



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

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

Jorge Miguel Baião Pereira

Orientação: Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

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

Jorge Miguel Baião Pereira

Orientação: Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Évora, 2017

Resumo

A prestação de cuidados especializados e seguros ao doente crítico em contexto de urgência, exige do enfermeiro a capacidade de mobilizar um vasto leque de conhecimentos e competências psicomotoras específicas num curto período de tempo. A paragem cardiorrespiratória assume-se como a condição mais emergente na qual o enfermeiro intervém, devendo os procedimentos estar convenientemente treinados e sistematizados.

O presente relatório pretende dar a conhecer detalhadamente todas as etapas de um projeto que visou avaliar a performance de 30 enfermeiros de um serviço de urgência na realização de manobras de suporte básico 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; Desempenho psicomotor; Treinamento por simulação

Abstract

Performance of nurses in basic life support, as a determinant of the safety of critically ill patient

The provision of specialized and safe care in critical patients in the emergency, requires nurse's ability to mobilize a wide range of specific psychomotor skills and competencies in a short period of time. The cardiorespiratory arrest is assumed to be the most emergent condition in which the nurse intervenes, so that the procedures must be conveniently trained and systematized.

This report intends to present in detail all the steps of a project that aimed to evaluate the performance of 30 nurses of an emergency service in performing basic 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; Psychomotor performance; Simulation training

Agradecimentos

Não poderia concluir este trabalho sem agradecer a todos os que comigo estiveram envolvidos nesta caminhada e que me deram o seu contributo através de conselhos e orientações sábias ou simplesmente de uma palavra amiga e de um abraço reconfortante que me ajudou a prosseguir. Refiro-me concretamente aos docentes, aos colegas e aos familiares, que sempre ampararam este percurso. Mas quero agradecer acima de tudo a uma pessoa. Alguém que abriu mão de muitos momentos que poderiam ter sido vividos a dois, mas que por força das circunstâncias não o puderam ser. Agradeço por isso à Ana Margarida, minha esposa, por ter dado tanto de si como eu dei de mim.

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	14
2 – AVALIAÇÃO DO CONTEXTO	17
2.1 – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo	17
2.2 – Serviço de Urgência Geral	19
2.2.1 – Enquadramento legal	19
2.2.2 – Recursos físicos.....	20
2.2.3 – Recursos materiais e equipamentos	23
2.2.4 – Recursos humanos	24
2.2.5 – Análise da população alvo	27
2.2.6 – Sistema de triagem.....	31
2.3 – Análise da Produção de Cuidados	32
3 – ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	35
3.1 – Fundamentação.....	35
3.2 – Objetivos.....	37
3.3 – Concetualização.....	37
3.3.1 – Doente crítico	37
3.3.2 – Performance	38
3.3.3 – Determinantes.....	40
3.3.4 – Suporte básico de vida	40
3.3.5 – Segurança do doente.....	41
3.3.6 – Prática simulada	42
3.4 – População Alvo	44
3.5 – Metodologia	46
3.6 – Recursos Utilizados.....	48

3.7 – Resultados	48
3.8 – Discussão	53
3.9 – Conclusão	55
4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	57
4.1 – Competências de Mestre e Comuns de Enfermeiro Especialista	58
4.2 – Competências de Mestre e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica	81
5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	94
6 – CONCLUSÃO	97
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos	CVIII
Anexo A - Projeto de Estágio	CIX
Anexo B - Análise Estatística da Contabilização Horária	CLXXII
Anexo C - Cronograma das Atividades a Realizadas.....	CLXXIV
Anexo D - Compilação de Dados sobre os Cuidados, Intervenções e Procedimentos Realizados no Estágio	CLXXXIII
Anexo E - Questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Conhecimentos, Competências e Treino em Suporte Básico de Vida	CLXXXVII
Anexo F - Grelha de Avaliação dos Transportes Inter-Hospitalares.....	CXC
Anexo G - Folha de Registo dos Transportes Inter-Hospitalares.....	CXCII
Anexo H - Pedidos de Parecer às Comissões de Ética da ULSBA e da UE.....	CXCVII
Anexo I - Check-List de Avaliação da Prática Simulada de Suporte Básico de Vida	CCV
Anexo J - Plano de Sessão da Formação de Suporte Básico de Vida.....	CCVII
Anexo K - Apresentação Powerpoint sobre o Suporte Básico de Vida	CCXI
Anexo L - Artigo de Investigação sobre a Performance dos Enfermeiros do SU em Suporte Básico de Vida.....	CCXVII
Anexo M - Algoritmo do Protocolo de Monitorização e Controlo da Hiperglicemia do SO.....	CCXLIII
Anexo N - Compilação dos Dados Relativos à Observação do Posicionamento dos Doentes no SU – Projeto Minor 1	CCXLV
Anexo O - Compilação dos Dados Relativos à Avaliação do Protocolo de Controlo da Hiperglicemia do SO – Projeto Minor 2.....	CCXLIX
Anexo P - Check-List de Verificação do Material, Equipamento e Fármacos de Emergência	CCLIV
Anexo Q - Compilação dos Dados Relativos à Observação da Conexão das Perfusões aos Doentes no SU – Projeto Minor 3	CCLVII
Anexo R - Cartaz de Divulgação da Sessão Formativa sobre Técnicas Inalatórias	CCLIX

Anexo S - Compilação dos Dados Relativos aos Testes Realizados às Seringas Infusoras B-braun ^R – Projeto Minor 4	CCLXII
Anexo T - Compilação dos Dados Relativos à Observação da Fixação de Cateteres Venosos Periféricos – Projeto Minor 5	CCLXXV
Anexo U – Cronograma dos Trabalhos Realizados.....	CCLXXXI

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Concelhos da área de influência da ULSBA	18
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 - Análise das admissões no SU por proveniência no ano 2015.....	28
Gráfico nº 2 - Análise das admissões no SU por concelho de residência no ano 2015.....	28
Gráfico nº 3 - Índice de envelhecimento (Nº), Portugal e NUTS II, 2015	30
Gráfico nº 4 – Análise da primeira prática simulada por intervalos de performance.....	50
Gráfico nº 5 – Análise da segunda prática simulada por intervalos de performance.....	50
Gráfico nº 6 – Itens com pior performance na primeira prática simulada e relação com a segunda prática.....	51
Gráfico nº 7 – Percentagem de melhoria entre a primeira e a segunda prática simulada, nas intervenções com pior performance na primeira prática	51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 - Caraterização sociodemográfica dos enfermeiros do SU	25
Tabela nº 2 - Número de episódios de urgência por mil habitantes, em 2010, nas várias ARSs.....	29
Tabela nº 3 - Índice de envelhecimento (Nº), Portugal e NUTS II, 2010-2015.....	30
Tabela nº 4 - Taxa de mortalidade por algumas causas de morte	31
Tabela nº 5 - Distribuição de episódios de urgência por prioridade de triagem no ano 2015	31
Tabela nº 6 - Tempos médios de espera por prioridade, da triagem à primeira observação médica..	32
Tabela nº 7 - Dados relativos aos conhecimentos, competências e treino em SBV da população alvo do projeto.....	45
Tabela 8 - Caraterização da Amostra	47
Tabela 9- Performance dos enfermeiros em SBV antes e após a sessão formativa	49
Tabela nº 10 – Comparação entre os enfermeiros dos grupos com melhor e pior performance na primeira prática simulada	52
Tabela nº 11 – Reuniões de orientação, análise, controlo, reflexão e planeamento de trabalho.....	95
Tabela nº 12 – Reuniões de avaliação.....	96
Tabela nº 13 - Documentos produzidos e entregues no âmbito do estágio.....	96

LISTAGEM DE SIGLAS

AO – Assistente Operacional

CPR – Conselho Português de Ressuscitação

DCI – Doença Cardíaca Isquémica

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

ERC – European Resuscitation Council

GCLPPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência dos Anti-Microbianos

HJJF – Hospital José Joaquim Fernandes

ILCOR – International Liaison Committee on Resuscitation

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PE – Projeto de Estágio

PH – Pré-hospitalar

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

RE – Relatório de 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

TCE – Traumatismo Cranioencefálico

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UE – Universidade de Évora

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

1 – INTRODUÇÃO

Concluído o período do estágio 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 de 2 de maio de 2016 (Universidade de Évora [UE], 2016a), importa efetuar uma análise e reflexão sobre tudo o que esse período proporcionou e representou para o meu crescimento pessoal e profissional, nomeadamente no que diz respeito ao projeto de intervenção profissional realizado e ao processo de aquisição e desenvolvimento das competências inicialmente previstas no documento do projeto de estágio (PE). Relembro que esse documento foi elaborado durante as três primeiras semanas do estágio, em concordância com o decreto-lei n.º 74/2006 de 24 de Março, republicado como anexo do decreto-lei n.º 115/2013 (Ministério da Educação e Ciência, 2013) e com os regulamentos nº 122/2011 e 124/2011 (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011a & 2011b), referentes às competências de mestre, às competências comuns dos enfermeiros especialistas e às competências específicas dos enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica, respetivamente. A partir da data da sua entrega e aprovação pela docente orientadora e pela supervisora clínica, o PE constituiu-se como uma base de trabalho comum e norteadora de todas as atividades planeadas e desenvolvidas durante este período. (anexo A)

O presente estágio realizou-se no SU do Hospital José Joaquim Fernandes (HJJF) e decorreu entre os dias 3/10/2016 e 20/01/2017, num total de 16 semanas, respeitando o prazo limite estabelecido pelo calendário escolar da UE, publicado no despacho nº 34/2016. (UE, 2016b). O tema desenvolvido durante este período foi a performance dos enfermeiros do serviço de urgência (SU) em suporte básico de vida (SBV), o qual se enquadra numa das linhas de investigação do atual mestrado, nomeadamente na segurança e qualidade de vida, tema que foi trabalhado sob a forma de projeto de intervenção profissional junto de um grupo de enfermeiros.

Atendendo ao supracitado, o presente relatório de estágio (RE) tem como objetivos descrever detalhadamente todas as etapas do projeto de intervenção profissional (“projeto major”) e analisar em pormenor o processo de aquisição e desenvolvimento das competências de mestre e de especialista acima referidas.

Durante o estágio cumpri 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 estatística referente à contabilização horária poderá ser consultada no anexo B.

Afastando-me agora desta análise quantitativa, importa referir que vários foram os momentos de reflexão pessoal sobre as atividades e as intervenções realizadas. Conforme mencionei anteriormente, para esta análise muito contribuiu o documento do PE, que se assumiu como uma ferramenta indispensável para aferir os meus progressos na aquisição e no desenvolvimento das competências e para me ajudar a identificar as atividades por realizar. No sentido de facilitar este acompanhamento, na primeira semana elaborei um cronograma com as atividades contempladas no PE (anexo C), o qual me permitiu objetivar todo o meu percurso neste estágio e realizar atempadamente as alterações necessárias, para nos turnos seguintes dar resposta às atividades em falta. Para além disso, incluí também neste cronograma as reuniões realizadas, as formações frequentadas, o trabalho desenvolvido e os documentos entregues, de modo a organizar cronologicamente toda a informação relacionada com o estágio.

Durante as semanas que precederam o estágio, elaborei um instrumento acessório diretamente vocacionado para a colheita de dados relativos aos cuidados prestados, que para além de me permitir realizar uma análise estatística deste período formativo, facilitou a reflexão sobre o meu desempenho pessoal na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. (anexo D) Face ao exposto, posso dizer que este RE tem vindo a ser preparado desde o primeiro dia, embora só agora tenha tido disponibilidade para lhe dar corpo.

Relativamente aos trabalhos teóricos alvo de avaliação neste estágio, ficou definido na reunião que ocorreu na primeira semana na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja e na qual foram intervenientes o Diretor de Curso (Professor João Mendes), a Docente Responsável pela Unidade Curricular (UC) (Professora Dulce Soares), a Docente Orientadora (Professora Céu Marques) e os colegas em estágio (José Rosa e Pedro Amaro), que seriam os seguintes:

- um documento descritivo do PE;
- um artigo científico relacionado com o tema do projeto major;
- um RE.

A organização atribuída ao presente documento obedece às indicações dispostas no Regulamento do Estágio Final e Relatório dos Mestrados em Enfermagem, fornecido pelo Diretor de Curso, e a sua redação e formatação está de acordo com a sexta edição da Norma da *American Psychological Association* (APA, 2010). Posto isto, no ponto seguinte realiza-se uma apresentação da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA) e do SU, quer do ponto de vista legal, quer dos seus recursos físicos, materiais e humanos, quer ainda da sua área de abrangência e da população alvo e uma análise da produção de cuidados de enfermagem.

A terceira secção aborda as várias fases do projeto de intervenção profissional (projeto major) e, no final, dá a conhecer os resultados e conclusões da sua implementação no seio da equipa da enfermagem do SU.

O quarto ponto faz a avaliação das competências de mestre e de especialista, mediante uma descrição detalhada e uma análise fundamentada em fatos reais e em evidências científicas e o quinto ponto faz referência à análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo levado a cabo durante este período formativo, como garantia do adequado cumprimento e acompanhamento das atividades realizadas.

Por último, no ponto seis, apresento a conclusão do trabalho, na qual faço um balanço acerca das competências e dos objetivos contemplados no PE.

2 – AVALIAÇÃO DO CONTEXTO

2.1 – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

A inauguração do HJJF remonta à data de 25 de Outubro de 1970, tendo sido criado pelo decreto-lei n.º 45 226 de 4 de Setembro de 1963, contando atualmente com uma história de quase 47 anos. (Ministério das Finanças e das Obras Públicas, 1963). Mais recentemente na sua caminhada e, dando cumprimento ao decreto-lei n.º 183 de 4 de Setembro de 2008, este hospital tornou-se parte integrante da ULSBA, que foi criada a 1 de Outubro desse mesmo ano. (Ministério da Saúde, 2008a) De acordo com o decreto-lei n.º 233 de 29 de Dezembro de 2005, alterado e republicado pelo decreto-lei n.º 12/2015 de 26 de Janeiro e pelo decreto-lei n.º 183/2015 de 31 de Agosto, que contemplam os estatutos das Unidades Locais de Saúde, o principal objetivo destas unidades prende-se com a integração e melhor articulação entre os diferentes níveis de cuidados, em benefício de uma qualidade assistencial superior e mais completa. (Ministério da Saúde, 2005; 2015a & 2015b). Esta união de esforços pretende apostar de forma concertada tanto na prevenção, como no tratamento e na recuperação quando a situação de doença ocorre.

Ao nível dos cuidados de saúde primários a ULSBA é composta por 13 unidades de cuidados de saúde personalizados (centros de saúde), uma unidade de saúde familiar e cinco unidades de cuidados na comunidade. Deste conjunto de unidades resulta ainda uma rede de 66 extensões de saúde. Integrados neste nível de cuidados, o Relatório e Contas de 2015 da instituição faz ainda menção a uma unidade de recursos assistenciais partilhados, uma unidade de saúde pública, um centro de diagnóstico pneumológico, um centro de aconselhamento e deteção, bem como a várias equipas de saúde organizadas em unidades funcionais. (ULBA, 2016a)

O HJJF enquadra-se ao nível dos cuidados de saúde secundários e assume-se como uma valência médico-cirúrgica diferenciada na prestação de cuidados a doentes agudos, dispondo atualmente de 215 camas, sendo 13 de cuidados intensivos, 96 de especialidades cirúrgicas e 106 de especialidades médicas. No que respeita à oferta de serviços deste hospital, o mesmo contempla seis especialidades cirúrgicas, sete médicas e cinco de apoio. (ULSBA, 2016c)

O terceiro nível de prestação de cuidados consubstancia-se em três equipas comunitárias e numa equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, exercendo a sua atividade em estreita articulação entre elas.

Apesar de nenhum dos documentos consultados integrar os Serviços de Urgência Básicos (SUBs) de Castro Verde e Moura num dos níveis de cuidados supracitados, é importante referir que a sua existência é crucial para agilizar o normal funcionamento do HJJF, nomeadamente da rede de urgência e emergência local. Para além destes dois polos, desta rede fazem parte o SU geral, a urgência pediátrica, a urgência ginecológica e a urgência obstétrica. Esta rede é ainda complementada com outra que opera a nível pré-hospitalar, nomeadamente através das ambulâncias SIV de Castro Verde e Moura e da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) alocada ao HJJF. (ULSBA, 2016a)

Tendo como referência o Plano de Atividades e Orçamento de 2016, a ULSBA dispõe de 1,634 colaboradores, que lhe permitem operacionalizar a sua atividade assistencial em 13 concelhos e 62 freguesias do Baixo Alentejo, abrangendo uma área de 8542,7 km², correspondendo a 9.3% da superfície do território nacional. (ULSBA, 2016b)

Figura 1 - Concelhos da área de influência da ULSBA



(Fonte: JM Madeira, 2012)

2.2 – Serviço de Urgência Geral

2.2.1 – Enquadramento legal

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) e desde esse momento até à atualidade, vários têm sido os diplomas legais que têm vindo a realizar alterações e melhorias na rede de referência hospitalar de urgência e emergência. Contudo, a sua classificação não sofreu alterações. (Ministério da Saúde, 2008b)

Em 2011 foi criada uma comissão para a reavaliação da rede nacional de emergência e urgência, cuja apreciação do relatório resultou no despacho nº. 10319/2014. (Ministério da Saúde, 2014a) Segundo o mesmo e, de acordo com as alterações por ele propostas, qualquer cidadão em território nacional distará hoje no máximo em 60 minutos de um dos pontos da rede de urgência e emergência, seja ele SUB, SUMC ou Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

No que respeita ao SU do HJJF e, partindo da consulta deste último, as valências que dispõe são as seguintes:

- Cirurgia geral;
- Medicina interna;
- Ortopedia;
- Pediatria;
- Anestesiologia;
- Bloco operatório;
- Imuno-hemoterapia;
- Imagiologia;

- Patologia clínica;
- Apoio de outras especialidades.

Importa referir que tratando-se de um SUMC, é frequentemente necessário transferir doentes para outros hospitais do país, para que os mesmos possam usufruir com urgência de outras valências que este SU não dispõe. Alguns dos exemplos mais recorrentes são a transferência de doentes para o Hospital do Espírito Santo em Évora (SUP), atendendo às especialidades de gastroenterologia e nefrologia e à unidade de hemodinâmica, o Hospital de Santa Marta, pela sua valência de cirurgia vascular e cardiotorácica e ainda o Hospital de São José (SUP), no caso dos doentes vítimas de traumatismo cranioencefálico (TCE), queimaduras e traumatismo vertebro medular. (Ministério da Saúde, 2015b)

2.2.2 – Recursos físicos

Do ponto de vista físico, o SU localiza-se no piso zero do HJJF e é composto por:

- um balcão administrativo para a inscrição dos doentes;
- uma sala onde é realizada a 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 para utilizar numa situação de exceção/ multivítimas;
- uma sala para a vigilância de doentes que já tenham sido consultados e que possuam critérios clínicos para permanecer na mesma, podendo cumprir oxigenoterapia, aerossoloterapia e/ ou soroterapia. Esta sala tem a lotação de 8 doentes sentados. Pelo que foi descrito acima, está subjacente que também 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 posto 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. É também este enfermeiro que é o responsável pela vigilância e pelos cuidados aos doentes que estão alocados na sala de vigilância descrita no ponto anterior. Este posto funciona entre as 10 horas e as 24 horas (turno da manhã e da tarde);

- 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, motivo pelo qual está localizada junto à entrada do SU. Esta sala foi concebida para a prestação de cuidados a um máximo de dois doentes em simultâneo, apesar da sua lotação ser excedida com elevada frequência;
- 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, fazer oxigenoterapia, inaloterapia e prestar cuidados de conforto e higiene. A permanência dos doentes nesta sala deveria ser de curta duração, embora algumas vezes a decisão sobre a alta ou o internamento acabe por se arrastar por vários dias;
- 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 preste cuidados aos doentes em maca que se encontrem no corredor do SU, quando a sala de decisão terapêutica está lotada. Este setor dispõe de quatro gabinetes utilizados quer para consultas, quer para a prestação de cuidados de enfermagem;
- uma sala de inaloterapia destinada aos doentes que caminham e/ou que conseguem permanecer na posição de sentados e que simultaneamente necessitam realizar tratamentos farmacológicos e/ou carecem de vigilância. Esta sala tem capacidade para 10 doentes e está equipada com rampas de ar e de oxigénio;
- uma sala de ortopedia onde são prestados cuidados aos doentes com traumatismos osteoarticulares. Esta sala dispõe de uma maca permanente e tem espaço para outra maca;

- uma sala de pequena cirurgia que recebe 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. Atendendo ao nível de cuidados prestados, às técnicas utilizadas e às valências disponíveis, pode equiparar-se a uma unidade de nível I. (Penedo et al., 2015) Para além deste espaço, o corredor adjacente funciona como uma extensão deste setor, acolhendo alguns doentes em macas que não careçam de monitorização ou oxigenoterapia;
- um gabinete da chefia de enfermagem;
- um gabinete para os médicos;
- 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;
- um corredores que fazem a ligação deste serviço com o restante hospital, sendo um deles utilizado apenas pelos profissionais e outro pelos doentes e acompanhantes.

