council, produzir e disponibilizar materiais e modelos pedagógicos para a formação em reanimação.

De cinco em cinco anos são emanadas pelo ERC novas recomendações para a boa prática da atuação em situação de reanimação, impondo-se a criação de condições para que os profissionais possam desempenhar as suas funções de acordo com as exigências que são requeridas.

Segundo Montgomery, Kardong-Edgren, Oermann e Odom-Maryon (2012), estas recomendações também se aplicam ao contexto da reanimação cardiopulmonar (RCP), onde a prestação de cuidados

adequados e em segurança para os doentes e para os profissionais não pode ser negligenciada, implicando para isso um treino regular e uma preparação prévia.

Neste contexto, importa também lembrar Greif et al (2015) e Hazinski et al (2015) que concluíram que a prática simulada constitui uma parte importante do treino em reanimação, sendo altamente efetiva na aquisição, desenvolvimento e manutenção de competências.

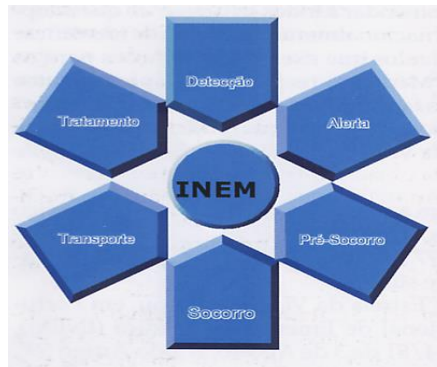
Na área da reanimação, a aposta no desenvolvimento de equipas multidisciplinares, formadas por técnicos qualificados e diferenciados, contribui para aumentar a eficácia dos cuidados e a eficiência do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), essencialmente para a concretização dos objetivos da política nacional de saúde, nesta área. Em situação de emergência a atuação inicia-se no momento em que acontece o acidente ou a doença súbita e engloba todos os procedimentos que se prolongam até ao momento em que são prestados os tratamentos adequados no hospital. Assim o SIEM inclui um conjunto de entidades, como a Polícia de Segurança Pública, a Guarda Nacional Republicana, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, o INEM, os Hospitais e Centros de Saúde, que cooperam entre si, com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. (INEM, 2009)

Do trabalho realizado pelo Gabinete de Emergência Médica, criou-se em 1981, através do Decreto-Lei nº 234/81 de 3 de Agosto, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) com a finalidade de garantir o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) no território do continente. (Mateus, 2007)

No sentido de cumprir todas as etapas essenciais no atendimento à vítima, foram criadas a Estrela da Vida e a Cadeia de Sobrevivência. (Mateus, 2007)

A Estrela da Vida foi o símbolo adotado internacionalmente para identificar os Serviços de Emergência Médica e em Portugal todos os organismos pertencentes ao serviço integrado emergência médica (SIEM). Aos seis vértices da estrela são atribuídos significados específicos, aos quais correspondem vários passos/atitude que devem ser sequencialmente tomadas, desde a deteção da situação de emergência até à prestação de cuidados diferenciados à vítima em ambiente intra-hospitalar. Para Mateus (2007, p.21) cumpre-se assim “(...) o ciclo completo das ações a realizar as quais garantem as condições indispensáveis ao salvamento de vidas, objetivo final da emergência médica.”

Figura 4 - Estrela da Vida



(Fonte: Mateus, 2007)

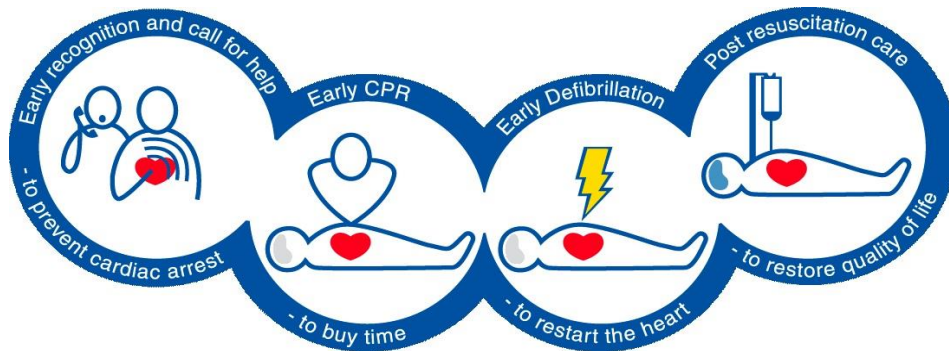
Descrevendo as designações e intervenções referentes a cada vértice, surge:

1. No vértice superior, a **Detecção**;
2. No 2º vértice, o **Alerta**;
3. No 3º vértice, o **Pré-socorro**;
4. No 4º vértice, o **Socorro** prestado à vítima no local;
5. No 5º vértice, o **Transporte da Vítima**;
6. No 6º e último vértice, o **Tratamento Definitivo**.

As várias etapas referidas vão-se sucedendo de forma encadeada, estabelecendo relações de interdependência entre elas. O próprio símbolo da Cadeia de Sobrevivência remete para isso mesmo, através dos 4 elos que estão unidos entre si formando uma corrente, a qual tem tanta resistência quanto a resistência do elo mais fraco. Significa isto que todos os elos são de extrema importância, para que se possa ativar e continuar a cadeia e todas as intervenções/cuidados necessários que possam ser aplicados à vítima, com o objetivo de assegurar a vida com o menor número de sequelas possível.

Caso um dos elos falhe, ou seja, caso uma das etapas atrás enumeradas não seja devidamente realizada, irá comprometer a realização das etapas seguintes e invalidar os esforços realizados nas etapas anteriores.

Figura 5 - Cadeia de Sobrevivência



(Fonte: ERC, 2010)

Torna-se importante sublinhar que existe uma associação direta entre os 6 vértices da Estrela da Vida e os 4 elos da Cadeia de Sobrevivência, sendo que os primeiros nos dão uma visão mais faseada da sequência de intervenções na assistência à vítima, enquanto os segundos permitem uma visão mais geral. (Pereira, 2006)

Figura 6 - Relação entre a Estrela da Vida/Cadeia de Sobrevivência



(Fonte: ERC, 2010)

O contexto social atual é marcado por evoluções constantes nas mais variadas áreas, e a Saúde não é exceção. Os progressos que se traduzem numa melhoria dos cuidados nesta área ocorrem dentro das unidades de saúde.

Desta forma, a abordagem SIV resulta da necessidade de desenvolver continuamente o Sistema Integrado de Emergência Médica, com a finalidade de melhorar cada vez mais os cuidados de emergência pré-hospitalar prestados à população e dar continuidade desses cuidados a nível intra-hospitalar.

Em 2007, integrado no Processo de Requalificação das Urgências, promovido pelo Ministério da Saúde, foi criado um novo meio de assistência diferenciada de emergência pré-hospitalar - as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), com o objetivo de melhorar os cuidados de emergência pré-hospitalares prestados a população.

A expressão SIV traduz um conceito mais amplo, aceite pela comunidade científica, baseado na necessidade de garantir os cuidados de saúde capazes de resultar numa reanimação com sucesso, ou na estabilização das pessoas em situações críticas enquanto não está disponível uma equipa de suporte avançado de vida. (INEM, 2011)

Oliveira & Martins (2013), referem que a diferenciação dos cuidados de enfermagem prestados neste contexto é reconhecida por quem deles beneficia, pelos colegas que recebem as pessoas já estabilizadas e ainda por outros profissionais intervenientes no socorro que trabalham em complementaridade com as equipas SIV.

O significado de “Ser Enfermeiro em Suporte Imediato de Vida” está intimamente relacionado com as vivências individuais de cada um, sendo fortemente influenciado pelas motivações e aspirações pessoais. Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida é definido pelos participantes como um desafio e um privilégio pelas possibilidades de concretização de um projeto de vida, proporcionando sentimentos de satisfação pessoal e profissional. (Oliveira & Martins, 2013)

Tendo em conta que o alvo de cuidados dos enfermeiros que exercem na área da emergência é a pessoa em situação crítica, e a maior exigência da população face ao que é um direito universal (cuidados de saúde), torna-se imperativo efetuar formação necessária e atribuir as competências conferidas aos enfermeiros, neste âmbito de intervenção. A complexidade das intervenções exigidas aos enfermeiros face às situações com que se deparam, faz com que tenham de procurar o seu melhor desempenho ao nível: da sua atitude, que assume face à pessoa e à equipa; dos seus conhecimentos, para reconhecer os sinais/sintomas, suas implicações hemodinâmicas e compreender o tratamento administrado; bem como das suas habilidades técnicas na execução dos procedimentos necessários.

A ordem dos enfermeiros (2010) refere que o desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas com largo espectro de ação. A segurança deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde, e o exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-dentológicas (*legis artis*), aplicáveis em qualquer contexto de prestação de cuidados. A obrigação de respeitar todas as regras de segurança e implementar todas as medidas necessárias à manutenção de um ambiente seguro, é uma responsabilidade assumida pelos enfermeiros, notando-se a preocupação em adotar comportamentos de controlo de risco e o cumprimento das normas de segurança.

3.2 - OBJETIVO

O projeto de intervenção profissional realizado no âmbito do estágio final, teve como objetivo avaliar a performance dos enfermeiros do SU em SIV, na resolução de um cenário de PCR, através de um exercício de prática simulada, antes e após uma sessão de formação em suporte imediato de vida.

3.3 - METODOLOGIA

A fase metodológica, também denominada de desenho de investigação refere-se ao plano detalhado criado pelo investigador com vista a conduzir o estudo de forma a obter respostas válidas, assegurando a fiabilidade e qualidade dos resultados.

No decorrer do período de estágio, de 3 de Outubro de 2016 a 20 de Janeiro de 2017, foi formalizado o pedido de parecer às Comissões de Ética da ULSBA e da UE, para deferimento da realização deste projeto de intervenção profissional. Foram envolvidos os enfermeiros do SU aos quais foi aplicado um instrumento de colheita de dados, cujo sigilo e anonimato foram preservados.

Houve resposta positiva por parte da ULSBA para a realização deste projeto. (anexo E)

Assim, neste sentido são apresentados os elementos que fazem parte deste projeto de intervenção profissional:

- TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo envolvendo os enfermeiros do SU do HJJF. O período de recolha de dados teve a duração de cinco semanas consecutivas e decorreu nos meses de Novembro e Dezembro de 2016.

- POPULAÇÃO E AMOSTRA

POPULAÇÃO – Foram formalizados 46 convites aos enfermeiros do SU para participar na sessão formativa, ou seja a totalidade dos enfermeiros que exercem funções no SU do HJJF, (N= 46).

Todos os anos no SU do HJJF a enfermeira responsável pela formação, faz o levantamento das necessidades formativas. Após 2 anos consecutivos verifica-se que a carência e a necessidade mais votada pelos enfermeiros é a formação em reanimação. Assim decide-se que o tema do projeto de intervenção profissional seria relacionado com essa área, a performance dos enfermeiros do SU em SIV.

Para melhor expressar a população alvo, a tabela nº 3 mostra os dados que estão relacionados com os conhecimentos, competências e treino em SIV do universo da equipa (N= 46).

Tabela 3 - Dados relativos aos conhecimentos, competências e treino em SIV

		Nº absoluto (n = 46)	Percentagem
Tem formação em SIV?	Sim	38	82,6
	Não	8	17,4
Data da última formação	2010	19	41,3
	2010-2015	13	28,3
	2015	6	13,0
Foi um curso formal?	Sim	37	80,4
	Não	1	2,2
Data da última prática simulada de SIV	2010	19	41,3
	2010-2015	13	28,3
	2015	6	13,0
Considera que o treino regular de competências de SIV é importante para o seu desempenho no SU?	Sim	45	97,8
	Não	1	2,2
Considera que cumpre o algoritmo de SAV corretamente?	Sim	31	67,4
	Não	15	32,6
Tem conhecimento das alterações emanadas pelo ERC em 2015, relativamente às guidelines de SAV de 2010?	Sim	35	76,1
	Não	11	23,9
Genericamente, como classifica a dinâmica da equipa de enfermagem do SU durante uma PCR?	Boa	12	26,1
	Razoável	33	71,7
	Má	1	2,2
Considera que a dinâmica pode ser melhorada através da prática simulada?	Sim	46	100,0
	Não	0	0,0

(fonte do próprio)

AMOSTRA – Cerca de 30 enfermeiros aceitaram fazer parte da sessão formativa, condicionados pela sua motivação e pelo seu tempo livre. Efetuou-se 10 sessões formativas, tendo cada uma delas 3 elementos.

As 10 sessões de formação tiveram uma duração de aproximadamente 5 horas e iniciou-se com o preenchimento do questionário (anexo D). Foram obtidos dados sociodemográficos da amostra: idade, sexo, anos de serviço e anos no SU.

Foram ainda obtidos dados referentes a formação/experiência em SIV, os elementos que detinham formação SIV e data da última vez formação SIV. A tabela nº 4 mostra-nos os referidos dados.

Tabela 4 - Caracterização da amostra n = 30

		Nº absoluto	Percentagem
Idade	21-30	12	40,0 %
	31-40	15	50,0 %
	41-50	1	3,3 %
	51-60	2	6,7 %
Género	M	15	50,0 %
	F	15	50,0 %
Anos de Serviço	0-5	10	33,3 %
	6-10	13	43,3 %
	11-15	3	10,0 %
	16-20	1	3,3 %
	21-25	1	3,3 %
	26-30	0	0,0 %
	31-35	1	3,3 %
	36-40	1	3,3 %
Anos no SU	0-5	21	70,0 %
	6-10	3	10,0 %
	11-15	2	6,7 %
	16-20	1	3,3 %
	21-25	1	3,3 %
	26-30	1	3,3 %
	31-35	1	3,3 %
	36-40	0	0,0 %
Com Formação SIV	Sim	23	76,7 %
	Não	7	23,3 %
Última Formação	Antes de 2010	7	30,4 %
	Entre 2010-2015	12	52,2 %
	Após 2015	4	17,4 %

Nota: n= 30. Corresponde a 65% dos enfermeiros do serviço. (Fonte: do próprio)

Foi utilizada uma check-list de avaliação constituída por 20 itens (anexo F), elaborada e adaptada de acordo com as recomendações da ERC referentes às guidelines de SAV de 2015. (Perkins et al., 2015). Após o preenchimento da referida check-list iniciou-se a avaliação dos enfermeiros do SU na resolução de um caso de PCR, recorrendo à prática simulada. Em seguida foi realizado um debriefing sobre o caso prático, dando feed-back dos pontos positivos e pontos a melhorar, realizou-se também uma palestra sobre SIV, dando maior ênfase às alterações ocorridas nas novas guidelines de 2015. Ao terminar a palestra e depois de algum tempo para dúvidas, foi realizada a demonstração, em tempo real, de um caso de RCP.

No final houve outro momento para uma nova prática simulada, onde voltou a ser avaliada a performance da equipa.

- RECURSOS UTILIZADOS

O projeto foi efetuado em meio natural, de forma a alterar o menos possível as condições em que é realizado. A escolha do espaço físico foi uma sala do hospital que nos foi facultada, junto à base da VMER.

A lista que se segue mostra-nos os recursos utilizado para a realização das sessões formativas, que são eles:

- Sala do hospital;
- Questionário;
- Manequim de média fiabilidade;
- Material e equipamento de reanimação para SIV;
- Check-list de avaliação da prática simulada;
- Computador;
- Projetor;
- Apresentação Power Point (anexo G).

- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Foi elaborado um questionário para caracterização sociodemográfica e uma check-list de avaliação da prática simulada em SIV, como referido anteriormente (anexo D) e (anexo F).

- DIMENSÕES ÉTICAS

Durante a realização deste projeto foram cumpridos princípios éticos, no respeito pelos direitos dos participantes:

- **Direito à Auto-determinação**, atribuindo ao participante o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não no projeto;
- **Direito à Intimidade, respeitando a liberdade do participante para decidir** sobre a extensão da informação a transmitir durante o projeto;
- **Direito à Proteção contra o Desconforto e Prejuízo**, satisfazendo as exigências da Beneficência e não Maleficência;
- **Direito a um tratamento Justo e Equitativo**, não envolvendo abuso ou discriminação dos participantes;
- **Consentimento Autorizado**, tendo sido assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados. O participante teve oportunidade de aceitar ou não a sua participação, assim como a utilização e divulgação da informação transmitida.

- COLHEITA DE DADOS

Antes de procedermos à colheita de dados foi necessário respeitar não só os princípios éticos, como os aspetos burocráticos inerentes a este processo. Foi transmitida informação e solicitada autorização para a realização deste projeto junto do enfermeiro em funções de chefia, Conselho de Administração e o parecer da Comissão de Ética da ULSBA.

- TRATAMENTO DOS DADOS

Como forma de tratamento de dados recorreu-se à análise estatística descritiva. Os programas informáticos utilizados foram: Word, SPSS e EXCEL.

3.4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Relativamente à avaliação da performance dos enfermeiros em SIV, antes e após a sessão formativa, os resultados são apresentados na tabela nº 5. Esta tabela possibilita uma análise detalhada da performance demonstrada pela amostra em cada uma das intervenções que compõem o algoritmo.

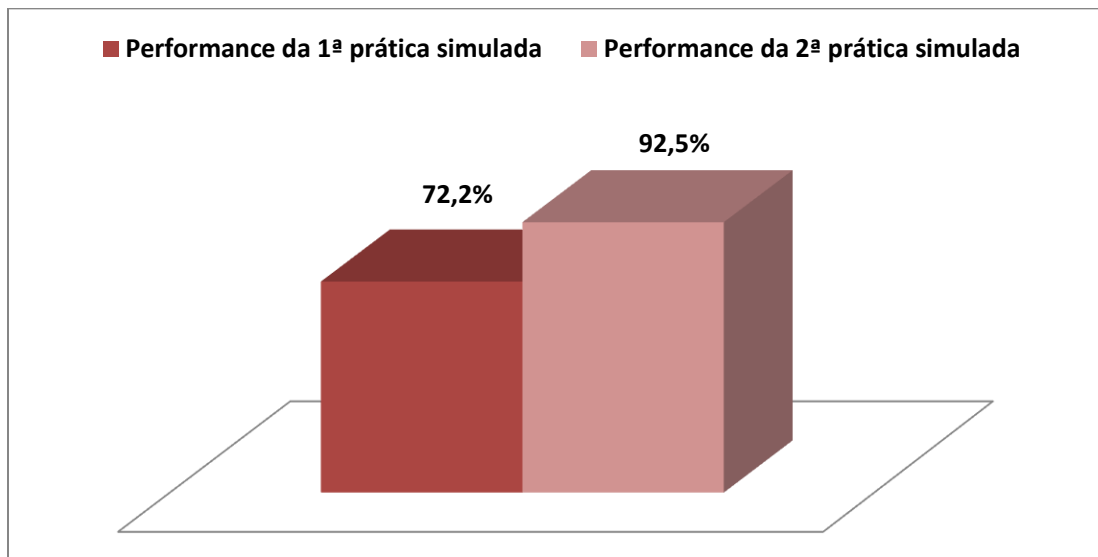
Tabela 5 - Performance detalhada dos enfermeiros nos dois momentos de prática simulada

INTERVENÇÕES		1ª Prática simulada (%)	2ª Prática simulada (%)
1	Verificação das condições de segurança	76,7	100,0
2	Avaliação do estado de consciência	86,7	100,0
3	Permeabilização do VA (extensão do pescoço e elevação mento)	86,7	96,7
4	VOSP durante 10" (Ver, Ouvir, Sentir e pesquisar pulso carotídeo)	93,3	100,0
5	Realizar pedido de ajuda	86,7	100,0
6	Inicia compressões torácicas	76,7	100,0
7	Realiza ventilações eficazes nas quais seja possível observar elevação do tórax	73,3	100,0
8	Monitoriza o doente	67,7	96,7
9	Faz a leitura do traçado em ritmos desfibrilháveis/não desfibrilháveis	50	73,7
10	Evita interrupções desnecessárias das compressões torácicas	36,7	83,7
11	Garante a segurança do doente, do próprio e da equipa durante a desfibrilhação	73,7	86,7
12	Escolhe correctamente o nível de energia no monitor/desfibrilhador	76,7	96,7
13	Assegura-se da segurança do tórax do doente	66,7	100,0
14	Minimiza a pausa pré-choque; avisa a equipa para se afastar	56,7	90,0
15	Carrega o desfibrilhador com as compressões torácicas em curso	93,3	100,0
16	Ordena à pessoa que está a fazer a fazer compressões para se afastar	86,7	100,0
17	Administra o choque, garante que o SBV é retomado de imediato	73,3	96,7
18	Mantem SBV durante 2 minutos sem interrupções até nova realização de ritmo	76,7	90,0
19	Administra as drogas quando recomendadas	93,3	100,0
20	Uso sistemático da metodologia ABCDE	13,3	40,0
Média das Intervenções		72,2	92,5

Nota: Percentagem de enfermeiros que realizaram a intervenção adequadamente. (Fonte: do próprio)

O Gráfico nº 3 reporta-se à comparação entre a performance global dos enfermeiros na primeira e na segunda prática simulada.

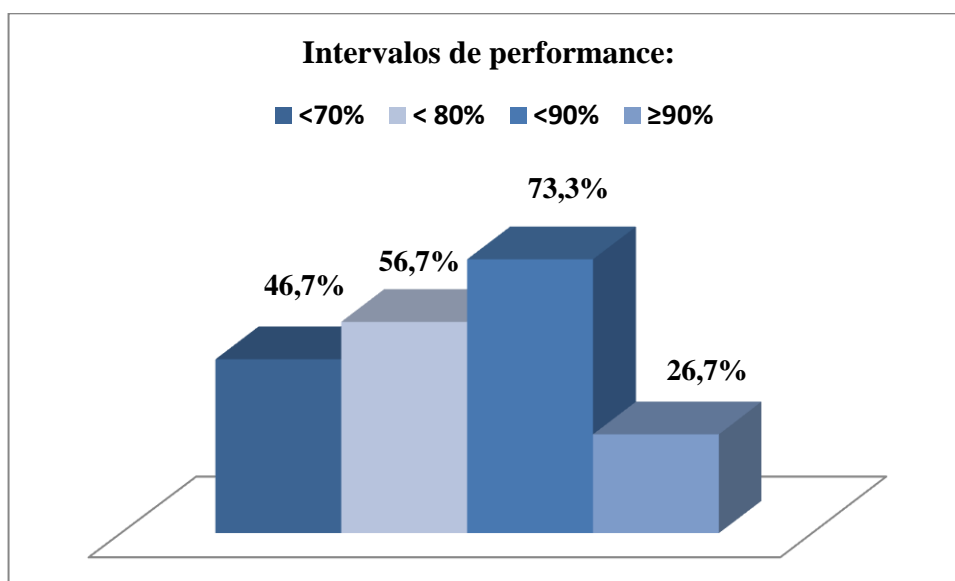
Gráfico 3 - Performance global dos enfermeiros nos dois momentos de prática simulada



(Fonte: do próprio)

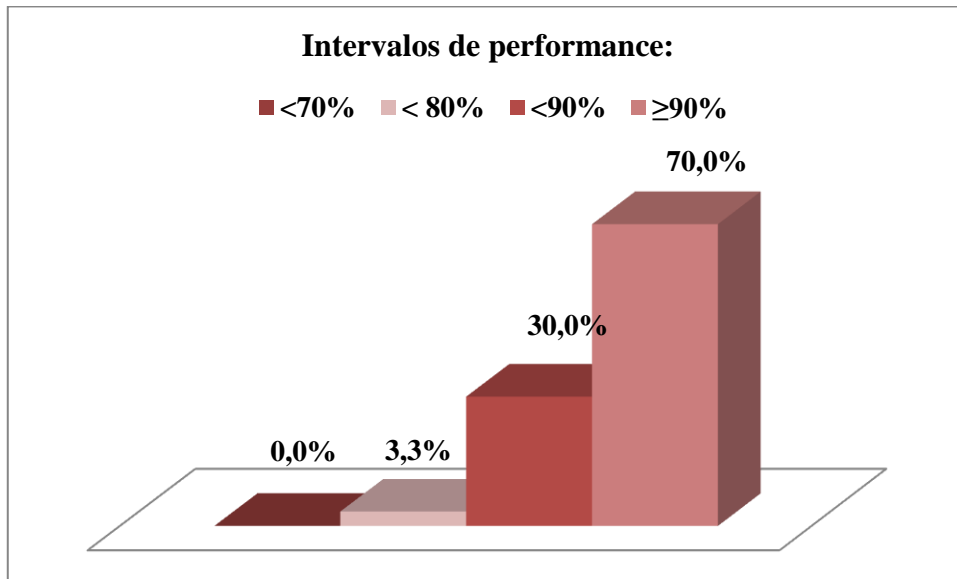
Os Gráficos 4 e 5 pretendem complementar os resultados apresentados acima, uma vez que permitem realizar uma análise da prestação dos enfermeiros nos dois momentos estudados, atendendo à sua distribuição por intervalos de performance.