2.2.3 – Recursos materiais e equipamentos

Relativamente aos materiais e equipamentos clínicos, o SU dispõe de:

- um carro de emergência (na SE);
- sete monitores cardíacos *Philips Intellivue MP70* (dois na SE e cinco no SO);
- dois monitores cardíacos *Comen C50* (no SO);
- cinco monitores desfibrilhadores (um *cardiolife Nihon Kohden* na SE, um *lifepack 20* no carro de emergência, um *lifepack 9* no SO e dois *lifepack 12* para transferências intra e inter-hospitalares);
- vinte seringas infusoras *B-braun^R* (seis na SE e 14 no SO);
- 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 necessários à administração da terapêutica prescrita e à realização de alguns tratamentos. A distribuição dos fármacos e dos materiais pelos diferentes *pyxis* está relacionada com as características dos cuidados prestados em cada um dos referidos sectores;

- Os restantes materiais utilizados para a prestação de cuidados encontram-se nas dispensas e nos armários dos diferentes setores.

2.2.4 – Recursos humanos

A equipa multidisciplinar do SU é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, administrativos, funcionários dos serviços de higiene e limpeza e pelos vigilantes. No que diz respeito em particular à equipa de enfermagem, recentemente ocorreu uma união entre a equipa do SU geral e a equipa do SU pediátrico, perfazendo, à altura da colheita desta informação, um total de 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 o enfermeiro em funções de chefia e uma enfermeira que se encontra em regime de horário fixo e que trabalha diretamente com o primeiro na gestão do serviço, acumulando concomitantemente as funções de responsável pela formação.

No sentido de melhor caracterizar a equipa de enfermagem do SU, na quarta e quinta semanas de estágio procedi à elaboração e entrega de um questionário aos enfermeiros da equipa (anexo E), em parceria com os colegas em estágio neste serviço. Este instrumento permitiu-nos obter dados de cariz sociodemográfico, que se apresentam na Tabela nº 1, entre outros que apresentarei adiante. Apesar de sermos enfermeiros desta equipa, uma vez que neste âmbito estamos a desenvolver atividades na qualidade de estagiários, considerei pertinente não incluir as nossas respostas aos questionários. Assim sendo, a Tabela nº 1 contempla as respostas aos questionários de 46 enfermeiros.

Tabela nº 1 - Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros do SU

		Nº absoluto (n= 46)	Percentagem
Escalão etário	21-30 anos	14	30.4 %
	31-40 anos	19	41.3 %
	41-50 anos	5	10.9 %
	51-60 anos	8	17.4 %
Sexo	Masculino	21	45.7 %
	Feminino	25	54.3 %
Anos de serviço	0-5 anos	11	23.9 %
	6-10 anos	15	32.6 %
	11-15 anos	5	10.9 %
	16-20 anos	2	4.3 %
	21-25 anos	7	15.2 %
	26-30 anos	4	8.7 %
	31-35 anos	1	2.2 %
	36-40 anos	1	2.2 %
Anos no SU	0-5 anos	24	52.2 %
	6-10 anos	4	8.7 %
	11-15 anos	5	10.9 %
	16-20 anos	5	10.9 %
	21-25 anos	4	8.7 %
	26-30 anos	2	4.3 %
	31-35 anos	2	4.3 %
Enfermeiros Especialistas	Sim	10	21.7 %
	Não	36	78.3 %
Área de especialização	Saúde Comunitária	1	10.0 %
	Médico-Cirúrgica	8	80.0 %
	Saúde Mental e Psiquiatria	1	10.0 %

(Fonte: do próprio)

Nos turnos da manhã e da tarde os cuidados de enfermagem no SU são assegurados por nove enfermeiros e no turno da noite por seis, distribuídos pelos diferentes setores da seguinte forma:

- Manhã e tarde:

- um no SO
- um no balcão
- um na SE
- um na SDT
- um na Pequena Cirurgia/ Evacuações - este elemento, para além de estar na pequena cirurgia, é o elemento responsável por assegurar os cuidados de enfermagem nos transportes inter-hospitalares, dos doentes que cumpram os critérios clínicos presentes na escala de avaliação do transporte secundário (anexo F), fazendo para isso uso de uma folha de registo das transferências, que promove uma abordagem sistematizada do doente e de todo o transporte (anexo G). (Ordem dos médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008)
- um na ortopedia
- um na triagem
- um no A/V
- um na chefia da equipa

- Noite:

- um no SO
- um no balcão

- um na SE

- um na Pequena Cirurgia/ Evacuações

- um na triagem

- um na chefia da equipa

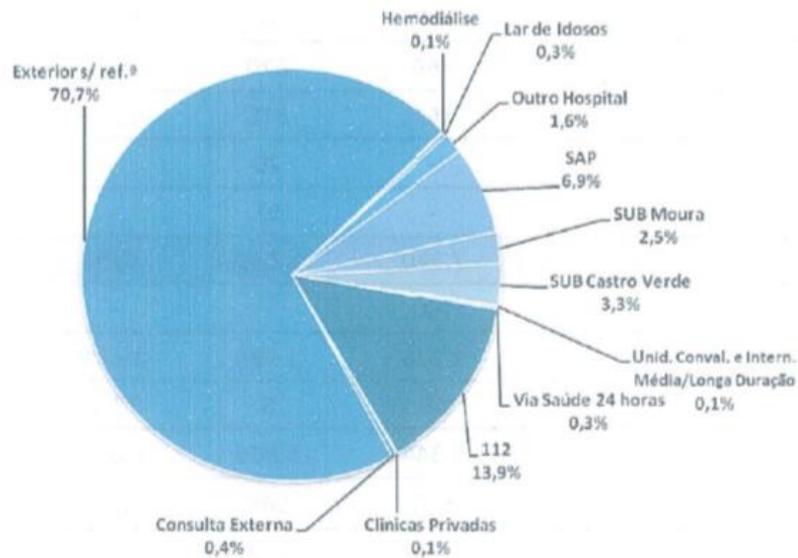
O chefe de equipa não tem doentes/ setor atribuído, para poder gozar de maior liberdade e dinâmica no seio da equipa, facilitando o trabalho de gestão e supervisão e a ajuda aos colegas, em particular no SO e na SE.

No que se refere aos requisitos formativos dos profissionais que prestam cuidados num SUMC, o despacho n.º 10319 de 11 de Agosto de 2014 salienta que é indispensável que os elementos que prestam cuidados na SE tenham formação em medicina de urgência, demonstrando conhecimentos e competências em suporte avançado de vida (SAV) e em transporte do doente crítico. (Ministério da Saúde, 2014) Relativamente à formação em particular dos enfermeiros, a Comissão Regional do Doente Crítico da Administração Regional de Saúde do Norte recomenda ainda que estes realizem formação em SAV em trauma, em emergências pediátricas, em ventilação e controlo hemodinâmico e nas vias verdes atualmente existentes. (Comissão Regional do Doente Crítico da ARS Norte, 2009)

2.2.5 – Análise da população alvo

Embora a ULSBA tenha vindo a realizar um esforço crescente ao nível da comunicação com a população, para evitar a utilização do SU por doentes não urgentes e para promover o uso deste recurso apenas mediante referência prévia, quer através da Linha de Saúde 24, quer dos centros de saúde ou dos SUBs, ficou claro no Relatório e Contas de 2016 desta instituição (ULSBA, 2016a), que o cumprimento do circuito de referência é ainda insipiente, face ao número de pessoas que recorre em primeira instância ao SU, percentagem que rondou os 70.7% em 2015. (Gráfico nº 1)

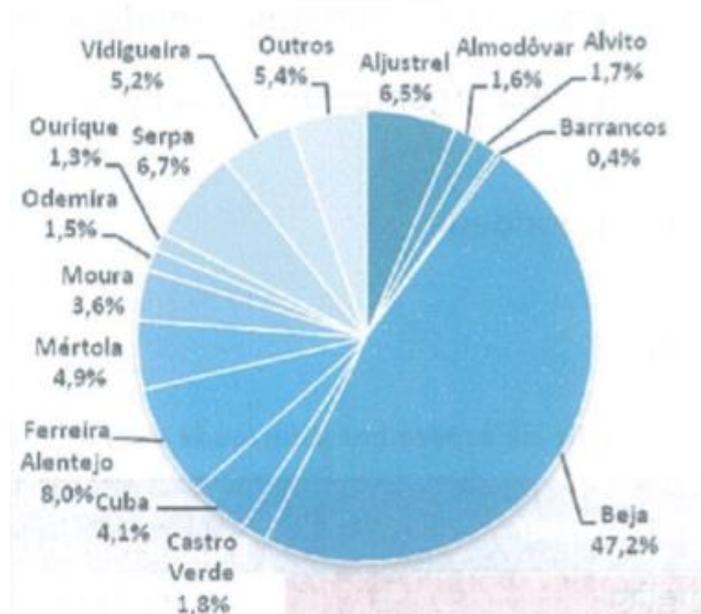
Gráfico nº 1 - Análise das admissões no SU por proveniência no ano 2015



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

Relativamente ao local de residência dos doentes que recorreram ao SU em igual período, a maioria residia no concelho de Beja (47.2%), ocupando os restantes concelhos percentagens menos significativas. Por esse motivo, uma das estratégias adotadas para travar o consumo deste recurso sem prévia referenciação, passou por alargar o horário de atendimento dos CSP na cidade de Beja, medida que até ao momento não produziu os efeitos desejados. (Gráfico nº 2)

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



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

Segundo o Pordata (2016a), que tem vindo a fazer uma monitorização da utilização dos SUs nacionais desde 1999, os SUs geral, pediátrico e obstétrico do HJJF têm apresentado uma tendência crescente de utilização por parte da população. No início da monitorização (1999) o número de atendimentos anuais rondava os 45,000, situando-se atualmente nos 60,000. Se estes números forem analisados apenas do ponto de vista do SU geral, percebemos que o número de atendimentos anuais ronda os 40,000, o que se traduz numa procura média de 109 doentes por dia. (ULSBA, 2016a)

Estes dados que revelam uma tendência crescente na utilização do SU não deixam de ser curiosos, uma vez que a população residente no Baixo Alentejo tem apresentado uma tendência inversa desde 1981, registando em 2015 o valor mais baixo de sempre (120,994 pessoas). (Pordata, 2016b) Contudo, o relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/ Urgência (CRRNEU) aponta uma justificação para este acontecimento, ao comprovar que o Alentejo é a região do país em que existe um maior número de episódios de urgência por 1,000 habitantes, tal como se demonstra na Tabela nº 2. (CRRNEU, 2012)

Tabela nº 2 - Número de episódios de urgência por mil habitantes, em 2010, nas várias ARSs

ARS	Episódios de Urgência/1000 hab.
Norte	547,33
Centro	608,06
LVT	582,52
Alentejo	862,25
Algarve	706,80
Total	593,14

(Fonte: CRNNEU, 2012, p. 9)

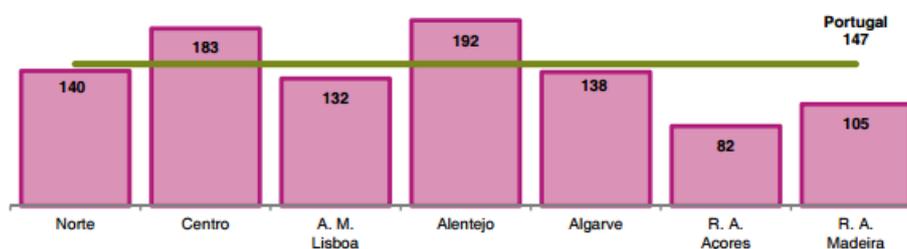
Estes dados encontram uma fundamentação lógica, no facto da população servida pelo SU do HJJF ser a população mais envelhecida do território nacional. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016), entre 2010 e 2015 verificou-se um aumento de 173 para 192 idosos por cada 100 jovens no Alentejo, situando-se a média nacional nos 147 idosos. (Tabela nº 3 e Gráfico nº 3)

Tabela nº 3 - Índice de envelhecimento (Nº), Portugal e NUTS II, 2010-2015

	Portugal	Norte	Centro	A. M. Lisboa	Alentejo	Algarve	R. A. Açores	R. A. Madeira
Índice de Envelhecimento (Nº)								
2010	123,9	109,5	155,7	117,4	173,2	121,2	70,9	82,8
2011	127,6	114,1	160,7	119,7	175,0	125,3	72,3	87,0
2012	131,1	118,9	164,5	122,1	177,1	127,8	74,1	90,6
2013	136,0	125,3	170,3	125,4	180,7	131,8	76,0	95,0
2014	141,3	132,2	177,0	128,5	186,5	135,6	78,6	99,8
2015	146,5	139,5	183,3	131,7	191,6	138,4	82,4	105,3

(Fonte: INE, 2016, p. 30)

Gráfico nº 3 - Índice de envelhecimento (Nº), Portugal e NUTS II, 2015



(Fonte: INE, 2016, p. 30)

Por se tratar de uma população bastante envelhecida, a taxa bruta de mortalidade no Baixo Alentejo é a segunda mais elevada do país, situando-se nos 14.7 ‰ em 2014. (ULSBA, 2016a) No que diz respeito à apreciação da taxa de mortalidade por algumas causas de morte, os dados apresentados pelo mesmo autor estão em concordância com os dados revelados pelo Pordata (2016c). Das várias causas estudadas, as doenças do aparelho circulatório são as que mais matam a nível nacional e as responsáveis por um número de mortes ainda mais acentuado nesta região do país. (Tabela nº 4).

Tabela nº 4 - Taxa de mortalidade por algumas causas de morte

Algumas causas de mortalidade (‰)									
Local Residência	Baixo Alentejo			Alentejo			Portugal		
	2014	2011	2001	2014	2011	2001	2014	2011	2001
Diabetes	0,7	0,6	0,8	0,6	0,7	0,6	0,4	0,4	0,4
Doenças do aparelho circulatório	4,7	5,9	7,6	4,3	4,5	5,5	3,1	3,0	4,0
Doenças do aparelho digestivo	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4
Doenças do aparelho respiratório	1,6	1,7	1,0	1,7	1,4	0,9	1,2	1,1	0,9
SIDA (‰)	0,1	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	1,0
Suicídio	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Tuberculose (‰)	0,2	0,0	0,4	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,3
Tumores malignos	3,2	3,3	3,0	3,0	3,0	2,6	2,5	2,4	2,1

(Fonte: ULSBA, 2016a, p. 11)

2.2.6 – Sistema de triagem

O sistema de triagem em vigor no SU é a triagem de Manchester, a qual permite atribuir cinco níveis de prioridade aos doentes, conforme as queixas e os sinais de gravidade apresentados pelos mesmos. Os níveis são o emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul), tendo cada um deles um tempo alvo para a primeira avaliação médica de 0, 10, 60, 120 e 240 minutos, respetivamente. Analisando a Tabela nº 5, que se reporta à prioridade atribuída aos doentes que no ano 2015 recorreram ao SU, percebe-se que a grande maioria foi categorizada como urgente (64.5%). (ULSBA, 2016a)

Tabela nº 5 - Distribuição de episódios de urgência por prioridade de triagem no ano 2015

Cor Manchester	% Episódios
Vermelho	0,4%
Laranja	15,9%
Amarelo	64,5%
Verde	13,7%
Azul	1,1%
Branco	2,7%

(Fonte: ULSBA, 2016a, p. 100)

Relativamente ao cumprimento do tempo alvo para a primeira avaliação médica pós-triagem, pela consulta da Tabela nº 6 é perceptível que em média os tempos são cumpridos nos doentes urgentes, pouco urgentes e não urgentes. Nos doentes emergentes e muito urgentes, a monitorização deste intervalo de tempo revela algum grau de incumprimento face ao estabelecido. Contudo, da realidade que me foi possível observar durante o estágio, daquela que é a minha experiência profissional neste serviço e de acordo com o relatório e contas de 2015, estes doentes são habitualmente observados no tempo alvo estabelecido e o seu tratamento é frequentemente iniciado mesmo antes de se proceder ao processo administrativo de inscrição, à triagem e aos registos médicos e de enfermagem no sistema *Alert*. (ULSBA, 2016a)

Tabela nº 6 - Tempos médios de espera por prioridade, da triagem à primeira observação médica

Cor Manchester	Tempo Médio Espera (HH:MM:SS)
Vermelho	00:11:10
Laranja	00:15:23
Amarelo	00:50:18
Verde	01:09:21
Azul	01:36:38
Branco	00:35:32
Total	00:47:17

(Fonte: ULSBA, 2016a, p. 100)

2.3 – Análise da Produção de Cuidados

Conforme foi descrito no ponto 2.2.5, o SU do HJJF apresenta uma afluência média diária superior a 100 doentes, cuja distribuição pelas horas do dia não é uniforme, existindo períodos em que a sobrecarga de trabalho dos profissionais aumenta consideravelmente. Apesar de não possuir dados objetivos, pela minha experiência enquanto enfermeiro deste serviço posso afirmar que uma larga maioria dos doentes que a ele recorre carecem de cuidados/ intervenções de enfermagem, sejam elas prescritas pelo médico ou pelos próprios enfermeiros do serviço (intervenções interdependentes

ou autónomas). Tendo em conta tudo isto, o chefe de serviço tem vindo a dimensionar e organizar a equipa, para que a produção e a qualidade dos cuidados de enfermagem não seja negativamente afetada pelos picos de afluência. É precisamente por esse motivo que o número de enfermeiros do turno da manhã e da tarde é superior ao da noite (nove, nove e seis, respetivamente). Cada enfermeiro fica alocado a um sector desde o início do turno e é o responsável pelos cuidados de enfermagem que são prestados aos doentes que se encontram nesse espaço, pelo que se pode considerar que o método de trabalho no SU é o método responsável/ individual. Contudo, quer para fazer face às situações de emergência, quer à sobrelotação e sobre utilização dos recursos de enfermagem de um determinado setor, é possível e desejável que exista interação, interajuda e partilha de responsabilidades na prestação de cuidados aos doentes. Não é incomum que exista necessidade do chefe de equipa e do enfermeiro da SDT se deslocarem à SE para auxiliar o colega deste setor a realizar manobras de reanimação a um doente que se encontre em paragem cardiorrespiratória (PCR), bem como não é de estranhar que um colega alocado à sala de ortopedia e que não tenha doentes dessa especialidade a necessitar dos seus cuidados, colabore com o enfermeiro do balcão na prestação de cuidados. Apesar desta partilha de recursos de enfermagem ocorrer várias vezes durante o turno, a responsabilidade pelos registos e pela passagem de turno é competência do enfermeiro responsável pelos cuidados no setor.

De acordo com o que foi caracterizado no ponto 2.2.4, a grande maioria dos enfermeiros do serviço é composta por generalistas, embora nos últimos seis anos se tenha verificado um aumento progressivo e sustentado de especialistas, particularmente na área da enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica. Quer isto dizer que no processo de produção/ prestação de cuidados no SU, a grande maioria dos enfermeiros se rege pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) e pelo Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2015b), enquanto os especialistas supracitados se regem cumulativamente pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015a) e pelos regulamentos das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (OE, 2011a) e das Competências Específicas dos Especialistas em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011b). Contudo, existem denominadores comuns na prática de todos os enfermeiros, nomeadamente o cumprimento das premissas presentes no REPE (Ministério da Saúde, 1996) e no Código Deontológico da profissão (Ministério da Saúde, 1998). A nível institucional a atividade destes enfermeiros está ainda balizada pelo Código de Ética da Unidade Local de Saúde (ULSBA, 2010) e pelas normas e recomendações do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência dos Anti-Microbianos (GCLPPCIRA).