Gráfico 4 - Análise da primeira prática simulada por intervalos de performance



(Fonte: do próprio)

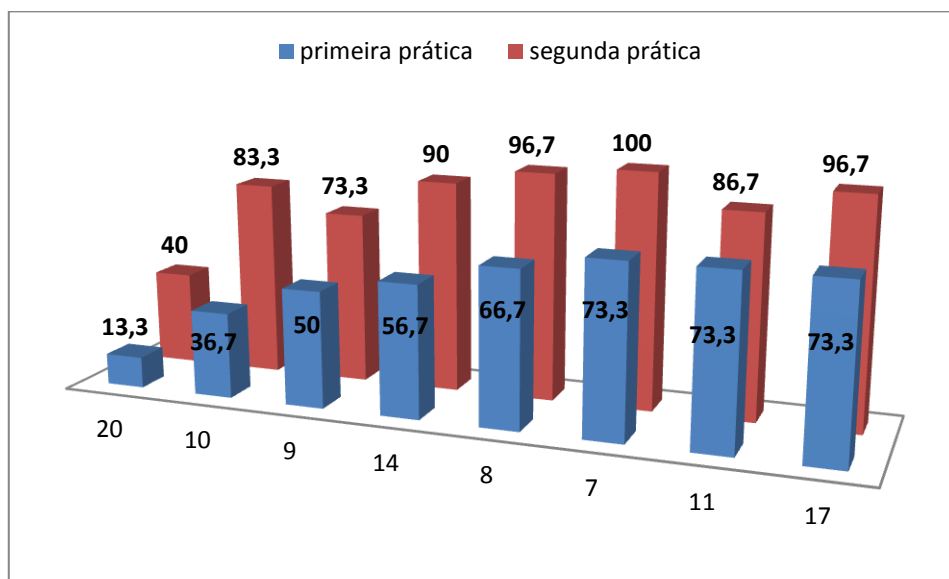
Gráfico 5 - Análise da segunda prática simulada por intervalos de performance



(Fonte: do próprio)

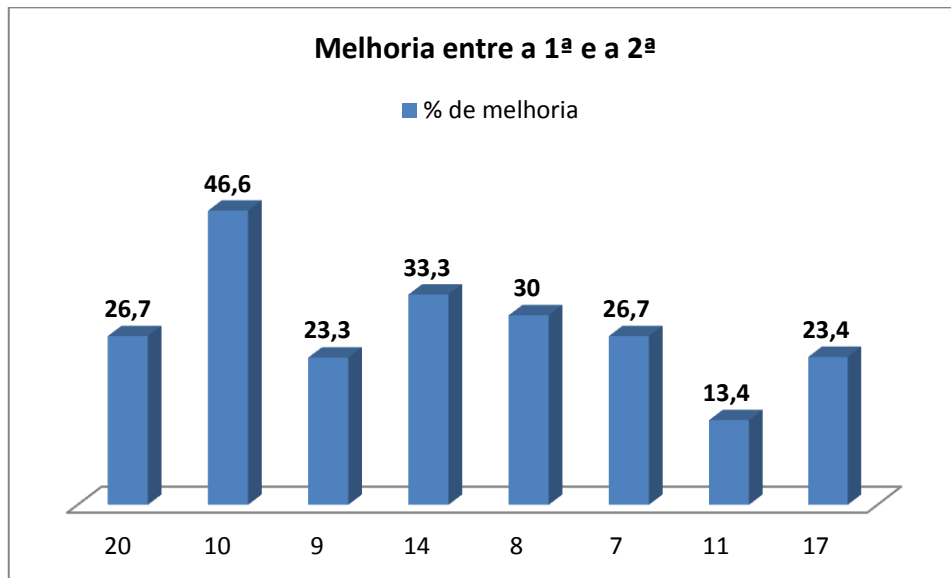
Por último os Gráficos 6 e 7 fazem uma apreciação da performance dos enfermeiros nas intervenções em que se verificou um pior desempenho na primeira prática simulada, permitindo compreender a sua evolução no segundo momento de prática.

Gráfico 6 - Intervenções com pior performance na primeira prática simulada e sua relação com a segunda prática simulada (em percentagem)



(Fonte: do próprio)

Gráfico 7 - Percentagem de melhoria da performance entre a primeira e a segunda prática simulada, nos itens com pior performance na primeira prática simulada



(Fonte: do próprio)

3.5 - DISCUSSÃO

Após a análise dos dados, verifica-se que se trata de uma equipa jovem, a grande maioria dos enfermeiros tem menos de 40 anos de idade e menos de 15 anos de serviço. No que se refere ao sexo a amostra é composta por igual número de enfermeiros do sexo masculino e feminino. Cerca de 23,3% da amostra ainda não tinha realizado qualquer formação em SIV e 82,4% realizou formação com as guidelines de 2010. Verificou-se que somente 17,4% tem formação atualizada após 2015.

O trabalho elaborado baseou-se nas atividades desenvolvidas por 30 enfermeiros a desempenhar funções no serviço de urgência, com a finalidade de melhorarem a sua performance em suporte imediato de vida visando a segurança do doente crítico.

O Suporte Imediato de Vida inclui-se na área de assistência em urgência/emergência, com as particularidades que lhe são características, pois a atuação ocorre muitas vezes em situações graves e ameaçadoras da vida, com elevada pressão pelo tempo, em que cada segundo pode fazer a diferença e com poucos recursos que apoiem ou orientem o diagnóstico (Martins, 2009).

No que respeita à comparação entre a performance dos enfermeiros na primeira prática simulada (diagnóstico de competências) e na segunda prática (já após a realização de formação e treino), foi possível constatar uma melhoria significativa na ordem dos 20,3%, uma vez que na primeira apenas 72,2% das intervenções do algoritmo SIV foram realizadas corretamente, enquanto na segunda a percentagem foi de 92,5%. Realça-se deste modo a importância que a prática simulada assume, como parte importante do treino de competências em SIV, indo ao encontro de Greif et al (2015) e Hazinski et al (2015), que defendem que a prática simulada constitui uma parte fundamental do treino em reanimação, sendo altamente efetiva na aquisição, desenvolvimento e manutenção de competências.

Importa salientar que no suporte imediato de vida os cuidados não se resumem a um conjunto de técnicas e procedimentos executados de forma standardizada, englobando a observação, avaliação e elaboração de um plano de ações, onde são mobilizadas todas as competências técnicas, científicas e relacionais exigidas na prestação dos melhores cuidados de emergência.

O CPR (2015) defende que “Os intervalos de tempo para ser necessário repetir o treino irão diferir de acordo com as características dos participantes”. (p.11) Atendendo aos resultados obtidos, é adequado recomendar a utilização de prática simulada frequente, já que possibilita o treino do processo de tomada de decisão e das competências técnicas em suporte imediato de vida, recorrendo aos manequins de treino.

Batista (2012) refere que o treino de habilidades é fundamental, mas é na resolução de cenários completos e complexos, em ambiente de simulação, que os saberes são consolidados e são desenvolvidas a capacidade de raciocínio, a tomada de decisões e as competências técnicas relacionais e éticas.

3.6 - CONCLUSÃO

Ao longo deste estudo podemos verificar que a prática simulada recorrendo aos manequins de treino que fornecem em tempo útil *feedback* sobre os procedimentos executados, complementada por um debriefing com o formador no final de cada sessão de treino, trás contributos na aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Constatou-se que quando se realiza prática simulada a performance dos enfermeiros em suporte imediato de vida aumenta significativamente.

É necessário criar profissionais competentes para intervir na área específica de emergência e proceder, tão breve quanto possível, ao redimensionamento dos meios humanos e materiais nesta área. Deve por isso ser uma preocupação de todas as instituições e de todos os enfermeiros adquirir estas competências para responder às necessidades da população. A performance dos enfermeiros do SU em SIV e a segurança do doente crítico pode ser incrementada com a realização de formação contínua, atualizada e com recurso à prática simulada com manequins de treino.

Torna-se por isso importante existir formação com recurso à prática simulada, com intervalos de tempo inferiores a um ano e replicar estas simulações a toda a equipa, para manter as competências pretendidas em suporte imediato de vida.

O artigo elaborado com base no projeto de intervenção profissional acima descrito pode ser consultado no anexo H.

4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Intrínseco à prática de enfermagem está subjacente toda uma complexidade e responsabilidade que é necessário validar. De acordo com Benner (2001), é preciso delimitar um campo de competências, através de um desenvolvimento longo e continuado, adquirindo-se, desenvolvendo-se e aperfeiçoando-se ao longo do tempo. Para esta autora, as competências emergem de um conjunto de saberes que são adquiridos através da formação e reflexão das práticas, permitindo uma atuação mais adequada numa determinada situação, pressupondo um reconhecimento pelo outro.

A enfermagem fundamenta a sua atividade na simbiose entre a componente teórica e a prática. Assim, torna-se fundamental conseguir estabelecer um contacto direto com a realidade, uma vez que a prática proporciona situações autênticas de aprendizagem permitindo um desenvolvimento harmonioso do *saber fazer*, *saber ser* e *saber estar*. Neste sentido, as práticas clínicas apresentam-se como uma componente formativa, essencial para que os alunos adquiram conhecimentos, capacidades e habilidades profissionais. É nestas que se interpelam os saberes, se questiona a teoria e se promove uma análise crítico-reflexiva sobre a prática. Esclarecer as práticas a partir de conceitos teóricos aprendidos, encontrando respostas às questões que emergem, são momentos de aprendizagem fundamentais, conforme refere Carvalho (2003), na medida em que apropria saberes, desenvolve competências, contacta com a realidade e estimula a capacidade reflexiva.

Durante o período em que decorreu este estágio final, podemos dizer que o desenvolvimento de perícias, a versatilidade da nossa escolha profissional, foi uma realidade, com a realização das atividades inicialmente delineadas, prestação de cuidados de enfermagem, mais concretamente cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, verificando-se um desenvolvimento das competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, das competências comuns do enfermeiro especialista e uma aquisição das competências de mestre.

Foi ainda uma oportunidade para representar mentalmente a qualidade dos atos realizados e apreciar a própria capacidade de agir.

Deste modo denota-se a pertinência da realização de uma análise reflexiva acerca das atividades/ações realizadas e experiências vividas, uma vez que esta surge como uma fonte de conhecimento e um momento privilegiado de desenvolvimento das competências de mestre e especialista, na sequência do que se verificou no decorrer deste estágio final.

4.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao serviço profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (OE, 2011a)

As atividades de Enfermagem representam um dos vértices prioritários em termos da prestação de cuidados de saúde, particularmente no que se refere às atividades de apoio desenvolvidas no âmbito da vigilância e promoção da saúde ao indivíduo família e comunidade, bem como no tratamento e na prevenção de complicações de saúde.

A Enfermagem é a profissão que presta cuidados de enfermagem ao ser humano, saudável 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, tendo como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social. (OE, 2006)

Nos quatro domínios das competências comuns, temos:

- **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:** Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

ATIVIDADES:

- Colaborar com pessoas de raças, culturas e sensibilidades diferentes, nunca

cedendo aos estereótipos ou preconceitos;

- Prestar cuidados em ambientes diferentes;
- Gestão das diferenças, gerando sinergias positivas em equipas de trabalho multidisciplinares e multiculturais;
- Demonstração de contenção emocional, não reagindo desajustadamente a desencadeadores sociais, como gestos, posturas, comportamentos e atitudes que possam ser diferentes daqueles com que lida habitualmente.

Com as mudanças cada vez mais rápidas e a conseqüente aproximação dos povos, cada um transportando os seus valores, as suas crenças e seus estilos de vida, trazem consigo novos desafios para a enfermagem no sentido dos enfermeiros estarem preparados para cuidarem de pessoas de diferentes culturas no mundo. A Enfermagem transcultural é um aspeto essencial dos cuidados de saúde atuais (Maier-Lorentz, 2008).

Reconhece-se que os aspetos culturais influenciam as nossas práticas, pois a cultura é parte integrante da vida de um doente (Merrington, 2006). Assim, enquanto profissional, torna-se importante identificar e adaptar as necessidades culturais do doente e sua família, de acordo com os seus hábitos, costumes e tradições, prestando-lhe cuidados de enfermagem congruentes ou culturalmente competentes. Segundo Rodríguez & Vásquez (2007) implica aprender das pessoas as suas formas de vida, os seus contextos, os seus sentimentos, as suas preocupações, as suas crenças, práticas e valores.

Num processo formativo que tem como objetivo a aquisição de competências num contexto real, é uma mais – valia alcançar uma visão do cuidar, incluindo a componente e dimensão cultural.

Na profissão de enfermagem o significado do cuidado cultural, as práticas específicas de outra cultura, pode influenciar os cuidados de enfermagem à pessoa, família ou comunidade, pois cada pessoa, cada grupo ou subgrupo tem as suas próprias práticas, crenças, valores e tradições (Rodríguez & Vásquez, 2007).

Para Leininger (1995), a cultura envolve conhecimentos sobre valores, crenças, costumes, regras de comportamento e práticas de estilo de vida, que norteiam um determinado grupo

no seu pensamento e ação por meios padronizados, sendo necessária a enfermagem estar preparada com conhecimentos e habilidades para trabalhar num mundo grandemente multicultural. Assim, o foco subjacente da Enfermagem transcultural é fornecer cuidado cultural específico e universal que promova o bem-estar ou a saúde dos indivíduos, famílias, grupos, comunidades e instituições, ou seja, prestar cuidados de Enfermagem culturalmente competentes e sensíveis, identificando semelhanças e diferenças e estabelecendo metas mútuas para o cuidado (Gustafson, 2005).

Assim, ao realizar este estágio final, houve a preocupação de refletir sobre o cuidar de pessoas com diferente ambiente cultural. Isto exigiu algum conhecimento cultural da população, respeitando valores, crenças e práticas culturais. Este desafio de aprendizagem levou a tomar consciência da dimensão cultural do cuidar e que prestar cuidados de enfermagem culturais, individualizados e holísticos torna-se cada vez mais um imperativo.

De realçar ainda a oportunidade de compreender que a cultura organiza o comportamento das pessoas e molda as nossas respostas às diversas situações que se nos apresentam, pelo que se realizou gestão das diferenças, gerando sinergias culturais positivas nas situações de trabalho.

A aquisição da competência cultural envolve “ouvir o outro” sobre o que ele tem a dizer acerca da situação que está a vivenciar e compreendê-lo, encorajando-o a falar sobre as suas necessidades e diferenças culturais (Maier-Lorentz, 2008).

Por tudo isto poder-se-á afirmar que foi possível reconhecer o verdadeiro conceito de diversidade, valorizando a diferença como um recurso e aprendendo com os doentes o conceito de cuidados culturais.

De acordo com o referido, considera-se ter alcançado com sucesso competências deste domínio.

- **Competências do domínio da gestão dos cuidados:** Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

ATIVIDADES:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a gestão de cuidados, de recursos humanos e materiais e a sua aplicabilidade nos serviços de enfermagem;
- Acompanhamento do enfermeiro em funções de chefia na realização das suas atividades;
- Colaboração com o enfermeiro em funções de chefia na gestão dos recursos materiais, humanos e logísticos do serviço;
- Esclarecimento de dúvidas junto do enfermeiro em funções de chefia.

As instituições prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os hospitais, são entidades cada vez mais complexas que detêm especificidades próprias, sendo uma das suas principais missões prosseguir objetivos que visem uma melhoria ao nível da qualidade, acessibilidade e eficiência dos cuidados prestados, necessitando para tal de uma boa gestão. No entanto, os hospitais enfrentam crescentes forças de mudança, incluindo o impacto das mudanças populacionais (por exemplo o envelhecimento, a multiculturalidade), os padrões de doença, as oportunidades para utilizar novas intervenções médicas associadas a novos conhecimentos e tecnologias e as expectativas públicas e políticas. Tudo isto tem um impacto determinante na prestação dos cuidados de saúde, implicando também de forma marcante os domínios económico e social (Ministério da Saúde, 2010).

Desde sempre a enfermagem orienta pessoas e grupos. Cuida de quem cuida, resolve problemas, toma decisões, fomenta a construção de planos e objetivos, motiva e resolve conflitos, entre muitas outras funções. A enfermagem acompanha a mudança das organizações de saúde, exigindo destas, uma atualização e formação no campo da gestão.

Sendo este serviço de urgência um serviço que comporta uma equipa tão numerosa, são necessárias qualidades na área da gestão que dignifiquem todos os envolvidos, nomeadamente na satisfação e empenhamento para a qualidade dos cuidados prestados.

Assim, tal como nas outras equipas de enfermagem, na Equipa de Enfermagem deste Serviço de Urgência existe um enfermeiro em funções de chefia, e um elemento, referenciado como o segundo elemento do serviço ou enfermeiro responsável de serviço,

que o pode substituir na sua ausência. A equipa de enfermagem deste serviço trabalha pelo método responsável/individual, sendo que em cada turno há também sempre um chefe de equipa.

É prática deste serviço no início do turno, quando está presente a enfermeira em funções de chefia, esta assistir à passagem de turno na sala de observação S.O. fazendo uma verificação dos registos efetuados pelos enfermeiros, e anotando alguns dados dos doentes, nomeadamente, o diagnóstico, o tempo de permanência, a especialidade médica que os está a acompanhar, entre outros. Também no fim do turno da manhã, quando está disponível, muitas vezes a enfermeira em funções de chefia volta a assistir à passagem de turno no S.O.

Em relação à elaboração dos horários, ela é responsável por fazer vários horários, nomeadamente, o horário da equipa de enfermagem do serviço, o horário da equipa de assistentes operacionais, o horário da equipa de enfermagem do serviço de Imunohemoterapia, e ainda o horário que assegura o funcionamento da VMER. É ainda responsável pela elaboração do horário das colheitas do Banco de Sangue fora do hospital, tendo de procurar e assegurar os enfermeiros necessários para tal. Igualmente, o plano de trabalho realizado semanalmente, tanto dos enfermeiros como dos assistentes operacionais, contemplando a distribuição dos elementos pelos diferentes sectores de trabalho, é feito pela enfermeira em funções de chefia. Com tudo isto, tem de existir um grande sentido de responsabilidade e coordenação no seu trabalho. Gerir uma equipa constituída por 56 enfermeiros e 28 assistentes operacionais, todos eles com características diferentes e que podem influenciar tanto na hora de construir as equipas, não é de certeza tarefa fácil. Ao acompanhar este processo foi possível verificar que na elaboração dos horários e principalmente na realização do plano de trabalho semanal, é demonstrado um conhecimento bastante aprofundado da equipa com quem trabalha, percebendo características próprias de cada elemento que o leva a colocar num sítio e não noutro, com o objetivo principal de evitar conflitos. Também existe a preocupação de instituir determinadas “normas” no serviço para evitar conflitos, como por exemplo, limite de trocas (quatro trocas por elemento), existindo um caderno no serviço onde os elementos fazem os seus pedidos, e quando é elaborado o horário esses pedidos são tidos em consideração.

No Serviço de Urgência, a distribuição de terapêutica e todo o material de consumo clínico é efetuada pelo método Pyxis, sendo a sua reposição feita diariamente e automaticamente, respetivamente, pela farmácia e pelo armazém, o que facilita muito o

trabalho. Contudo, o pedido de soros para todo o serviço e a medicação necessária para a VMER continua pelo método de pedido direto à farmácia, sendo da responsabilidade do elemento em funções de chefia.

Collière (2003) afirma que numa profissão o líder é aquele que domina o conteúdo do seu trabalho; são os efeitos do seu trabalho que o tornam líder. Diz ainda que o enfermeiro é líder quando escuta, compreende e interpreta as opiniões do doente/família e dos prestadores de cuidados.

Como elemento integrante deste serviço de urgência e por sua vez tendo no curriculum profissional a gestão deste serviço, como segundo elemento, durante três anos, tornou-se fácil perceber e entender toda a dinâmica que envolve esta competência. Presentemente em roulement na prestação de cuidados diretos, cabe-nos a substituição do segundo elemento deste serviço, na sua ausência, com a responsabilidade de dar apoio à enfermeira em funções de chefia.

Sempre que escalado na prestação de cuidados, assumimos o papel de enfermeiro chefe de equipa. Este elemento não se encontra destinado a nenhum setor, serve de elemento de apoio de acordo com as necessidades, privilegiando no entanto o S.O. O enfermeiro chefe de equipa dá assim apoio em sectores mais carenciados, por exemplo, nas trocas de horário no momento das refeições, assegurando-se da regularidade, permuta e manutenção do bom funcionamento do serviço. Ele também deve ter conhecimento de todos os doentes que se encontram no serviço de urgência, com destaque para as situações mais urgentes.

Assim, o chefe de equipa adquire um papel fulcral no seio da sua equipa, como elemento moderador da mesma, na gestão de tarefas e conflitos, assim como a nível geral do serviço, de forma a tornar a urgência funcional.

O chefe de equipa de enfermagem é o elemento de referência naquela equipa, sendo considerado o responsável máximo pela qualidade dos cuidados de enfermagem da equipa que coordena. Deste modo, assume assim a função de líder da sua equipa. A liderança de equipas tem sido ao longo dos tempos cenário de alguns conflitos no seio das organizações. Neste contexto, importa definir liderança, que de acordo com Teixeira (2005), consiste num processo capaz de influenciar outros de modo a conseguir que eles façam o que o líder quer que seja feito, ou ainda, a capacidade para influenciar um grupo a atuar no sentido da

prosseção dos objetivos de grupo.

O enfermeiro chefe de equipa deve também estabelecer a ligação entre os enfermeiros da sua equipa e o enfermeiro em funções de chefia, transmitindo as dificuldades recorrentes, anseios e sugestões da equipa. Neste sentido, cabe-lhe também, no final de cada turno, anotar num livro de ocorrências algum acontecimento digno de registo, que será depois alvo de atenção da enfermeira em funções de chefia.

Na sequência do referido e tendo conseguido realizar as atividades/ações inicialmente planeadas, entende-se ter atingido de forma positiva competências neste domínio.

- **Competências do domínio das aprendizagens profissionais:** Baseia a sua práxis clínica na evidência científica, com autoconhecimento e assertividade.

ATIVIDADES:

- Prestação de cuidados de enfermagem de acordo com os conhecimentos já existentes e com novos conhecimentos adquiridos;
- Discussão de experiências anteriores e resultantes da pesquisa realizada, pertinentes para o desenvolvimento pessoal e profissional, com a enfermeira tutora e equipa de enfermagem.

Durante o estágio final, procurámos fundamentar as etapas do processo de enfermagem (avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação) em conhecimentos científicos sólidos e atuais, oriundos de bases de dados, artigos e manuais recentes e credíveis. Apostámos também na partilha com a supervisora clínica e com outros enfermeiros da equipa, dos conhecimentos adquiridos em várias áreas, debatendo a sua aplicabilidade na prestação de cuidados no contexto da SE e do SO. Com base no Código Deontológico dos Enfermeiros (2009) e nos valores universais como a igualdade, liberdade, altruísmo, solidariedade, e competência profissional, procurámos manter uma postura profissional e ética adequada às necessidades da pessoa em situação crítica e respetiva família.

Importa destacar a aposta na prestação de cuidados de enfermagem, com elevada competência profissional, com base nos Princípios Deontológicos e Ético-Legais da profissão de Enfermagem, agindo sem discriminação social, política, étnica, ideológica ou religiosa e disponibilizando tempo para tomadas de decisões livres, quer por parte da pessoa em situação crítica quer da família, tendo sempre presente o cumprimento do sigilo profissional e do respeito pela intimidade da pessoa e pela humanização dos cuidados.

A capacidade crítica e interventiva que é requerida ao enfermeiro especialista no âmbito da sua atitude face às práticas da equipa, também lhe confere particular responsabilidade, colocando-o numa posição em que é alvo da avaliação dos restantes colegas e, como tal, responsável não só por exigir como também por ser o primeiro a elevar o nível de auto-exigência com os cuidados prestados.

Isto de alguma forma remete-nos para os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2002), ao considerar que “A qualidade exige reflexão sobre a prática, para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados”.

Partindo da fundamentação apresentada acima, pensamos ter adquirido e desenvolvido estas competências.

- **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:** Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas na área da governação clínica; gerando e colaborando em programas de melhoria contínua da Qualidade; e promovendo um ambiente terapêutico e seguro.

ATIVIDADES:

- Reflexão sobre o risco para a prestação de cuidados, associado à gestão dos recursos;
- Realização de colheita de informação, junto da enfermeira supervisora e da equipa de enfermagem, de projetos, indicadores, normas e protocolos no âmbito da

qualidade dos cuidados de enfermagem, reveladores de evidência científica;

- Promover e manter um ambiente terapêutico e seguro.