Apesar de ter realizado esta análise por categorias, na prática clínica do dia a dia não existe uma separação tão objetiva e tangível no que diz respeito à organização e distribuição dos enfermeiros pelos setores, relativamente à sua diferenciação. Isto é, na SE e no SO, que são os setores onde se encontram por norma os doentes críticos, prestam cuidados tanto enfermeiros especialistas como generalistas. Existe apenas uma condicionante relativamente à prestação de cuidados na SE, que se prende com a detenção de um tempo mínimo de exercício profissional no SU e o reconhecimento pelo chefe de serviço de que o enfermeiro tem capacidade para prestar cuidados com conhecimento, autonomia e segurança neste setor. Apesar disso, atendendo às competências legalmente previstas para os enfermeiros especialistas, é da responsabilidade destes realizar um trabalho de supervisão sobre a prática dos generalistas, nomeadamente daqueles que detêm um tempo de exercício mais curto e que estão responsáveis pelos doentes de um desses setores.

Por último e, ainda em estreita associação com a análise da produção de cuidados, importa referir que cada novo chefe de equipa só o poderá ser se for especialista, embora uma parte significativa dos atuais chefes de equipa seja generalista. Isto acontece porque muitos deles já desempenham estas funções há longos anos, sendo por esse motivo reconhecidos pelo chefe de serviço como peritos quer na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, quer na gestão operacional da equipa e dos recursos.

3 – ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

3.1 – Fundamentação

A PCR súbita está intimamente associada à descompensação aguda da doença cardíaca isquémica (DCI), verificando-se uma percentagem elevada de mortes por esta causa. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2016a) e o *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME, 2016), nos últimos cinco anos a mortalidade por DCI a nível mundial tem sido crescente, registando 15.98% de todas as mortes em 2015. Em Portugal, em igual período de tempo, verificou-se inicialmente uma ligeira diminuição da mortalidade por esta causa, mas nos dois últimos anos inverteu-se novamente a tendência, situando-se nos 12.71% e representando já em 2013 a quarta maior causa de anos de vida potencialmente perdidos. No Alentejo, área geográfica onde este projeto se desenvolveu, apesar da taxa de mortalidade por DCI antes dos 65 anos estar a diminuir, é ainda a taxa mais alta do país, representando já em 2009 mais do triplo da mortalidade verificada na região norte e mais do quadruplo da região centro. (Ferrinho, Simões, Machado, & George, 2012) Estes números vão ao encontro dos dados anteriormente apresentados pela ULSBA (2016a) e pelo Pordata (2016c) no ponto 2.2.5, que verificaram que a taxa de mortalidade mais elevada no Baixo Alentejo se deve às doenças do aparelho circulatório. Neste sentido, não é de espantar que as situações de DCI sejam das principais causas de afluência ao SU, contribuindo para o elevado número de admissões registadas em Portugal. (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2016)

Segundo Hogan (2016), só nos hospitais ingleses registam-se cerca de 20,000 PCRs por ano, ocorrendo a maioria nas primeiras 24 horas após a admissão. (Robinson et al., 2015) Do ponto de vista da enfermagem, este facto deixa claro que os enfermeiros que prestam cuidados no SU são aqueles que apresentam maior probabilidade de vir a necessitar de realizar manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) aos doentes admitidos. A cada cinco anos o *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) realiza alterações às guidelines de RCP vigentes, com base nas evidências científicas produzidas nos anos anteriores, implicando uma atualização periódica dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, no sentido de melhorar as condições de segurança e o *outcome* dos doentes. (Hazinski et al., 2015)

Apesar do intervalo entre atualizações ser de cinco anos, segundo Greif et al. (2015) as competências em RCP começam a degradar-se três a seis meses após o último momento formativo,

motivo pelo qual estes autores defendem que os profissionais 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.

Segundo Bonacaro, Williams, e Brownie (2014), Frkovic, Sustic, Zeidler, Protic, e Desa (2008) e Oermann, Kardong-Edgren, Odom-Maryon, e Roberts (2014), só com manobras adequadas e de elevada qualidade é possível garantir uma maior probabilidade de sobrevivência dos doentes, acrescentando Perkins et al. (2015) que uma performance deste nível torna possível duplicar e em alguns casos até mesmo quadruplicar a sobrevivência das vítimas de PCR.

O serviço ao qual este projeto se dirige tem características próprias e os cuidados de enfermagem enquadram-se predominantemente nos cuidados à pessoa em situação crítica. Para além da complexidade inerente à missão dos enfermeiros que prestam cuidados neste contexto, a OE, através do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, acrescenta ainda no regulamento n.º 361/15 de 26 de Junho, que na atualidade assistimos a um acréscimo da diversidade e da gravidade dos problemas de saúde e que as exigências face ao cumprimento dos padrões de qualidade, nomeadamente no que à prestação de cuidados de enfermagem diz respeito, colocam no enfermeiro uma responsabilidade ainda maior. (OE, 2015a)

Atendendo aos dados estatísticos supracitados, é inequívoca a constatação de que os enfermeiros do SU de Beja prestam com assiduidade cuidados a pessoas em situação crítica por DCI e que, por natural decorrência desse facto, são frequentemente chamados a realizar manobras de RCP. Embora isto seja uma realidade recorrente, não significa que as *guidelines* em vigor sejam adequadamente cumpridas e que as necessidades de formação sejam dispensadas. Segundo Carvalho e Carvalho (2006), já em 1981, aquando da publicação do decreto-lei n.º 305/81 de 12 de Novembro referente à carreira de enfermagem, foi legislada a obrigatoriedade da formação em serviço. (Ministério das Finanças e do Plano dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa, 1981) Estes autores defendem que “(...) a formação em serviço se revela como particularmente importante, uma vez que permite uma reflexão acerca da prática, contextualizada e significativa” (p. 47).

Os principais algoritmos que sustentam a intervenção dos enfermeiros em contexto de PCR são os algoritmos de SBV, suporte imediato de vida (SIV) e SAV. Uma vez que os enfermeiros são os profissionais que mais próximo estão dos doentes e que nesta qualidade são fundamentais na deteção e na primeira intervenção atempada, tão importante para dar início e manter a coesão da

cadeia de sobrevivência, o tema que me proponho trabalhar é a segurança do doente crítico, determinada pela performance dos enfermeiros do SU em SBV.

3.2 – Objetivos

O projeto de intervenção profissional desenvolvido no decorrer do estágio (projeto major), teve como objetivos avaliar a performance dos enfermeiros do SU em SBV, antes e após uma sessão de formação, e identificar alguns dos seus determinantes.

3.3 – Concetualização

3.3.1 – Doente crítico

Várias são as organizações, associações e instituições da área da saúde que ao longo dos tempos definiram o conceito de doente crítico, tanto a nível internacional como nacional, verificando-se uma unanimidade quase total nas descrições realizadas. Em Portugal, a definição conjunta da Ordem dos Médicos e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos foi a primeira a ser amplamente utilizada e reporta-se ao doente crítico como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (2008, p. 9).

Com a criação do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, através do regulamento n.º 124/2011, a OE também elaborou a sua própria definição sobre o doente crítico, permitindo deste modo que os enfermeiros se reportem à sua Ordem e a utilizem como referencial bibliográfico importante nesta área. Assim, para a OE (2011b, p. 8656), pessoa em situação crítica é “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de

meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. No mesmo regulamento consta ainda que:

Os cuidados de enfermagem 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. (p. 8656)

3.3.2 – Performance

De acordo com Correia (2009), quando se realiza uma resenha histórica em torno do conceito de performance, percebe-se que nas últimas décadas, na área da gestão, este tem sido empregue como sinónimo de desempenho, procurando mensurar a eficiência e o sucesso tanto dos colaboradores como das organizações. Chiavenato (1999) acrescenta que a avaliação do desempenho é algo que fazemos naturalmente na nossa vida particular, mas que ao nível das organizações deve ser um processo estruturado, envolvendo “(...) uma apreciação sistemática do desempenho de cada pessoa em função das atividades que ela desempenha, das metas e resultados a serem alcançados e do seu potencial de desenvolvimento” (p. 189). Noutra definição semelhante, Almeida (1996) refere que é um “(...) processo pelo qual uma organização mede a eficiência e eficácia dos seus colaboradores”, com o objetivo de retratar da forma mais fiel possível o comportamento da pessoa numa determinada situação de trabalho (p. 14). Deve por isso ser encarada primariamente como uma ferramenta de diagnóstico, que permitirá, numa segunda etapa, proceder às intervenções necessárias que levem a uma melhoria da performance do profissional, não constituindo em si mesma uma ferramenta de modificação de comportamentos. Neste sentido, Chiavenato (1999) acrescenta que “Através dela pode-se comunicar aos funcionários como eles estão indo no seu

trabalho, sugerindo quais as necessidades de mudança no comportamento, nas atitudes, habilidades ou conhecimentos” (p. 190).

Almeida (1996) identifica quatro níveis de avaliação do desempenho, sendo eles os resultados globais da organização, os resultados setoriais, os resultados das funções individuais e, por último, o comportamento pessoal. No âmbito do atual projeto de intervenção profissional, os níveis de avaliação serão os que se relacionam com os resultados das funções e com os comportamentos individuais, já que na avaliação da performance clínica importa ter em conta o comportamento observável na atuação/ intervenção de cada um dos elementos da amostra. Segundo o mesmo autor, de modo a facilitar e a trazer objetividade ao processo de medição, é desejável que o sistema de avaliação contemple as seguintes características:

- Fidelidade;
- Validade;
- Equidade;
- Exatidão;
- Flexibilidade;
- Envolvência;
- Simplicidade.

Por último, Almeida (1996) considera ainda que devem existir critérios para selecionar quem realiza a avaliação da performance dos profissionais, mediante o âmbito/ finalidade dessa avaliação. Este autor defende que quando se trata de um projeto de investigação tal como este, não deve envolver o chefe direto dos colaboradores, de modo a não propiciar a existência de viés de várias ordens. A avaliação deve ser sim levada a cabo pelos dinamizadores do estudo, mesmo que se tratem de colegas de trabalho.

3.3.3 – Determinantes

Almeida (1996) considera que a avaliação do desempenho é, em alguns casos, uma tarefa difícil, dada a multiplicidade de fatores que a podem influenciar, entre os quais a inteligência, fatores emocionais e físicos e ainda algumas aptidões específicas. Drucker (2008) partilha da mesma opinião, referindo que a performance de cada pessoa é determinada por fatores da sua personalidade. Dias (2006) contribui para esta equação, ao apontar as competências, as capacidades, os métodos de trabalho, a organização e ainda as relações interpessoais, como fatores determinantes.

3.3.4 – Suporte básico de vida

Segundo o INEM (2012a, p. 9), o SBV:

é um conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologias padronizadas, que tem como objetivo reconhecer as situações de perigo de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer dispositivo, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação de modo a manter a vítima viável até que possa ser instituído o tratamento médico adequado e, eventualmente, se restabeleça o normal funcionamento respiratório e cardíaco.

Desde 1993 que compete ao ILCOR, através dos seus grupos de trabalho, desenvolver estudos sobre várias áreas da reanimação, entre as quais o SBV, de modo a emitir recomendações periódicas baseadas na evidência, que alterem as guidelines até então em vigor e, deste modo, contribuir para o alcance de maiores taxas de sobrevivência nos doentes vítimas de PCR. (Bhanji et al., 2015 & Hazinski et al., 2015) O ILCOR é composto por representantes de organizações de reanimação de todo o mundo, nomeadamente: da *American Heart Association*, do *European Resuscitation Council (ERC)*, do *Heart and Stroke Foundation of Canada*, do *Australian and New Zealand Committee on Resuscitation*, do *Resuscitation Council of Southern Africa*, do *InterAmerican Heart Foundation* e do *Resuscitation Council of Asia*.

A partir do ano 2000 essas recomendações têm sido publicadas a cada cinco anos, dando tempo para os grupos de trabalho realizarem investigação. (Monsieurs et al., 2015) Atualmente, as guidelines em vigor foram publicadas em Dallas em Fevereiro de 2015 e resultaram dos estudos que decorreram desde o ano 2010, sobre a aplicação das guidelines então recomendadas. (Perkins et al., 2015) Quer isto dizer que desde o ano 2000, as guidelines em SBV já sofreram três alterações. (Ramberg, Wolsk, Elkjær, & Bülow, 2014).

3.3.5 – Segurança do doente

No que concerne à problemática da mortalidade associada à DCI em Portugal, o 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 nacionais ou internacionais” (DGS, 2016b, p. 1). Deste modo, percebe-se que a disseminação e a adoção das guidelines de SBV publicadas pelo ILCOR em 2015 são uma prioridade para a DGS, à semelhança do cumprimento de normas de orientação clínica, essenciais para garantir a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. Intrinsecamente relacionado com a qualidade dos cuidados, está a cultura de segurança das organizações e dos seus profissionais. A DGS (2015) defende que “A Segurança do Doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e considera fundamental a avaliação da cultura de segurança para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais” (p. 2). O observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016) e o despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro (Ministério da Saúde, 2015c), acrescentam que há evidências que demonstram que o risco de ocorrerem incidentes “(...) aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde”. Referem ainda que “As consequências nefastas resultantes de incidentes ocorridos na prestação de cuidados de saúde têm repercussão humana, física e emocional, nos doentes e nas suas famílias (...)” (p. 3882-[2]).

Em 2015, aquando da publicação do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a OE deu a conhecer os enunciados descritivos para os enfermeiros especialistas nesta área, apontando assim o caminho aos profissionais, explicitando as prioridades da sua intervenção junto dos doentes críticos. O terceiro

enunciado descritivo apresentado no referido documento, denomina-se “prevenção de complicações” e nele está inteiramente subjacente a questão da segurança do doente e o tema que dá mote ao atual projeto. (OE, 2015a) Montgomery, Kardong-Edgren, Oermann, e Odom-Maryon (2012) partilham desta visão, ao considerar que também no contexto da RCP, onde a prestação de cuidados adequados e em segurança para os doentes e para os profissionais não pode ser negligenciada, é indispensável um treino regular e uma preparação prévia. Martins et al., (2012) defendem que “A formação dos profissionais de saúde, concretamente dos enfermeiros, é um fator intimamente ligado à qualidade e segurança do paciente” e que é através da “(...) formação teórica e prática que os enfermeiros permanecem atualizados, mobilizam os conhecimentos para os contextos práticos e realizam práticas centradas em cada paciente e baseadas em evidências científicas e atuais” (p. 620).

3.3.6 – Prática simulada

Segundo Bhanji et al., (2015) e Finn et al., (2015), não é possível melhorar aquilo que não se consegue medir, razão pela qual defendem a adoção de sistemas e estratégias que permitam a avaliação da performance dos profissionais e da qualidade das intervenções realizadas. Em linha com esta premissa surge a prática simulada, que Bonacaro, Williams, e Brownie (2014) e Rauen (2004) definem como o treino de competências num ambiente controlado, que mimetize as situações clínicas reais e que permita uma avaliação objetiva de modo a melhorar a performance dos profissionais. Martins et al., (2012) acrescentam que:

O treino de habilidades específicas é fundamental, mas é na resolução de cenários completos e complexos, em ambiente de simulação, que os estudantes consolidam seus saberes e desenvolvem as capacidades de raciocínio crítico e tomada de decisão e as competências técnicas, relacionais e éticas (p. 624).

A simulação começou a ser utilizada há algumas décadas na aviação, nos transportes e na área da energia nuclear. Com o avanço das tecnologias ligadas à pedagogia e, mais concretamente, ao ensino na saúde, a simulação começou a ser adotada para formar profissionais nesta área. (Martins et al., 2012; Rauen, 2004) Os mesmos autores acrescentam que a simulação é um excelente método de

ensino, nomeadamente para os profissionais que cuidam de doentes críticos. Referem ainda que a educação nos adultos é mais efetiva quando é interativa e promove a prática.

A propósito da enfermagem, o *National Council of State Boards of Nursing* (NCSBN, 2014) e a *National League of Nursing* (NLN, 2017) acrescentam que existem evidências científicas de que a utilização da prática simulada pode, em muitos casos, substituir por completo as palestras teóricas, permitindo a aquisição tanto de conhecimentos como de competências práticas, com maior satisfação dos formandos. (Barbosa & Marin, 2000; Lassche & Wilson, 2016).

Barbosa e Marin (2000), Rauen (2004), Vonderen, Witlox, Kraaij, e Te Pas (2014) e Yuan, Williams, e Fang (2011), salientam que a enfermagem é uma profissão com uma componente muito prática e que a complexidade crescente dos doentes e dos contextos clínicos nem sempre favorece a prática e a aprendizagem tanto dos estudantes como dos profissionais. A falta de oportunidades de treino e a preocupação crescente com a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes, tem levado a uma aposta progressiva na prática simulada como forma de realizar um treino controlado e próximo da realidade clínica, repetindo as intervenções as vezes necessárias, sem colocar em causa a segurança do doente. (Ward-Smith, 2008)

Como forma de materializar a prática simulada, os enfermeiros têm recorrido ao uso de manequins. Bonacaro et al. (2014), Greif et al. (2015), Martins et al. (2012) e Vonderen et al. (2014), classificam-nos em três categorias distintas: baixa, média e alta-fidelidade. Entende-se por baixa-fidelidade os manequins que não apresentam qualquer resposta às intervenções realizadas, média-fidelidade os que permitem a monitorização do traçado cardíaco e a pesquisa de pulso, por exemplo, e os de alta-fidelidade os que apresentam maiores semelhanças com os humanos e que dispõem de uma grande variedade de respostas fisiológicas processadas por um *software*.

Segundo Bhanji et al. (2015), Conselho Português de Ressuscitação (CPR, 2015), Hazinski et al. (2015), Martins et al. (2012) e Vonderen et al. (2014), na prática simulada de SBV são aconselhados os manequins de média fidelidade, nomeadamente aqueles que fornecem feedback direto sobre a qualidade das compressões cardíacas e das ventilações, como forma de facilitar a aquisição, melhoria e/ ou manutenção das competências psicomotoras de reanimação.

3.4 – População Alvo

Em reunião com a Docente Orientadora e com o Diretor de Curso, na primeira semana de estágio, e com a Docente Responsável pela UC, com a Supervisora Clínica e com o Chefe de Serviço, na segunda semana, foram discutidas as necessidades formativas dos enfermeiros da equipa, fazendo uso do prévio levantamento de necessidades realizado pela supervisora. Ficou então definido que o tema do meu projeto de intervenção profissional seria no âmbito da performance dos enfermeiros do SU em SBV. Importa acrescentar que a supervisora é a responsável pela formação em serviço e que faz anualmente um levantamento dos temas que os enfermeiros da equipa gostariam de ver tratados, sendo habitualmente os conteúdos identificados aqueles onde sentem maior carência de formação para uma prestação de cuidados mais adequada e segura. De acordo com a mesma, pelo segundo ano consecutivo a formação mais pretendida pelos enfermeiros foi a formação em reanimação em contexto de SE.

Com o objetivo de melhor caracterizar a população alvo do projeto, apresento a Tabela nº 7, que contempla dados relativos aos conhecimentos, competências e treino em SBV da equipa de enfermagem do SU (n= 46). Estes dados foram recolhidos através do questionário presente no anexo E e vêm complementar os dados relativos à caracterização sociodemográfica da equipa, previamente realizada no ponto 2.2.4, mais concretamente na Tabela nº 1.

Tabela nº 7 - Dados relativos aos conhecimentos, competências e treino em SBV da população alvo do projeto

		Nº absoluto (n = 46)	Percentagem
Tem formação em SBV?	Sim	38	82.6 %
	Não	8	17.4 %
Data da última formação	2010	19	50.0 %
	2010-2015	13	34.2 %
	2015	6	15.8 %
Foi um curso formal?	Sim	37	97.4 %
	Não	1	2.6 %
Data da última prática simulada de SBV	2010	19	50.0 %
	2010-2015	13	34.2 %
	2015	6	15.8 %
Considera que o treino regular de competências de SBV é importante para o seu desempenho no SU?	Sim	45	97.8 %
	Não	1	2.2 %
Considera que cumpre o algoritmo de SBV corretamente?	Sim	31	67.4 %
	Não	15	32.6 %
Tem conhecimento das alterações emanadas pelo ERC em 2015, relativamente às guidelines de SBV 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)

Tomando em linha de conta todos os factos que foram descritos no ponto 3.1, nomeadamente a evidência relatada por Greif et al. (2015), que dá conta de que passadas algumas semanas ou meses se verifica uma deterioração das competências de reanimação, considerei que apesar de existirem alguns colegas com formação e/ ou treino de competências relativamente recentes nesta área, seria adequado convidar toda a equipa de enfermeiros do SU (46) para participar numa sessão de formação com prática simulada em SBV.

3.5 – Metodologia

Durante a quarta e quinta semanas de estágio procedeu-se à formalização do pedido de parecer às Comissões de Ética da ULSBA e da UE, respetivamente, para aprovar a realização deste projeto de intervenção profissional, que apesar de não envolver a prestação de cuidados aos doentes, envolveu os enfermeiros e a colheita de informações pessoais cujo sigilo e anonimato devem ser preservados. Apesar dos pedidos não terem sido respondidos no imediato, houve indicação por parte da ULSBA de que o projeto poderia avançar, devendo a divulgação dos resultados em publicações científicas aguardar pela resolução formal da comissão de ética. À data da conclusão do presente relatório foi-me comunicado por carta o parecer positivo da Comissão de Ética da ULSBA. (anexo H)

Na sexta semana foram realizados os convites aos enfermeiros da equipa (população alvo), para participar numa sessão formativa sobre SBV, tendo-lhes sido dado a conhecer o cronograma e o âmbito da formação. Ainda durante esta semana e na semana seguinte, foram construídos os planos de sessão e todo o material didático necessário à realização da mesma e foi efetuado o pedido de cedência de um manequim de média fidelidade à Alento (Associação para a Formação em Reanimação com sede em Beja).

Na oitava semana teve início o projeto de intervenção profissional propriamente dito, que envolveu a participação dos enfermeiros do serviço e que permitiu a realização de um estudo exploratório-descritivo sobre este tema. Esta fase do projeto teve a duração de cinco semanas consecutivas e decorreu nos meses de Novembro e Dezembro de 2016. Dos 46 convites formalizados aos enfermeiros do SU para participar na sessão formativa, apenas 30 foram aceites (amostra), condicionados pela disponibilidade e motivação dos mesmos. No total realizaram-se 10 sessões formativas, envolvendo cada uma delas três enfermeiros, totalizando a globalidade da amostra.

Cada sessão teve a duração de 5 horas e iniciou-se com um novo preenchimento do questionário supracitado (anexo E), de modo a obter dados de cariz sociodemográfico da amostra: idade, sexo, anos de serviço e anos no SU e ainda dados relacionados com a formação/ experiência em SBV: realização de formação prévia nesta área e data da última formação. Esses dados relativos à amostra (n= 30) foram agrupados na Tabela nº 8.

Tabela 8 - Caracterização da Amostra

		Nº absoluto (n = 30)	Porcentagem
Escalão etário	21-30 anos	12	40%
	31-40 anos	15	50%
	41-50 anos	1	3.3%
	51-60 anos	2	6.7%
Sexo	Masculino	15	50.0%
	Feminino	15	50.0%
Anos de serviço	0-5 anos	10	33.3%
	6-10 anos	13	43.5%
	11-15 anos	3	10.0%
	16-20 anos	1	3.3%
	21-25 anos	1	3.3%
	26-30 anos	0	0.0%
	31-35 anos	1	3.3%
	36-40 anos	1	3.3%
Sem formação em SBV		7	23.3%
Com formação em SBV		23	76.7%
Data da 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)

Após o seu preenchimento procedeu-se à avaliação da performance dos enfermeiros na resolução de um cenário de PCR, através de um exercício de prática simulada e fazendo uso de uma *check-list* de avaliação constituída por 23 itens/ intervenções (anexo I), elaborada de acordo com as recomendações do ERC referentes à guideline de SBV de 2015. (Perkins et al., 2015) Depois da resolução do cenário foi realizado um *debriefing* onde foram identificados os pontos fortes e os

pontos a melhorar na intervenção dos formandos, após o qual se seguiu uma palestra sobre o SBV, na qual foi abordado o novo algoritmo de 2015, com recurso ao *PowerPoint* e ao *data show*. De seguida procedeu-se à demonstração da resolução de um caso de PCR, cumprindo o algoritmo adequadamente. No final as sessões formativas terminaram com uma nova prática simulada, onde voltou a ser avaliada a performance da equipa, já após o momento formativo, fazendo novamente uso da check-list supracitada.

3.6 – Recursos Utilizados

Os recursos utilizados para materializar as sessões formativas encontram-se agregados e organizados no plano de sessão, que se apresenta no anexo J. Contudo, a lista abaixo faz uma referência mais resumida de todos eles:

- Espaço físico – sala do hospital, junto à base da VMER;
- Questionários;
- Manequim de média-fidelidade;
- Material e equipamento de reanimação para realizar SBV;
- Check-list de avaliação da prática simulada;
- Computador;
- Projetor;
- Apresentação PowerPoint (anexo K).

3.7 – Resultados

Os dados foram introduzidos e processados no *software* Excel^R e recorreu-se à análise estatística e descritiva dos mesmos, assim como ao cruzamento de variáveis de forma a encontrar relações entre elas.

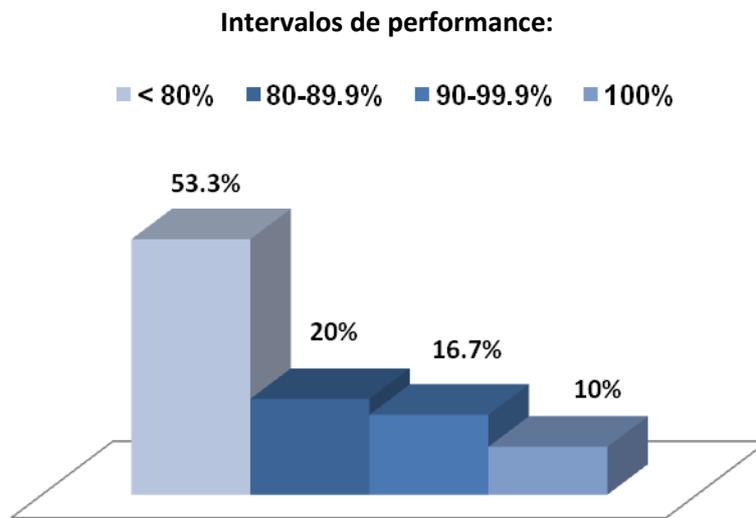
Com o objetivo de avaliar e comparar a performance dos enfermeiros do SU em SBV, antes e após a sessão formativa, apresentam-se na Tabela nº 9 e nos Gráficos nº 4 e 5 os resultados do desempenho referentes aos dois momentos.

Tabela 9- Performance dos enfermeiros em SBV antes e após a sessão formativa

Intervenções	Primeira prática simulada *	Segunda prática simulada *
1 - Verifica as condições de segurança	13.3	66.7
2 - Avalia o estado de consciência	83.3	100
3 - Permeabiliza a via aérea (extensão do pescoço e elevação do mento)	53.3	100
4 - VOS durante 10'' (verifica a presença de respiração eficaz)	56.7	100
5 - Realiza o pedido de ajuda	86.7	100
6 - Inicia de imediato compressões torácicas	66.7	100
7 - Coloca a base de uma mão no centro do tórax/ metade inferior do esterno	100	100
8 - Coloca a segunda mão sobre a primeira	100	100
9 - Entrelaça os dedos	100	100
10 - Assegura que a pressão não é realizada nas costelas	50	83.3
11 - Adota uma posição vertical em relação ao doente	90	100
12 - Mantem os braços esticados	83.3	96.7
13 - Comprime o tórax 5 a 6 cm (confirmar feedback de compressões do manequim)	66.7	80
14 - Alivia a pressão do tórax por completo entre cada compressão, sem perder o contacto com a parede torácica	93.3	96.7
15 - Realiza compressões ao ritmo de 100 a 120 b/min	73.3	86.7
16 - Após 30 compressões permeabiliza a via aérea	100	100
17 - Realiza 2 ventilações com máscara facial e insuflador manual	93.3	100
18 - Realiza corretamente a técnica de adaptação da máscara facial à face do manequim utilizando apenas uma mão	46.7	96.7
19 - Realiza ventilações eficazes nas quais seja possível observar elevação do tórax (conferir feedback do manequim)	40	63.3
20 - Cada ventilação não deve durar mais de 1''	93.3	100
21 - A interrupção das compressões para realizar as duas ventilações não deve ultrapassar os 10''	96.7	100
22 - Retoma as compressões torácicas de imediato	100	100
23 - Mantem as manobras de SBV até existirem condições para avaliar o ritmo cardíaco ou até indicação do formador para suspender manobras	96.7	100
Cumprimento do algoritmo de SBV na globalidade (média das intervenções)	77.5	94.3

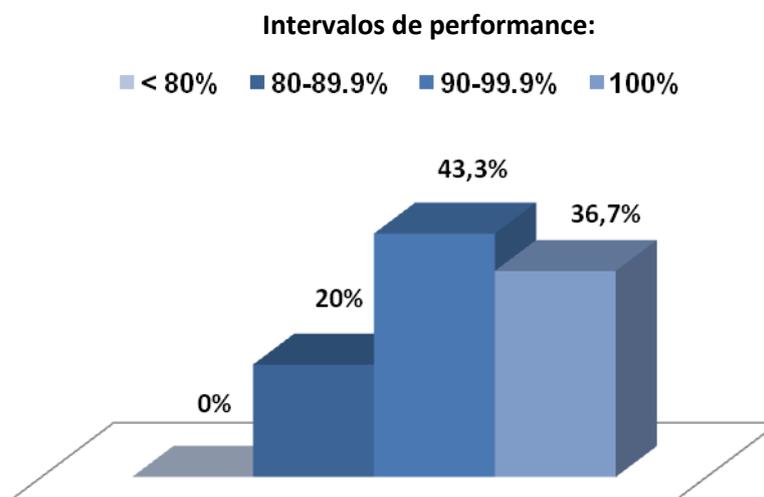
Nota: *Porcentagem de enfermeiros que realizaram a intervenção adequadamente. (Fonte: do próprio)

Gráfico nº 4 – Análise da primeira prática simulada por intervalos de performance



(Fonte: do próprio)

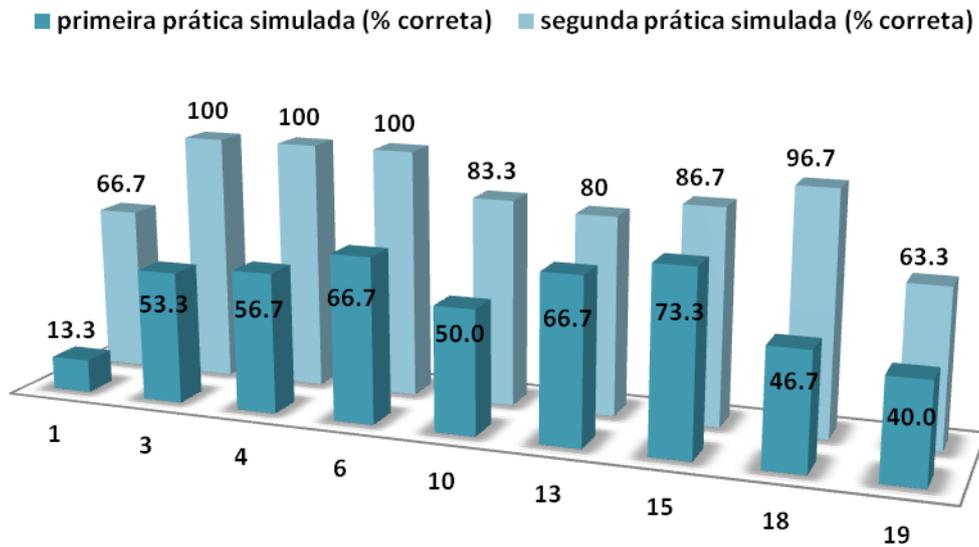
Gráfico nº 5 – Análise da segunda prática simulada por intervalos de performance



(Fonte: do próprio)

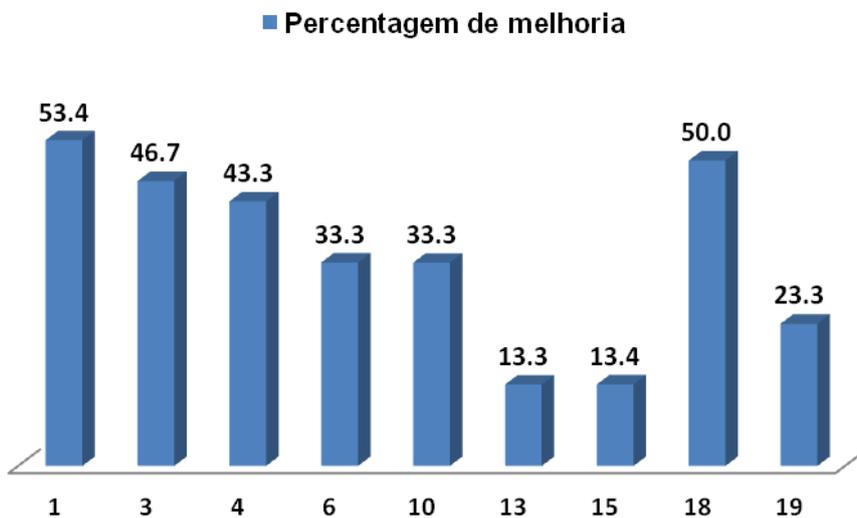
Os Gráficos nº 6 e 7 permitem realizar uma apreciação da performance das nove intervenções em que se verificou um pior desempenho na primeira prática simulada e comprovar a sua alteração no segundo momento de prática. As intervenções estão numeradas em concordância com a check-list utilizada (anexo I) e com a Tabela nº 9.

Gráfico nº 6 – Itens com pior performance na primeira prática simulada e relação com a segunda prática



(Fonte: do próprio)

Gráfico nº 7 – Percentagem de melhoria entre a primeira e a segunda prática simulada, nas intervenções com pior performance na primeira prática



(Fonte: do próprio)

Com o intuito de identificar alguns dos determinantes da performance dos enfermeiros do SU em SBV, realizei o cruzamento entre os dados recolhidos nos questionários e o desempenho dos enfermeiros verificado na primeira prática simulada, agrupando estes em dois grupos conforme a sua performance. Esses dados são apresentados na Tabela nº 10 (n= 30).

Tabela nº 10 – Comparação entre os enfermeiros dos grupos com melhor e pior performance na primeira prática simulada

		Grupo com pior performance (n = 16)	Grupo com melhor performance (n = 14)
Escalão etário	21-30	38%	43%
	31-40	50%	50%
	41-50	6%	0%
	51-60	6%	7%
Sexo	Masculino	25%	79%
	Feminino	75%	21%
Anos de serviço	0-5	31%	36%
	6-10	38%	50%
	11-15	13%	7%
	16-20	6%	0%
	21-25	6%	0%
	26-30	0%	0%
	31-35	0%	7%
	36-40	6%	0%
Sem formação em SBV		38%	7%
Com formação em SBV		62%	93%
Data da última formação	Antes de 2010	50%	15%
	Entre 2010-2015	50%	54%
	Após 2015	0%	31%

Nota: n= 30. (Fonte: do próprio)

3.8 – Discussão

A grande maioria dos enfermeiros tem menos de 40 anos de idade e menos de 15 anos de serviço, denotando que se trata de uma equipa jovem. Do ponto de vista do sexo a amostra é equilibrada, uma vez que é composta por igual número de homens e de mulheres. Mais de 75% já havia realizado pelo menos uma vez formação em SBV, sendo que destes 83% realizou formação/prática simulada com as guidelines anteriores às de 2015 (desatualizadas). Mais concretamente, 52% dos enfermeiros realizaram prática simulada há pelo menos mais de dois anos e 31% há pelo menos mais de sete. Somente 17% dos enfermeiros têm formação atualizada, o que significa que o treino ocorreu nos últimos dois anos.

A performance demonstrada pelos enfermeiros na resolução de um cenário de PCR (primeira prática simulada) foi mediana, já que a média relativa à correta execução das intervenções alvo de avaliação foi de 77.5%. Contudo, por se tratar de profissionais de saúde, os resultados deveriam ter sido mais satisfatórios, sob pena de influenciar negativamente a probabilidade de sobrevivência dos doentes. (Greif et al., 2015; Montgomery et al., 2012)

Ao analisar o Gráfico nº 4, percebe-se que a maioria dos enfermeiros da amostra apresentou uma performance inferior a 80% e apenas 26.7% uma performance superior ou igual a 90%. Performances semelhantes ou inferiores foram documentadas por Bonacaro et al. (2014), Cheng et al. (2015), Frkovic et al. (2008), Mpotos et al. (2015), Oermann et al. (2014) e Oermann, Kardong-Edgren, e Odom-Maryon (2011b), afirmando Mpotos et al. (2015) que os enfermeiros e os restantes profissionais de saúde se debatem com a dificuldade de reter competências de reanimação. Na sua investigação, apenas 19% dos enfermeiros foram classificados como aprovados num exercício de prática simulada com metodologia semelhante à utilizada no presente estudo.

Apreciando o Gráfico nº 6 que contempla as nove intervenções nas quais os enfermeiros demonstraram pior desempenho, percebe-se que a avaliação das condições de segurança foi a que registou a performance mais baixa (13.3%). No artigo publicado por Frkovic et al. (2008), a avaliação das condições de segurança também foi negligenciada por uma percentagem significativa de enfermeiros (36% não avaliaram). As restantes intervenções deste grupo referem-se à permeabilização da via aérea e à realização de compressões torácicas e ventilações adequadas, tendo-se situado a performance média nos 51.9%. No estudo dos autores supracitados, apenas 69% dos enfermeiros que não realizavam com frequência prática simulada em SBV permeabilizaram a via aérea corretamente e somente 36% efetuaram ventilações com volumes adequados. Oermann et al.

(2011b & 2014) documentaram igualmente volumes ventilatório insuficientes e com tendência a decrescer à medida que o tempo ia passando desde a última prática simulada. A melhor performance obtida nesta competência de reanimação (ventilações adequadas) foi de 42.7% e 39.3%, respetivamente. Van Vonderen et al. (2014) referem ainda que a adaptação da máscara à face dos doentes não foi satisfatória, permitindo fugas significativas e condicionando volumes ventilatórios baixos. Relativamente às compressões torácicas, à semelhança do que foi documentado, também nos artigos de Oermann et al. (2011b & 2014) a performance relativa à sua qualidade não ultrapassou os 55.7% e os 48.1%, em cada um deles.

O desempenho demonstrado pelos enfermeiros na segunda prática simulada foi bastante superior, como é possível constatar na Tabela nº 9. Verifica-se que a média relativa à correta execução das intervenções alvo de avaliação foi de 94.3%, o que corresponde a uma melhoria média de 16.8% na performance da amostra. Comparando os Gráficos nº 4 e 5, percebe-se também que na segunda prática simulada nenhum dos enfermeiros apresentou uma performance inferior a 80% e que 80% da amostra viu o seu desempenho ser classificado acima de 90%, o que traduz um aumento de 53.3% de enfermeiros com esta performance relativamente à primeira prática. Analisando as nove intervenções em que os enfermeiros demonstraram pior performance na primeira prática simulada, percebe-se que a percentagem média de melhoria para a segunda foi de 34.4%, sendo a intervenção relacionada com a avaliação das condições de segurança aquela que viu a performance ser mais incrementada (53.4%). (Gráficos nº 6 e 7) No geral, na segunda prática simulada estas nove intervenções apresentaram uma performance média de 86.3%.

Vários autores apresentam justificação para esta melhoria na performance. Por um lado, Greif et al. (2015), Hazinski et al. (2015), Montgomery et al. (2012) e Motola, Devine, Chung, Sullivan, e Issenberg (2013), concluíram que a prática simulada constitui uma parte importante do treino em reanimação, sendo altamente efetiva na aquisição, desenvolvimento e manutenção de competências. Rajeswaran e Ehlers (2014) documentaram um aumento de 67.8% na performance dos enfermeiros em SBV, após a realização de prática simulada. Por outro lado, o feedback em tempo real proporcionado pelo manequim em relação à qualidade das compressões e das ventilações e o debriefing efectuado, foram segundo Greif et al. (2015), Motola et al. (2013), Oermann et al. (2014) e Smith et al. (2008) fundamentais, já que se tratam de componentes críticos no processo de aprendizagem.

Comparando os enfermeiros que tiveram pior e melhor performance na primeira prática simulada (Tabela nº 10), importa desde logo notar a disparidade de ambos os grupos no que se refere à

formação em SBV. No grupo que apresentou melhor performance, 93% dos enfermeiros já alguma vez tinha realizado formação em SBV, contrariamente ao outro grupo, cuja percentagem não passa dos 62%. Para além disso, o grupo com melhor desempenho foi também aquele em que a formação foi mais recente e com algoritmos mais atualizados. Trinta e um por cento dos enfermeiros deste grupo que haviam realizado formação prévia, fizeram-no após 2015, o que significa que foi há menos de dois anos e de acordo com as últimas guidelines. Apenas uma percentagem reduzida (15%) havia realizado formação antes de 2010. Em oposição, no grupo com pior performance nenhum enfermeiro fez formação após 2015.