Para que uma instituição de saúde consiga desenvolver uma “cultura da Qualidade”, onde a Qualidade se transforma num compromisso pessoal de cada profissional, é necessário:

- O envolvimento dos órgãos de gestão, de forma a ensinar, motivar e apoiar os seus colaboradores;
- A criação de indicadores de Qualidade e de produtividade;
- A educação e sensibilização de todos os profissionais de saúde, de forma a compreenderem e atenderem aos indicadores de Qualidade;
- A criação de equipas que se responsabilizem por melhorar os sistemas;
- O desenvolvimento de um compromisso e participação na missão, nos objetivos e nas políticas da organização a todas as pessoas envolvidas.

Ao longo do estágio foram muitas as oportunidades para observar a supervisora clínica e alguns dos restantes elementos da equipa, tendo em conta os principais pressupostos necessários à criação de um ambiente seguro para o doente, para a sua família e para a equipa. A reflexão, a observação e a discussão com os colegas sobre determinadas temáticas, permitiu-nos desenvolver competências e despertar para projetos futuros a implementar no serviço de urgência, com vista à melhoria contínua da qualidade.

Neste campo, merece referir a oportunidade de efetuar em conjunto com os colegas em estágio, a reformulação da check-list do material, equipamento e fármacos da sala de emergência, após constatação da necessidade da sua atualização face a alguns equipamentos mais recentes. (anexo J).

O documento foi reformulado com base não só no equipamento existente no SU, mas também em bibliografia relevante e atual, encontrando-se a aguardar aprovação da chefia do serviço para ser implementado. É sem dúvida um ponto de melhoria para a segurança e para a qualidade dos cuidados prestados ao doente em situação crítica no contexto da sala de emergência.

Pelo exposto, pensamos ter alcançado com sucesso competências do domínio previamente enunciado.

4.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A evolução do conhecimento científico nas suas múltiplas vertentes do saber, assim como a crescente evolução tecnológica na prática dos cuidados de enfermagem, impõe necessariamente uma formação contínua aos enfermeiros, com vista ao desenvolvimento de competências. Este fenómeno levou a que os enfermeiros se especializassem em determinadas áreas de intervenção, uma vez que a complexidade crescente do cuidar exige uma base de conhecimentos técnico-científicos que permitam uma adequação ao planeamento e prestação de cuidados de enfermagem, assim como à compreensão das questões relacionadas com as características e necessidades do utente/família.

O desenvolvimento de competências em enfermagem não se deve limitar ao período de formação teórica que se realiza em contexto escolar. Na verdade, espera-se que as competências em enfermagem se desenvolvam também de um modo muito significativo, nos locais de trabalho propriamente ditos, pois é graças ao agir em situações reais que se assegura um completo desenvolvimento de competências (Silva & Silva, 2004).

No Diário da República, 2ª série – Nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011, no seu artigo 4º, encontram-se descritas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica são as seguintes:

- 1. Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;**
- 2. Dinamiza a resposta a situação de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;**
- 3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em**

situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Tal abordagem, requer que cada enfermeiro seja detentor de um conjunto de competências, que lhe permitam interligar os conhecimentos teórico-práticos, e sabê-los utilizar corretamente perante as situações com que se depara no seu quotidiano.

- **Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica admitida no Serviço de Urgência.**

ATIVIDADES:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Realização de diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e avaliação dos cuidados prestados, de acordo com o sistema implementado no serviço;
- Prestação direta de cuidados como elemento da equipa;
- Estabelecimento de uma relação de confiança, com empatia, respeito, mantendo a confidencialidade e a privacidade do doente/família;
- Elaboração de registos de evolução para assegurar a continuidade dos cuidados;
- Elaboração de trabalho sobre Nutrição Entérica;
- Procura de situações de aprendizagem.

De acordo com o Regulamento n.º 124/2011, que descreve as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, *“a pessoa em situação de doença crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE, 2011b, p. 8656). De acordo com este mesmo documento, os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são

cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Durante o estágio final, procurámos prestar cuidados aos doentes críticos, cumprindo e fazendo cumprir as indicações decorrentes dos projetos de melhoria da qualidade implementados.

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico numa sala de reanimação, faz sentido, tendo por base uma relação de parceria com toda a equipa.

Ao longo do estágio final, uma parte considerável do tempo foi direcionada para a sala de reanimação/balcão 2, com uma estratégia baseada na prestação de cuidados diretos ao doente crítico. Esta estratégia proporcionou uma melhor avaliação de toda a dinâmica do serviço de urgência, permitindo desde modo determinar as prioridades nos cuidados à pessoa doente que era admitida na urgência, assim como destreza na elaboração de um planeamento de atividades a serem efetuadas num curto espaço de tempo.

Segundo Conceição & Ramos (2004) temos de dar credibilidade às nossas práticas, mobilizar e analisar os nossos saberes, valorizar a nossa experiência como vivência profissional, planear atividades com base no observado, estabelecer prioridades que nos permitam executar tarefas e cuidados em tempo oportuno de forma eficiente e eficaz.

Houve ainda oportunidade de prestar cuidados ao doente crítico internado em SO, verificando aí outras necessidades inerentes à boa prática dos cuidados de enfermagem. Pela observação da prática dos colegas, foi possível constatar que existe um défice de conhecimentos relativamente à importância da manutenção da alimentação entérica e ao modo de a efectivar nos doentes dependentes e com disfagia de novo, permitindo a subnutrição destes doentes. Nesse sentido, no decorrer do estágio final, realizei um trabalho sobre a nutrição entérica com posterior apresentação aos colegas, de forma a serem

instituídas boas práticas de cuidados nesta área.(anexo I).

A realização de pesquisa bibliográfica foi uma constante, sobretudo acerca de situações novas, situações pertinentes com as quais nos fomos deparando, tentando assim dar resposta de forma mais adequada possível às necessidades do doente, adotando uma atitude no quadro das competências clínicas especializadas.

Quanto aos doentes admitidos para prestação de cuidados no serviço de urgência, aqueles considerados muito urgentes/emergentes vão diretamente para a sala de reanimação, onde são prestados os primeiros cuidados, mantendo-se aí até estabilização do seu quadro. Ao longo do estágio na sala de reanimação, as situações mais comuns reportam-se a doentes com alterações cardíacas, nomeadamente fibrilações auriculares, taquicardias, bradicardias, bloqueios cardíacos e alterações respiratórias, como o edema agudo do pulmão e síndrome de dificuldade respiratória no adulto.

Por sua vez, a proveniência dos doentes é diversa, podendo ser por transferência dos centros de saúde, transporte de equipa de emergência médica, meios próprios ou com acompanhamento de bombeiros.

Quando o doente dá entrada no serviço de urgência, é realizada a sua ficha de admissão, aguardando até ser chamado pelo enfermeiro que se encontra no gabinete de triagem. É efetuada a triagem de acordo com o protocolo de Triagem de Manchester. Consoante o quadro sintomatológico é atribuída a prioridade de atendimento e a especialidade que o irá observar. Após esta determinação, será colocada no doente uma pulseira com a cor atribuída, assim como a sua identificação. Sempre que o doente tenha acompanhante é colocada igualmente uma etiqueta neste com a identificação do doente, para que facilmente se faça o reconhecimento dos acompanhantes. Os doentes após a triagem podem ser direcionados para a sala de espera, onde aguardarão a chamada do médico. Sempre que o enfermeiro da triagem considere pertinente e/ou a situação do doente assim o justifique, este poderá aguardar no interior do serviço de urgência, por exemplo, na sala de inaloterapia se for necessário colocar oxigenoterapia.

Será importante salientar que no caso dos doentes emergentes, a triagem de Manchester é efetuada à posteriori, ou seja, o doente quando chega à urgência é diretamente encaminhado para a sala de reanimação. Entretanto os administrativos procedem à

admissão do doente mesmo que não exista identificação e o enfermeiro da triagem efetua a triagem com os elementos que dispõe.

Como se trata de um serviço de urgência de um hospital distrital, sempre que necessário, existe a necessidade de encaminhar os doentes para outras instituições a fim de efetuarem determinados exames, ou sempre que necessitem de uma observação por uma especialidade inexistente na instituição.

Todos estes doentes são assim conduzidos a outra instituição hospitalar para serem submetidos a exames ou a observação de determinada especialidade e regressam à instituição de origem. Quando necessitam de cuidados inexistentes no hospital de origem têm que permanecer nessa instituição hospitalar.

Como sabemos no senso comum os serviços de urgência são vistos como locais despersonalizados, não existindo privacidade. O fato de sermos espoliados da nossa roupa e dos nossos objectos pessoais, leva-nos a perder a nossa sensação de independência. Contrariando esta perspectiva, há que apostar na existência de um ambiente de cuidados mais humanizado, onde à partida se pode afirmar que cuidar no serviço de urgência é acima de tudo saber respeitar a individualidade do doente.

Cuidar é mobilizar todas as capacidades da vida, e não somente focalizar a nossa atenção para as técnicas e para os atos que vão tratar a doença, pois tratar pressupõe doença, cuidar pressupõe ser vivo. Freitas e Freitas (2008) referem que cuidar ou prestar cuidados é a atenção especial, particular, singular que se resume à escuta indispensável que é dada a uma pessoa que vive uma situação particular, com vista a ajudá-la a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde.

Neste enquadramento, faz realmente sentido afirmar que ser enfermeiro é ser possuidor de um equilíbrio entre as dimensões do saber, do saber fazer e do saber ser, pelo que o desenvolvimento de competências visado ao longo do estágio direccionou-se necessariamente para o alcance desse equilíbrio.

Sob esta visão que pautou todo o percurso, enquadram-se as atividades desenvolvidas, incluindo os cuidados de enfermagem, tendo por base uma planificação baseada no PE,

estabelecendo prioridades e executando as ações em tempo oportuno e de forma eficaz.

Mobilizar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística à pessoa em situação crítica e sua família, remete de forma muito particular para a área relacional e comunicacional, referindo-se assim a aposta ao longo do estágio, em estabelecer uma relação de empatia com o doente e sua família através de uma comunicação eficaz, valorizando os seus anseios, mostrando disponibilidade de escuta com vista a obter a sua confiança.

Considerando que as atividades/ações planeadas foram efetuadas, permitimo-nos afirmar ter alcançado com sucesso esta competência.

- **Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima da conceção à acção.**

ATIVIDADES:

- Consultar o plano de catástrofe do serviço de urgência;
- Consultar o plano de catástrofe do HJJF;
- Reunir com o Gabinete da Gestão de Risco da ULSBA;
- Atuar em situação de catástrofe ou emergência multi-vítima.

Um plano de catástrofes externas pretende descrever um conjunto de ações a realizar ordenadamente, definindo funções e responsabilidades do pessoal para dar resposta a uma situação catastrófica ou de grande emergência externa.

O HJJF encontra-se englobado na ULSBA, considerando-se emergência externa todo o evento que ocorra fora do hospital, não o atingindo na sua estrutura, em que as necessidades em cuidados médicos ultrapassem a capacidade normal de tratamento hospitalar e que não permita durante algum tempo, o retorno à atividade normal de

tratamento e acolhimento de doentes.

Durante o período do estágio final foram efetuados esforços no sentido de agendar uma reunião com o gabinete de gestão de risco, gabinete este que tem a responsabilidade da elaboração do plano de catástrofe e colocá-lo em prática caso seja necessário. Para conhecer o referido plano e em caso de uma situação desta natureza os profissionais devem dar uma resposta célere e adequada às necessidades exigidas.

Com a realização dessa reunião tivemos oportunidade de consultar e questionar o responsável por este gabinete sobre o referido documento e retirar algumas dúvidas que iam surgindo no decorrer da apresentação do mesmo.

Esta reunião teve um papel muito importante, pois como enfermeiro do serviço de urgência não detinha conhecimentos sobre a forma de lidar com uma situação desta natureza, sendo que para além disso permitiu compreender a organização e estrutura de um plano de catástrofe.

Felizmente que no decorrer deste estágio final não existiu nenhuma situação desta natureza, que levasse a ter um papel ativo no socorro a vítimas no seio da equipa multidisciplinar. Assim não foi possível testar a operacionalidade e a resposta dos meios a uma situação de catástrofe.

Neste sentido e face ao exposto, apostou-se na documentação e na pesquisa bibliográfica para consolidar e adquirir mais conhecimentos sobre a forma de atuação em situação de catástrofe.

Apesar da falta de experiência em situação multi-vítima e/ou catástrofe, já tivemos oportunidade de participar num simulacro levado a cabo pelo INEM, onde embora com um papel pouco ativo, nos permitiu conhecer de uma forma mais realista a verdadeira missão que é trabalhar num cenário multi-vítima.

Deste modo, apesar de não se terem realizado todas as atividades, consideramos que as ações planeadas foram parcialmente efetuadas, permitindo alcançar com sucesso esta 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.**

ATIVIDADES:

- Demonstrar conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo de infeção;
- Diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção;
- Demonstrar conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em estado crítico, na prevenção e controlo da infeção;
- Estabelecer os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em estado crítico.

Uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica situa-se no âmbito do controlo de infeção, reforçando que como técnicos de saúde temos um papel preponderante na prevenção e controlo de infeções. A vigilância das infeções associadas aos cuidados de saúde, é uma componente fundamental para a sua prevenção e controlo, consistindo na recolha, registo e análise sistemática de informações sobre doentes e infeções, a fim de implementar medidas apropriadas para evitar estes eventos adversos. (OE, 2011b)

No serviço de urgência onde se realizou este estágio final, após termos conversado com a supervisora clínica acerca da problemática, compreendemos que a responsabilidade da sua implementação é repartida entre os órgãos de coordenação da comissão de controlo de infeção, o enfermeiro de controlo de infeção e por fim os prestadores de cuidados diretos.

Conscientes da importância e dos recursos necessários para desenvolver estas medidas, a Direcção Geral de Saúde reforçou o seu despacho publicado no Decreto-Lei - II série nº 246 – 23/10/1996 (criação das comissões de controlo de infeção nas unidades de saúde) em todas as unidades de saúde públicas ou privadas.

Como refere Ramos & Valério (2010) está bem evidenciado cientificamente que os processos de lavagem, desinfecção e esterilização, são essenciais para assegurar que dispositivos médicos e adoção de medidas preventivas por parte dos profissionais, não transmitem agentes infecciosos a doentes, sendo reconhecido a importância destas medidas.

Olhando na perspetiva da segurança à pessoa em estado crítico, esta apresenta vários riscos e fatores a que irão ser sujeitos e expostos. Segundo Geada & Pedro (2010) a avaliação do risco pode requerer uma equipa multidisciplinar para uma visão mais adequada e abrangente, sendo que se necessário deve ser solicitada a colaboração de outros profissionais.

Podemos dizer que neste ponto, em colaboração com a supervisora clínica e toda a equipa, estabelecemos os procedimentos e os circuitos corretos, revelando algum conhecimento sobre higiene hospitalar, dando muitas vezes feedback para informar e formar os profissionais sobre os riscos que existem e os mecanismos de controlo para lidar com os mesmos.

Consideramos ter cumprido as atividades planeadas e que assim levaram à aquisição desta competência.

4.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o Decreto-Lei N.º 115/2013 de 7 de agosto, do Ministério da Educação, que regulamenta o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior, o grau de mestre pode ser conferido numa área de especialidade a quem possuir e souber aplicar um elevado nível de conhecimentos e de capacidade de compreensão, ter a capacidade para integrar conhecimentos, deter da capacidade para comunicar as suas conclusões e os seus conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, e possuir competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Durante o período em que decorreu o estágio final, as estratégias e as atividades que foram desenvolvidas direcionaram-se também para a aquisição das competências de mestre

já apresentadas de forma geral, e mais especificamente das competências de mestre, enunciadas no atual curso de mestrado em enfermagem, nomeadamente:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomadas de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proativa em equipas e em projetos em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

(Ministério da Educação e Ciência,2013)

Este estágio final foi desenvolvido tendo por base o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista, a pessoa em situação crítica, e o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, como já analisado. Durante este período foi nossa intenção cumprir as etapas do processo de enfermagem, de modo a que as decisões tomadas fossem fundamentadas para permitir a aquisição de competências na prestação, gestão e supervisão dos cuidados na área da enfermagem de especialização médico-cirúrgica. Deste modo, a primeira competência de mestre foi conseguida.

No decorrer do estágio, o projeto de intervenção profissional teve como objetivos avaliar a performance dos enfermeiros do SU em SIV, na resolução de um cenário de PCR, através de um exercício de prática simulada, antes e após uma sessão de formação em suporte imediato de vida. A elaboração deste projeto possibilitou dar resposta à segunda competência de mestre, uma vez que contribuiu para a formação de profissionais competentes para atuarem nesta área específica e proceder, tão breve quanto possível, ao

redimensionamento dos meios humanos e materiais de emergência médica intra-hospitalar colocados ao dispor das populações, demarcando-se a importância dos enfermeiros melhorarem a sua performance em suporte imediato de vida visando a segurança do doente crítico. Dos 46 convites que foram formalizados aos enfermeiros do SU para participar na sessão formativa, ou seja a totalidade dos enfermeiros que exercem funções no SU , apenas 30 aceitaram fazer parte deste estudo, assim os resultados do projeto ficaram um pouco aquém do esperado, devido ao número de participantes, contudo, permitiu mostrar de uma forma clara que quando se realiza prática simulada, a performance dos enfermeiros em suporte imediato de vida aumenta significativamente.

O Ministério da Saúde de Portugal decidiu que poderia ser vantajosa a integração do curso de suporte imediato de vida, previamente criado em 2002 pelo Conselho de Ressuscitação deste país, nos currículos dos enfermeiros. (Rice, Gallagher, McKenna, Traynor & McNulty, 2009) Desde então, esta é uma prática que se tem vindo a difundir em vários países, entre os quais Portugal, sendo atualmente o SIV um curso de reanimação muito vocacionado para os enfermeiros.

A complexidade dos cuidados de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a pessoa em situação crítica, requer a realização de uma prática reflexiva sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais, o que levou a detenção de novos conhecimentos com vista à melhoria de tomadas de decisão e gestão de ocorrências mais diferenciadas, dando resposta à terceira competência de mestre.

No que se refere à quarta competência de mestre, o desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida, esta competência fundamenta a sua atividade na simbiose entre a componente teórica e a prática. Assim, torna-se fundamental conseguir estabelecer um contato direto com a realidade, uma vez que a prática proporciona situações autênticas de aprendizagem permitindo um desenvolvimento harmonioso do *saber fazer*, *saber ser* e *saber estar*. No exercício profissional, a enfermagem pretende obter contributos e desenvolver competências para que a evidência possa ser uma mais-valia para a comunidade científica. Enquanto enfermeiro e neste momento aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem, permitimo-nos dizer que, agora mais do que nunca, refletir e ter pensamento crítico torna-se indispensável, face à versatilidade da nossa escolha profissional.

A quinta competência de mestre, faz referência à participação de forma proactiva em equipa ou projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais. De referir que a nossa participação em equipas multidisciplinares da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, é uma realidade, com a inserção no grupo de enfermeiros dinamizadores da qualidade, pertencendo com outro colega ao grupo que tem em mãos o projeto de avaliação e prevenção do risco de quedas (anexo L). Já inserido anteriormente neste grupo, no decorrer deste estágio final tivemos oportunidade, juntamente com o colega, de desenvolver algumas atividades, uma das quais resultou com a finalização de um trabalho que já estava a ser elaborado há algum tempo, e que pensamos colocar em prática muito brevemente. Neste ponto demarca-se da nossa parte uma postura de total disponibilidade, vontade e de responsabilidade em contribuir para sistemas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A integração nestes grupos de trabalho, assim como as atividades desenvolvidas neste estágio final, demonstram a nossa preocupação e o empenho em definir padrões de qualidade que permitam melhorar a qualidade dos cuidados prestados, tendo um elevado contributo para a aquisição desta competência.

Na sexta competência de mestre onde é feita referência à aquisição de capacidades para a análise diagnóstica, para o planeamento, para a intervenção e para a avaliação da formação dos enfermeiros e dos colaboradores do contexto da prática de cuidados, a sua aquisição tornou-se possível pelas competências adquiridas na área da enfermagem médico-cirúrgica e pelos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista.

Por fim na sétima e última competência de mestre, o processo de desenvolvimento das competências específicas em enfermagem médico-cirúrgica e das competências comuns do enfermeiro especialista, que se encontram descritas em pormenor nos pontos anteriores, contribuíram para a aquisição desta última competência de mestre.

Terminamos com enorme satisfação este ponto com a análise das competências de mestre, pelo trabalho efetuado, pelas atividades levadas a cabo no decorrer do estágio final, pelo desenvolvimento de práticas de cuidados especializados, projetando e elevando a profissão ao mais alto nível, na excelência dos cuidados prestados, nas relações interpessoais e de ajuda, pensamento crítico, capacidade para avaliar e decidir. Neste sentido, é possível afirmar que conseguimos atingir as competências de mestre na sua plenitude nomeadamente nesta área de especialização.

5 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Atualmente os Sistemas de Saúde confrontam-se com inúmeras preocupações relacionadas com a justiça social, o direito à saúde para todos, a participação e a solidariedade; numa tentativa de equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde. Talvez por esta tomada de consciência, considero que a necessidade de implementar sistemas de Qualidade é atualmente mais do que uma preocupação - é uma necessidade, e deve ser encarada como uma exigência e um compromisso aceite e defendido por toda a organização prestadora de serviços de saúde. É, portanto, imperativo que as instituições de saúde criem e promovam a “Cultura da Qualidade”

No processo de avaliação e controlo nas várias semanas em que decorreu o estágio final, foram efetuadas várias reuniões com todos os intervenientes do processo. Foram efetuadas reuniões com o Diretor de Curso, com a Professora responsável pela Unidade Curricular, com a Professora Orientadora, com a Supervisora Clínica, com a Enfermeira em Funções de Chefia do serviço de urgência e com os dois colegas que se encontravam também a realizar este estágio, de forma a definir os objetivos e delinear estratégias, com vista a atingir um ponto comum; o controlo regular e adequado do trabalho desenvolvido. Todo este processo encontra-se definido em anexo que já foi referido anteriormente. (anexo C)

Para a aquisição de saberes a formação é essencial, mas por si só não é suficiente para o desenvolvimento de competências. Segundo Longarito (1999) o ensino clínico é o complemento imprescindível do ensino teórico e assume-se como a melhor forma de organizar as atividades práticas, que desenvolvidas em ambiente profissional, permitem além da execução de novas técnicas, desenvolver outras competências, nomeadamente, relação interpessoal e de ajuda, pensamento crítico, capacidade para avaliar e decidir.

No processo de aprendizagem durante o ensino clínico, as reuniões foram momentos fundamentais que contribuiriam para a aprendizagem, reflexão e coesão, de um processo já iniciado visando a aquisição de competências de mestre e o desenvolvimento de competências de especialista.

Um dos pontos fundamentais foi o PE, que orientou e deu rumo para o cumprimento das competências a desenvolver, outro ponto importante foi realmente a existência de reuniões, onde

surgiam novas ideias que levaram a reformular as atividades para dar cumprimento ao projeto de intervenção profissional.

O objetivo geral para este estágio final foi desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a pessoa em situação crítica, que possibilite o desenvolvimento da prática de cuidados de enfermagem, de desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e o objetivo de adquirir novos conhecimentos e competências de mestre. Consideramos ter atingido este objetivo no decorrer do estágio, pelo desenvolvimento das atividades delineadas, pela elaboração de trabalhos visando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e pela prestação direta de cuidados de enfermagem médico-cirúrgica, a pessoa em situação crítica.

Entre os objetivos específicos, destaca-se o projeto de intervenção profissional, que visou avaliar a performance dos enfermeiros do SU em SIV, na resolução de um cenário de PCR, através de um exercício de prática simulada, antes e após uma sessão de formação em suporte imediato de vida. Este objetivo foi inteiramente alcançado e permitiu obter contributos para desenvolver as competências de mestre em enfermagem, considerando que a evidência resultante foi uma mais-valia para a comunidade científica.

Assim, especificando o processo de avaliação decorrido ao longo deste estágio, dos vários elementos que o integraram, temos:

- Uma avaliação contínua;
- Acompanhamento e apoio por parte da supervisora clínica;
- Autonomia e responsabilização do aluno;
- Momentos de avaliação formal por parte de todos os intervenientes;
- Elaboração e entrega de trabalhos no decorrer do ensino clínico para dar cumprimento ao documento PE.

6 - CONCLUSÃO

A excelência no cuidado é um caminho de conhecimento e desenvolvimento que se constrói e sedimenta ao longo do tempo e que muito depende do empenho, da dedicação e da resiliência do profissional.

Para a aquisição de saberes a experiência e a formação são essenciais, mas por si só não são suficientes para proporcionar o desenvolvimento de competências. Como refere Hesbeen (2001, p.64), “a experiência por si não gera conhecimentos, necessita de ser reflectida, discutida e conceptualizada”. Essa carência resulta por vezes de um deficit de partilha de experiências entre o profissional detentor de competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão, assessoria, formação e investigação, com os colegas generalistas. Uma supervisão e reflexão sobre a sua atuação por parte de um Enfermeiro especialista, iria criar nos futuros colegas modelos de referência para a prática clínica.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006, p. 3), Enfermeiro Especialista é “... o enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem que demonstra possuir um julgamento clínico de elevada matriz, tendo em conta as respostas humanas às situações de vida e aos processos de saúde / doença, traduzido num conjunto de competências, relativas a um campo particular de intervenção.”