Greif et al. (2015) e Perkins et al. (2015), consideram que um período de um a dois anos entre as recertificações de competências em SBV é demasiadamente longo, já que passadas algumas semanas ou meses após a formação se verifica uma deterioração das competências. Alguns autores concluíram mesmo que passados 3 a 12 meses os enfermeiros haviam diminuído significativamente a sua performance. (Aqel & Ahmad, 2014; Bonacaro et al., 2014; Finn et al., 2015; Greif et al., 2015; Oermann et al., 2011a; Perkins et al., 2015; Rajeswaran & Ehlers, 2014) No artigo de Smith, Gilcreast, e Pierce (2008), apenas 63% dos enfermeiros obtiveram aprovação na prática simulada três meses após a formação inicial e 58% no final do primeiro ano. Acerca deste assunto, o Conselho Português de Ressuscitação (CPR, 2015, p. 11) defende que “Os intervalos de tempo para ser necessário repetir o treino irão diferir de acordo com as características dos participantes”, opinião também partilhada por Aqel e Ahmad (2014), Finn et al. (2015), Greif et al. (2015), Mpotos et al. (2015) e Perkins et al. (2015), alertando estes últimos que o intervalo deve impreterivelmente ser inferior a um ano. Para o CPR (2015), Finn et al. (2015), Mpotos et al. (2015) e Rajeswaran e Ehlers (2014), é indispensável a realização de práticas simuladas curtas e frequentes após a formação inicial em SBV, permitindo rentabilizar o tempo dos profissionais e treinar somente as competências de reanimação.

3.9 – Conclusão

A performance dos enfermeiros do SU em SBV antes da sessão formativa (referente à primeira prática simulada) ficou aquém do desejável, indo porém ao encontro dos demais resultados verificados noutros artigos. Contudo, constatou-se que quando existe prática simulada com manequins que fornecem feedback sobre as intervenções executadas e quando é realizado o

debriefing com o formador, a performance dos enfermeiros aumenta significativamente, como se verificou na segunda prática simulada, inclusivamente nas intervenções identificadas com pior performance na primeira prática. Os enfermeiros com melhor performance foram os que haviam realizado formação há menos tempo. Este facto prende-se com a dificuldade dos enfermeiros em reter competências de SBV durante longos períodos sem o treino das mesmas. É por isso recomendada a repetição de simulações práticas de curta duração com intervalos inferiores a um ano a todos os enfermeiros que prestam cuidados em contexto de SU, para desenvolver e manter competências de SBV.

O artigo elaborado com base no projeto de intervenção profissional acima descrito e de acordo com as regras da revista *Servir*, pode ser consultado no anexo L.

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Um dos principais objetivos do estágio, das atividades empreendidas no âmbito do mesmo e da concepção do presente relatório, para além do desenvolvimento das competências de especialista, prende-se com a aquisição das competências de mestre. O atual curso de mestrado em enfermagem prevê então a aquisição das seguintes competências de mestre:

1. Demonstra competências clínicas na concepção, 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 capacidades para integração de conhecimentos, tomada 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 proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersetoriais;
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)

No sentido de operacionalizar a sua aquisição e o desenvolvimento das competências de especialista durante este período formativo, submeti no início do estágio à docente orientadora e à supervisora clínica, um documento com o PE o qual identifica várias atividades que permitem concretizar este objetivo (anexo A). Apesar da realização de algumas destas atividades depender exclusivamente do meu empenho e trabalho pessoal, houve outras, que pelas suas características, estiveram dependentes de fatores circunstanciais, de terceiros e da casuística dos doentes que recorreram ao SU.

De modo a poder concluir com clareza sobre o grau de alcance e desenvolvimento das competências de mestre e especialista, nos subpontos seguintes irei realizar a avaliação de cada uma delas, fundamentando com fatos ocorridos e com evidências científicas.

4.1 – Competências de Mestre e Comuns de Enfermeiro Especialista

Atendendo a que a terceira competência de mestre e as duas primeiras competências de especialista pertencem ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e que grande parte das atividades previstas para o estágio são comuns e indissociáveis, estas competências surgem agrupadas e toda a fundamentação será apresentada em conjunto.

Competência de Mestre – nº 3:

- Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Competências de Especialista – A1 e A2:

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Fundamentação:

Na primeira semana de estágio realizei uma revisão geral do código deontológico dos enfermeiros (Ministério da Saúde, 1998), procurando antecipar algumas situações que pudessem ocorrer na prática clínica. Apesar de todas as premissas do código deontológico serem imprescindíveis, dei particular ênfase aos artigos 84º (do dever de informação), 86º (do respeito pela intimidade) e 89º (da humanização dos cuidados), uma vez que quer as características dos cuidados prestados, quer dos doentes críticos admitidos em SE e no SO, podem favorecer a mecanização das intervenções e o foco da nossa prática ser desviado para a componente tecnológica, em detrimento daquilo que é a essência dos cuidados de enfermagem, a pessoa e a sua família.

Considero que ao longo do estágio tive sempre como alicerce da minha conduta e das minhas intervenções o cumprimento do disposto no código deontológico dos enfermeiros, não só nos artigos relacionados com a prestação direta de cuidados, como também naqueles que se reportam à excelência do exercício (artigo 88º) e aos deveres para com a profissão (artigo 90º). Saliento a boa relação que penso ter conseguido manter com os colegas e restantes elementos da equipa multidisciplinar, ainda que este estágio tenha tido a particularidade de decorrer no meu local de trabalho, com o desafio acrescido de conseguir estabelecer uma diferenciação tangível entre o eu enquanto enfermeiro da ULSBA e o eu enquanto formando.

Em vários momentos (7ª, 10ª, 12ª, 14ª e 15ª semanas) me questioneei, refleti e partilhei com a supervisora clínica a minha opinião face às decisões da equipa sobre alguns doentes, uma vez que alguns raciocínios e tomadas de decisão “fugiram” um pouco do meu paradigma e “entraram em conflito” com as minhas experiências, vivências e convicções. Recordo-me de vários doentes que ao longo do estágio, quer pelos seus pesados antecedentes pessoais de multipatologia, quer pelo seu elevado grau de dependência, quer pelo grave *status* fisiológico, quer ainda pela severidade da doença que os afetava, me pareceram carecer antes de um tratamento conservador e focalizado na adoção de medidas de conforto e de controlo sintomatológico, ao invés de medidas que visassem a cura e a recuperação da condição aguda. Contudo, esta é uma reflexão pessoal e não disponho de dados objetivos relativos à sobrevida e à qualidade de vida destes doentes no momento da alta, ao primeiro mês, ou noutro intervalo de tempo, nem à relação custo-eficácia/ benefício dos tratamentos instituídos. Mais do que classificar ou objetar algumas decisões, julgo que o mais importante deste confronto de emoções e expectativas foi a possibilidade que esta vivência me deu de refletir, partilhar e discutir com a supervisora clínica a questão da limitação do esforço

terapêutico, quer do ponto de vista do enfermeiro, quer do doente, quer da família. Para além destes momentos pontuais de reflexão mais aprofundados, penso que ao longo do estágio baseei sempre as minhas decisões em princípios éticos relativamente à prestação de cuidados aos doentes críticos, privilegiando os seus direitos e os das suas famílias, bem como os direitos da equipa e assumi os meus deveres enquanto enfermeiro.

Ao longo do estágio prestei cuidados a 77 doentes e pude observar alguns enfermeiros do SU a prestar cuidados a muitos outros. De todas estas vivências refleti, questionei e adotei os meus modelos, no que concerne à prestação de cuidados de enfermagem com respeito pela proteção dos direitos humanos. Sem dúvida que o meu principal modelo foi a supervisora clínica, pois esteve presente em todos os momentos deste estágio. Confesso que dado o contexto do SU, mais concretamente da SE e do SO e as especificidades dos doentes e dos cuidados prestados, inicialmente houve momentos em que não estive tão atento às questões da privacidade dos doentes, procurando muitas vezes ser rápido na realização de intervenções que se afiguravam como urgentes e emergentes. Contudo, à medida que fui refletindo acerca desta questão e, com o contributo oportuno da supervisora clínica, penso que consegui atender à sua privacidade, sem comprometer o tempo de resposta nos cuidados prestados. Considero que esta foi uma aprendizagem muito importante para mim.

Relativamente ao respeito pelas crenças e pela autodeterminação dos doentes, julgo que tive sempre em conta a sua vontade. Lembro-me do caso de uma doente lúcida e orientada, com um quadro de insuficiência cardíaca com repercussão hemodinâmica, agravada por uma anemia severa, que mesmo depois de devidamente esclarecida não consentiu a realização de uma transfusão sanguínea, por ir contra os princípios defendidos pela sua religião. Apesar de ser perceptível que a sua decisão lhe iria trazer complicações, colaborei sempre na prestação de cuidados até à sua transferência para outro serviço, sem que a sua deliberação tivesse afetado o modo como cuidei e interagi com a mesma, demonstrando respeito e cordialidade.

No que diz respeito à confidencialidade esta nunca foi posta em causa, já que os diagnósticos médicos e de enfermagem nunca foram partilhados por mim com outras pessoas que não aquelas diretamente envolvidas na prestação de cuidados aos doentes. Para além disso, quer na realização dos “projetos minor” que desenvolvi no SU durante o estágio, quer na realização do projeto de intervenção profissional abordado no ponto três (projeto major), que inclusivamente foi submetido à aprovação das Comissões de Ética da ULSBA e da UE (anexo H), salvaguardei sempre a

confidencialidade dos participantes e o anonimato em relação aos dados colhidos.

Não considero terem existido situações em que tanto eu como a supervisora clínica tenhamos detetado que a privacidade ou a dignidade dos doentes tivesse sido posta em causa. Por outro lado, no que se refere à sua segurança, vários foram os momentos em que foi necessário acautelá-la, não por esta estar comprometida, mas pelo risco potencial de vir a ficar. Na 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 13ª e 16ª semanas cuidei de doentes com prescrição de amins e de outros fármacos em perfusão, tais como antiarrítmicos, vasodilatadores e anestésicos. Alguns dos doentes já se encontravam com os fármacos em perfusão, iniciados em turnos anteriores, enquanto noutros a prescrição foi iniciada por mim. Em todos os doentes que cuidei nestas circunstâncias, preocupei-me em conectar diretamente o sistema da seringa infusora ao cateter do doente, utilizando uma via diferente para cada fármaco. Nos doentes cujo fármaco em perfusão estava conetado através de torneira a um sistema de soro, desde o turno anterior, realizei as alterações necessárias para que o soro e os fármacos em bólus fossem administrados numa via acessória à da perfusão (a fundamentação para esta prática será realizada na justificação da competência B3). Para além disso, uma vez que a realidade mais comum no SU é a utilização de cateteres venosos periféricos, procurei que os fármacos em perfusão estivessem conetados a cateteres localizados num único membro superior, para que o outro membro ficasse disponível para a monitorização da tensão arterial, sem que a suspensão temporária do retorno venoso provocada pela insuflação da braçadeira causasse instabilidade hemodinâmica ou respiratória.

Para além deste exemplo, na 8ª, 10ª, 12ª, e 14ª semanas houve a necessidade de transferir doentes para a realização de MCD ou para outras unidades do HJJF. Em todas as transferências acautelei os riscos associados ao transporte dos doentes, nomeadamente através da realização de contacto telefónico prévio, da mudança do doente para o monitor de transporte, da manutenção dos parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos, da garantia da reserva de oxigénio, de baterias e de fármacos adequada, da disponibilidade de ambu, entre outras medidas.

Avaliação:

Atendendo à fundamentação realizada, considero que as competências supracitadas foram adquiridas e desenvolvidas.

- - -

No domínio da melhoria da qualidade, do qual fazem parte três competências de especialista e às quais se pode associar a quinta competência de mestre, optei novamente por fundamentar duas das competências de especialista em conjunto pelos seguintes motivos. O primeiro tem a ver com o facto de ambas as competências preverem a conceção e gestão de projetos e programas relacionados com a melhoria da qualidade. O segundo prende-se com o facto de uma das competências prever que o enfermeiro, durante o estágio, inicie e participe em projeto institucionais na área da qualidade. Uma vez que me parece que é pouco exequível e realista definir atividades de abrangência institucional num contexto de estágio com a duração de 16 semanas e, para obviar o facto de não conseguir realizar tamanha tarefa, preferi agrupar estas duas competências e projetar atividades que simultaneamente lhes deem resposta e as tornem exequíveis ao nível do presente estágio no SU.

Competência de Mestre – nº 5:

- Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersetoriais

Competências de Especialista – B1 e B2:

- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Fundamentação:

Relativamente à existência de projetos ou programas de melhoria da qualidade anteriormente realizados ou em fase de desenvolvimento no SU, procurei nas quatro primeiras semanas identificá-los com a colaboração da supervisora clínica. Identificámos alguns projetos em curso, que se prendem com a reorganização do posto de atendimento e vigilância e com a sistematização da abordagem ao doente vítima de trauma, bem como um projeto anterior, no qual estive envolvido como profissional do serviço, que está relacionado com a otimização da monitorização e do controlo da glicemia capilar no SO. Segundo a enfermeira supervisora, é objetivo do serviço identificar novas

áreas prioritárias de intervenção, para que mais enfermeiros da equipa possam ser envolvidos em projetos desta ordem, de modo a melhorar a qualidade assistencial aos doentes e às suas famílias. A mesma refere que o envolvimento dos elementos da equipa em projetos de melhoria contínua é indispensável, não só para uniformizar práticas cientificamente corretas, como para aumentar o sentimento de pertença dos profissionais em relação ao serviço, contribuindo para a motivação dos mesmos. Igual opinião foi constatada junto de vários enfermeiros do SU, que referiram que estes projetos são uma oportunidade para introduzir mudanças, inclusivamente do ponto de vista organizacional, permitindo ao serviço adequar-se e responder às necessidades decorrentes de uma procura crescente, como é o caso do posto de atendimento e vigilância, que tem contribuído para estabelecer uma maior proximidade com as famílias e para aumentar o espaço de vigilância e tratamento dos doentes no serviço.

Durante o estágio procurei sempre prestar cuidados aos doentes críticos, cumprindo e fazendo cumprir as indicações decorrentes dos projetos de melhoria da qualidade implementados. Assinalo com particular importância o referido projeto do SO, o qual se materializou numa norma/ protocolo institucional com o aval do Gabinete de Qualidade e do Conselho de Administração e do qual resultou um algoritmo que guia os profissionais para uma abordagem protocolada face à monitorização e à presença de hiperglicemia (anexo M). Nos vários turnos em que prestei cuidados a doentes críticos no SO, cumpri escrupulosamente o referido algoritmo no sentido de manter os valores de glicemia capilar dentro do intervalo de valores pretendido.

Relativamente aos domínios que poderão eventualmente ser alvo de projetos de melhoria da qualidade no SU, considero que o posicionamento dos doentes é uma área que carece de uma intervenção prioritária, já que no levantamento intersetorial que realizei nas primeiras quatro semanas (projeto minor 1), envolvendo uma amostra de 120 doentes dependentes, identifiquei uma percentagem elevada de doentes que não se encontrava devidamente posicionada (40%) e sem proteção das proeminências ósseas (71%), números que contribuem para um aumentando das queixas de dor e para o risco de desenvolver úlceras de pressão (anexo N). Outro domínio que me parece requerer de melhoria do ponto de vista da prestação de cuidados de enfermagem, prende-se com a conexão/ administração de fármacos através de seringa infusora. Frente a frente estavam duas práticas: por um lado, a administração de um fármaco em seringa diretamente conetado ao cateter do doente (prática que aprendi num ensino clínico [EC] da pós-licenciatura realizado no Hospital Garcia de Orta) e, por outro, a administração do fármaco conetado a um sistema com soro em curso (prática da maioria dos enfermeiros deste SU). No sentido de caracterizar esta realidade e de resolver o impasse supracitado, contribuindo quer para a implementação de um procedimento

multidisciplinar comum entre todos os enfermeiros e médicos do SU, quer para a diminuição do risco de intercorrências deletérias para os doentes, durante o estágio desenvolvi dois projetos menores complementares, cuja descrição terá lugar na justificação das competências B3 e D2.

Durante as primeiras quatro semanas de estágio e, com o apoio da supervisora clínica, dediquei-me à supervisão e avaliação do protocolo de controlo da glicemia capilar do SO referido acima (projeto minor dois), que estava em curso há cerca de um ano. Consultei aleatoriamente os processos de 50 doentes que estiveram internados nos últimos três meses neste setor, o que permitiu fazer um balanço sobre o grau de cumprimento do protocolo pelos enfermeiros do SU. Constatei que em 77.8% dos doentes com glicemia capilar superior a 160 mg/dl e com esquema de insulina prescrito pelo médico ou presente no protocolo, os enfermeiros não procederam à correção da hiperglicemia com insulina *actrapid*. Apesar de ser uma situação em que o risco para o doente não é tangível no momento da prestação de cuidados, creio que não se pode negar a evidência científica apresentada por Krinsley (2011), Liu et al. (2012) e Zhen et al. (2013), que comprovaram a ocorrência de pior prognóstico nos doentes com valores de glicemia mais elevados. Aproveitei ainda esta oportunidade para comparar estes resultados com os resultados obtidos em dois estudos anteriores, o primeiro antes da implementação do protocolo no SO e o segundo após três meses da sua implementação. Os resultados obtidos e que estão disponíveis no anexo O, comprovam que para além de existir um protocolo é necessário outro tipo de medidas que levem os enfermeiros a aderir ao correto cumprimento do mesmo.

Desde o primeiro turno e durante a totalidade do estágio, foi prática corrente da supervisora clínica questionar-me e fomentar a reflexão crítica sobre os cuidados prestados aos doentes, promovendo desta forma não só uma avaliação da sua qualidade, como também a melhoria dos mesmos. Na maioria das circunstâncias consegui realizar uma reflexão correta e fornecer uma resposta acertada, tendo em conta as evidências científicas existentes e, nas restantes situações, procurei documentar-me à posteriori. Este processo de avaliação da qualidade dos cuidados prestados aplicou-se tanto aos doentes do foro médico, como aos do foro cirúrgico/ ortopédico/ traumático.

Avaliação:

Conforme relatado, todas as atividades projetadas no PE foram concretizadas, o que me permitiu adquirir e desenvolver as competências em análise.

- - -

Competências de Especialista – B3:

- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Fundamentação:

Apesar do local de estágio ser simultaneamente o meu local de trabalho, quis aproveitar esta oportunidade para fazer algo diferente do dia a dia, para me distanciar em relação à prática habitual e para explorar características do serviço que até agora não tinha valorizado devidamente. Assim, dediquei as duas primeiras semanas de estágio a identificar e explorar as particularidades dos recursos físicos, dos materiais e dos equipamentos do SU. Através deste exercício de observação e de pesquisa bibliográfica posterior, nomeadamente através do estudo dos manuais de utilização do ventilador Oxylog 3000, das seringas B-braun^R, dos monitores Philips Intellivive e dos Lifepack 9, 12 e 20, familiarizei-me com um maior número de funcionalidades de cada um destes equipamentos. Para mim foi notório o benefício deste exercício no contexto da prestação de cuidados aos doentes críticos, pois não só aumentou a minha destreza e rapidez no manuseamento destes equipamentos, como também a segurança aliada à tomada de decisão e à prestação de cuidados aos doentes, sempre que utilizei os referidos equipamentos.

Para além disso, realizei uma listagem completa e descritiva de todos os recursos físicos, materiais e humanos do SU, de modo a poder dar resposta ao ponto dois deste relatório. Aproveitando este levantamento e o facto da check-list do material, equipamento e fármacos de emergência já ter mais de 10 anos e estar desatualizada face a alguns equipamentos mais recentes, em conjunto com os colegas em estágio reformulámos o referido documento. (anexo P) A check-list anterior ocupava três folhas e a atual ocupa apenas uma, o que se traduz numa poupança anual de mais de 700 folhas, estando contudo mais completa que a anterior. O documento foi reformulado com base não só no equipamento existente no SU, mas também em bibliografia relevante e atual e está a aguardar a aprovação da chefia do serviço para ser implementado. Face ao apresentado, estou convicto que este instrumento irá contribuir para garantir a segurança das pessoas em situação crítica, que venham a ser futuramente assistidas neste SU.

Tal como já fiz referência, durante as primeiras quatro semanas decidi realizar os projetos minor que tinha planeado para este período de estágio (contemplados no documento de PE). Através da

realização destes projetos, pude identificar algumas situações da prática global da equipa de enfermagem, que ao serem otimizadas poderão diminuir o risco potencial associado à prestação de cuidados aos doentes, nomeadamente aos que se encontram em situação crítica. Refiro-me mais concretamente à administração de fármacos vaso e cardioativos através de seringa infusora, que no SU em 94 % dos casos observados (n=33) foram administrados mediante a conexão a um sistema com soro, através de torneira, ficando à mercê da influência não controlada da alteração do ritmo do soro na infusão do fármaco. Pelos números apresentados decorrentes do projeto minor três, esta parece ser uma situação pouco preocupante para a prática do dia a dia da grande maioria dos enfermeiros do SU. Contudo, considero que não deve ser descurada, sobretudo na prestação de cuidados a pessoas em situação crítica, já que a mínima oscilação na velocidade de infusão de fármacos simpaticomiméticos (por exemplo) se pode correlacionar com alterações hemodinâmicas significativas, potencialmente deletérias para os doentes. No anexo Q apresento os resultados deste projeto minor.

Ao longo do estágio muitas foram as oportunidades que tive para observar e aprender com a supervisora clínica e com alguns dos restantes elementos da equipa, sobre os principais pressupostos necessários à criação de um ambiente seguro para o doente, para a sua família e para a equipa. Desde logo a observação atenta, a reflexão e a discussão com os colegas sobre as suas práticas, permitiu-me realizar um confronto concetual com o modo como realizo as minhas intervenções no meu dia a dia. Um exemplo simples deste aspeto e com grande influência na segurança do doente, prende-se com o modo como os fármacos em seringa infusora devem ser manuseados. Isto é, comecei a adotar como minha prática a adaptação de uma torneira de proteção na extremidade da seringa infusora (antes do prolongador), para evitar a administração de bólus acidentais nos fármacos com maior repercussão hemodinâmica e respiratória, sobretudo nos momentos em que é necessário manipular, trocar ou substituir as seringas. Para além de ter realizado esta aprendizagem no âmbito da segurança do doente crítico, pude também mudar um comportamento pessoal, que para mim se assume como fundamental para a prestação de cuidados do meu dia a dia.

Também acerca da criação de condições de segurança para as famílias dos doentes e para a equipa, aprendi bastante com a supervisora clínica e com alguns colegas no decorrer do estágio, nomeadamente se analisar esta questão do ponto de vista do controlo de infeção. Neste SU, à semelhança da maioria dos SU do país, em que o espaço físico é limitado, as áreas clínicas de avaliação e tratamento são escassas e o afluxo de doentes é grande, apesar de existir a preocupação com o controlo de infeção, a capacidade de implementar medidas efetivas e sistemáticas está por

vezes dificultada, sendo por este motivo uma das minhas lacunas. Durante o estágio, nomeadamente na 4ª, 7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 12ª semanas, tive a oportunidade de me dedicar com maior efetividade à reflexão conjunta com a supervisora clínica e alguns colegas, sobre as minhas intervenções enquanto enfermeiro no SU, o que contribuiu para o desenvolvimento da competência relacionada com a criação de um ambiente terapêutico seguro. Refiro-me concretamente à adoção sistemática de medidas de proteção individual e da promoção da proteção dos familiares dos doentes, fornecendo aos mesmos indicações expressas e personalizadas para cumprirem com a desinfeção alcoólica das mãos. Em outros casos, nomeadamente na 9ª e 14ª semanas, nas quais cuidei de doentes com diagnóstico de infeção multirresistente no SO, decidi colocar algumas restrições quanto ao número de visitas aos mesmos, para além fornecer aventais e uma máscaras, com o propósito de diminuir o potencial de transmissão. De modo a criar um ambiente terapêutico mais seguro, apesar das contingências físicas do serviço, procurei ter sempre as cortinas que circundam as unidades dos doentes, corridas, dado a partilha do espaço da SE e do SO com outros doentes.

Uma vez que não se registaram acidentes ou alterações hemodinâmicas ou respiratórias nos doentes sob perfusão de fármacos por seringa e que não foram documentados casos de infeções cruzadas entre doentes e/ ou envolvendo familiares, julgo que as medidas aprendidas e adotadas foram eficazes.

À medida que tenho vindo a realizar o meu percurso de desenvolvimento profissional, quer através do cumprimento dos estádios descritos por Benner (2001), essencialmente decorrentes da prática clínica do dia a dia, quer da aquisição de novos conhecimentos e competências, decorrentes da frequência da pós-licenciatura e do atual mestrado, tenho ficado mais desperto para a relevância do papel do enfermeiro especialista no seio da equipa, nomeadamente no âmbito da gestão do risco. A supervisora clínica e outros especialistas, assumiram sempre a liderança das tomadas de decisão e supervisionaram e orientaram os colegas visando a minimização dos riscos envolvidos na prestação de cuidados aos doentes críticos. Esta conduta foi evidente quer nos turnos em que estive envolvida comigo na prestação de cuidados, quer naqueles em que estive em funções de chefe de equipa. Esta aprendizagem foi também importante para mim, pois permitiu-me compreender o alcance que a intervenção de um enfermeiro especialista pode ter, nomeadamente nos turnos de chefia, aprendizagem só possível pela disponibilidade mental e situacional que este estágio me proporcionou.

De acordo com o que documentei na justificação do desenvolvimento das competências A1 e A2, julgo ter demonstrado respeito pela individualidade, pelas preferências, pelas crenças e pela cultura

dos doentes cuidados, tentando atender da melhor forma possível às suas necessidades físicas e psicossociais, enquanto pessoas singulares capazes de se autodeterminar. Nos doentes que pela gravidade da sua condição não apresentaram um nível de consciência que lhes permitisse comunicar, prestei cuidados atendendo aos seus melhores interesses e necessidades presumidas e escutei e respeitei a vontade dos familiares, sempre que isso esteve ao meu alcance. Aponto como exemplo uma doente lúcida e orientada, proveniente de um país com uma cultura diferente, que manifestou preferência por ser cuidada por uma enfermeira. Tendo havido essa possibilidade, a sua vontade foi cumprida e os procedimentos invasivos e que implicaram a exposição da doente foram realizados por uma colega e uma assistente operacional (AO).

Durante o período de estágio não se registaram situações significativas em que houvesse a necessidade de estimular a equipa a adotar medidas de gestão do risco. Todos os colegas, AOs e médicos que prestam cuidados no SU passaram por um processo de integração formal e na sua maioria são profissionais com vários anos de experiência na prestação de cuidados e no tratamento de doentes críticos em contexto de urgência, pelo que apresentam princípios de gestão do risco bem interiorizados.

Avaliação:

Por tudo o que foi apresentado acima, considero ter desenvolvido a competência supracitada.

- - -

Atendendo a que tanto a primeira competência de mestre, como duas das competências de especialista se reportam à liderança, supervisão e gestão dos cuidados, da equipa e dos recursos, as atividades previstas para a aquisição e desenvolvimento das mesmas foram traçadas em conjunto. Por esse motivo, apresento abaixo uma fundamentação conjunta das competências.

Competência de Mestre – nº1:

- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

Competências de Especialista – C1 e C2:

- 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.

Fundamentação:

Ao longo do estágio pude compreender todas as funções, responsabilidades e deveres de um enfermeiro em funções de chefe de equipa, uma vez que auxiliei por várias vezes a supervisora clínica nos turnos em que esta foi chefe. Os turnos iniciaram-se com a escuta atenta da passagem de turno do chefe de equipa do turno anterior, dos enfermeiros e dos AOs, de modo a poder fazer um ponto de situação global. Considero que esta tomada de conhecimento foi fundamental, uma vez que nos permitiu efetuar decisões ponderadas sobre as situações que iam surgindo ou sobre algumas especificidades relacionadas com a prestação de cuidados aos doentes presentes no SU, com base no conhecimento prévio sobre o serviço (recursos disponíveis, materiais e equipamentos em falta, entre outros).

No decorrer do turno a chefe de equipa passou várias vezes por todos os setores e procurou tomar conhecimento, junto dos enfermeiros responsáveis por cada setor, de alguma intercorrência ou dificuldade relacionada com a prestação de cuidados de enfermagem, de modo a poder colaborar na sua resolução. Para além destas atividades e do habitual apoio relativo à prestação de cuidados no SO, a supervisora clínica fez também questão de estar presente na SE sempre que um doente crítico chegava ao serviço, de modo a colaborar com o colega desta sala e a verificar se seria necessário reunir mais recursos físicos, materiais ou humanos para proporcionar os cuidados mais adequados aos doentes.

Para além do referido, alguns chefes de equipa entre os quais a supervisora clínica, demonstraram ter por hábito monitorizar os tempos de espera para a triagem, para a primeira observação médica e para os cuidados de enfermagem e, sempre que necessário, reajustaram a distribuição da equipa para fazer face às dificuldades surgidas, evitando sobrecarga de trabalho

nalguns setores e o descontentamento dos profissionais e dos utentes. Esta decisão acaba também por se repercutir positivamente na qualidade dos cuidados prestados e na segurança dos doentes.

Durante o estágio tive ainda oportunidade de realizar três turnos com a supervisora clínica (7ª, 8ª e 14ª semanas: 17/11, 25/11 e 04/01, respetivamente), nos quais as suas funções foram de gestão do serviço (no gabinete), desenvolvendo atividades relacionadas com o processamento das trocas entre os enfermeiros do serviço, com a elaboração dos planos de trabalho semanais dos enfermeiros e dos AOs, entre outras tarefas. Estes planos de trabalho são uma pedra angular do funcionamento e da organização do trabalho no SU, ficando definido semanalmente qual o enfermeiro e o AO que ficará escalado em cada um dos setores nos vários turnos da semana seguinte. A elaboração de um plano como estes implica um conhecimento profundo e alargado quer do SU, quer das notas de serviço elaboradas pelo chefe de serviço e que dão conta dos critérios a reunir pelos enfermeiros, para serem escalados em determinados setores como é o caso da SE e da pequena cirurgia/evacuações. Assim sendo, tive de rever as notas de serviço na véspera destes turnos, de modo a poder colaborar com a supervisora clínica na elaboração dos planos. Considero que foi uma das atividades mais complexas deste estágio, implicando um esforço mental elevado, não só para respeitar as premissas supracitadas, como também para gerar um sentimento de igualdade de oportunidades entre os colegas da equipa. Para a supervisora é fundamental que isto aconteça, de modo a proporcionar uma liderança respeitada e uma equipa agradada e motivada.

Tomar consciência de toda esta dinâmica empreendida pela supervisora clínica enquanto chefe de equipa, constituiu para mim uma grande aprendizagem e colocou-me inicialmente em conflito interno com a minha conceção pré-existente da figura de chefe de equipa, que dava conta de um elemento menos participativo e com menor autonomia. Contudo, com a possibilidade proporcionada pelo estágio de voltar a analisar o meu contexto de trabalho de uma forma mais crítica, refletida, menos apressada e menos automatista, foi possível constatar que existem alguns enfermeiros que assumem verdadeiramente a função de chefe de equipa e se constituem ao longo do turno como uma referência para todos os outros elementos. Pela análise e reflexão da atitude, do comportamento e das intervenções da supervisora clínica nos turnos de chefia de equipa, constatei que se tratou de um elemento ativo no seio da mesma, envolvendo-se inúmeras vezes na prestação direta de cuidados, demonstrando estar ao lado dos colegas para ultrapassar as dificuldades. Assim, a somar às atividades descritas mais vocacionadas para a organização do serviço, a chefe de equipa assumiu também responsabilidades na componente clínica.

Procurando classificar o estilo de liderança da supervisora clínica enquanto chefe de equipa, consultei uma das obras clássicas de Chiavenato (1987, p. 193), que afirma “a liderança é necessária em todos os tipos de organização humana (...)” e define-se como “a influência interpessoal exercida numa situação e dirigida através do processo de comunicação humana à consecução de um ou de diversos objetivos específicos”. Constatei que atendendo à dinâmica do SU, ao afluxo não controlado de doentes, de situações clínicas e de necessidades humanas e à própria conduta da supervisora clínica, não é possível atribuir-lhe com 100% de clareza um estilo de liderança único. O mais aproximado é sem dúvida o estilo democrático, uma vez que na grande maioria das vezes esta tentou ser um membro “normal” da equipa, dando a possibilidade ao grupo de tomar decisão sobre vários assuntos e de debater ideias e soluções. Contudo, pelas características do serviço e pela emergência de algumas situações, em momentos pontuais a chefe de equipa teve de assumir, temporariamente, uma postura mais diretiva e menos consultiva, com características que mais se aproximaram de um líder autocrático. Na verdade, não me pareceu desadequado que assim fosse, pois as circunstâncias requeriam uma solução imediata para que a prestação de cuidados aos doentes não ficasse comprometida. O resultado destas intervenções foi positivo, já que as situações se conseguiram controlar em tempo útil. Concorrendo para a mesma conclusão, Chiavenato (1987) refere que este estilo de liderança é aquele que permite produzir uma maior quantidade de trabalho, o que acaba por justificar a necessidade da sua adoção em circunstâncias específicas.

Apesar de ter definido como atividade para este estágio apreciar e identificar o estilo de liderança da supervisora clínica, pela experiência vivenciada percebi que num serviço como este, talvez seja mais correto classificar o líder tendo em conta as teorias situacionais e não a teoria dos estilos de liderança. Para Chiavenato (1987), as teorias sobre estilos de liderança não contemplam variáveis situacionais no processo de liderança, o que num serviço muito dinâmico e imprevisível leva a que a classificação atribuída ao líder seja incompleta. Por outro lado, “As teorias situacionais partem do princípio que não existe um único estilo de liderança para toda e qualquer situação (...)”, mas antes “(...) cada tipo de situação requer um tipo de liderança diferente para se alcançar a eficácia (...)” (p. 199, 200). Neste sentido, julgo que se torna mais coerente a atribuição dos dois estilos de liderança que realizei anteriormente acerca da supervisora clínica, do que a atribuição de um estilo único. Esta atividade de análise e reflexão com a supervisora ocorreu na 4ª, 7ª e 12ª semanas, momentos em que reunimos formalmente para discutir vários assuntos relacionados com o estágio e com o processo de aquisição e desenvolvimento de competências. Aproveitei também estes momentos para identificar e refletir sobre as principais dificuldades inerentes à função de chefe de equipa, o que contribuiu para o meu crescimento pessoal e para o desenvolvimento destas competências. Segundo a mesma, os atos de gestão e liderança devem procurar gerar harmonia, bem-estar e

motivação no seio da equipa, motivo pelo qual devem ser ponderados, refletidos e sempre que possível antecipados, evitando assim ao máximo as decisões de “última hora” e de recurso, pois são estas que poderão propiciar mais falhas e causar mais desagrado, fragilizando a imagem do líder. Deu como exemplo a distribuição dos elementos da equipa pelos setores do serviço, referindo que este é um trabalho demorado que deve ser realizado com antecedência e ponderação, para que se consigam cumprir os critérios anteriormente referidos. Salientou ainda que considera indispensável delegar tarefas nos elementos da equipa, não só para demonstrar que deposita confiança nos mesmos, como também para reconhecer e valorizar o seu esforço e empenho. A supervisão dos cuidados e o elogio pela sua qualidade, eficácia e eficiência, são também parte desta receita enunciada pela supervisora clínica.

Relativamente aos restantes chefes de equipa do SU, importa referir que desta observação, análise e reflexão atenta realizada durante o estágio, foi possível constatar que a grande maioria também se caracteriza por apresentar um perfil predominantemente democrático. Contudo, quanto a mim, alguns deles não assumem a globalidade das funções e responsabilidades descritas anteriormente, adotando uma atitude de maior passividade. Não considero que em momento algum esse *modus operandis* tenha colocado em causa a segurança dos doentes, mas julgo que uma participação mais interventiva poderia ter contribuído para a elevação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no turno.

No que diz respeito à minha intervenção no âmbito destas competências, para além de me tentar inteirar das funções de chefe, colaborei com a supervisora na organização e coordenação da equipa e na gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem e das tarefas delegadas (9ª, 12ª e 13ª semanas). Recebi o turno, auxiliei os colegas no processo de prestação de cuidados nos setores em que a demora na prestação de cuidados de enfermagem estava aumentada, transferi doentes (8ª e 14ª semanas) e dei apoio na SE e no SO. Uma vez que o âmbito do estágio não previa, nem seria exequível adquirir autonomia na liderança e gestão da equipa, creio que as atividades realizadas foram as indicadas para desenvolver estas competências.

Relativamente à gestão dos recursos e dos cuidados de enfermagem aos doentes que tiveram sob minha responsabilidade durante o estágio, considero que desde o primeiro turno procurei participar na tomada de decisão da equipa multidisciplinar, contribuindo com informação que tivesse colhido e com o meu parecer fundamentado em raciocínios lógicos e de cariz científico. Penso também que o meu nível de intervenção neste âmbito foi crescente e que tanto se aplicou aos doentes críticos do foro médico, como aos doentes vítimas de trauma, nomeadamente na 7ª, 8ª, 10ª e 14ª semanas.

As oportunidades supracitadas revelaram ser uma grande ajuda para o meu processo de desenvolvimento das competências relacionadas com a gestão e com a liderança da equipa, dos recursos e dos cuidados, vindo complementar as atividades realizadas nos ECs da pós-licenciatura frequentada anteriormente.

Avaliação:

Face ao exposto, considero ter atingido e desenvolvido as três competências em análise.

- - -

Competência de Especialista – D1:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Fundamentação:

Aproveitei este momento de prática profissional para aprofundar o meu autoconhecimento em relação ao modo como estabeleço relações com os doentes críticos e com as suas famílias, ao modo como faço a gestão dos sentimentos provenientes da prestação de cuidados a doentes com graves afeções das funções vitais e ao modo como me insiro e revejo no contexto da equipa multidisciplinar. No sentido de tornar esta “experiência” mais completa e para complementar e reforçar os momentos práticos da prestação de cuidados, decidi dedicar a terceira e a quarta semanas de estágio a estudar em casa dois manuais de psicologia. Um deles prende-se com a intervenção psicológica em situações de emergência (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2007) e nele procurei adquirir algumas ferramentas que me permitam compreender e comunicar de forma efetiva e assertiva com o doente crítico e com a sua família, gerindo os seus sentimentos e emoções em prol do benefício terapêutico e o outro prende-se com a linguagem corporal (Pease, 1981), um clássico que pretende capacitar o leitor para interpretar a comunicação não verbal, quanto a mim essencial na prestação de cuidados a doentes críticos, uma vez que muitos deles não conseguem falar.

Apesar de ao longo do estágio ter refletido por vários momentos sobre todas estas questões, identifico três momentos formais em que realizei uma análise mais aprofundada com a supervisora

clínica, nomeadamente na 7ª, 12ª e 15ª semanas, momentos em que reunimos para avaliar o meu percurso formativo. Desta avaliação em relação ao saber-ser e ao saber-estar, resulta a conclusão de que ao longo do estágio tive um percurso crescente e sustentado de melhoria, já que na sétima semana me autoavalei com 85% e desde a 10ª semana a percentagem foi sempre igual ou superior a 90%, chegando na 13ª semana aos 95%, valor que julgo ter conseguido manter até ao final. Considero por isso que pelas suas particularidades, este estágio se constituiu como uma oportunidade única para crescer enquanto profissional, já que aprendi a lidar com a insegurança que os doentes críticos por vezes me transmitiam, quer pela sua gravidade clínica, quer pela multiplicidade de equipamentos que lhes suportavam a vida. Gradualmente e, através do estudo focalizado dos manuais de utilização dos monitores, ventiladores e seringas que referi anteriormente (competência B3), fui ganhando confiança para manipular os equipamentos e para mobilizar os doentes e a autonomia que já sentia na prestação de cuidados foi-se também ela alicerçando numa prática mais consciente e mais segura, não tendo sido afetada pelos sentimentos e emoções gerados pela prestação de cuidados em situações de maior pressão psicológica, decorrentes da criticidade dos doentes. Reconheço, contudo, que o estabelecimento de comunicação terapêutica com doentes sedados e ventilados foi em alguns momentos descorada, em particular nas primeiras semanas, por estar mentalmente ocupado em aprofundar conhecimentos sobre o funcionamento dos equipamentos supracitados. A partir do momento em que essa aquisição já estava realizada, senti que a comunicação com os doentes se tornou espontânea, natural e necessária, nas interações que estabeleci com os mesmos.