Sulzbacher et al (2006,p. 106) refere que é importante que nós, como Enfermeiros, “realizemos permanentemente uma reflexão sobre o nosso fazer, sobre as nossas condutas, como vimos exercendo a nossa liberdade e a nossa autonomia, sendo coerentes com os nossos valores e com os conceitos éticos e legais que regem a profissão”.

Concluído este RE, revelou-se uma atividade extremamente importante, pois permitiu realizar uma análise e reflexão alargada sobre as atividades e intervenções concretizadas durante o estágio final. Para além de ter permitido avaliar o grau de aquisição e desenvolvimento das competências de especialista e de mestre, o processo reflexivo subjacente a esta avaliação também contribuiu para proporcionar a mudança de comportamentos e atitudes, que é espectável enquanto enfermeiro especialista e futuro mestre em enfermagem.

Na elaboração do projeto de intervenção profissional procurámos torná-lo o mais exequível e concreto possível. O mesmo foi vocacionado para a formação da equipa de enfermagem do SU em SIV, o qual permitiu não só avaliar e acrescentar valor à sua performance, como também realizar um artigo científico com base nos dados colhidos. Face aos resultados obtidos, pensamos que este se revelou um projeto viável, com resultados francamente positivos, quer para o doente admitido no serviço de urgência numa situação PCR, melhorando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, quer para os enfermeiros, ao nível da aquisição e desenvolvimento das competências psicomotoras em SIV.

Esta etapa foi extremamente gratificante, mas também exigente e desafiante a nível pessoal e profissional. Porém, volvido este tempo permitimo-nos afirmar que os conhecimentos adquiridos e as pessoas que conhecemos de forma mais próxima fizeram com que tudo valesse a pena. A todos aqueles que fizeram parte deste trajeto, fica a partilha da convicção nas capacidades e competências para poder fazer um bom trabalho, elevando a profissão e fazendo com que a prática de cuidados aos doentes ao nosso cuidado sejam efetivamente beneficiados. Encontramo-nos cientes de que a Unidade Curricular Estágio Final contribuiu para o processo de crescimento enquanto enfermeiro especialista e futuro mestre em enfermagem.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso. & Lucrecia. (2005). Cuidar no Domicílio: mil gestos, mil emoções. *Pensar em Enfermagem*, vol. 9; nº 2, p. 78-79

Batista R., Coutinho V., Godoy S., & Mendes I.A.C. (2012). The simulated clinical experience in nursing education: a historical review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4):619-25.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quartete Editora.

Buykx, P., Kinsman, .L, Cooper , S., McConnell-Henry, T., Cant, .R, Endacott, R. & Scholes, J. (2011). FIRST2ACT: Educating nurses to identify patient deterioration: A theory-based model for best practice simulation education. *Nurse Education Today*, 31(7), 687-693.

Carvalho, R. (2003). *Parcerias na Formação: Papel dos Orientadores Clínicos – Perspetivas dos Atores*. Loures: Lusociência.

Collière, Marie-Françoise. (2003). *Cuidar... A Primeira Arte da Vida*. 2.ª Edição. Loures: Lusociência.

Conceição, M. F., & Ramos, P. C. (2004). Experiência Profissional: O Caminho para a Competência. *Sinais Vitais*, nº55, pp. 31-33.

Conselho Português de Ressuscitação. (2010). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Porto: CPR.

Conselho Português de Ressuscitação. (2015). *Resumo das principais alterações nas Guidelines em Ressuscitação Guidelines ERC 2015*. Consultado em: 2016, Outubro 23. Disponível em: <http://www.cpressuscitacao.pt/Download.aspx?id=28341>

Direcção-Geral da Saúde (2010). *A qualidade dos cuidados e dos serviços – Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: DGS.

Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Consultado em: 2016, Outubro 20. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/objetivos.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Consultado em: 2017, Janeiro 26. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>

Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto do Ministério da Educação. Diário da República: 1.ª Série, n.º 151 (2013). Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/498425>

Decreto-Lei n.º 183/2008 de 4 de setembro do Ministério da Saúde. Diário da República: 1.ª série, n.º 171 (2008). Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/453939>

European Resuscitation Council., & Conselho Português de Ressuscitação. (2010). *Suporte Imediato de Vida – Recomendações ERC 2010*. Edegem, Bélgica: European Resuscitation Council

Finn, J. C., Bhanji, F., Lockey, A., Monsieurs, K., Frengley, R., Iwami, T., & ... Bigham, B. (2015). Part 8: Education, implementation, and teams: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*, 95e203-e224

Frederico, M. (2001), *Qualidade em cuidados de saúde, Referência, Maio (6): 47-51*.

Freitas, J. Freitas, S. (2008). Tratar versus Cuidar: Do Passado para o Presente/Futuro. *Revista Sinais Vitais*. Número 80, Setembro, pp 37-41.

Geada, A & Pedro, A. (2010). Planear a Vigilância Epidemiológica das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. *Nursing* nº 252, suplemento p.2-9.

Greif, R., Lockey, A. S., Conaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., & Monsieurs, K. G. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 10. Education and implementation of resuscitation. *Resuscitation*, 95288-301

Gustafson, D. (2005). Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 2-16.

Hazinski, M. F., Nolan, J. P., Aickin, R., Bhanji, F., Billi, J. E., Callaway, C. W., & ... Neumar, R. W. (2015). Part 1: Executive Summary: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 132S2-S39

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem, pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. (M. Ferreira, Trad.). Loures: Lusociência.

Houaiss, A., & Villar, M.S. (2003). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Lisboa: Círculo de Leitores.

INEM. (2009). *Perguntas Frequentes*. Consultado em: 2017, Janeiro 22. Disponível em: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27668

INEM. (2011). *Perguntas Frequentes*. Consultado em: 2017, Janeiro 22. Disponível em: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27668

Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research e Practices*. New Work: McGraw-Hill, Inc., 2ª ed.

Longarito, C. (1999). *O Ensino Clínico: Dificuldades, Recursos e Profissionalidade, Subsídios para uma Abordagem Interactiva*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade do Porto.

Maier-Lorentz, M. (2008). Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*, 15(1), 37-43.

Martins, J. (2009) *Atuação do Enfermeiro no Sector de Urgências: Gestão para o Desenvolvimento de Competências*. Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado. Rio de Janeiro: Editora Rubio

Mateus, B. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar - Que realidade*. 1ª Ed., Loures: Lusociência.

Merrington, A. (2006). The Challenges of health care provision in a multicultural society. *School of Nursing and Midwifery & Individual Authors*.

Ministério da Saúde. (2010). *Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Consultado em: 2017, Agosto 16. Disponível em: <http://www.spmi.pt/pdf/relatoriofinalgthospitaisversaofinal2.pdf>

Monsieurs, K. G., Nolan, J. P., Bossaert, L. L., Greif, R., Maconochie, I. K., Nikolaou, N. I., & ... Zideman, D. A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. *Resuscitation*: Oct. 951-80.

Montgomery, C., Kardong-Edgren, S. E., Oermann, M. H., & Odom-Maryon, T. (2012). Student Satisfaction and Self Report of CPR Competency: HeartCode BLS Courses, Instructor-Led CPR Courses,

and Monthly Voice Advisory Manikin Practice for CPR Skill Maintenance. *International Journal Of Nursing Education Scholarship*, 9(1), 1-13.

National Cardiac Arrest Audit (NCAA). (2010). *Research*. Disponível em: <https://www.resus.org.uk/research/national-cardiac-arrest-audit>

OMS. (2017). *The Top 10 Causes of Death*. Consultado em: 2017, Janeiro 22. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>

Oliveira, A., & Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Rev. Enf. Referência*, 3(9), 115-124. ISSN 0874-0283. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1287>.

Ordem dos Enfermeiros (2002) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Consultado em: 2017, Janeiro 20. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem Dos Enfermeiros. (2010). *Preparação e administração de terapêutica – Parecer Conjunto do Conselho de Enfermagem e Jurisdicional Nº 3/2010*. Lisboa: OE

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Código Deontológico dos Enfermeiros: dos comentários à análise da Casos - Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Lisboa: OE

Perkins, G. D., Handley, A. J., Koster, R. W., Castrén, M., Smyth, M. A., Olasveengen, T., & ... Soar, J. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*, 9581-99.

Pereira, F. (2006). *Procedimentos e Técnica*. Consultado em: 2017, Janeiro 4. Disponível em: <http://www.fmh.utl.pt/aca/fpereira3.pdf>

Ramos, S., & Valério, L. (2010). Gestão de Risco e Controlo da Infecção em Serviços de Esterilização Centralizados. *Nursing nº 261*, suplemento p.2-10.

Maconochie, I., Nikolaou, N., & ... Zideman, D. A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, p. 951-80

Regulamento nº 122/11, de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, n.º 35 (2011a). Acedido a 27 de Dezembro de 2016. Retirado de <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

Regulamento nº 124/11 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, nº 35 (2011b). Acedido a 4 de Janeiro de 2017. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Resuscitation Council. (2016). *National Cardiac Arrest Audit (NCAA)*. Consultado em: 2017, Janeiro 10. Disponível em: <https://www.resus.org.uk/research/national-cardiac-arrest-audit>

Rice, B., Gallagher, P., McKenna, N., Traynor, M., & McNulty, T. (2009). The immediate life support course: implementation into an undergraduate nursing programme. *Nursing In Critical Care*, 14(6), 297-302.

Rodríguez, L., & Vasquez, M. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, Vol. 38, nº4 (Supl 2), 98-104.

Serrano, A., & Fialho, C. (2005). *Gestão do Conhecimento: O novo paradigma das organizações*. Lisboa: Editora de Informática, Lda.

Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática*. Loures: Lusodidacta.

Silva, D., & Silva, E. (2004). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium, Journal of Education, Technologies and Health*, Vol. 30, 103-119.

Soar, J., Nolan, J. P., Böttiger, B. W., Perkins, G. D., Lott, C., Carli, P., & ... Deakin, C. D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation*, 95100-147

Sulzbacher, M., Lunardi, V., Filho, W. (2006). Implicações morais do fazer da enfermagem. *Revista Paulista de Enfermagem*. ISSN 0103-2100. Vol. 25 (2)

Teixeira, S. (2005). *Gestão das Organizações*. 1.ª Edição. São Paulo: Editora McGraw-Hill.

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. (2016). *ULSBA*. Consultado em: 2017, Janeiro 23. Disponível em: <http://www.ulsba.min-saude.pt/>

ANEXOS

ANEXO A – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DE ESTÁGIO



Ex.mo(a) Senhor(a)
Universidade de Évora - Escola
Superior de Enfermagem de S. João de
Deus

Largo Senhor da Pobreza
7000-811 ÉVORA

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
220/UEESESJD/ 2016	2016-10-13	SAI-ULSBA/2016/5379	2016-10-20

ASSUNTO: **ESTÁGIO FINAL - CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
/ENVIO DE RESPOSTA**

Reportando-nos ao assunto referenciado em epígrafe, cumpre-me informar V. Exa. que está autorizada a realização do referido estágio.

Para o efeito, deverão ser contactados:

- Enfº em Função de Chefia do Serviço de Urgência, Sr. Enfermeiro Joaquim Brissos.
(Tel.284.310.200/Extensão 1700)
- Enfº em Função de Chefia da Unidade de Cuidados Intensivos, Sr. Enfº António Cavaco.
(Tel.284.310.200/Extensão 1130)

Com os melhores cumprimentos,

O Enfermeiro Diretor

João Francisco Guerreiro

(VR)
2016-10-20

Universidade de Évora Escola Superior de Enfermagem
ESC
Registo nº: 007 39250/2016
25/10/2016
Registo: Periodico <input checked="" type="checkbox"/> Retornado <input type="checkbox"/>

Mód 37

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES
Rua Dr. António Fernando Covas Lima
7801-849 Beja, Portugal
Tel: (+351) 294 310 200 - Fax: (+351) 294 322 747
geral@ulsa-baixo-saude.pt - www.ulsba.pt
NIF: 508 724 270



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ULSBA
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
DO BAIXO ALENTEJO, EPE

ANEXO B – ANÁLISE DA CONTABILIZAÇÃO HORÁRIA

<u>Contabilização Horária</u>		
Número	Atividades	Horas
1	Reunião conjunta com orientadores da ESS Beja	4
2	Reunião individual com orientador-Proposta Projeto	2
3	Reunião no serviço com professora Dulce	1
4	Reuniões Futuras	7
5	Comissão ética da ULSBA	2
6	Serviços académicos e comissão ética da U.E.	2
7	Distribuição e recolha questionários	8
8	Agendamento das sessões formativas	8
9	Sessões formativas (9 sessões x 3 formandos)	45
10	Preparação sessões formativas (9 sessões x 2h cada)	18
11	Elaboração de Check-list de verificação do material na Sala de Emergência	32
12	Testar a funcionalidade da Check-list	8
13	Observação do projecto Alimentação Entérica	32
14	Elaboração de Protocolo de atuação ao Doente Crítico na Sala de Emergência	32
15	Observação se os cateteres periféricos cumprem os procedimentos correctos de colocação	16
16	Receber formação em serviço	6

17	Reunião com gabinete da qualidade	8
18	Reunião com o gabinete risco	8
19	Conhecer o plano de catástrofe	16
20	Prestação cuidados	136
	Estágio	336
	Orientação tutorial	14
	Outras	38
	Contacto	388

Definido pelo: Aviso n.º 5622/2016 Diário da Republica, 2.ª serie – N.84 – 2 de maio 2016, página 13886

Estágio	336
Orientação tutorial	14
Outras	38
Contacto	338
Autónomas	260
Total	648



ANEXO C - CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES A REALIZADAS

CRONOGRAMA DO ESTÁGIO									
Duração do Estágio	1ª semana 3/10 – 9/10	2ª semana 10/10 – 16/10	3ª semana 17/10 – 23/10	4ª semana 24/10 – 30/10	5ª semana 31/10 – 06/11	6ª semana 07/11 – 13/11	7ª semana 14/11 – 20/11	8ª semana 21/11 – 27/11	
Unidades Curriculares	Formação e Supervisão em Enfermagem								
Turnos: prestação de cuidados							M-14; M-16; M-17	M-24; M-25	
Outras horas de contacto	16 + 16 + 16	8 + 16 + 8	8 + 8 + 8	12 + 8 + 16	2		3	6 + 6	
Reuniões de Estágio	Reunião na ESS do IPBeja - definição da docente orientadora: Prof Dulce Santiago	Reunião no SU com o Enf ^o Chefe, com a supervisora clínica e com a Professora responsável da UC	Reunião de orientação com a supervisora clínica	Reunião com a supervisora clínica Reunião com os colegas em estágio			Reunião com a supervisora clínica	Reunião com os colegas em estágio	
Entrega de trabalhos			Entrega e Reformulação do documento PE	Entrega à docente e reformulação de proposta de projeto de mestrado Entrega de pedido de parecer à comissão de ética da ULSBA	Entrega de pedido de parecer à comissão de ética da UE Entrega do trabalho de FSE	Entrega de proposta de projeto de mestrado aos SAC da UE			

Duração do Estágio	9ª semana 28/11 – 04/12	10ª semana 05/12 – 11/12	11ª semana 12/12 – 18/12	12ª semana 19/12 – 25/12	13ª semana 26/12 – 01/01	14ª semana 02/01 – 08/01	15ª semana 09/01 – 15/01	16ª semana 16/01 – 20/01	
Unidades Curriculares	Relação de Ajuda								
Turnos: prestação de cuidados	M-30; M2	M-6; M7	M-12; M-14	M-21; M-22		M-3; M-5; M7	M-9; M-14	M-16; M-18	
Outras horas de contacto	6 + 6 + 3	6 + 6	8 + 6 + 6	6 + 3			6 + 3	8 + 8	
Reuniões de Estágio	Reunião com os colegas em estágio	Reunião formativa com a docente responsável pela UC e a supervisora clínica Reunião com os colegas em estágio	Reunião com os colegas em estágio	Reunião com a supervisora clínica			Reunião com a supervisora clínica	Reunião no HJJF com a supervisora clínica, com a docente orientadora, com o director de curso e com a Professora responsável da UC	
Entrega de trabalhos							Entrega do trabalho de relação de ajuda	Entrega do artigo sobre o SIV	

**ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE CONHECIMENTOS,
COMPETÊNCIAS E TREINO EM SUPORTE IMEDIATO DE VIDA**

Questionário Sociodemográfico e de Diagnóstico de Necessidade Formativa em Reanimação Cardiopulmonar

Caro colega, atendendo a que os profissionais do Serviço de Urgência (SU) têm de estar preparados para em qualquer momento prestar cuidados atualizados e de qualidade a pessoas em situação crítica, o treino de competências assume-se como uma necessidade incontornável. Tendo como ponto de partida os resultados dos questionários preenchidos por vós nos dois últimos anos em relação às necessidades de formação em serviço e nos quais identificaram a reanimação cardiopulmonar (RCP) como o principal tema a trabalhar, pretendemos desenvolver um projeto formativo no serviço que vá de encontro a essa necessidade.

Este questionário pretende caracterizar mais aprofundada e objetivamente a referida necessidade formativa em relação ao Suporte Básico de Vida (SBV) e ao Suporte Imediato de Vida (SIV), dados estes que serão utilizados como instrumento de trabalho no planeamento do projeto. A confidencialidade e o anonimato dos mesmos serão garantidos.

Idade		21-30		31-40		41-50		51-60	
Género	M	F							
Anos de serviço	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	
Anos no SU	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	
Enfermeiro especialista?			Sim		Não				
Se sim, qual a área?	Comunitária	Médico-cirúrgica	Saúde Mental e psiquiatra	Saúde infantil e pediatria	Saúde Materna e obstetrícia	Reabilitação			
Alguma vez realizou formação em SBV?			Sim		Não				

	Antes de 2010	Entre 2010 - 2015	Após 2015
Se respondeu que sim, diga quando			

	Sim	Não
Se respondeu que sim, foi um curso formal?		

	Antes de 2010	Entre 2010 - 2015	Após 2015
Se respondeu que sim, quando foi a última vez que realizou prática simulada em SBV?			

	Sim	Não
Considera que o treino regular de competências de SBV é importante para o seu desempenho no SU?		

	Sim	Não
Considera que na sua prática cumpre o algoritmo de SBV correctamente?		

	Sim	Não
Em relação ao SBV tem conhecimento das alterações emanadas pelo ERC em 2015, em relação às guidelines de 2010?		

	Sim	Não
Alguma vez realizou formação em SIV/SAV?		

	Antes de 2010	Entre 2010 - 2015	Após 2015
Se respondeu que sim, diga quando			

	Sim	Não
Se respondeu que sim, foi um curso formal?		

	Antes de 2010	Entre 2010 - 2015	Após 2015
Se respondeu que sim, quando foi a última vez que realizou prática simulada em SIV/SAV?			

	Sim	Não
Considera que o treino regular de competências de SIV é importante para o seu desempenho no SU?		

Considera que na sua prática cumpr o algoritmo de SAV corretamente?	Sim	Não	
Em relação ao SIV/SAV tem conhecimento das alterações emanadas pelo ERC em 2015, em relação às guidelines de 2010?	Sim	Não	
Genericamente, como classifica a dinâmica da equipa de enfermagem durante uma PCR?	Boa	Razoável	Má
Considera que a dinâmica pode ser melhorada através da prática simulada?	Sim	Não	

Obrigado pela colaboração!

José Luís Barriga, Pedro Amaro, Jorge Pereira

ANEXO E - PEDIDOS DE PARECER ÀS COMISSÕES DE ÉTICA DA ULSBA E DA UE



Documento

1	6	0	2	5
---	---	---	---	---

Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar Universidade de Évora

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Carlos Silva, Professora Doutora Felismina Mendes e Professora Doutora Constança Pinto deliberaram dar, na reunião do dia 14 de Março de 2017, o Parecer Positivo para a realização do Projeto “Performance dos Enfermeiros em Suporte Imediato de Vida como determinante da Segurança do Doente Crítico” dos investigadores José Luis Miranda Barriga Rosa, Maria Dulce Santos Santiago e Maria Paula Pelúcia Canelas.

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)




**EXTRATO DE ACTA DA REUNIÃO n.º 01/2017 DA COMISSÃO DE ÉTICA
(Homologada pelo Conselho de Administração em 08.02.2017, Ata nº 9, Ponto 7.2)**

Aos nove dias do mês de janeiro de dois mil e dezassete, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sénior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão, Ana Sofia Lopes Moleiro, Farmacêutica, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, Francisco António Revés Barrocas, Assessor de Psicologia Clínica, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Luís Manuel Silva Santiago, Enfermeiro, Maria Margarida Carvalho de Brito Rosa, Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, e Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, Enfermeira do Gabinete de Promoção e Garantia da Qualidade. Não pôde estar presente Ana Luísa Bacelar, Juíza Desembargadora, que justificou a sua ausência. --

----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----
««PONTO QUATRO – Projeto de Mestrado sobre «Performance dos enfermeiros do Serviço de Urgência em suporte básico de vida, através da elaboração de um plano formativo com base na prática simulada», a levar a cabo pelos enfermeiros Jorge Miguel Baião Pereira e José Luís Miranda Barriga Rosa, no Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.-----
--- A Comissão procedeu análise e avaliação dos Projetos, tendo dado o parecer favorável à sua realização. -----

Beja, 13 de março 2017

A Presidente da Comissão de Ética


Ana Matos Pires

ANEXO F - CHECK-LIST DE AVALIAÇÃO DA PRÁTICA SIMULADA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Folha de Avaliação de Prática Simulada em SIV

	Intervenção	Execução
1	Verificação das condições de segurança	
2	Avaliação do estado de consciência	
3	Permeabilização da VA (extensão do pescoço e elevação do mento)	
4	VOSP durante 10'' (Ver, Ouvir, Sentir e pesquisar pulso carotídeo)	
5	Realiza pedido de ajuda	
6	Inicia compressões torácicas	
7	Realiza ventilações eficazes nas quais seja possível observar elevação do tórax	
8	Monitoriza o doente	
9	Faz a leitura do traçado em ritmos desfibrilháveis /não desfibrilháveis	
10	Evita interrupções desnecessárias das compressões torácicas	
11	Garante a segurança do doente, do próprio e da equipa durante a desfibrilhação	
12	Escolhe correctamente o nível de energia no monitor/desfibrilhador	
13	Assegura-se da segurança do tórax do doente	

14	Minimiza a pausa pré-choque; avisa equipa para se afastar	
15	Carrega o desfibrilhador com as compressões torácicas em curso	
16	Ordena à pessoa que está a fazer compressões para se afastar,	
17	Administra o choque, garante que o SBV é retomado de imediato	
18	Mantem SBV durante 2 minutos sem interrupções até nova reavaliação de ritmo	
19	Administra as drogas quando recomendadas	
20	Uso sistemático da metodologia ABCDE	
	Total	

ANEXO G - APRESENTAÇÃO POWERPOINT SOBRE O SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

Reanimação do Adulto em Sala de Emergência

Realizado por:
- José Luís Barriga

Hospital José Joaquim Fernandes - Serviço de Urgência
Janeiro 2017

Contextualização

A abordagem deste tema deve-se:

- Integração de novos elementos no SU
- Necessidade de treino constante
- Optimizar a organização da reanimação em SE

Sumário

- Alterações ao algoritmo introduzidas em 2015
- Organização da equipa em SE
- Algoritmo de SAV Adulto 2015
- Dúvidas
- Caso clínico

Alterações ao Algoritmo

Introduzidas em 2010 e Mantidas em 2015:

- Não pesquisar corpos estranhos no VOSP, à excepção de OVA ou dificuldade em ventilar
- Compressões 100-120 por minuto
- Depressão do tórax 5-6 cm
- Minimizar a interrupção das compressões torácicas (< 5 segundos)
- Troca de reanimadores a cada 2 minutos
- Desaconselhada a administração por rotina de outras drogas

Alterações ao Algoritmo

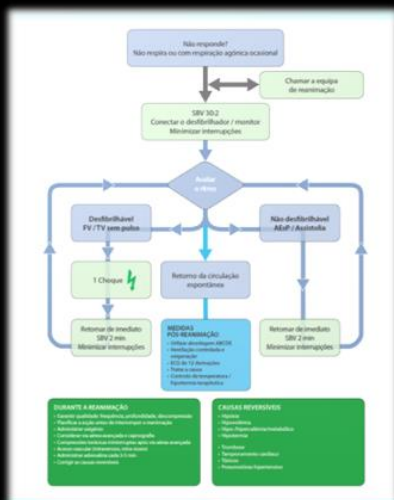
Introduzidas em 2010 e Mantidas em 2015:

- Retirada da atropina do algoritmo de PCR (não desfibriláveis)
- Administração conjunta da adrenalina e da amiodarona após o 3º choque (ritmos desfibriláveis)
- Recomendadas as vias EV e IO e desaconselhada a via ET
- Diminuição do ênfase da EET precoce
- A capnografia deve ser uma rotina
- Maior ênfase nos cuidados pós reanimação (O2, glicemia, hipotermia terapêutica)

Organização da Equipa em SE



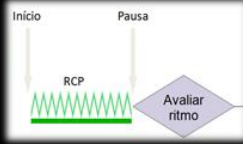
Algoritmo SAV Adulto 2015



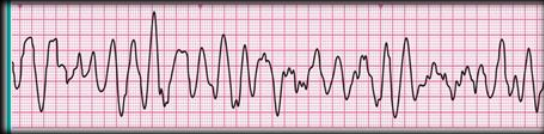
Algoritmo SAV Adulto 2015



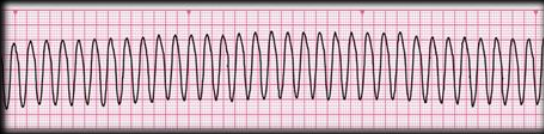
Algoritmo SAV Adulto 2015



**Ritmos
Desfibrilháveis**

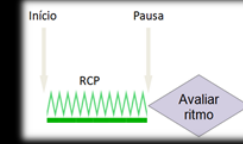


Não avaliar pulso: ritmo não compatível com existência de pulso



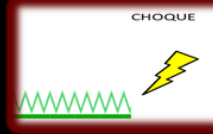
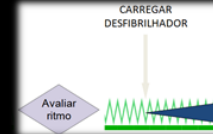
Avaliar pulso: ritmo compatível com existência de pulso

Algoritmo SAV Adulto 2015



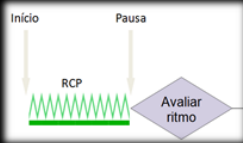
**Ritmos
Desfibrilháveis**

FV/TVsp



**1º Choque 200 J
2º Choque 360 J
Seguintes 360 J**

Algoritmo SAV Adulto 2015



**Ritmos
Desfibrilháveis**

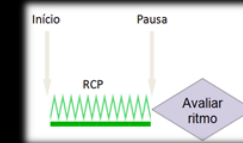


Durante os 2 minutos:

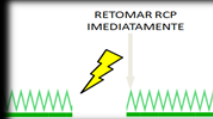
- Permeabilizar a VA
- Administrar O₂
- Cateterizar acesso venoso
- Preparar/ administrar drogas

**Imediatamente
SBV 30:2 durante 2 min
(5 ciclos)**

Algoritmo SAV Adulto 2015



**Ritmos
Desfibrilháveis**



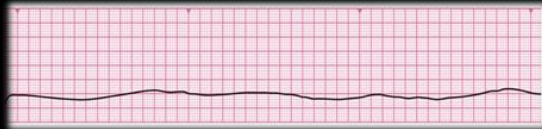
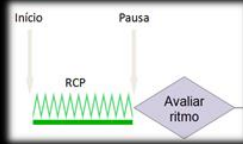
Após o 3º choque do algoritmo:

- Administrar adrenalina 1mg (seguido de bólus de soro e elevação do membro) e a partir daí a cada 3 a 5' (a cada 2 ciclos do algoritmo)
- Administrar amiodarona 300mg em 20cc Dxt H₂O (seguido de bólus de soro e elevação do membro)

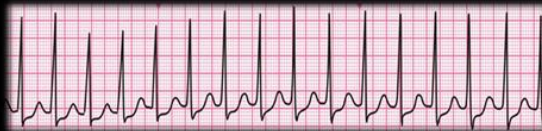
**Imediatamente
SBV 30:2 durante 2 min
(5 ciclos)**

Algoritmo SAV Adulto 2015

Ritmos Não Desfibrilháveis



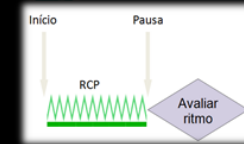
Confirmar conexões
Alterar derivação
Aumentar o ganho



Avaliar pulso: ritmo compatível com existência de pulso

Algoritmo SAV Adulto 2015

Ritmos Não Desfibrilháveis



Durante os 2 minutos:

- Permeabilizar a VA
- Administrar O₂
- Cateterizar acesso venoso
- Administrar 1mg de adrenalina assim que possível e a partir daí a cada 3 a 5' (a cada 2 ciclos do algoritmo)

Assistolia/AEsP

RETOMAR RCP



Imediatamente SBV 30:2 durante 2 min (5 ciclos)

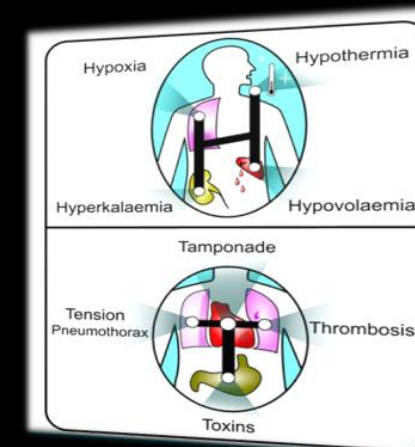
Algoritmo SAV Adulto 2015

Durante a RCP:

- Garantir a qualidade das compressões: ritmo e profundidade
- Planear ações antes de interromper a RCP
- Manter o aporte de oxigénio
- Considerar VA avançada e capnografia
- Compressões ininterruptas quando via aérea segura/avançada
- Garantir/ manter AVP
- Adrenalina a cada 3-5 minutos
- Corrigir causas reversíveis

Algoritmo SAV Adulto 2015

Causas Reversíveis



Dúvidas

Desfibrilhador e energias

Pesquisa do pulso

Administração das drogas

Dúvidas: Desfibrilhador e energias



Dúvidas: Pesquisa do pulso



Dúvidas: Administração das drogas



Caso Clínico



Fim

ANEXO H - ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO SOBRE A PERFORMANCE DOS ENFERMEIROS DO SU EM SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

Titulo:

Performance dos enfermeiros em Suporte Imediato de Vida, como determinante na
segurança do doente crítico

Autor:

José Luis Miranda Barriga Rosa, Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do
Baixo Alentejo, jl.barrigarosa@gmail.com

Autor:

Maria Dulce Santos Santiago. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja,
dulce.santiago@ipbeja.pt

Autor:

Maria Paula Pelúcia Canelas, Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Baixo
Alentejo, paula.canelas@ulsba.min-saude.pt

Titulo:

Performance dos enfermeiros em Suporte Imediato de Vida, como determinante na segurança do doente crítico

Title:

Performance of nurses in Immediate Life Support, as a determinant of the safety of critically ill patients

Resumo:

A doença cardíaca isquêmica é a principal causa de morte no mundo. O reconhecimento precoce e o tratamento eficaz da pessoa em situação crítica, pode prevenir a ocorrência de paragens cardíacas, mortes e internamentos imprevistos em unidades de cuidados intensivos. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm um papel fundamental enquanto elementos chave na realização de manobras de reanimação cardiorrespiratória, tornando-se urgente formar profissionais competentes nesta área, que contribuam para aumentar a segurança dos doentes em contexto de paragem cardíaca. Neste sentido, pretende-se avaliar a performance dos enfermeiros do serviço de urgência em suporte imediato de vida, na resolução de um cenário de PCR, através de um exercício de prática simulada, antes e após uma sessão de formação em suporte imediato de vida. Desenvolveu-se um estudo exploratório-descritivo durante cinco semanas, nas quais foram realizadas 10 sessões formativas, compostas por 3 enfermeiros por sessão, com recurso à prática simulada, envolvendo no total 30 enfermeiros. Verificou-se que a performance dos enfermeiros na primeira e na segunda prática simulada foi de 72,2% e 92,5%, respetivamente, o que evidencia a importância deste tipo de treinos na efetividade da resposta dos enfermeiros.

Abstract:

Ischemic heart disease is the leading cause of death in the world. Early recognition and effective treatment of critically ill patients can prevent unplanned cardiac arrest, death, and hospitalization in intensive care units. Health professionals, particularly nurses, play a fundamental role as key players in performing cardiorespiratory resuscitation maneuvers, making it a matter of urgency to train competent professionals in this area, which contribute to increasing the safety of patients in the context of cardiac arrest. In this sense, we intend to evaluate the performance of the nurses of the emergency service in immediate life support, in the resolution of a scenario of CRP, through a simulated practice exercise, before and after a training session in immediate life support. An exploratory-descriptive study was developed during five weeks, in which 10 training sessions were carried out, composed of 3 nurses per session, using a simulated practice, involving a total of 30 nurses. It was verified that the nurse's performance in the first and second simulated practice was 72.2% and 92.5%, respectively, which shows the importance of this type of training in the effectiveness of the nurse's response.

Palavras-chave:

Ressuscitação Cardiopulmonar; enfermeiros; desempenho psicomotor; segurança; parada cardíaca; exercício de simulação

Keywords:

Cardiopulmonary Resuscitation; nurses, psychomotor performance; safety; heart arrest; simulation exercise

Introdução

Atualmente, a doença cardíaca isquémica é a principal causa de morte no mundo, permanecendo como a principal causa de morte global, há mais de década e meia. (OMS, 2017) Na Europa, a doença cardiovascular é responsável por aproximadamente 40% de todas as mortes em idades abaixo dos 75 anos, sendo a paragem cardiorrespiratória (PCR) súbita, responsável por mais de 60% de todas as mortes provocadas por cardiopatia isquémica nos adultos. Segundo dados do National Cardiac Arrest Audit (NCAA) apresentados pelo Conselho Português de Ressuscitação (CPR), a incidência reportada à PCR em contexto intra-hospitalar no Reino Unido situa-se entre 1 e 5 casos por cada 1000 admissões e a sobrevivência à alta hospitalar ronda em média os 13,5%. (Conselho Português de Ressuscitação, 2010)

Segundo o European Resuscitation Council (ERC) a evidência atual demonstra que o suporte básico de vida com compressões e ventilações adequadas, associado à desfibrilhação precoce, tem um enorme impacto na taxa de sucesso e recuperação da vítima em paragem cardiorrespiratória. (Perkins et al, 2015)

Considerada a importância da adequada atuação dos profissionais de saúde perante situações de doença aguda, o Nursing and Midwifery Council (NMC) em 2007 no Reino Unido, alertou que todos os enfermeiros deveriam ter conhecimentos e competências para prestar cuidados em situações de emergência, nomeadamente em contexto de PCR, de modo a garantir uma maior segurança para os doentes. Deste modo, o Ministério da Saúde decidiu que poderia ser vantajosa a integração do curso de suporte imediato de vida (SIV), previamente criado em 2002 pelo Conselho de Ressuscitação deste país, nos currículos dos enfermeiros. (Rice, Gallagher, McKenna, Traynor & McNulty, 2009) Desde então, esta é uma prática que se tem vindo a difundir em vários países, entre os quais Portugal, sendo atualmente o SIV um curso de reanimação muito vocacionado para os enfermeiros. (CPR, 2010) Ainda segundo os primeiros autores, trata-se de um curso que deriva do curso de suporte avançado de vida (SAV) e que pretende fornecer aos formandos conhecimentos e competências no reconhecimento precoce de doentes críticos, na abordagem da via aérea, nas manobras de reanimação e na desfibrilhação segura. Concretamente em relação à implementação do curso de SIV em Portugal, este prevê dotar os formandos em 3 competências psicomotoras: permeabilização da via aérea, com utilização de adjuvantes

básicos da via aérea (tubo orofaríngeo e nasofaríngeo) e dispositivos supra-glóticos (máscara laríngea e i-gel), desfibrilhação precoce e segura e administração de fármacos de primeira linha, nomeadamente a adrenalina e a amiodarona. (CPR, 2010) As diferenças relatadas entre os cursos, prendem-se essencialmente com as adaptações realizadas face às particularidades legais que regulamentam o exercício da enfermagem em cada país.

O CPR em Portugal assume, na qualidade de representante do European Resuscitation Council (ERC), a responsabilidade da certificação de formação em reanimação de acordo com standards técnico-pedagógicos definidos a nível europeu.

A formação nas suas várias modalidades, faz parte integrante da gestão de recursos humanos, otimizando níveis de competência. A complexidade do conceito de competência reflete-se em várias abordagens, como a realizada por Martins, que define competência como sendo a capacidade para realizar algo, implicando mobilização, integração e aplicação de conhecimentos a uma situação concreta, atuando com responsabilidade. (Martins, 2009)

Afigura-se assim como imperativo a existência de profissionais competentes para atuarem nesta área específica e proceder, tão breve quanto possível, ao redimensionamento dos meios humanos e materiais de emergência médica intra-hospitalar colocados ao dispor das populações, demarcando-se a importância dos enfermeiros melhorarem a sua performance em suporte imediato de vida (SIV) visando a segurança do doente crítico.

Na sequência daquilo que tem vindo a ser exposto, o presente trabalho de investigação tem como objetivo avaliar a performance dos enfermeiros do serviço de urgência em suporte imediato de vida, na resolução de um cenário de PCR, através de um exercício de prática simulada, antes e após uma sessão de formação.

Fundamentação teórica:

A paragem cardíaca súbita é responsável por mais de 60% de todas as mortes provocadas por doença isquémica cardíaca nos adultos. A incidência de paragem cardíaca intra-hospitalar é difícil de avaliar porque é fortemente influenciada por fatores como critérios de admissão e decisão de não tentar reanimar. Em todo o caso, a incidência reportada de paragem cardíaca

intra-hospitalar situa-se de 1 a 5 por cada 1000 admissões. (Conselho Português de Ressuscitação, 2010)

Considerada a mortalidade associada à doença cardíaca isquémica em Portugal, a Direção-Geral da Saúde, através do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, defende que é indispensável “Promover o respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas através da adoção de recomendações clínicas (guidelines) nacionais ou internacionais.” (DGS, 2011)

O Conselho Português de Ressuscitação é um organismo máximo em Portugal na área da reanimação, que tem como missão promover iniciativas que divulguem as boas práticas em reanimação, normalizar modelos de formação, divulgar as recomendações do European Resuscitation Council, produzir e disponibilizar materiais e modelos pedagógicos para a formação em reanimação.

De cinco em cinco anos são emanadas pelo ERC novas recomendações para a boa prática da atuação em situação de reanimação, impondo-se a criação de condições para que os profissionais possam desempenhar as suas funções de acordo com as exigências que são requeridas.

Segundo Montgomery, Kardong-Edgren, Oermann e Odom-Maryon (2012), estas recomendações também se aplicam ao contexto da reanimação cardiopulmonar (RCP), onde a prestação de cuidados adequados e em segurança para os doentes e para os profissionais não pode ser negligenciada, implicando para isso um treino regular e uma preparação prévia.

Neste contexto, importa também lembrar Greif et al (2015) e Hazinski et al (2015) que concluíram que a prática simulada constitui uma parte importante do treino em reanimação, sendo altamente efetiva na aquisição, desenvolvimento e manutenção de competências.

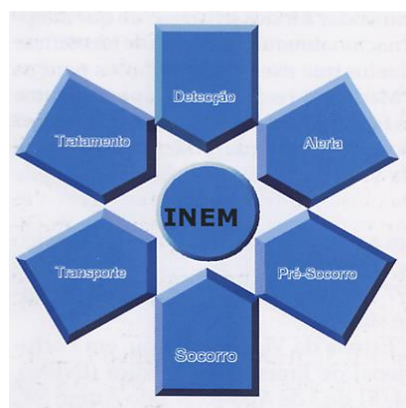
Na área da reanimação, a aposta no desenvolvimento de equipas multidisciplinares, formadas por técnicos qualificados e diferenciados, contribui para aumentar a eficácia dos cuidados e a eficiência do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), essencialmente para a concretização dos objetivos da política nacional de saúde, nesta área. Em situação de emergência a atuação inicia-se no momento em que acontece o acidente ou a doença súbita e

engloba todos os procedimentos que se prolongam até ao momento em que são prestados os tratamentos adequados no hospital. Assim o SIEM inclui um conjunto de entidades, como a Polícia de Segurança Pública, a Guarda Nacional Republicana, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, o INEM, os Hospitais e Centros de Saúde, que cooperam entre si, com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. (INEM, 2009)

Do trabalho realizado pelo Gabinete de Emergência Médica, criou-se em 1981, através do Decreto-Lei nº 234/81 de 3 de Agosto, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) com a finalidade de garantir o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) no território do continente. (Mateus, 2007)

No sentido de cumprir todas as etapas essenciais no atendimento à vítima, foram criadas a Estrela da Vida e a Cadeia de Sobrevivência. (Mateus, 2007)

A Estrela da Vida foi o símbolo adotado internacionalmente para identificar os Serviços de Emergência Médica e em Portugal todos os organismos pertencentes ao serviço integrado emergência médica (SIEM). Aos seis vértices da estrela são atribuídos significados específicos, aos quais correspondem vários passos/attitudes que devem ser sequencialmente tomadas, desde a deteção da situação de emergência até à prestação de cuidados diferenciados à vítima em ambiente intra-hospitalar. Para Mateus (2007, p.21) cumpre-se assim “(...) o ciclo completo das ações a realizar as quais garantem as condições indispensáveis ao salvamento de vidas, objetivo final da emergência médica.”



Estrela da Vida – Imagem adaptada (Fonte: Mateus, 2007)

Descrevendo as designações e intervenções referentes a cada vértice, surge:

1. No vértice superior, a **Detecção**;
2. No 2º vértice, o **Alerta**;
3. No 3º vértice, o **Pré-socorro**;
4. No 4º vértice, o **Socorro** prestado à vítima no local;
5. No 5º vértice, o **Transporte da Vítima**;
6. No 6º e último vértice, o **Tratamento Definitivo**.

As várias etapas referidas vão-se sucedendo de forma encadeada, estabelecendo relações de interdependência entre elas. O próprio símbolo da Cadeia de Sobrevivência remete para isso mesmo, através dos 4 elos que estão unidos entre si formando uma corrente, a qual tem tanta resistência quanto a resistência do elo mais fraco. Significa isto que todos os elos são de extrema importância, para que se possa ativar e continuar a cadeia e todas as intervenções/cuidados necessários que possam ser aplicados à vítima, com o objetivo de assegurar a vida com o menor número de sequelas possível.

Caso um dos elos falhe, ou seja, caso uma das etapas atrás enumeradas não seja devidamente realizada, irá comprometer a realização das etapas seguintes e invalidar os esforços realizados nas etapas anteriores.



Cadeia de Sobrevivência (ERC, 2010)

Torna-se importante sublinhar que existe uma associação direta entre os 6 vértices da Estrela da Vida e os 4 elos da Cadeia de Sobrevivência, sendo que os primeiros nos dão uma visão mais faseada da sequência de intervenções na assistência à vítima, enquanto os segundos permitem uma visão mais geral. (Pereira, 2006)



Relação entre a Estrela da Vida/Cadeia de Sobrevivência (ERC, 2010)

O contexto social atual é marcado por evoluções constantes nas mais variadas áreas, e a Saúde não é exceção. Os progressos que se traduzem numa melhoria dos cuidados nesta área ocorrem dentro das unidades de saúde.

Desta forma, a abordagem SIV resulta da necessidade de desenvolver continuamente o Sistema Integrado de Emergência Médica, com a finalidade de melhorar cada vez mais os cuidados de emergência pré-hospitalar prestados à população e dar continuidade desses cuidados a nível intra-hospitalar.

Em 2007, integrado no Processo de Requalificação das Urgências, promovido pelo Ministério da Saúde, foi criado um novo meio de assistência diferenciada de emergência pré-hospitalar - as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), com o objetivo de melhorar os cuidados de emergência pré-hospitalares prestados a população.

A expressão SIV traduz um conceito mais amplo, aceite pela comunidade científica, baseado na necessidade de garantir os cuidados de saúde capazes de resultar numa reanimação com sucesso, ou na estabilização das pessoas em situações críticas enquanto não está disponível uma equipa de suporte avançado de vida. (INEM, 2011)

Oliveira & Martins (2013), referem que a diferenciação dos cuidados de enfermagem prestados neste contexto é reconhecida por quem deles beneficia, pelos colegas que recebem as pessoas já estabilizadas e ainda por outros profissionais intervenientes no socorro que trabalham em complementaridade com as equipas SIV.

O significado de “Ser Enfermeiro em Suporte Imediato de Vida” está intimamente relacionado com as vivências individuais de cada um, sendo fortemente influenciado pelas motivações e aspirações pessoais. Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida é definido pelos participantes como um desafio e um privilégio pelas possibilidades de concretização de um projeto de vida, proporcionando sentimentos de satisfação pessoal e profissional. (Oliveira & Martins, 2013)

Tendo em conta que o alvo de cuidados dos enfermeiros que exercem na área da emergência é a pessoa em situação crítica, e a maior exigência da população face ao que é um direito universal (cuidados de saúde), torna-se imperativo efectuar formação necessária e atribuir as competências conferidas aos enfermeiros, neste âmbito de intervenção. A complexidade das intervenções exigidas aos enfermeiros face às situações com que se deparam, faz com que tenham de procurar o seu melhor desempenho ao nível: da sua atitude, que assume face à pessoa e à equipa; dos seus conhecimentos, para reconhecer os sinais/sintomas, suas implicações hemodinâmicas e compreender o tratamento administrado; bem como das suas habilidades técnicas na execução dos procedimentos necessários.

Material e métodos:

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo envolvendo os enfermeiros de um serviço de urgência de Portugal. O período de recolha de dados teve a duração de cinco semanas e decorreu nos meses de Novembro e Dezembro de 2016, após ter sido obtida a aprovação da Comissão de Ética e da chefia do serviço, sob garantia do cumprimento dos princípios da Declaração de Helsínquia. Foram realizados convites aos 46 enfermeiros do serviço de urgência para participar numa sessão de formação em SIV, tendo participado na mesma apenas 30 enfermeiros, de acordo com a sua disponibilidade e motivação. Foram realizadas 10 sessões formativas, envolvendo cada uma delas 3 enfermeiros. Cada sessão teve início com o preenchimento de questionários pelos formandos, o que possibilitou a obtenção de dados sociodemográficos: idade, sexo, anos de serviço e anos no serviço de urgência, bem como dados relacionados com a formação em SIV: realização de formação prévia nesta área e data da última formação. Após o seu preenchimento procedeu-se à avaliação da performance dos enfermeiros em SIV, na resolução de um cenário de PCR, através de um exercício de prática simulada, fazendo uso de uma *check-list* de avaliação constituída por 20 itens/

intervenções, elaborada com adaptação de acordo com as recomendações do European Resuscitation Council referentes às guidelines de suporte avançado de vida de 2015. (Perkins et al, 2015) Após a resolução do cenário foi realizado um “debriefing” onde foram identificados os procedimentos corretos e procedimentos passíveis de serem melhorados na intervenção de cada formando, seguindo-se uma palestra sobre SIV e uma demonstração na resolução de uma situação de PCR. No final, as sessões formativas terminaram com outro exercício de prática simulada, onde voltou a ser avaliada a performance individual de cada enfermeiro, fazendo novamente uso da *check-list* supracitada. Por fim os dados recolhidos foram introduzidos e processados no Excel.

Resultados:

Obteve-se uma amostra constituída por 30 enfermeiros de um serviço de urgência de Portugal (65% do universo de enfermeiros do serviço), cujos dados que os caracterizam estão agrupados na Tabela 1.

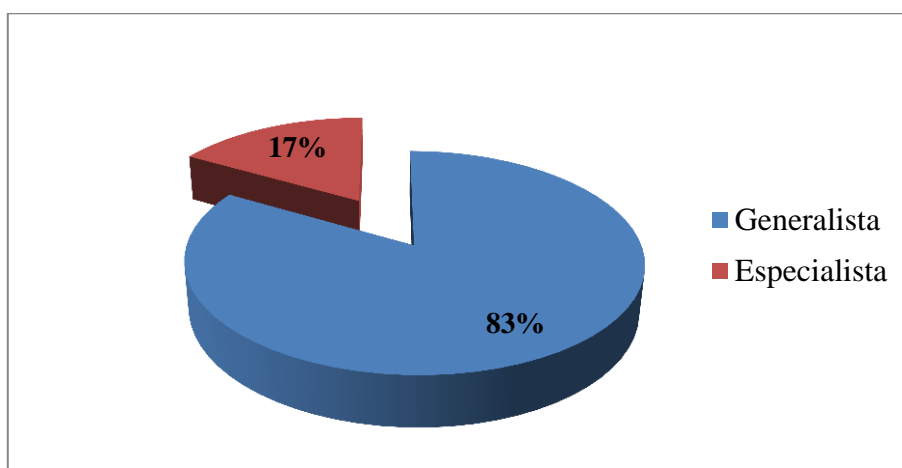
Tabela 1 - Caracterização da amostra n = 30

Idade	21-30	12	40,0 %
	31-40	15	50,0 %
	41-50	1	3,3 %
	51-60	2	6,7 %
Género	M	15	50,0 %
	F	15	50,0 %
Anos de Serviço	0-5	10	33,3 %
	6-10	13	43,3 %
	11-15	3	10,0 %
	16-20	1	3,3 %
	21-25	1	3,3 %
	26-30	0	0,0 %

	31-35	1	3,3 %
	36-40	1	3,3 %
Anos no SU	0-5	21	70,0 %
	6-10	3	10,0 %
	11-15	2	6,7 %
	16-20	1	3,3 %
	21-25	1	3,3 %
	26-30	1	3,3 %
	31-35	1	3,3 %
	36-40	0	0,0 %
	Com Formação SIV	Sim	23
Não		7	23,3 %
Última Formação	Antes de 2010	7	30,4 %
	Entre 2010-2015	12	52,2 %
	Após 2015	4	17,4 %

O Gráfico 1 expõe a distribuição dos enfermeiros da amostra, atendendo ao seu grau de diferenciação.

Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros por grau de diferenciação



Importa complementar a informação disponibilizada no gráfico 1, salientando que todos os especialistas da amostra são da área da enfermagem médico-cirúrgica.

Relativamente à avaliação da performance dos enfermeiros em SIV, antes e após a sessão formativa, os resultados são apresentados na tabela 2. Esta tabela possibilita uma análise detalhada da performance demonstrada pela amostra em cada uma das intervenções que compõem o algoritmo.

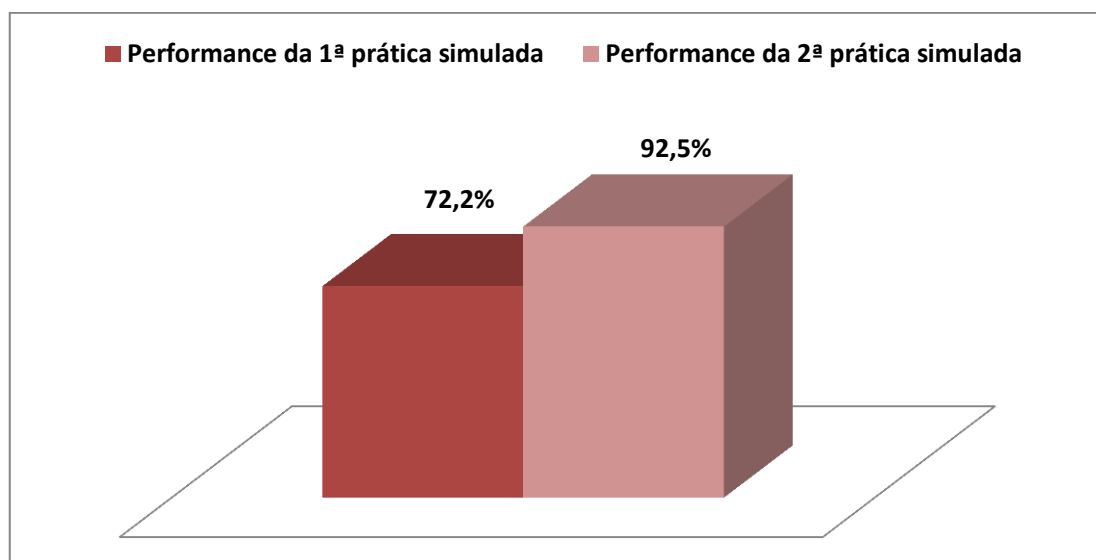
Tabela 2 – Performance detalhada dos enfermeiros nos dois momentos de prática simulada

INTERVENÇÕES		1ª Prática simulada (%)	2ª Prática simulada (%)
1	Verificação das condições de segurança	76,7	100,0
2	Avaliação do estado de consciência	86,7	100,0
3	Permeabilização do VA (extensão do pescoço e elevação mento)	86,7	96,7
4	VOSP durante 10" (Ver, Ouvir, Sentir e pesquisar pulso carotídeo)	93,3	100,0
5	Realizar pedido de ajuda	86,7	100,0
6	Inicia compressões torácicas	76,7	100,0
7	Realiza ventilações eficazes nas quais seja possível observar elevação do tórax	73,3	100,0
8	Monitoriza o doente	67,7	96,7
9	Faz a leitura do traçado em ritmos desfibrilháveis/não desfibrilháveis	50	73,7
10	Evita interrupções desnecessárias das compressões torácicas	36,7	83,7
11	Garante a segurança do doente, do próprio e da equipa durante a desfibrilhação	73,7	86,7
12	Escolhe correctamente o nível de energia no monitor/desfibrilhador	76,7	96,7
13	Assegura-se da segurança do tórax do doente	66,7	100,0

14	Minimiza a pausa pré-choque; avisa a equipa para se afastar	56,7	90,0
15	Carrega o desfibrilhador com as compressões torácicas em curso	93,3	100,0
16	Ordena à pessoa que está a fazer a fazer compressões para se afastar	86,7	100,0
17	Administra o choque, garante que o SBV é retomado de imediato	73,3	96,7
18	Mantem SBV durante 2 minutos sem interrupções até nova realização de ritmo	76,7	90,0
19	Administra as drogas quando recomendadas	93,3	100,0
20	Uso sistemático da metodologia ABCDE	13,3	40,0
TOTAL		72,2	92,5

O Gráfico 2 reporta-se à comparação entre a performance global dos enfermeiros na primeira e na segunda prática simulada.

Gráfico 2 – Performance global dos enfermeiros nos dois momentos de prática simulada



Os Gráficos 3 e 4 pretendem complementar os resultados apresentados acima, uma vez permitem realizar uma análise da prestação dos enfermeiros nos dois momentos estudados, atendendo à sua distribuição por intervalos de performance.

Gráfico 3 – Análise da primeira prática simulada por intervalos de performance

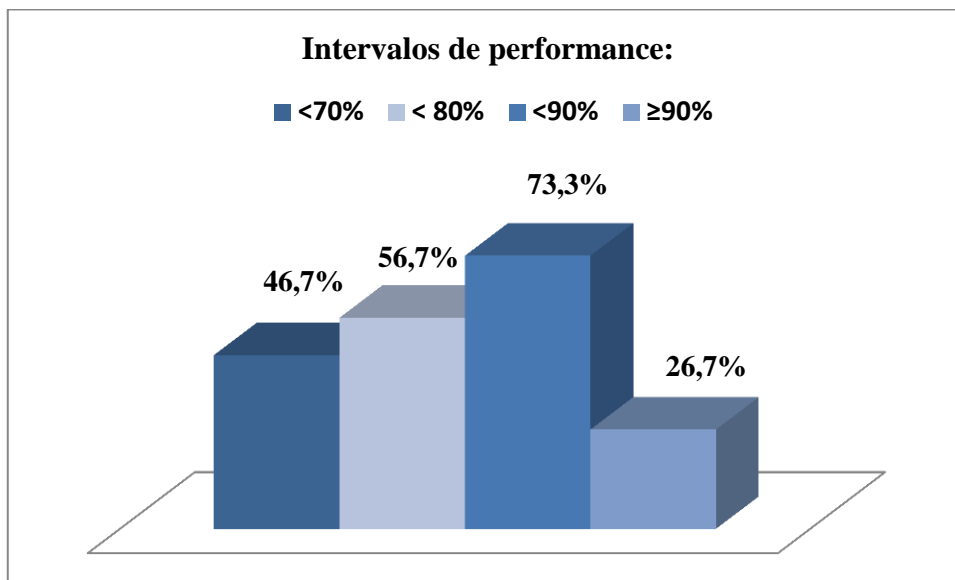
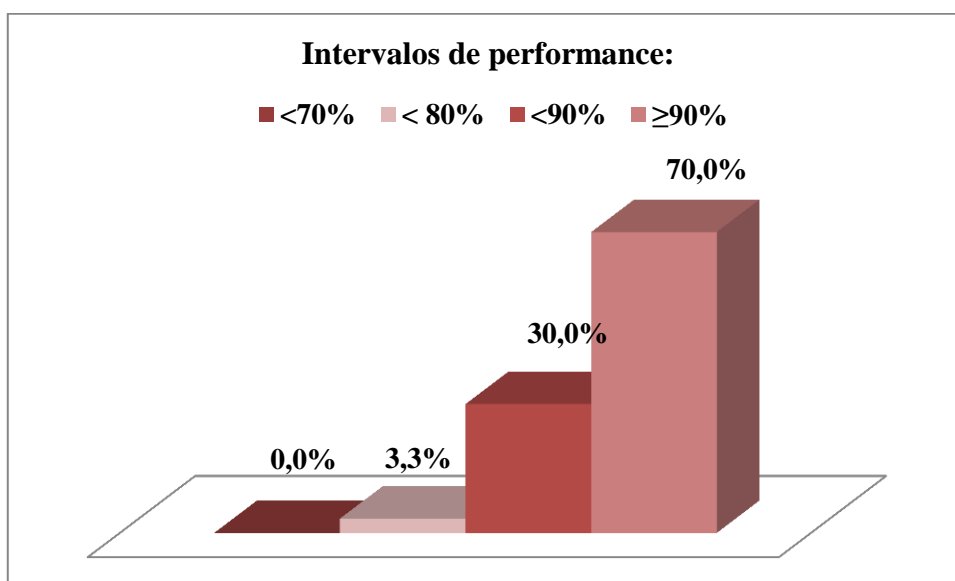


Gráfico 4 – Análise da segunda prática simulada por intervalos de performance



Por último os Gráficos 5 e 6 fazem uma apreciação da performance dos enfermeiros nas intervenções em que se verificou um pior desempenho na primeira prática simulada, permitindo compreender a sua evolução no segundo momento de prática.

Gráfico 5 - Intervenções com pior performance na primeira prática simulada e sua relação com a segunda prática simulada

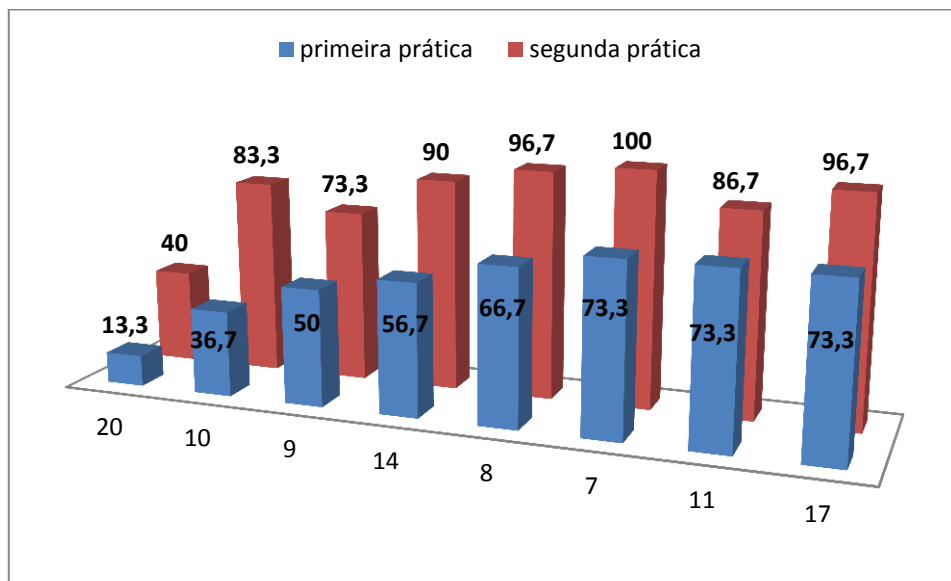
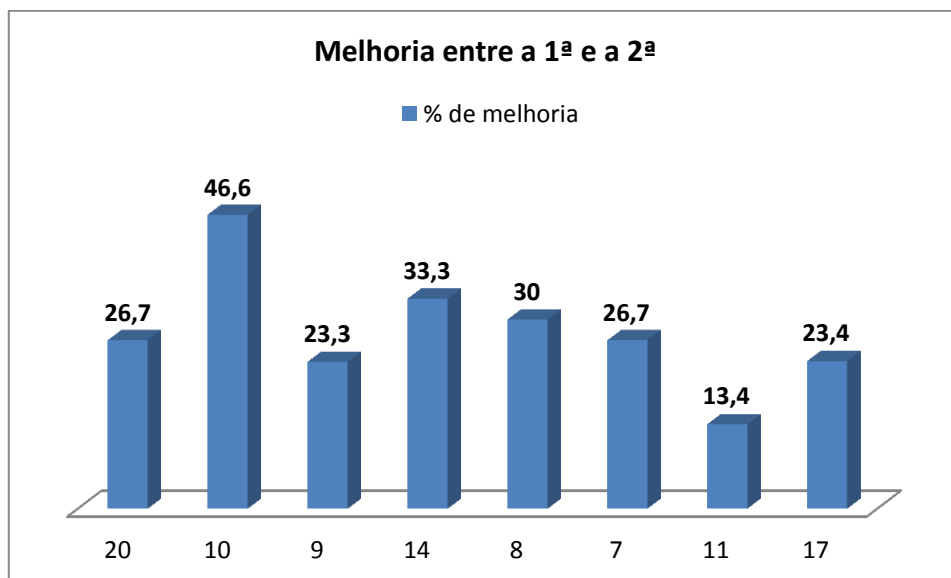


Gráfico 6 – Percentagem de melhoria da performance entre a primeira e a segunda prática simulada, nos itens com pior performance na primeira prática simulada



Discussão:

Após a análise dos dados, verifica-se que se trata de uma equipa jovem, a grande maioria dos enfermeiros tem menos de 40 anos de idade e menos de 15 anos de serviço. No que se refere ao sexo a amostra é composto por igual número de enfermeiros do sexo masculino e feminino. Cerca de 23,3% da amostra ainda não tinham realizado qualquer formação em SIV e 82,4% realizou formação com as guidelines de 2010. Verificou-se que somente 17,4% tem formação atualizada após 2015.

O trabalho elaborado baseou-se nas atividades desenvolvidas por 30 enfermeiros a desempenhar funções no serviço de urgência, com a finalidade de melhorarem a sua performance em suporte imediato de vida visando a segurança do doente crítico.

O Suporte Imediato de Vida inclui-se na área de assistência em urgência/emergência, com as particularidades que lhe são características, pois a atuação ocorre muitas vezes em situações graves e ameaçadoras da vida, com elevada pressão pelo tempo, em que cada segundo pode fazer a diferença e com poucos recursos que apoiem ou orientem o diagnóstico (Martins, 2009).

No que respeita à comparação entre a performance dos enfermeiros na primeira prática simulada (diagnóstico de competências) e na segunda prática (já após a realização de formação e treino), foi possível constatar uma melhoria significativa na ordem dos 20,3%, uma vez que na primeira apenas 72,2% das intervenções do algoritmo SIV foram realizadas correctamente, enquanto na segunda a percentagem foi de 92,5%. Realça-se deste modo a importância que a prática simulada assume, como parte importante do treino de competências em SIV, indo ao encontro de Greif et al (2015) e Hazinski et al (2015), que defendem que a prática simulada constitui uma parte fundamental do treino em reanimação, sendo altamente efetiva na aquisição, desenvolvimento e manutenção de competências.

Importa salientar que no suporte imediato de vida os cuidados não se resumem a um conjunto de técnicas e procedimentos executados de forma standardizada, englobando a observação, avaliação e elaboração de um plano de ações, onde são mobilizadas todas as competências técnicas, científicas e relacionais exigidas na prestação dos melhores cuidados de emergência.

O CPR (2015) defende que “Os intervalos de tempo para ser necessário repetir o treino irão diferir de acordo com as características dos participantes”. (p.11) Atendendo aos resultados obtido, é adequado recomendar a utilização de prática simulada frequente, já que possibilita o treino do processo de tomada de decisão e das competências técnicas em suporte imediato de vida, recorrendo aos manequins de treino.

Batista (2012) refere que o treino de habilidades é fundamental mas é na resolução de cenários completos e complexos, em ambiente de simulação, que os saberes são consolidados e são desenvolvidas a capacidade de raciocínio, a tomada de decisões e as competências técnicas relacionais e éticas.

Conclusão:

Ao longo deste estudo podemos verificar que a prática simulada recorrendo aos manequins de treino que fornecem em tempo útil *feedback* sobre os procedimentos executados, complementada por um debriefing com o formador no final de cada sessão de treino, trás contributos na aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Constatou-se que quando se realiza prática simulada a performance dos enfermeiros em suporte imediato de vida aumenta significativamente.

É necessário criar profissionais competentes para intervir na área específica de emergência e proceder, tão breve quanto possível, ao redimensionamento dos meios humanos e materiais nesta área. Deve por isso ser uma preocupação de todas as instituições e de todos os enfermeiros adquirir estas competências para responder as necessidades da população. A performance dos enfermeiros do SU em SIV e a segurança do doente crítico pode ser incrementada com a realização de formação continua, atualizada e com prática simulada com manequins de treino.

A ordem dos enfermeiros (2010) refere que o desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas com largo espectro de ação. A segurança deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde, e o exercício de cuidados seguros

requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-dentológicas (legis artis), aplicáveis em qualquer contexto de prestação de cuidados. A obrigação de respeitar todas as regras de segurança e implementar todas as medidas necessárias à manutenção de um ambiente seguro, é uma responsabilidade assumida pelos enfermeiros, notando-se a preocupação em adotar comportamentos de controlo de risco e o cumprimento das normas de segurança.

Torna-se por isso importante existir formação com recurso à prática simulada, com intervalos de tempo inferiores a um ano e replicar estas simulações a toda a equipa, para manter as competências pretendidas em suporte imediato de vida.

Bibliografia:

Batista R., Coutinho V., Godoy S., & Mendes I.A.C. (2012). The simulated clinical experience in nursing education: a historical review. *Acta Paulista de Enfermagem* 25(4):619-25.

Buykx, P., Kinsman, L., Cooper, S., McConnell-Henry, T., Cant, R., Endacott, R. & Scholes, J. (2011). *FIRST2ACT: Educating nurses to identify patient deterioration: A theory-based model for best practice simulation education*. *Nurse Education Today*, 31(7), 687-693.

Conselho Português de Ressuscitação. (2010). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Porto.

Conselho Português de Ressuscitação. (2015). *Resumo das principais alterações nas Guidelines em Ressuscitação Guidelines ERC 2015*. Consultado em: 2016, Outubro 23. Disponível em: <http://www.cpressuscitacao.pt/Download.aspx?id=28341>

Direcção-Geral da Saúde (2010). *A qualidade dos cuidados e dos serviços – Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: DGS.

Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Consultado em: 2016, Outubro 20. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/objetivos.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Consultado em: 2017, Janeiro 26. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>

European Resuscitation Council., & Conselho Português de Ressuscitação. (2010). *Suporte Imediato de Vida – Recomendações ERC 2010*. Edegem, Bélgica: European Resuscitation Council vzw

Finn, J. C., Bhanji, F., Lockey, A., Monsieurs, K., Frengley, R., Iwami, T., & ... Bigham, B. (2015). Part 8: Education, implementation, and teams: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*, 95e203-e224

Greif, R., Lockey, A. S., Conaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., & Monsieurs, K. G. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 10. Education and implementation of resuscitation. *Resuscitation*, 95288-301

Hazinski, M. F., Nolan, J. P., Aickin, R., Bhanji, F., Billi, J. E., Callaway, C. W., & ... Neumar, R. W. (2015). Part 1: Executive Summary: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 132S2-S39

INEM. (2009). *Perguntas Frequentes*. Consultado em: 2017, Janeiro 22. Disponível em: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27668

INEM. (2011). *Perguntas Frequentes*. Consultado em: 2017, Janeiro 22. Disponível em: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27668

Monsieurs, K. G., Nolan, J. P., Bossaert, L. L., Greif, R., Maconochie, I. K., Nikolaou, N. I., & ... Zideman, D. A. (2015). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary*. *Resuscitation*: Oct. 951-80.

Martins, J. (2009) *Atuação do Enfermeiro no Sector de Urgências: Gestão para o Desenvolvimento de Competências. Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado*. Rio de Janeiro: Editora Rubio

Mateus, B. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar - Que realidade*. 1ª Ed., Loures: Lusociência.

Montgomery, C., Kardong-Edgren, S. E., Oermann, M. H., & Odom-Maryon, T. (2012). Student Satisfaction and Self Report of CPR Competency: HeartCode BLS Courses, Instructor-Led CPR Courses, and Monthly Voice Advisory Manikin Practice for CPR Skill Maintenance. *International Journal Of Nursing Education Scholarship*, 9(1), 1-13.

National Cardiac Arrest Audit (NCAA). (2010). Disponível em: <https://www.resus.org.uk/research/national-cardiac-arrest-audit>

OMS. (2017). The Top 10 Causes of Death. Consultado em: 2017, Janeiro 22. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>

Oliveira, A., & Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Rev. Enf. Referência*, 3(9), 115-124. ISSN 0874-0283. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1287>.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Consultado em: 2017, Janeiro 20. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQC>

EEPessoaSituacaoCritica.pdf

Ordem Dos Enfermeiros (2010). Preparação e administração de terapêutica – Parecer Conjunto do Conselho de Enfermagem e Jurisdicional N° 3/2010.

Perkins, G. D., Handley, A. J., Koster, R. W., Castrén, M., Smyth, M. A., Olasveengen, T., & ... Soar, J. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*, 9581-99.

Pereira, F. (2006). *Procedimentos e Técnica*. Consultado em: 2017, Janeiro 4. Disponível em: <http://www.fmh.utl.pt/aca/fpereira3.pdf>

R., Maconochie, I. K., Nikolaou, N. I., & ... Zideman, D. A. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 951-80

Resuscitation Council. (2016). *National Cardiac Arrest Audit (NCAA)*. Consultado em : 2017, Janeiro 10. Disponível em: <https://www.resus.org.uk/research/national-cardiac-arrest-audit>

Rice, B., Gallagher, P., McKenna, N., Traynor, M., & McNulty, T. (2009). The immediate life support course: implementation into an undergraduate nursing programme. *Nursing In Critical Care*, 14(6), 297-302. doi:10.1111/j.1478-5153.2009.00358.x

Serrano, A. Fialho, C. (2005). *Gestão do Conhecimento: O novo paradigma das organizações*. Editora de Informática, Lda.

Soar, J., Nolan, J. P., Böttiger, B. W., Perkins, G. D., Lott, C., Carli, P., & ... Deakin, C. D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation*, 95100-147

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. (2016). *ULSBA*. Consultado em: 2017, Janeiro
23. Disponível em: <http://www.ulsba.min-saude.pt/>

ANEXO I – TRABALHO NUTRIÇÃO ENTÉRICA

Alimentação Entérica



Realizado por: José Luis Barriga

Janeiro
2017



NUTRIÇÃO



**É UM DIREITO, UMA
NECESSIDADE E É
ESSENCIAL PLANEAR**

Algoritmo de Decisão



Nutrição Entérica (NE)



❖ É uma forma de proporcionar nutrição quando o tubo digestivo está funcionando, mas a ingestão oral não é possível ou é **insuficiente**

NE - INDICAÇÕES

- ❖ Desnutrição global (> perda de peso)
- ❖ Impedimento motores
- ❖ Consumo inferior a 60% das necessidades energéticas/dia
- ❖ Disfagia
- ❖ Processos inflamatórios da boca e garganta
- ❖ Cuidados intensivos médico-cirúrgicos/trauma se hemodinamicamente estáveis



NE – CONTRAINDICAÇÕES

ABSOLUTAS:

- ❖ Obstrução intestinal mecânica
- ❖ Estado de choque (sepsis abdominal)
- ❖ Hemorragia digestiva de alto débito



NE – CONTRAINDICAÇÕES

RELATIVAS:

- ❖ Pancreatite aguda
- ❖ Ileus ou hipomotilidade intestinal
- ❖ Fistulas digestivas
- ❖ Diarreia grave

NE – VANTAGENS

- ❖ Mais próxima da alimentação natural, sendo mais fisiológica
- ❖ Estimula a actividade gastrointestinal
- ❖ Mantém o pH e a flora intestinais normais
- ❖ Diminui o número de complicações infecciosas
- ❖ Aumenta a cicatrização das feridas
- ❖ Menos dispendiosa que a alimentação parentérica



NE – DESVANTAGENS



- ❖ Regurgitação – Aspiração
- ❖ Diarreia
- ❖ Maior teor de lipídios
- ❖ Estase gástrica
- ❖ Saída acidental da sonda nasoenteral

Modo de Administração

❖ BÓLUS

❖ CONTÍNUO

❖ INTERMITENTE

Método de eleição com bomba infusora

Vai depender da situação clínica e dos objectivos a atingir

IMPORTANTE

Doentes graves, instáveis ou com jejum prolongado

O início tem de ser lento, contínuo e temos de verificar a existência de ESTASE/TOLERÂNCIA

INICIO DÉBITO e VOLUME

1º Dia	500 ml Fórmula Prescrita	16 horas	~	30 ml/hora
		24 horas	~	20 ml/hora
2º Dia	1000 ml Fórmula Prescrita	16 horas	~	65 ml/hora
		24 horas	~	45 ml/hora
3º Dia	1500 ml Fórmula Prescrita	16 horas	~	95 ml/hora
		24 horas	~	65 ml/hora
4º Dia	2000 ml Fórmula Prescrita	16 horas	~	125 ml/hora
		24 horas	~	85 ml/hora

PRODUTOS DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA

FÓRMULAS QUÍMICAS (para sonda nasogástrica)

Standard

Hiperproteicas

Hipercalóricas

Enriquecidas em Fibras



TIPOS DE SONDAS



Sonda naso-gástrica tipo LEVIN

- ❖ Sonda de plástico transparente
- ❖ Calibre 12F-20F (16F mais utilizado)
- ❖ Mudar de 15/15 dias



Sonda naso-gástrica FLOCKER

- ❖ Sonda de poliuretano com fio guia
- ❖ Calibre 14
- ❖ Duração 3 meses

INTERVENÇÕES de ENFERMAGEM

❖ O doente deve estar em posição semi – sentado (30-45°) – para evitar Risco de Aspiração

❖ Antes de se administrar a fórmula, deve-se verificar se existe estase gástrica



De 8/8 horas clampar 30 minutos e aspirar com uma seringa para ver se existem resíduos

INTERVENÇÕES de ENFERMAGEM (CONT.)