Relativamente à interação com as famílias dos doentes, esta foi possível durante todo o estágio, quer nos momentos da visita no SO, sendo estes por vezes condicionados pela admissão, transferência ou instabilidade de algum doente, quer sempre que possível na SE, embora aqui as visitas fossem mais curtas e mais condicionadas pela imprevisibilidade da utilização da sala. Em quase todas as semanas de estágio consegui interagir com as famílias e criar uma relação que considero terapêutica, não só por ter praticado escuta ativa e validado os seus sentimentos e emoções, como por ter procurado desconstruir os medos não fundamentados e atribuir um significado racional aos acontecimentos ocorridos. Este processo de “racionalização” que remove a carga de incerteza associada ao desconhecimento da situação e que procura dar a conhecer as várias possibilidades daquilo que poderá vir a ocorrer com o doente, está descrito no livro de intervenção psicológica do INEM (2007) como um fator fundamental para a atribuição da sensação de autocontrolo. Revelou-se por isso essencial para alcançar o objetivo de trazer confiança e serenidade às famílias, diminuindo-lhes o sofrimento e ganhando a sua colaboração e reconhecimento. Sob este

ponto de vista considero que cresci e aprendi bastante, aliando a teoria e a prática proporcionada por este período formativo.

Ao longo de todo o estágio tive oportunidade de observar o comportamento e a postura que os enfermeiros especialistas, os chefes de equipa e a supervisora clínica, adotaram perante si próprios, perante os doentes e perante a equipa multidisciplinar. Percebi que em relação aos mesmos tenho muito a aprender e a trabalhar, nomeadamente no que diz respeito ao autoconceito e no estabelecimento de relações com a equipa multidisciplinar. Talvez pelo facto de estar inserido numa equipa em que a larga maioria dos chefes de equipa têm uma idade bem superior à minha, sinto que ainda careço de à vontade para me afirmar e assumir as competências que tenho vindo a adquirir, a trabalhar e a desenvolver, quer durante a pós-licenciatura, quer neste estágio. Os anos de experiência profissional são importantes, mas o investimento na aquisição de novos conhecimentos e competências para uma prestação de cuidados baseada nas mais recentes evidências científicas não o são menos. Daí que reconheço que preciso ser eu a fazer um esforço pessoal, para saber em primeira instância assumir as minhas competências e, por outro lado, transmitir segurança à equipa nos cuidados que presto e na forma como os concretizo, procurando sempre fundamentar a minha prática. Contudo, penso que em relação ao meu autoconceito existe uma parte do percurso que já está realizada e que se prende com a exigência pessoal que tenho comigo próprio e com os cuidados que presto. Na tentativa de empreender mudanças pessoais que me permitam assumir como enfermeiro especialista e futuro chefe de equipa, considero que é fundamental zelar pela exigência dos cuidados prestados e pela “elevação da fasquia” no que à qualidade dos mesmos diz respeito, já que no seio de uma equipa cabe ao enfermeiro especialista ser um modelo de boas práticas e só isso trará reconhecimento dos pares. A OE defende que este comportamento não deve ser facultativo, mas sim obrigatório e que cabe ao enfermeiro especialista gerir “(...) os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (OE, 2011a, p. 8649). Acrescenta ainda que “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/ garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados.” (OE, 2015a, p. 17243). Considero que pela disponibilidade e distanciamento que este estágio me proporcionou em relação à minha prática do dia a dia, tive oportunidade de observar alguns enfermeiros especialistas com estas características bem assumidas e que me permitiram concebê-los como modelos para este meu processo de adaptação e crescimento pessoal e profissional. Por vários momentos expus e discuti com a supervisora clínica as dificuldades que sinto no meu dia a dia e, em conjunto, colocámos hipóteses de resolução e discutimos alternativas. Pude também compreender a forma como esta participa ativamente nos processos de

tomada de decisão em relação à prestação de cuidados aos doentes críticos, orientando e transmitindo conhecimentos aos colegas da equipa.

Nos turnos de chefia da equipa (9ª, 12ª e 13ª semanas) pude não só compreender a forma como a supervisora clínica prevenia e geria os conflitos existentes, como também auxilia-la nessa tarefa. Na verdade, não ocorreu nenhum conflito de gravidade assinalável em que tivéssemos de intervir fazendo uso dos vários recursos disponíveis na instituição. A prevenção dos mesmos começava desde logo assegurando que o plano de trabalho elaborado na semana anterior era cumprido no início de cada turno. Contudo, sempre que se verificasse a falta de um colega ou de um AO ou uma troca que gerasse incompatibilidade relativamente aos critérios previamente definidos para a elaboração do plano de trabalho, cabia ao chefe de equipa antecipar-se a esta situação e realizar os ajustes necessários no mesmo. Estas alterações “cirúrgicas” que por vezes eram necessárias no início do turno, revelaram-se fundamentais não só para prevenir conflitos, como também para fazer cumprir as deliberações do chefe de serviço (previamente comunicadas em notas de serviço) e evitar ainda a sobrecarga de trabalho em alguns setores do SU, mantendo um equilíbrio adequado da equipa.

Para além destas medidas, mantivemos uma monitorização apertada de todas as dinâmicas do serviço, no sentido de reajustar recursos e de intervir atempadamente impedindo que os conflitos se gerassem. Escutámos sempre os elementos da equipa, não obstante de tomar as decisões que considerámos serem as mais corretas para solucionar os conflitos. Em todos os momentos percebi que as decisões foram respeitadas e concretizadas pela equipa de enfermeiros e de AOs, apesar de em alguns momentos poderem não agradar totalmente à plenitude dos intervenientes.

Todas estas experiências foram momentos únicos que me ajudaram a fazer um diagnóstico do meu autoconceito e que me orientaram relativamente às mudanças que ainda preciso operar, para me assumir como enfermeiro especialista e futuro chefe de equipa, quer no seio da equipa de enfermagem, quer no seio da equipa multidisciplinar, de modo a dar cumprimento ao disposto nos regulamentos acima mencionados.

Avaliação:

De acordo com a fundamentação realizada acerca da minha intervenção neste estágio, considero que a competência abordada foi desenvolvida.

- - -

As competências de mestre e de especialista que fundamento abaixo podem ser englobadas no mesmo domínio, uma vez que se reportam aos conhecimentos científicos essenciais à prestação de cuidados de enfermagem especializados, à investigação científica que os produz e ao complexo processo de formação e disseminação da evidência científica pelos enfermeiros.

Competências de Mestre – nº 2 e nº 6:

- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 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.

Competência de Especialista – D2:

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

Fundamentação:

Durante a 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 9ª, 10ª, 11ª 12ª e 13ª semanas, revi os conteúdos abordados nas aulas de Enfermagem Médico-Cirúrgica II e III da pós-licenciatura e nas aulas da pós-graduação de emergência e trauma, ambas frequentadas anteriormente. Realizei ainda alguma leitura autónoma de artigos e manuais sobre a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas em situação crítica, nomeadamente a doentes com necessidade de suporte ventilatório e a doentes vítimas de trauma grave. Para além disso, procurei também estudar alguns conteúdos sobre monitorização hemodinâmica invasiva, pois apesar deste nível de monitorização não estar disponível no SU, considerei que seria uma oportunidade para rever o tema, previamente mobilizado nos ECs da pós-licenciatura. Assim sendo, fui tirando apontamentos sobre a pressão arterial invasiva, a linha arterial e a sua curva no monitor, a pressão venosa central e os seus valores de referência e a pressão de pulso e a sua relação com a ventilação mecânica (em modalidade controlada). Com este

trabalho de casa quase diário, senti que os conhecimentos teóricos estiveram presentes desde os primeiros dias de estágio, revelando a autoavaliação que ia realizando acerca do saber-saber uma progressão sempre crescente. Esta percentagem nunca foi inferior a 90 % até à sétima semana, tendo havido inclusivamente vários turnos em que me autoavalei com uma percentagem de 95 % até ao final do estágio.

Contudo, a progressão sustentada que senti ao nível do saber-saber e a sua conciliação com o saber-fazer não adveio apenas deste estudo. Tal como já havia referido anteriormente, nas duas primeiras semanas tirei apontamentos sobre todos os equipamentos disponíveis para a prestação de cuidados no SU (monitores, seringas, ventiladores, entre outros), não só como forma de preparar este relatório, mas também para consultar os manuais de utilização disponibilizados pelas marcas. Procurei conhecer os modos ventilatórios de cada ventilador, as suas indicações, possibilidades e limites e as opções de cada botão, de modo a facilitar a componente prática, nomeadamente a prestação de cuidados. Esses apontamentos revelaram-se úteis, pois por mais do que um momento tive necessidade de recorrer a eles para esclarecer dúvidas durante o estágio, evitando questionar a supervisora clínica e demonstrando desta forma autonomia e iniciativa para procurar respostas para as minhas próprias questões.

Com o objetivo de aumentar os meus conhecimentos e de melhorar a qualidade da minha prestação de cuidados em doentes com patologias do foro respiratório, no dia 30/11 (nona semana) assisti a uma sessão formativa na sala de conferências da ULSBA, intitulada “Técnicas inalatórias na prática clínica: quando, como e porquê?”. Esta sessão teve a duração aproximada de três horas e nela participaram como preletores enfermeiros, médicos e técnicos de cardiopneumologia. Para além de formando, tive também a oportunidade de contribuir como formador, apresentando o tema “O papel do enfermeiro no ensino da técnica inalatória”, vocacionado para a prestação de cuidados em contexto de SU. Considero que esta oportunidade foi uma experiência muito rica, pois para além de gratificante, levou-me a realizar um largo trabalho de pesquisa e de revisão, de modo a poder preparar a apresentação. (ver anexo R)

Face ao descrito, penso que posso afirmar que procurei sempre 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. Procurei também partilhar com a supervisora clínica e com outros enfermeiros da equipa os conhecimentos que ia adquirindo em várias áreas e debati com eles a sua aplicabilidade na prestação de cuidados no contexto da SE e do SO. Várias discussões se geraram e uma delas levou-

me mesmo a difundir informalmente (6ª, 7ª, 10ª e 14ª semanas) pela equipa os resultados de uma investigação/ experiência empírica que realizei nas primeiras quatro semanas de estágio e que se prende com a utilização das seringas infusoras B-braun^R (projeto minor 4). Debatia-se a velocidade mínima da seringa infusora para manter a permeabilidade do cateter periférico, o intervalo de tempo até dispararem os alarmes da mesma e os prós e os contras de conectar a seringa diretamente ao cateter periférico ou a um sistema com soro em curso, através de uma torneira. Efetuei vários ensaios não clínicos, nos quais monitorizei velocidades de infusão, a resistência a diferentes pressões e os tempos dos alarmes e procurei informação bibliográfica para sustentar os achados. (anexo S) Como resultado desta experiência, foi interessante verificar que para além de ter aprofundado os meus conhecimentos sobre as opções da seringa infusora, a partilha dos resultados com a equipa poderá contribuir para aumentar a segurança dos cuidados prestados às pessoas em situação crítica (contribuindo também para o desenvolvimento da competência B3). A ocorrência deste tipo de situações, em que o confronto entre as diferentes práticas geram a curiosidade, a qual resulta na pesquisa, na experimentação, em conclusões atuais e na prática sustentada na evidência científica, foi para mim uma das riquezas e mais-valias da realização de um estágio no meu próprio local de trabalho.

No momento da elaboração do PE, uma das atividades definidas para dar cumprimento a esta competência foi a realização de um trabalho científico, sobre a performance dos enfermeiros na realização de SBV. Na altura não tinha ficado definido se seria um estudo primário ou secundário, já que o PE foi construído e entregue nas três primeiras semanas e só a partir da nona semana, devido às atividades realizadas entretanto, me foi possível dedicar a este trabalho. Assim, aproveitando os dados colhidos no âmbito do projeto de intervenção profissional na equipa de enfermagem do SU (ponto três), o qual respeitou todas as fases da metodologia de projeto (análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação), decidi realizar um artigo primário, iniciativa que teve a aprovação prévia da docente orientadora e da supervisora clínica (anexo L). No período em que decorreu este projeto, fui construindo a introdução, o enquadramento teórico e a metodologia do artigo à luz das regras definidas pela revista *Servir* e fui realizando pesquisas que auxiliaram a fase posterior de discussão dos resultados. A finalização do artigo decorreu na 14ª semana de estágio, tendo este sido entregue à docente e à supervisora a 08/01 e as principais conclusões disponibilizadas à equipa do SU a 20/01. Tenho como objetivo submeter o artigo para publicação na revista supracitada, bem como apresentar alguns resultados desta investigação em jornadas de enfermagem de urgência que venham a decorrer durante o presente ano.

Ao longo dos turnos realizados na SE e no SO, foi possível perceber que a supervisora clínica, à semelhança de outros enfermeiros especialistas, sempre teve a preocupação de supervisionar os cuidados prestados pelos restantes enfermeiros e AOs, fornecendo as orientações que considerava necessárias para corrigir e proporcionar uma melhoria da qualidade dos cuidados. Estes momentos podem ser compreendidos como momentos de formação oportuna não formal em contexto clínico, essenciais para a transmissão e incorporação de novos conhecimentos e novas práticas. Na verdade, é esta capacidade crítica e interventiva que é requerida ao enfermeiro especialista, que no âmbito das suas competências comuns é responsável por gerir “(...) os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (OE, 2011a, p. 8649). Não tendo ocorrido momentos formais de formação ministrada pela supervisora clínica durante o estágio, nos quais eu pudesse colaborar, tentei, no contexto da prática clínica, para além de ser recetor de formação, colaborar consigo na formação oportuna aos restantes colegas e AOs, sendo o exemplo supracitado um deles. A frequência deste mestrado e da pós-licenciatura anterior, a tomada de conhecimento das competências legais do enfermeiro especialista que o compromete com a responsabilidade pela supervisão e gestão dos cuidados e da equipa e a recente admissão de novos enfermeiros no SU de Beja, favoreceram a adoção desta atitude e desta responsabilidade e, neste contexto, sinto que durante o estágio contribuí na formação oportuna em contexto clínico. Ao nível desta componente do saber, o saber ser e o saber estar, considero que aprendi muito com a supervisora clínica e com o que observei da prática de alguns especialistas do serviço, pois amadureci a minha visão da enfermagem e a minha conceção relativamente ao enfermeiro especialista. Percebi ainda que esta atitude crítica e interventiva face às práticas da equipa também nos traz responsabilidade, já que nos coloca numa posição em que somos alvo da avaliação dos restantes colegas e, como tal, responsáveis não só por exigir como também por sermos os primeiros a elevar o nível de autoexigência com os cuidados que prestamos, como já havia referido numa das competências anteriores.

Na 11ª e 12ª semanas questioneei a supervisora clínica e vários colegas sobre a formação em serviço e a reação foi unânime em garantir que se trata de uma medida de gestão indispensável, não só para manter a coesão da equipa, como também para proporcionar a adoção de comportamentos comuns e a divulgação de conhecimentos científicos e práticas atuais do ponto de vista da enfermagem. Um colega especialista referiu mesmo que é a oportunidade que a equipa tem, para globalmente e periodicamente se atualizar e se comprometer com práticas mais seguras. Contudo, o mesmo acrescentou que por vezes essas práticas se vão gradualmente perdendo, sendo substituídas por outras mais facilitistas e que é da responsabilidade do enfermeiro especialista, através da formação oportuna, contribuir para a sua manutenção.

Avaliação:

Partindo da fundamentação apresentada acima, assumo ter adquirido e desenvolvido as competências em análise.

4.2 - Competências de Mestre e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

A capacidade do enfermeiro prestar cuidados diferenciados e cientificamente atualizados à pessoa em situação crítica, decorre do seu empenho pessoal constante no desenvolvimento de novas competências e na procura de novos conhecimentos que lhe permitam inovar e acompanhar os avanços científicos. As competências de mestre e de especialista que se seguem abordam ambas este domínio, motivo pelo qual serão fundamentadas em conjunto.

Competência de Mestre – nº 4:

- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

Competência de Especialista – K1:

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Fundamentação:

Tal como havia referido anteriormente, nas duas primeiras semanas de estágio procurei fazer uma listagem de toda a medicação e dos materiais e equipamentos técnicos disponíveis no SU, aproveitando esta oportunidade para me inteirar na íntegra das indicações da sua utilização e das

suas opções de funcionamento, de modo a promover uma utilização mais segura e célere, com maior benefício para o doente. Para além das horas de estudo autónomas em casa, contei também com a ajuda da supervisora clínica que desde o primeiro turno me questionou sobre o funcionamento destes equipamentos e colaborou na sua compreensão e manuseamento, em particular dos ventiladores e dos monitores, por serem os equipamentos mais diferenciados na prestação de cuidados ao doente crítico no SU. Para além do esforço empreendido inicialmente, este processo de aprendizagem sobre todas as suas opções de funcionamento não terminou na segunda semana de estágio, uma vez que tentei estar sempre atento à supervisora clínica e aos restantes enfermeiros especialistas, enquanto estes prestavam cuidados aos doentes na SE ou no SO, nomeadamente àqueles que estavam sob perfusão de aminas, sedativos ou analgésicos e/ ou sob suporte ventilatório invasivo ou não invasivo, procurando também aprender através da observação destes especialistas.

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é fundamental o desenvolvimento da capacidade de diagnóstico precoce dos focos de instabilidade, já que quer pela gravidade da condição clínica ou das lesões existentes, quer pela reduzida reserva fisiológica do doente, o tempo útil disponível para intervir e tentar reverter o processo de falência de órgãos é exíguo e a probabilidade de sucesso diminui drasticamente à medida que o tempo passa. Assim sendo, é essencial que os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) que prestam cuidados no SU, na unidade de cuidados intensivos (UCI) ou em contexto pré-hospitalar (PH), estudem e trabalhem exaustivamente a avaliação diagnóstica dos focos de instabilidade da pessoa em situação crítica, no sentido de sistematizarem a abordagem ao doente e de aumentarem a sua eficácia e eficiência na identificação dos mesmos. Analisando o meu percurso de formação profissional pós-graduada nestes primeiros seis anos de exercício profissional, para além do atual mestrado, realizei:

- uma pós-licenciatura em pessoa em situação crítica (2014 – 2016);
- uma pós-graduação em emergência e trauma (2011 – 2013);
- um curso de enfermeiro de VMER (2014);
- um curso de enfermeiro de ambulância SIV (2013);
- três cursos internacionais de trauma de adultos (ITLS adulto, 2013; ATCN, 2012; PHTLS, 2011);

- um curso internacional de trauma pediátrico (ITLS pediátrico, 2012);
- um curso internacional de emergência médica no idoso (GEMS, 2012);
- um curso internacional de emergência médica na criança (PEPP, 2012);
- um curso de emergência médica no recém-nascido (CENE, 2012);
- um curso de SAV modelo American Heart Association (ACLS, 2011);
- um curso internacional de prestação de cuidados a doentes em contexto de UCI (FCCS, 2011).

Em todos os manuais e aulas dos cursos supracitados, a metodologia de abordagem do doente crítico foi comum – a realização do exame primário através da mnemónica do ABCDE. Esta mnemónica pretende sistematizar e atribuir prioridades à avaliação e à intervenção dos profissionais, no sentido de possibilitar a identificação de todas as lesões ou condições que coloquem a vida da pessoa em risco, partindo daquelas que causam uma mortalidade mais precoce, para aquelas que causam uma mortalidade mais tardia. Segundo o INEM (2012, p. 17):

Qualquer condição com risco de vida deve ser imediatamente abordada e se possível resolvida antes de continuar o processo de avaliação. Ou seja, não deverá avançar para o passo seguinte da avaliação sem antes resolver a condição que põe em risco a vida.

Esta avaliação “deve demorar apenas 60-90 segundos a realizar, no entanto, se forem necessárias intervenções e/ou procedimentos poderá levar mais tempo” (p. 17).