❖ O débito deve ser aumentado progressivamente de acordo com a tolerância do doente

Ter sempre em atenção



Dores Abdominais
Náuseas e Vômitos
Distensão Abdominal
Diarreias

INTERVENÇÕES de ENFERMAGEM (CONT.)

Em Caso de:

- Dores Abdominais
- Náuseas e Vômitos
- Distensão Abdominal
- Diarreias

Deve-se:

- Verificar a existência de estase
- Reduzir o volume e velocidade
- Verificar a medicação



Contactar o Médico e/ou Nutricionista

INTERVENÇÕES de ENFERMAGEM (CONT.)

Tempo de Administração



- Tempo de Abertura - máx. 24h
- Temperatura do local - seco e fresco

ATENÇÃO

Lavar a sonda com água após cada administração



Evitar Obstruções

INTERVENÇÕES de ENFERMAGEM (CONT.)

Administração de Água

Regra = 35 ml/kg/dia

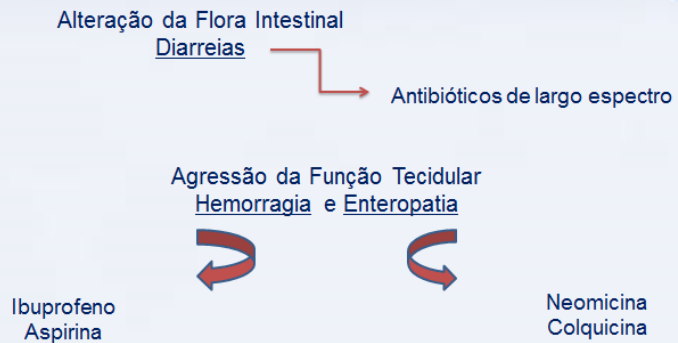
Ter em atenção que os soros, água existente nas fórmulas e água utilizada na administração de medicamentos e lavagem da sonda, devem ser contabilizados

CUIDADOS ESPECIAIS



- ❖ Lavar sonda 1x turno ou em SOS
- ❖ Posicionar cabeceira 30-45 graus
- ❖ Substituir sistema 72/72h
- ❖ Reavaliar posicionamento da sonda
- ❖ Higiene oral assídua

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS



INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Ter em atenção a administração de medicamentos pela sonda

- ❖ Nunca adicionar fármacos aos frascos da nutrição entérica
- ❖ Não se devem administrar fármacos pela sonda de administração da nutrição entérica
- ❖ Deve-se minimizar o risco de interação

Deve-se também ter em atenção

Sonda
Tipo e Localização

Forma Farmacéutica
Líquida/Sólida

Advertências

- ❖ Lavagem da sonda (30ml de água antes/depois da administração)
- ❖ Ter em atenção tempo de espera entre: Abertura/Administração
- ❖ Temperatura do local
- ❖ Vigilância do doente para deteção de possíveis alterações e por fim efectuar os devidos registos



Mecânicas

Colocação da Sonda
Deslocação da Sonda
Obstrução
Aspiração Pulmonar

Gastrointestinais

Náuseas
Vómitos
Diarreia
Obstipação

COMPLICAÇÕES

Metabólicas

Equilíbrio hidroelectrolítico
Equilíbrio Acido-Base

- ❖ A nutrição adequada tem um papel crucial na promoção da saúde e como terapêutica adjuvante integrada no tratamento da doença e na melhoria da sua qualidade de vida.
- ❖ O Enfermeiro tem um papel muito preponderante na avaliação da necessidade nutricional individualizada



ANEXO J - CHECK-LIST DE VERIFICAÇÃO DO MATERIAL, EQUIPAMENTO E FÁRMACOS DE EMERGÊNCIA



Check-List da Sala de Emergência



SALA DE EMERGÊNCIA – EQUIPAMENTO DE ADULTO					
Área	Itens a verificar	Stock	Localização	Verificação	Obs
S E G U R A N Ç A	Aventais	6	Bancada Inox		
	Caixas luvas limpas S, M, L	1 cada	Bancada Inox		
	Máscaras cirúrgicas		Pyxis		
	Máscaras com viseira		Pyxis		
	Iluminação		Cabeceira		
	Tomadas		Cabeceira		
	Operacionalidade das macas	2	Sala		
	Fixação das seringas	6	Cabeceira		
	Fixação dos monitores	3	Cabeceira		
	A	Aspiradores montados	2	Cabeceira	
Rampas de vácuos funcionantes		2	Cabeceira		
Sondas de aspiração (Fr 10, 14 e Yankauer)		4 cada	Cabeceira		
Tubos nasofaríngeos		2 cada	Pyxis		
Tubos de guedel		2 cada	Pyxis		
Tubos endotraqueais		2 cada	Pyxis		
B		Água destilada esterilizada	1	Armário Inox	
	Copos de humificação de O ₂	4	Armário Inox		
	Ventilador oxylog 1000	1	Armário Inox		
	Traqueias do oxylog 1000	2	Armário Inox		
	Suporte para traqueia	1	Bancada Inox		
	Filtros e swiveis	2 cada	Pyxis		

	Ambus testados e rubricados	2	Suportes		
	Balas de oxigénio cheias	5	Chão		
	Rampas de O ₂ funcionantes	3	Cabeceira		
	Ventilador oxylog 3000	1	Cabeceira		
	Traqueias do oxylog 3000	2	Bancada móvel		
	Óculos nasais	2	Cabeceira		
	Máscaras de ventury	1	Cabeceira		
	Máscaras de hudson	2	Cabeceira		
	Máscaras de aerossol	1	Cabeceira		
	Tubos de conexão de oxigénio	2	Cabeceira		
Área	Itens a verificar	Stock	Localização	Verificação	Obs
C	Tabuleiro preparado com material para punção	1	Bancada Inox		
	Aquecedor de fluidos	1	Armário Inox		
	Cateter venoso central nº 16	2	Pyxis		
	Cateter venoso central nº 20	2	Pyxis		
	Cabo para Pás multifunções	1	Armário móvel		
	Pás multifunções	2	Armário móvel		
	Agulha intraóssea de adulto	1	Armário móvel		
	Teste do monitor desfibrilhador com 30 Joules	1	Cabeceira		
	Gel de electrocardiografia/ desfibrilhação	1	Cabeceira		
	Papel do monitor desfibrilhador	1	Cabeceira		
D	Eléctrodos	Vários	Cabeceira		
	Esfigmomanómetro manual	1	Cabeceira		
	Máquina de glicemia capilar,	1	Armário Inox		

	Tiras e lancetas	15	Armário Inox		
E	Termómetro	1	Armário Inox		
	Tesoura	1	Armário Inox		
	Roupa, resguardos e fraldas	Vários	Armário Inox		
	Cobertor térmico	2	Pyxis		
M E D I C A Ç Ã O	Kit de diazepam	1	Armário Inox		
	Kit de glicose 30%	1	Armário Inox		
	Salutamol, ipatrópio e budesonida (puffs)	1	Armário Inox		
	Kit de SF	1	Armário Inox		
	Kit de Dxt H ₂ O	1	Armário Inox		
	Kit Dxt 5% em SF	1	Armário Inox		
	Kit de LR	1	Armário Inox		
	Alteplase 50mg	1	Pyxis SO		
	Tenecteplase 8000UI; 10000UI	2 e 1	Pyxis SO		
	Rocurónio 50mg/5ml	4	Frigorífico SO		
Suxametónio 100mg/2ml	3	Frigorífico SO			
D O C S	Guia de preparação e administração de medicação	1	Bancada Inox		
	Livro de protocolos da SE	1	Bancada Inox		
SALA DE EMERGÊNCIA – EQUIPAMENTO PEDIÁTRICO					
Área	Itens a verificar	Stock	Localização	Verificação	Obs
A	Sondas de aspiração Fr 6 e 8	4 cada	Armário móvel		
	Tubo de guedel 000, 00, 0, 1, 2	2 cada	Armário móvel		
	Lâminas de laringoscópio: - MAC 0 e 1 (curvas) - Miller 0F0, 1F0 e 2F0	1 cada	Armário móvel		

	Tubos endotraqueais sem cuff: 3; 3,5; 4; 4,5; 5; 5,5; 6; 6,5	2 cada	Armário móvel		
B	Ambu pediátrico com máscara facial nº 4 e tubo de O ₂	1	Sobre o armário móvel		
	Máscara facial nº 1, 2, 3 e 4	2 cada	Armário móvel		
	Óculos nasais ped	2	Armário móvel		
	Máscaras de aerossol ped	2	Armário móvel		
C	Máscaras de hudson ped	2	Armário móvel		
	Agulha intraóssea pediátrica	1	Armário móvel		
	Catéteres nº 22 e 24	6 cada	Armário móvel		
	Eléctodos pediátricos	Vários	Armário móvel		
	Manga de dinamap (18x26; 19x27)	2 cada	Armário móvel		
M E D	SNG nº 6 e 8	4 cad	Armário móvel		
	Diazepam rectal 10mg	2	Armário móvel		
	Diazepam rectal 5mg	2	Armário móvel		
	Diazepam IV 10mg	1	Armário móvel		
	Kit de NaCl 0,45% Dxt H ₂ O 5%	1	Armário móvel		
SALA DE EMERGÊNCIA – CARRO DE EMERGÊNCIA					
Área	Itens a verificar	Stock	Localização	Verificação	Obs
A	Laringoscópios funcionantes	2	C.E		
	Lâminas de laringoscópio	2 cada	C.E		
	Pilhas suplentes	2	C.E		
	Rolo de nastro	1	C.E		
	Tubos de guedel nº 2 e 3	1 cada	C.E		
	Tubos nasofaríngeos nº 24, 26, 28 e 30	1 cada	C.E		
	Máscaras laríngeas (nº 3, 4 e 5)	1 cada	C.E		

	Fio guia	1	C.E		
B	Ambu testado e rubricado	1	C.E		
C	Teste do lifepak 20 com 30 Joules	1	C.E		
	Gel de electrocardiografia/ desfibrilhação	1	C.E		
	Papel do lifepak 20	1	C.E		

SALA DE EMERGÊNCIA – EQUIPAMENTO DE SO

Área	Itens a verificar	Stock	Localização	Verificação	Obs
B	VNI - Vivo 40 funcionante	1	Em cima do Pyxis do SO		
	Máscaras de VNI ventiladas descartáveis (S, M e L)	2 cada	Em cima do Pyxis do SO		
	Máscaras de VNI não ventiladas esterilizáveis (S,M,L)	2 cada	Em cima do Pyxis do SO		
	Traqueias para o VNI	4	Bancada do SO		
	Cabrestos de fixação de máscaras não ventiladas	4	Bancada do SO		
	Conector em T para puffs	6	Bancada do SO		

SALA DE EMERGÊNCIA – EQUIPAMENTO DA SDT

Área	Itens a verificar	Stock	Localização	Verificação	Obs
C	Lifepak 12 com cabo de monitorização, ECG, Pace, oxímetro e braçadeira de TA	2 cada	Bancada da SDT		
	Baterias de lítio carregadas	5	Bancada da SDT		
	Baterias de níquel carregadas	2	Bancada da SDT		
	Mala de evacuações (material e fármacos)	1	Bancada da SDT		

Data: _____/_____/_____

Enfermeiro: _____

Bibliografia:

Comissão Regional do Doente Crítico. (2009). *Um ano de reflexão e mudança*. Porto: ARS Norte

Despacho n.º 10319/2014 - Diário da República, 2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014

ANEXO L – PROJETO “AVALIAÇÃO E PREVENÇÃO DO RISCO DE QUEDAS”



HOSPITAL

José Joaquim Fernandes - BEJA

PROJETO

**“AVALIAÇÃO E PREVENÇÃO DO RISCO DE
QUEDAS”**

ULSBA

Enf. Francisco Marques

Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

Enf. José Luís Barriga



ÍNDICE

<u>ÍNDICE</u>	2
<u>INTRODUÇÃO</u>	3
<u>CAMPO DE APLICAÇÃO</u>	5
<u>FUNDAMENTAÇÃO</u>	5
<u>Risco de queda</u>	5
<u>Factores de risco de queda</u>	5
<u>O problema</u>	7
<u>Funções do enfermeiro de cuidados gerais</u>	10
<u>OBJECTIVOS</u>	13
<u>OBJECTIVO GERAL</u>	13
<u>OBJECTIVOS ESPECIFICOS</u>	13
<u>INDICADORES</u>	13
<u>ESTRUTURA</u>	13
<u>PROCESSO</u>	14
<u>RESULTADO</u>	14
<u>ALGORITMO DE INTERVENÇÃO EM DOENTES COM RISCO DE QUEDA</u>	16
<u>INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO EM DOENTES COM RISCO DE QUEDA</u>	18
<u>PARTE I > AVALIAR O RISCO DE QUEDA</u>	18
<u>ESCALA MORSE</u>	18
<u>PARTE II > IDENTIFICAR FACTORES DE RISCO</u>	21
<u>ESTRATÉGIAS</u>	23
<u>História de quedas</u>	24
<u>Medicação</u>	24
<u>Mobilidade / transferências</u>	24
<u>Alteração sensorial:</u>	25
<u>Calçado</u>	26
<u>Higiene</u>	26
<u>Estado Mental:</u>	27
<u>Nutrição</u>	27
<u>Alterações clínicas</u>	28
<u>Comportamento funcional</u>	28
<u>PARTE III > PLANO DE ACÇÃO</u>	29
<u>CRONOGRAMA</u>	30
<u>RECURSOS NECESSÁRIOS</u>	31
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	32

INTRODUÇÃO

Pelas responsabilidades que nos são exigidas hoje em dia, torna-se numa prioridade definir sistemas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A necessidade de implementação de sistemas de qualidade é inclusivamente uma necessidade apontada por instâncias nacionais e também por outras internacionais. Neste sentido, torna-se de extrema importância a definição de padrões de qualidade que permitam melhorar a qualidade da assistência prestada aos utentes. De acordo com a alínea b) do nº1 do art. 30 do estatuto da OE, *compete ao CE definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (...). Por sua vez, às instituições de saúde compete adequar recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade.* Assim, foram propostos diversos projectos aos diferentes serviços do hospital José Joaquim Fernandes. Nós debruçamo-nos sobre o tema das quedas porque consideramos ser um tema de relevo a nível da qualidade dos serviços e a nível do nosso hospital está pouco documentado. Com este trabalho pretendemos chamar a atenção para esta temática e identificar formas de poder lidar com este problema.

Neste sentido e de acordo com o enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definido pela OE a nossa intervenção vai centrar-se na complexa interdependência pessoa / ambiente. *Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção (...) prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.*

Ainda neste contexto mas falando dos enunciados descritivos a actuação sobre as quedas parece-nos estar principalmente enquadrada na categoria da prevenção de complicações. Dado que são elementos importantes face à prevenção de complicações, entre outros:

- A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo

com o mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;

- A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados;
- O rigor técnico-científico na implementação de intervenções de enfermagem;
- A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde; (...).

CAMPO DE APLICAÇÃO

Este projecto destina-se ao serviço de urgência do Hospital José Joaquim Fernandes englobado na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.

FUNDAMENTAÇÃO

DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

O que é uma queda?

Por queda é entendida a deslocação do corpo de um nível superior para um nível inferior de forma não intencional. Esta deslocação é influenciada por um conjunto de circunstâncias multifactoriais que a tornam incapaz de ser corrigida em tempo útil.

Segundo a CIPE *cair* insere-se num tipo de auto - cuidado: *actividade física com as características específicas: descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições.* (CIPE, 1999, p.57)

Risco de queda

Para a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2, o risco de queda é definido como o aumento da susceptibilidade para quedas que podem causar dano físico (E. Molina Robles, et al, 2008, p.64).

Factores de risco de queda

Existem inúmeros factores que potenciam a probabilidade de ocorrência ou que chegam mesmo a ser causa de uma queda. Estes podem ser definidos como factores de risco de quedas. Para a NANDA, segundo E. Molina Robles et al, os principais factores de risco para os indivíduos com o Diagnóstico Enfermagem “risco

de queda”, são: história de quedas, idade igual ou superior a 65 anos, ser mulher (idosa), viver sozinho, andar em cadeira de rodas, usar próteses nos membros inferiores e usar dispositivos de ajuda na locomoção (andarrilho, bengala...) (E. Molina Robles, et al, 2008, p.64).

No ambiente envolvente existem condicionantes que podem induzir uma queda. Destes, destacam-se a hora do dia associada à má iluminação, a desordem, a presença de escadas e pavimentos em mau estado, chão escorregadio, tapetes soltos, fezes e animais domésticos de companhia.

Associados ao indivíduo existe um conjunto de circunstâncias que podem potenciar o risco de uma queda. Destes destacam-se:

- Problemas com a marcha, tal como capacidade limitada para corrigirem os desequilíbrios, alterações na marcha ou de próteses, chinelos ou sapatos mal calçados.
- Deficiências sensoriais tais como diminuição da visão e audição.
- Condições físicas que causem perda de consciência, tais como hipotensão ortostática e síncope.
- Arritmias cardíacas.
- Neuropatia periférica
- Fraqueza muscular.
- Alterações do sistema nervoso central tais como doenças convulsivantes, doença de Parkinson ou esclerose múltipla.
- História de quedas.
- Doenças que alterem a capacidade cognitiva, tais como abuso do álcool, demência, confusão e trombozes.
- Plurimedicação ou uso de um único medicamento que aumente o desequilíbrio, interfira com a coordenação, cause hipotensão postural ou

confusão e interfira na, generalidade, com o sentido da realidade e orientação.

- Medo de incomodar e de o pedido de ajuda ser mal interpretado pelo prestador de cuidados.

De acordo com a bibliografia¹ consultada constatou-se que os principais factores de risco de queda registados em meio hospitalar são:

■ Quadro confusional agudo: as alterações de percepção e memória, a interrupção do ciclo normal sono - vigília e a exaltação, em alguns casos da actividade psicomotora, são factores que favorecem acidentes nestes pacientes.

■ Plurimedicação: os principais fármacos implicados como factores de risco são os psicofármacos e os hipotensores. As benzodiazepinas de vida média/curta e os neurolépticos são prescritos a pacientes com demência, quando têm alterações de comportamento ou estão agitados, e a pacientes com delírios ou insónia, situações que, por si só, já são factores de risco de quedas.

■ Falta de vigilância: um número elevado de quedas ocorre no hospital sem serem observadas por uma segunda pessoa.

O problema

As quedas constituem um dos problemas mais importantes nos serviços hospitalares e são um desafio para todos os profissionais que atendem os utentes. Quando hospitalizadas as pessoas ficam expostas a um ambiente ao qual não estão habituadas quer pelo espaço em si, quer pelos equipamentos próprios dos serviços que recebem estas pessoas e que lhe são estranhos. Na maior parte das vezes, os utentes já se encontram debilitadas por diversos motivos e a presença num ambiente que não é o seu pode gerar-lhes algum tipo de confusão e contribuir para que possam ocorrer quedas. As pessoas idosas estão constantemente em risco de cair. Por estes motivos, todos os utentes admitidos no hospital devem ser avaliados

quanto ao risco de queda e devem ser correctamente orientados para que esse risco fique reduzido ao mínimo.

As pessoas idosas, quer por um certo grau de demência que as afecta e que pode fazer com que elas fiquem confusas e agitadas necessitando de medicação para tentar colmatar essa agitação, quer pelo próprio efeito da medicação acabem por ficar ainda mais confusas durante o período nocturno. Isto ocorre também, porque durante este período, encontra-se reduzida a estimulação sensorial. Uma luz nocturna no quarto poderá ser útil para dar maior percepção do espaço envolvente que na maior parte das vezes é estranho. A cama deverá estar o mais baixa possível, se for um doente que consegue sair da cama sem necessitar de ajuda para ir ao WC por ex., a cama deve ter a mesma altura que a cama que tinha em casa. O uso de grades laterais é uma decisão do enfermeiro. Esta decisão não deve ser tomada de forma aligeirada pois temos que avaliar correctamente a pessoa que temos na frente uma vez que se as grades devem ficar levantadas nas situações em que os doentes se encontram inconscientes, já um doente confuso poderá tentar sair por cima da grade lateral e a queda ser ainda maior; poderá ser mais útil o uso de um cinto de fixação à cama.

Os utentes, que se encontram debilitados, têm que ser constantemente avisados de que devem pedir ajuda para se levantar e solicitar apoio nas suas deslocações. Alguns doentes não querem «incomodar o enfermeiro» e tentam ir à casa de banho sem pedir ajuda, especialmente de noite. É necessário reforçar muito bem, junto destes utentes, o perigo que isso representa e que por isso devem pedir ajuda, deixando sempre acessível ao utente a campainha da unidade.

Os indivíduos que recorrem às nossas instalações já se encontram com algum tipo de debilidade que após uma queda acaba por ficar agravada. As quedas podem trazer inúmeras consequências para o indivíduo afectado e neste aspecto os idosos são os mais propensos à gravidade resultante de uma queda. As consequências que advêm de uma queda podem manifestar-se de imediato em termos físicos e psicológicos e ter influência a longo prazo com repercussões a outros níveis.

A maior parte das quedas não é directamente responsável pela morte dos utentes mas as suas consequências comprometem o bem-estar do indivíduo. Desta forma,

podem influenciar de forma indirecta a mortalidade, aumentando a sua ocorrência. Assim, a nível físico, as consequências imediatas das quedas manifestam-se por fracturas, contusões, feridas, escoriações e cortes, traumatismos crânio - encefálicos e de outros locais. Assim um indivíduo que sofreu uma queda, no seu processo de reabilitação, vai estar exposto um conjunto de factores (pela imobilidade imposta, pelas dificuldades sentidas como a dor, o medo...) que agravam a sua condição física e que contribuem para o aparecimento de complicações: contracturas articulares, úlceras de pressão, trombose venosa profunda e outras.

A nível psicológico e social a queda vai ter também algumas repercussões. Após uma queda gera-se uma síndrome pós-queda que se caracteriza pela diminuição da mobilidade e a perda das capacidades para efectuar as actividades básicas da vida diária. A dor pelas contusões sofridas e o medo de sofrer um novo acidente são os principais factores limitadores da mobilidade, ao que se costuma conjugar a superprotecção da família, o repouso recomendado pelo médico e a falta de um programa de reabilitação adequado. Esta síndrome vai originar atrofia muscular, alterações do equilíbrio e na mobilidade, e, portanto um maior risco de nova queda.

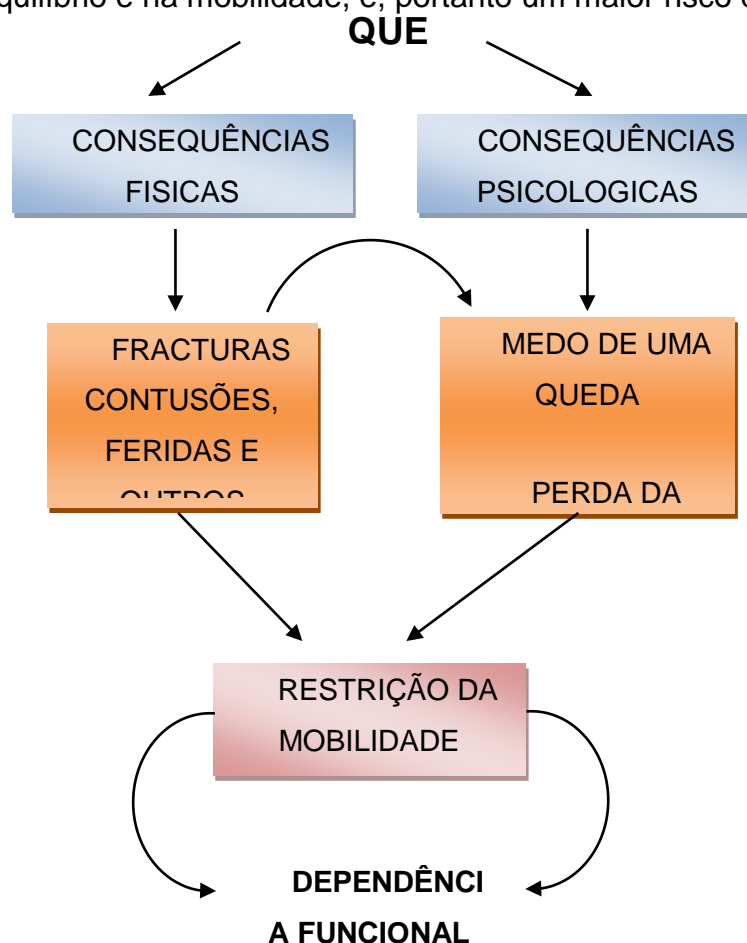


Fig. 1 – Representação esquemática da síndrome pós-queda COSTA
EFA: Curso de Atendimento farmacêutico para indivíduos idosos

Associada a esta síndrome surge ainda a **ptofobia**, termo utilizado para designar a dificuldade sentida em manter-se em pé e andar sem apoio devido ao medo de cair. Numa situação de ptofobia o idoso, sem que tenha qualquer tipo de alteração neurológica ou ortopédica, expressa uma reacção fóbica a andar a pé sem apoio pelo medo extremo que tem de voltar a cair (Juliana GAI et al, 2009,p85).

Segundo Virgínia Henderson, citada por E. Molina Robles “a prevenção de quedas refere-se aos cuidados de enfermagem que visam assegurar a necessidade de segurança do paciente e do seu ambiente, enquanto está no hospital”(E. Molina Robles, et al, 2008, p.64).

(...) Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente. (...)

Funções do enfermeiro de cuidados gerais

Partindo do enquadramento conceptual anterior, parece-nos importante relembrar alguns aspectos formais da regulação do exercício profissional dos enfermeiros:

Artigo 8.º

Exercício profissional dos enfermeiros

1 – No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos

2 – O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

3 – Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.

(...)

B. 1. 2. 1 – Ambiente seguro

68 – *Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.*

69 – *Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.*

70 – *Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.*

71 – *Implementa procedimentos de controlo de infecção.*

72 – *Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.*

OBJECTIVOS

OBJECTIVO GERAL

- Diminuir o risco de queda nos utentes admitidos no serviço de urgência com os seguintes critérios de inclusão:
 - Idade ≥ 65 anos que apresentem algum défice cognitivo, sensorial e/ou motor.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Criar e implementar um instrumento que possibilite avaliar o risco de queda.
- Obter um número de quedas inferior a 10% nos utentes com risco de queda

INDICADORES

ESTRUTURA

- Existência de uma escala que avalie o risco de queda
- Existência de uma norma que possibilite a avaliação do risco de queda
- Existência de ajudas técnicas para prevenção de quedas (imobilizadores torácicos e imobilizadores abdominais...)

PROCESSO

- Percentagem de utentes a quem foi avaliado o risco de queda (formula)

$$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de utentes com } \geq 65 \text{ anos com defices}}{N^{\circ} \text{ total de utentes}} \right) \times 100$$

- Percentagem de utentes com risco de quedas

$$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de utentes com risco de queda}}{N^{\circ} \text{ total de utentes}} \right) \times 100$$

- Percentagem de utentes que beneficiaram das intervenções de enfermagem imediatas

$$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de utentes sujeitas a intervenções de enfermagem imediatas}}{N^{\circ} \text{ de utentes com risco de queda}} \right) \times 100$$

- Percentagem de utentes que foram referenciados para outros operacionais de saúde de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde

$$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de utentes referenciados para outras especialidades}}{N^{\circ} \text{ de utentes com risco de queda}} \right) \times 100$$

RESULTADO

- Percentagem de utentes com risco de queda que não sofreram queda devido a intervenções autónomas de enfermagem (formula) = Ganhos em segurança da pessoa.

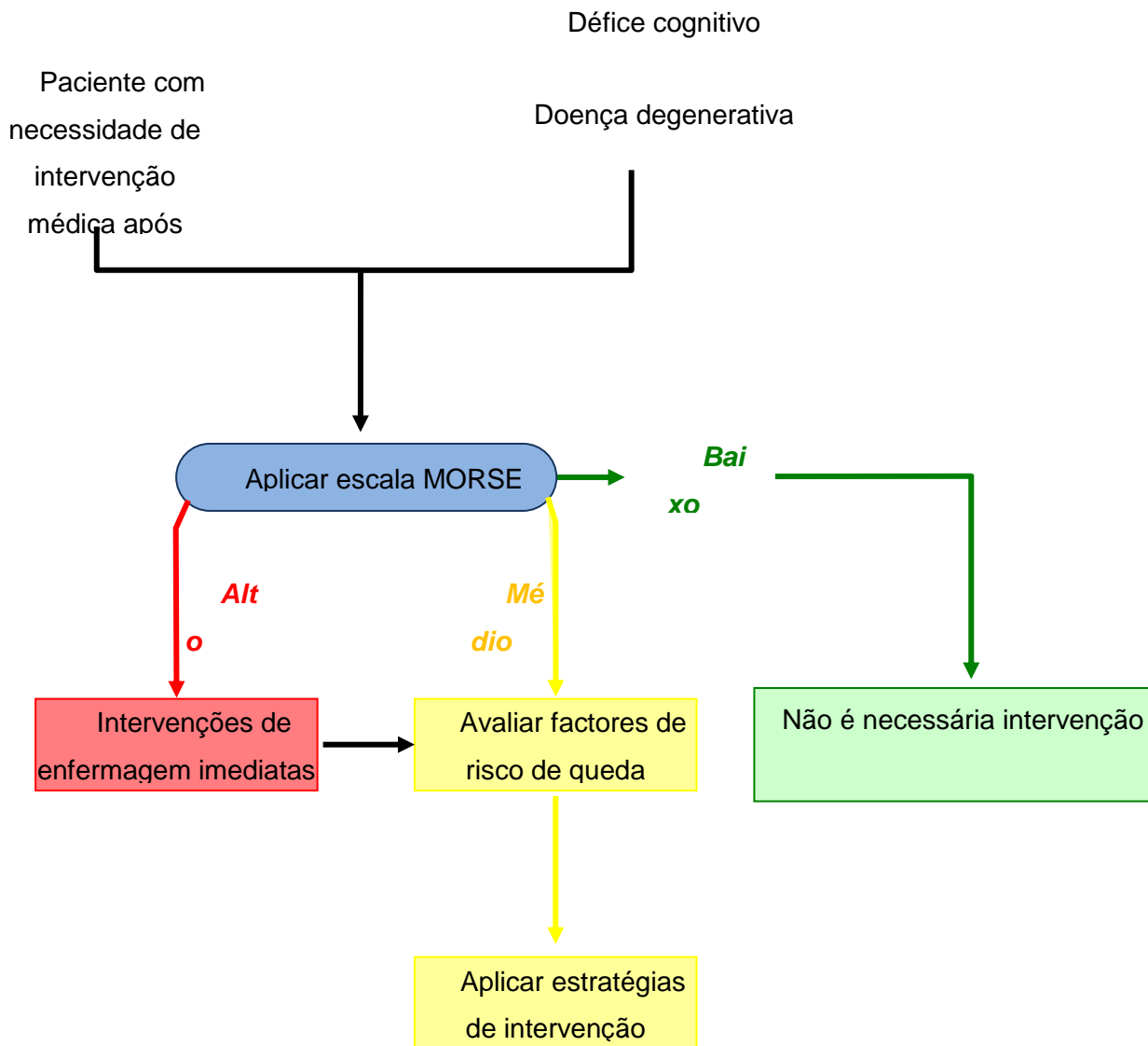
$$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de de utentes sujeitas a intervenções de enfermagem imediatas que não caíram}}{N^{\circ} \text{ de utentes com risco de queda}} \right) \times 100$$

- Taxa de eficácia na prevenção de quedas.

$$\left(\frac{N^{\circ} \text{ de utentes com risco de queda que não caíram}}{N^{\circ} \text{ de utentes com risco de queda}} \right) \times 100$$



ALGORITMO DE INTERVENÇÃO EM DOENTES COM RISCO DE QUEDA



Instrumento De Intervenção Em Doentes Com Risco De Queda

Numa fase inicial vamos aplicar o nosso projecto num sector do SU que

ser o SO. Decidimo-nos por este sectores por ser o local onde os doentes, pela nossa experiência, estão mais predispostos a cair.

Neste projecto vamos incluir indivíduos de ambos os sexos que apresentem algum tipo de défice cognitivo ou alguma doença degenerativa ou alguma limitação visual não compensável ou distúrbio da marcha / equilíbrio, e todos os indivíduos com 65 anos ou mais que apresentem algum outro critério associado.

Serão ainda considerados todos os indivíduos em que o seu motivo de ida ao SU seja uma queda com necessidade de intervenção médica.

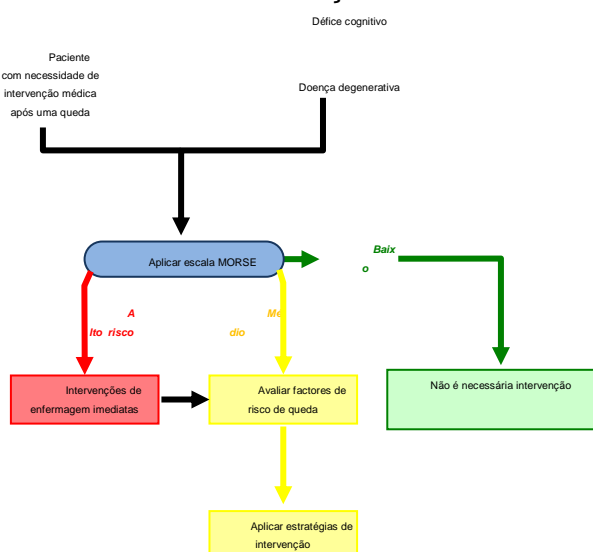


Fig. 2 - ALGORITMO PARA AVALIAR RISCO DE QUEDA

A aplicação da escala para avaliação do risco de queda vai fornecer-nos o risco que o indivíduo apresenta de vir a sofrer uma queda. Se o resultado dessa avaliação nos indicar um risco elevado devem aplicadas as intervenções de enfermagem imediatas, fazendo posteriormente a avaliação dos factores de risco e a definição / actualização das estratégias de intervenção. Se o resultado revelar um baixo risco de queda não será necessária a aplicação de qualquer tipo de intervenção. Mas se o resultado nos indicar um risco de queda médio devem ser avaliados os factores de risco e definidas as estratégias de intervenção junto do utente.



INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO EM DOENTES COM RISCO DE QUEDA

PARTE I > AVALIAR O RISCO DE QUEDA

ESCALA MORSE

PARAMETRO	PONTUAÇÃO
HISTORIA DE QUEDA	
NÃO	0
SIM	25
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	
NÃO	0
SIM	15
ASSISTENCIA NO AMBULATORIO	
INESISTENTE/ACAMADO/CADEIRA RODAS/ASSISTENCIA ENF ^{EM}	0
MULETAS/BENGALA/ANDARILHO	15
MOBILIA	30
PERFUSAO EV	
NÃO	0
SIM	20
MARCHA/ EQUILIBRIO	
NORMAL/ACAMADO/CADEIRA RODAS	0
DEBILITADO (recorre a apoios para se equilibrar)/DIMINUIÇÃO DA FORÇA	10
DIFICULDADE EM EQUILIBRAR-SE	20
ORIENTAÇÃO	
ORIENTADO	0
CALCULA MAL OU ESQUECE LIMITAÇÕES	15
TOTAL:	

Alto risco automático: (se se confirmar assinala em baixo com um circulo em volta de ALTO)

- . Recente mudança no estado funcional e / ou medicações que alteram a mobilidade de forma segura (ou antecipado)
- . Vertigem / Hipotensão postural

<25 PTOS = BAIXO RISCO

25 – 44 PTOS = MÉDIO RISCO

≥ 45 PTOS = ALTO RISCO

RISCO DE QUEDA: (Círculo): BAIXO / MÉDIO / ALTO

IMPORTANTE: se ALTO, inicie INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IMEDIATAS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IMEDIATAS

- Assistir a pessoa
- Identificar condições de risco de queda;

(ex. urgência urinária, agitação psico-motora, confusão mental, ...)
- Optimizar o ambiente físico
 - Manter um ambiente calmo
 - Assegurar a existência de barras de apoio (ajudas técnicas) nos corredores e WC
 - Verificar se as ajudas técnicas são apropriadas e se estão em boas condições
- Optimizar imobilização segundo PR 59.0 (uso de contenções e cuidados aos doentes contidos na cama)
- Restringir actividade motora
- Limitar actividade física segundo PR 59.0

PARTE II > IDENTIFICAR FACTORES DE RISCO

FACTOR DE RISCO	S im	N ão
História de quedas		
O utente teve mais de 2 quedas nos últimos seis meses?		
Medicação		
O utente toma 4 ou mais medicamentos?		
Destes medicamentos algum é um: <input type="checkbox"/> vasodilatador cardíaco <input type="checkbox"/> analgésico <input type="checkbox"/> psicotrópico <input type="checkbox"/> anti-hipertensivo <input type="checkbox"/> anticonvulsante <input type="checkbox"/> antiparkinsoniano <input type="checkbox"/> diurético <input type="checkbox"/> sedativo <input type="checkbox"/> antidepressivo		
Transferências e mobilidade		
O utente tem dificuldade para ir ao WC.		
Necessita de ajuda para ir para cama/cadeira e necessita de apoio na marcha.		
Equilíbrio		
O utente mostra-se inseguro / instável quando lhe é pedido para se levantar de uma cadeira, caminhar 3 metros e regressar para a cadeira sem ajuda. (Pode usar bengala se já o faz habitualmente)		
Alteração sensorial		
O residente tem um deficit sensorial não corrigido que limita as suas capacidades funcionais? ➤ Visão ➤ Audição ➤ Somato-Sensorial (toque)		
Calçado		
O utente tem calos, unhas encravadas, joanetes, etc.?		
O utente usa sapatos / chinelos pouco adequados, sapatos de salto alto e / ou sapatos com má aderência?		
Higiene		

O utente é incontinente, necessita higiene frequentes, necessita de idas frequentes ao WC ou requer higiene nocturna?		
Estado mental		
O utente vive um situação de: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Desorientação		
Nutrição		
O utente apresentou recusa alimentar nos últimos 3 meses devido a uma perda de apetite, problemas digestivos, dificuldade na mastigação ou dificuldades de acto de engolir?		
O utente perdeu ou ganhou peso nos últimos 3-12 meses?		
Doença aguda		
O utente apresenta algum sinal de doença aguda, eg. comportamento alterado, confusão, dor, mal-estar, febre, tosse, sintomas urinários?		
Condição médica crónica		
O utente tem alguma das condições médicas seguintes que afecte o equilíbrio e a mobilidade? <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Condicionante respiratória <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson <input type="checkbox"/> Amputação de membro inferior <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Neuropatia periférico <input type="checkbox"/> Condicionante cardíaca <input type="checkbox"/> AVC / AIT <input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Alteração vestibular (eg. vertigem, vertigem relativa à postura, a Doença de Meniere) <input type="checkbox"/> Outras condições neurológicas		
Comportamento funcional		
A observação dos comportamentos nas AVD e na mobilidade mostram uma sub-estima das suas capacidades/ um medo excessivo para desenvolver algum tipo de actividade ou por outro lado apresenta uma sobre-estima das suas capacidades que resulta frequentemente no desenvolvimento de comportamentos de risco.		

ESTRATÉGIAS

- Optimizar a segurança do ambiente:
 - A cama / cadeira deve estar na altura correcta e travada (verificar regularmente), colocar um colchão (género espuma de campismo) no chão se necessário;
 - Mobiliário que possa ser utilizado para o utente se equilibrar deve estar bem estabilizado;
 - Garantir que a campainha esteja funcionando e alcance do utente, reactivação da campainha do balcão e colocação de campainhas na inaloterapia);
 - Iluminação adequada, reduzir e minimizar o ruído;
 - À noite garantir luzes de cabeceira;
 - Manter o espaço organizado; superfície do chão limpo e seco; corredores livres e corrimãos acessíveis;
 - Fixar tubulação como por ex.: do fornecimento de oxigénio.

- Colocar utentes em risco mais perto da zona do balcão.
- Avalie o medo, ou diminuição da confiança relacionada com quedas anteriores.
- Proporcionar educação para prevenção quedas.
- Providenciar supervisão extra (colocação de câmara de vigilância na inaloterapia para visualização desta zona a partir do balcão, de forma a ter um controlo mais apertado dos doentes aí presentes).
- Proporcionar actividades regulares durante o dia que ajudem o utente a dormir à noite ou a reduzir a agitação.

- Todos os funcionários devem utilizar métodos uniformizados quando ensinam / assistem o utente nas transferências / mobilidade / AVD's, incluindo as solicitações verbais e técnicas.
- Regular os equipamentos auxiliares e verificar a manutenção (tais como óculos, próteses auditivas, auxiliares de marcha, cadeiras, cadeiras de rodas).
- Usar sinalização adequada quando o piso estiver molhado
- Uso de calçado antiderrapante por parte dos profissionais que prestam cuidados.

História de quedas

- Obter informações de quedas anteriores, para determinar o seu padrão - A hora do dia, depois da medicação, actividade desenvolvida no momento.
- Por uma chamada de atenção no processo do doente para o risco de queda.

Medicação

- Validar junto do médico a necessidade de medicação psicotrópica...
- Alertar o médico para a necessidade de ajustar medicação anti - hipertensiva, cardiotónica...

Mobilidade / transferências

- Assegurar que todas as cadeiras são seguras e estão em pleno funcionamento.

- Travar ambas as rodas das cadeiras de rodas ou cadeiras de banho quando estejam paradas.
- Avaliar a utilização de ajudas, por exemplo: bengalas, canadianas, andarilho. (caso se verifique a necessidade destes meios utilizar a cadeira de rodas para a deslocação do utente)
- Assegurar o auxílio em todas as transferências do doente, para a cadeira, cadeira - cadeira, cadeira - sanitária, cadeira – cama
- Uso de cinto de segurança para cadeira de rodas nos doentes com instabilidade do tronco e / ou com estado de confusão mental
- Uso de tábua de transferência quando necessário transferir o doente para cama – cadeira - cama
- Uso de tapete de transferência em todas as transferências maca - maca ou maca – cama - maca
- Providenciar acesso à campainha a todos os utentes capazes que se encontrem na sala de inaloterapia, na sala de decisão terapêutica e SO.
- Assegurar a existência de suportes de soros adequados e em pleno funcionamento
- Assegurar suportes de algália para todos os doentes algaliados ou com ENG* (dependentes ou independentes)

Alteração sensorial:

- Se o utente possuir alterações da visão ou audição não reavaliadas no último ano, assegurar referenciação para a respectiva especialidade
- Assegurar-se de que o utente usa os óculos / próteses auditivas, de que estão limpos e em boas condições de funcionamento.

- Comunicação – utilização de gestos de senso comum / pistas, pedir auxílio dos familiares, utilização de intérpretes quando se trate de indivíduos de outra nacionalidade ou com hipoacusia marcada não compensável
- Assegurar boa iluminação junto da unidade do doente (luzes de presença no tecto reguladas para o mínimo no período nocturno) e nos corredores de acesso ao WC.

Calçado

- Adequar o calçado às necessidades de mobilidade do utente
- Assegurar que os utentes usem chinelos com superfícies antiderrapantes e bem adaptados aos pés (existentes no serviço - descartáveis)

Higiene

- Uso de fralda em doentes com alteração na capacidade de controlo dos esfíncteres ou com urgência urinária
- Assegurar a existência e correcto funcionamento das barras de apoio junto ao sanitário
- Assegurar que o urinol se encontra ao alcance do doente
- Assegurar a existência de tapete antiderrapante no polibã
- Assegurar o pleno funcionamento da cadeira de banho
- Assegurar a existência de piso antiderrapante no WC
- Assegurar o pleno funcionamento da campainha no WC

- Assegurar a vigilância durante a permanência no WC dos utentes que necessitem de apoio nas transferências ou com restrições na mobilidade
- Nos utentes com acamados ou com necessidade de ajuda total na mobilização devem ser dois profissionais a proceder a remoção dos bens do utente, consoante a situação clínica justifique dois AAM ou um AAM e um enfermeiro

Estado Mental:

- Comunicar ao médico alterações detectadas
- Retirar do campo de visão do utente as ajudas e / ou pertences se o utente persistir na tentativa de alcançar os objectos
- Manter a cama / maca no nível mais baixo possível e com as grades levantadas quando indicado
- Optimizar imobilização segundo PR 59.0 (uso de contenções e cuidados aos doentes contidos na cama)
- Restringir actividade motora
- Limitar actividade física segundo PR 59.0
- Deprimido / triste? Encaminhamento apropriado para o DSM

Nutrição

- Assegurar dieta adequada a todos os doentes cuja situação clínica o permita
- Se necessário solicitar dietista para prescrição de suplementos

- Assegurar soro dextrosado, de acordo com prescrição médica, em doentes que cumpram dieta 0 ou estejam em jejum
- Controlo de glicemias em doentes diabéticos

Alterações clínicas

- Alertar o médico para alterações patológicas detectadas
- Optimizar condição clínica do utente.
- Providenciar maca para utentes com queixas de tonturas e vertigens

Comportamento funcional

- Avaliar as causas da ansiedade e do comportamento agitado
- Supervisão mais restrita (pela falta de perspicácia)?
- Avaliação cuidadosa do comportamento - avaliação contínua de questões subjacentes.

PARTE III > PLANO DE ACÇÃO

Lista de Problemas	Estratégias de intervenção / Referências

CRONOGRAMA

Projecto: Avaliação e Prevenção do Risco de Queda												
Acções	Jul ho	Ag ost	Set	Ou t	No v	De z	Ja n	Fe v	Ma r	Ab r	Ma io	Ju nh
Formação em Serviço sobre os Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	█											
Identificação do Problema: Prevenção e avaliação do Risco de Queda nos utentes admitidos no Serviço de Urgência		█										
Reuniões de discussão/ reflexão		█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Pesquisa bibliográfica sobre esta temática		█	█	█								
Identificação de uma escala que permita avaliar o Risco de Queda			█	█								
Definição dos critérios de avaliação			█	█								
Formação de sensibilização à equipa do Serviço de Urgência				█	█	█	█	█	█	█	█	█
Adequação dos recursos materiais				█	█	█	█	█	█	█	█	█
Implementação do Projecto de Melhoria Continua da Qualidade							█	█	█	█	█	█
Tratamento e análise de dados								█	█	█	█	█
Avaliação do projecto										█	█	█
Elaboração de documentos para divulgação dos resultados do projecto no serviço										█	█	█
Realização de eventuais medidas (educativas, correctivas e estruturais)										█	█	█

RECURSOS NECESSÁRIOS

- Cintos de segurança para cama e cadeira de rodas;
- Tábua de transferência;
- Suportes para saco colector;
- Suportes de cama para urinol;
- Suportes de soro;
- Corrimãos nos corredores;
- Câmara de vigilância na inaloterapia;
- Campainhas;
- Chinelos / bota do BO com sola antiderrapante;
- Calçado com sola antiderrapante para os profissionais;
- Aplicação informática para escala e plano de intervenção;
- Formação para os profissionais sobre mobilização de doentes/ utilização de equipamentos;
- Piso antiderrapante no WC;

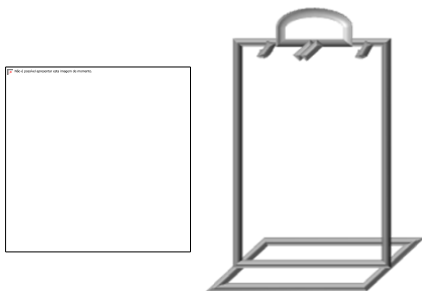


Fig. 3 - SUORTE PARA URINOL E SACO COLECTOR



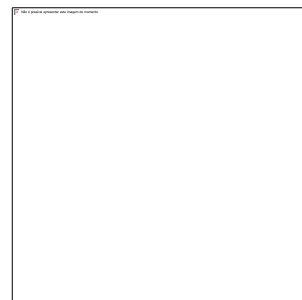
Fig. 4 - TÁBUA DE TRANSFERÊNCIA



Fig. 5 – CINTO PARA CAMA



Fig. 6 – CINTO PARA CADEIRA DE RODAS



BIBLIOGRAFIA

- http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/60_CompetenciasEnfCG.pdf
- http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/98_Padrosqualidade.pdf
- <http://www.health.vic.gov.au/agedcare>
- <http://www.safetyandquality.org>
- Sorensen, Luckman, Enfermagem Fundamental, Lusodidacta, Lisboa