Considero assim que tenho realizado um investimento significativo na formação dirigida à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, investimento esse que me permitiu estar alerta para os focos de instabilidade dos doentes cuidados neste estágio. Uma vez que me propus a cuidar de pessoas em situação crítica, tendo por isso apenas prestado cuidados aos doentes que estavam alocados à SE e ao SO, dispus de meios de monitorização hemodinâmica e respiratória contínua que me ajudaram na deteção precocemente os focos de instabilidade. A correta utilização e programação destes equipamentos, coadjuvada por alarmes devidamente ajustados, facilitou bastante a minha “tarefa”, permitindo-me em todos os momentos antecipar situações de descompensação cardiorrespiratória nos 77 doentes cuidados e intervir atempadamente, em conjunto com a

supervisora clínica, não tendo ocorrido nenhum fenómeno de PCR inesperada ou de agravamento clínico significativo sem uma estabilização subsequente. A título de exemplo, lembro-me de uma doente que na 12ª semana estava no SO e iniciou um quadro de arritmia ventricular, com bradicardia e alteração do nível de consciência. Por estar monitorizada, foi possível detetar precocemente a alteração elétrica cardíaca e antecipar a PCR. Prontamente foi alertado o médico e colocadas as pás multifunções que permitiram realizar *pace* externo, estabilizando a componente hemodinâmica da doente e cumprindo o algoritmo das bradidisritmias (SAV) estipulado pelo ERC (Soar et al., 2015), uma vez que esta não respondeu à administração prévia de atropina e de isoprenalina. Pelo potencial de criticidade e pela depressão do nível de consciência da doente, a mesma foi sedada, entubada e ventilada e seguidamente transportada por mim e pela supervisora clínica para o bloco operatório onde foi colocado um *pacemaker* provisório por via transvenosa, tendo sido posteriormente internada na unidade de cardiologia a aguardar colocação de *pacemaker* definitivo. Quando transportámos a doente para o bloco, esta já se encontrava estabilizada, com a via aérea permeável, com a função respiratória compensada e com a componente hemodinâmica assegurada. Na abordagem e na definição da estratégia de intervenção a esta doente, participaram vários profissionais, nomeadamente a médica, a supervisora clínica e eu, tendo ocorrido uma partilha de opiniões entre todos. Contudo, julgo que importa salientar a intervenção do enfermeiro, que se assumiu como um elo imprescindível desta cadeia de sobrevivência na deteção precoce dos focos de instabilidade, neste caso de instabilidade hemodinâmica e neurológica, com repercussões na capacidade de proteção da via aérea e na ventilação eficaz, demonstrando ser um elemento essencial para garantir a viabilidade da doente para toda a intervenção que se seguiu.

Para além deste exemplo, considero que sempre participei ativamente no processo de planeamento, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem realizadas aos doentes. Formulei mentalmente os diagnósticos de enfermagem mais emergentes e partilhei-os com a supervisora clínica e com a restante equipa e foi-me dada oportunidade de realizar as intervenções autónomas e de colaborar na realização das intervenções interdependentes com autonomia crescente. Através da monitorização dos doentes e da reavaliação do seu exame objetivo, foi possível verificar a eficácia das intervenções realizadas e, nalguns casos, realizar intervenções alternativas que tivessem maior sucesso, como o ajuste da velocidade de infusão dos fármacos, a preparação e administração de outras drogas, a alteração dos parâmetros do ventilador, o posicionamento mais adequado dos doentes, o controlo da dor, entre outras.

Em muitos momentos da minha prática clínica neste estágio, fui estimulado pela supervisora a refletir sobre a prioridade das minhas intervenções e sobre o modo como procedia à sua execução e

considero que na grande maioria das vezes senti segurança nas respostas que dei e nos conhecimentos que detinha, quanto a mim adequados aos cuidados prestados. Contudo, foram também importantes os reparos e as sugestões realizadas pela mesma, pois a sua pertinência fez com que as considerasse uma mais-valia e as integrasse na minha prática clínica. A título de exemplo recorro a uma sugestão que a supervisora realizou na sétima semana e que se prendia com a organização dos equipamentos na unidade do doente. O seu estilo próprio de organização e arrumação, justificado por princípios cientificamente válidos, fez com que tentasse mimetizar a sua prática e durante o estágio já eu próprio tomava a iniciativa de, no início de cada turno, organizar a unidade do doente de modo a torná-la mais funcional e segura. Para mim, esta foi uma aprendizagem importante.

Procurando objetivar a minha autoavaliação nesta UC, recorro às anotações que fui realizando ao longo do estágio, que para além de me terem possibilitado realizar as correções que considerava necessárias a cada turno para melhorar a minha prestação, me facilitaram agora a análise e a reflexão sobre o meu percurso no estágio, contribuindo para o presente relatório. Assim sendo, nas componentes do saber-fazer e da autonomia na prestação e gestão dos cuidados, autoavaliei-me com 90 % no primeiro turno. O facto do contexto do estágio ser também aquele onde trabalho há quase cinco anos, deu-me a vantagem inicial de não necessitar de um período de integração e de não lidar com as dificuldades decorrentes da adaptação a um novo espaço, equipa e recursos. Contudo, pretendi aproveitar este momento de formação prática para me empenhar em melhorar as competências anteriormente adquiridas e para aprimorar e otimizar a minha prestação de cuidados ao doente crítico, contrariando o “entorpecimento” proporcionado pela “rotina” do dia a dia. Deste modo, considero que ao longo do estágio consegui melhorar gradualmente em ambos os campos, tendo atingido na maioria dos turnos uma percentagem que se situou entre os 95 % e 98 %.

Pelo contexto da sua realização e pela casuística dos doentes que recorreram ao SU nos turnos em que realizei estágio, não se proporcionou a realização de novos cuidados ou intervenções ou o contacto com quadros clínicos ou diagnósticos de enfermagem que fossem novos para mim.

Contudo, a riqueza desta aprendizagem não dependeu apenas destas condicionantes, mas também da implementação de protocolos terapêuticos complexos, que apesar de não serem novos para mim, as suas prescrições em situações pontuais fazem deles práticas pouco frequentes. Neste estágio tive a possibilidade de preparar e administrar várias aminas, entre as quais adrenalina, noradrenalina, dopamina e dobutamina e analgésicos fortes como o fentanil. Todos estes fármacos têm um potencial de toxicidade e de efeitos secundários severos, com risco de morte elevado, pelo

que tentei sempre complementar a componente prática com horas de estudo autónomo sobre as suas indicações, contraindicações e principais efeitos secundários, de modo a poder ficar mais vigilante. Do estudo realizado e da constatação da prática, ficou para mim bem presente a importância de manter os níveis plasmáticos dos fármacos constantes, nomeadamente das aminas, uma vez que através da monitorização foi possível comprovar a existência de grandes oscilações hemodinâmicas quando ocorrem pausas, mesmo que curtas, na sua perfusão. Daí que desde o primeiro turno se tornou fator de preocupação para mim, organizar os cuidados e gerir o tempo adequadamente de modo a ter sempre seringas preparadas antes das perfusões terminarem, facilitando assim a sua rápida reposição.

À semelhança daquilo que fui descrevendo nas competências anteriores, procurei durante todo o estágio observar a supervisora clínica e os restantes enfermeiros especialistas na prestação direta de cuidados aos doentes e às suas famílias. A observação crítica e reflexiva é uma ferramenta de aprendizagem e, neste estágio, revelou-se muito útil e fonte de uma parte importante dos conhecimentos adquiridos. Para além da componente técnica associada à prestação de cuidados, sobre a qual confesso ter depositado grande parte da minha atenção nas primeiras semanas, ao tentar analisar o modo como os especialistas realizavam determinadas intervenções, a partir da sétima semana, após uma reunião de orientação e reflexão com a supervisora, fiquei mais sensível para a componente relacional, humana, psicossocial e espiritual dos cuidados prestados pelos enfermeiros do SU. Comprovei assim que a dimensão espiritual e o sistema de crenças dos doentes eram respeitados pela maioria da equipa e que a sua decisão se sobrepunha à vontade dos profissionais de optar pelo melhor tratamento, conforme descrevi anteriormente.

Pela criticidade que caracterizou alguns dos doentes admitidos na SE ou no SO, muitos necessitaram ser sedados e alguns ventilados, ao passo que outros apresentaram desde logo um nível de consciência baixo, que não lhes permitia estabelecer uma interação e comunicação eficaz e adequada com o meio envolvente, com os profissionais e com os seus familiares. A necessidade de comunicar com estes doentes apresentou-se para mim como um desafio e, inicialmente, tive de realizar um esforço acrescido para não me esquecer de o fazer. Esta vivência fez-me recordar as aulas da licenciatura em que se defendia que constituía uma boa prática comunicar e informar os doentes dos cuidados que se iam prestar, mesmo que estes não nos conseguissem responder. Contudo, neste estágio procurei documentar-me e perceber se para além de se constituir como uma boa prática, existe alguma justificação científica que suporte a importância da comunicação com estes doentes. Realizei várias pesquisas e percebi que o estabelecimento de comunicação com o doente crítico é essencial, como forma de estimular os seus sentidos e de promover a sua orientação

no tempo e no espaço, prevenindo, por exemplo, a ocorrência do *delirium*, condição muito prevalente nestas circunstâncias e que se correlaciona com pior prognóstico. (Ocadiz, Gutiérrez, Páramo, Tovar, & Hernández, 2013; Rosenbloom, Henneman, & Inouye, 2010) Para além disso, existe evidência científica que defende que o estabelecimento de uma relação terapêutica positiva com o doente e que envolva a sua família sempre que possível, é condição fundamental para a obtenção de um maior benefício terapêutico relativamente às intervenções realizadas e aos cuidados prestados. A propósito desta temática, Lopes (2011, p. 14) afirma que “(...) existem basicamente dois tipos de cuidados, os técnico-instrumentais e os relacionais(...)”, constituindo estes últimos o “(...) contexto para todos os cuidados aos doentes” (p. 20). À semelhança deste autor, Pereira (2010) acrescenta que por este motivo se compreende que na enfermagem a relação, enquanto instrumento terapêutico, seja alvo de estudo e de grande interesse desde 1940. Não só na ótica destes investigadores, mas também a nível legal, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros assinala que os cuidados de enfermagem têm “(...) por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente (...)” e que cabe aos enfermeiros decidir “(...) sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo (...)” (Ministério da Saúde, 1996, p. 2960; 2961). Em sintonia com esta perspetiva, Pereira (2010), acrescenta que:

A função de ajuda, considerada como um dos domínios dos cuidados de enfermagem, pressupõe a criação de um ambiente adequado ao estabelecimento de uma relação que permita a cura, no sentido de promover no doente uma nova esperança e a capacidade de compreender e aceitar a sua doença (p. 48).

Pelo exposto acima, torna-se evidente a importância e a pertinência daquilo que é um dos principais domínios da prestação de cuidados de enfermagem, a relação terapêutica, que tem na comunicação o seu pressuposto primordial, assumindo-se assim como mais do que uma simples boa prática. Concluindo, considero que ao longo do estágio fui atribuindo importância crescente à prestação de cuidados holísticos aos doentes e às suas famílias, com um esforço que foi cada vez menor da minha parte e que se consubstanciou numa atitude natural face ao doente e à sua família.

Apesar de não ter havido necessidade de realizar manobras de SBV, SIV ou SAV (algoritmo de PCR) durante a prática clínica, na 8ª, 9ª, 10ª, 11ª e 12ª semanas intervi como formador de 30 enfermeiros do serviço em SBV, o que me obrigou a rever os conteúdos teóricos do algoritmo de SBV de 2015 (Perkins et al., 2015) e a treinar as minhas competências psicomotoras, uma vez que uma parte da formação implicava a demonstração de uma RCP com recurso ao SBV.

Relativamente ao controlo da dor, considero que a prática dos profissionais do SU teve sempre em conta a prevenção do sofrimento físico e emocional dos doentes, na medida em que todos os que se encontravam com uma situação clínica de mau prognóstico a curto prazo ou que padeciam de uma condição causadora de dor, beneficiaram atempada e continuamente de analgesia forte, muitas vezes associada à administração de sedativos. Para além de ter contribuído para a instituição desta estratégia farmacológica, administrando a medicação prescrita, por vezes através de esquemas terapêuticos complexos, também procurei realizar intervenções autónomas, como o posicionamento frequente dos doentes de modo a prevenir a ocorrência de dor e de lesões cutâneas associadas aos decúbitos prolongados.

De uma forma mais sistemática, em SO avaliei a dor a todos os doentes cuidados, quer através da escala numérica ou de faces, quer através da *behavioral pain scale* nos doentes sedados, com baixo nível de consciência ou com delírium, uma vez que a verbalização da dor não seria confiável atendendo ao quadro de confusão apresentado. Mediante o grau de dor avaliado administrei a medicação prescrita em SOS, ou procurei falar com o médico no sentido de se incrementar a velocidade de perfusão dos analgésicos já em curso, mantendo simultaneamente a vigilância dos efeitos secundários dos mesmos ao nível da respiração, da componente hemodinâmica e neurológica e da eliminação.

Também no que respeita ao luto dos familiares, aproveitei o momento das visitas para explorar o conhecimento que tinham sobre a condição clínica dos doentes e para avaliar a fase em que estes se encontravam no processo de luto. Conforme foi descrito por Kübler-Ross, este processo tem cinco fases (negação, raiva, negociação, depressão e aceitação) e é indispensável identificar a fase atual para melhor ajudar a família a percorrer este caminho. (Macedo, 2004) Procurei sempre transmitir a verdade sobre a situação clínica e o prognóstico mais provável, não no sentido de retirar a esperança aos familiares, mas com o objetivo de não criar falsas expectativas e de lhe facilitar o processo de luto, evitando assim o choque da notícia inesperada. Procurei também estar sempre junto e disponível, cumprindo uma das premissas defendidas por Oliveira e Lopes (2008, p. 220), que referem que “No Luto não há o que se tratar; há que estar junto!”.

Avaliação:

Atendendo à fundamentação considero que estas competências foram atingidas e desenvolvidas.

- - -

Competência de Especialista – K2:

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

Fundamentação:

Ao longo do estágio tentei por várias vezes agendar uma reunião com o gabinete de risco da ULSBA, gabinete que é responsável pela criação e revisão do plano de resposta a situações de catástrofe. Contudo, essa reunião apenas se revelou possível na 16ª semana de estágio. A mesma teve a duração de duas horas e o responsável apresentou-me o trabalho desenvolvido por este gabinete, bem como as linhas gerais do referido documento. Após esse momento de reunião, que ficou também positivamente assinalado pelo longo rol de perguntas e respostas que iam surgindo no decorrer da conversa, foi-me dada a possibilidade de consultar e analisar o documento em pormenor. A globalidade desta iniciativa revelou-se extremamente enriquecedora para mim, uma vez que apesar de ser enfermeiro neste SU, não tinha até à data conhecimento das medidas previstas no plano de resposta a situações de catástrofe, medidas essas que se poderão vir a revelar fundamentais, caso esteja a prestar cuidados no SU no momento em que ocorrer uma situação desta escala. Para além disso, permitiu-me compreender a organização, estrutura e o conteúdo de um documento desta natureza.

Durante o estágio não ocorreu nenhuma situação de catástrofe ou de emergência multi-vítima, que implicasse a minha participação ativa e colaboração com os restantes enfermeiros e profissionais do SU. Como tal, não me foi possível observar a sua dinâmica nem o seu grau de organização e prontidão na resposta a uma situação desta magnitude. Não pude também identificar o tipo de catástrofe, os seus principais riscos e o grau de urgência necessário na atribuição de funções à equipa multidisciplinar. Assim sendo, procurei questionar a supervisora clínica sobre situações de catástrofe já ocorridas, no sentido de pudermos refletir em conjunto sobre as mesmas e retirar conclusões importantes para a minha prática clínica futura. A mesma referiu-me que na sua longa experiência enquanto enfermeira no SU, poucas foram as situações que geraram um cenário de prestação de cuidados multi-vítima, não podendo, contudo, considera-las situações de catástrofe ou emergência. Apontou como exemplo duas situações de intoxicação ligeira, uma delas alimentar num grupo de

cerca de 70 pessoas e outra por exposição laboral a um químico, afetando aproximadamente 40 pessoas. Em ambas as situações houve a necessidade do chefe de equipa proceder à reorganização da mesma, dos recursos e do espaço físico do SU, libertando as salas de espera de familiares e utilizando-as como áreas clínicas para o tratamento dos doentes. Houve a necessidade de reforçar a equipa de enfermeiros e de médicos, tendo o chefe de equipa contactado colegas que estavam de folga e com disponibilidade para vir colaborar na prestação de cuidados. No episódio mais recente, nomeadamente no referente à exposição laboral, já estava instituído o sistema de triagem de Manchester no SU, pelo que todos os doentes foram triados. Uma vez que se tratou de uma situação desta magnitude, foi reforçado o posto de triagem com mais um enfermeiro e realizada a triagem multi-vítima. Segundo a supervisora clínica, estas foram as principais adaptações que o SU e os seus enfermeiros tiveram de realizar, para dar resposta às situações já ocorridas.

Por último, reli alguns documentos sobre resposta e organização em situações de catástrofe. Assim, durante a quinta e sexta semanas revi o manual de Intervenção em Situações de Exceção do INEM (INEM, 2012c), bem como os conteúdos de algumas aulas da pós-graduação em emergência e trauma, que frequentei anteriormente, dedicadas a este tema. Este trabalho autónomo permitiu-me reavivar alguns conhecimentos e deixar-me mais preparado, do ponto de vista teórico, para enquanto enfermeiro dar uma resposta adequada perante uma situação multi-vítima.

Avaliação:

Apesar de não ter realizado algumas atividades por estarem inteiramente dependentes da casuística verificada, considero que o esforço empreendido para dar resposta às restantes, também elas plasmadas no PE, me permite considerar ter desenvolvido esta competência.

- - -

Competência de Especialista – K3:

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

Fundamentação:

Relativamente à última competência específica, na quinta e sexta semanas tentei inteirar-me da principal documentação que desse suporte teórico à minha prestação de cuidados enquanto enfermeiro, nomeadamente no âmbito da prevenção e controlo de infeção. Assim sendo, reli alguns dos conteúdos abordados no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (DGS, 2007) e consultei a página *online* do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (DGS, 2016), tentando sempre direcionar as recomendações e os conhecimentos adquiridos para a prática de enfermagem em contexto de pessoa em situação crítica. A par da leitura de documentos de âmbito nacional, voltei a inteirar-me dos protocolos existentes no SU, emanados pelo GCLPPCIRA, lidos pela última vez há cerca de cinco anos. Não se tratam de protocolos específicos relativos à prestação de cuidados de enfermagem no SU, mas antes de âmbito hospitalar, sendo comuns a outros serviços pretendendo uniformizar as boas práticas a nível institucional.

Ao longo do estágio fui observando o modo como a supervisora clínica e os restantes enfermeiros prestavam cuidados, nomeadamente aos doentes sob ventilação mecânica invasiva, e fui sempre analisando as suas práticas à luz das mais recentes recomendações sobre a prevenção e o controlo de infeção, referidas anteriormente. Percebi então que a grande maioria destes enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros especialistas, apresentam um nível de proficiência elevado relativamente a esta competência. Os seus gestos e as suas ações, embora personalizados face a cada situação, já estão mecanizados de modo a prevenir a ocorrência de infeções associadas às suas intervenções. Quando no início do estágio me comparei com estes colegas, percebi que tinha ainda um importante caminho a percorrer, no que à prevenção e controlo de infeções diz respeito. Apesar de considerar que no meu dia a dia da prestação de cuidados no SU ou no PH cumpro os princípios básicos emanados pelo GCLPPCIRA, certo é que nem sempre o encadeamento, a fluidez e a mecanização dos gestos e movimentos, nomeadamente no que se refere ao doente sob ventilação mecânica invasiva, surgiam naturalmente. Ao longo do estágio fui efetuando um esforço contínuo que implicou estudo autónomo, observação atenta, reflexão crítica e planeamento prévio em relação aos cuidados prestados, de modo a conseguir realizar intervenções encadeadas, com uma sequência adequada, sem interrupções desnecessárias e cumprindo os princípios da prevenção e controlo de infeção. Nem sempre foi um percurso linear, havendo alguns momentos em que senti que a minha evolução sofria abrandamentos, nomeadamente quando decorria mais tempo entre a prestação de cuidados a doentes com ventilação mecânica invasiva (VMI). Este processo que no início se revestiu de um esforço mental particular, foi sendo incorporado gradualmente e, no final do estágio, senti

que já prestava cuidados com maior espontaneidade, cumprindo os princípios da prevenção e controlo de infeção com mais proficiência.

Acerca desta competência saliento duas aprendizagens proporcionadas pela supervisora clínica e que marcaram o meu percurso pessoal enquanto enfermeiro. A primeira prende-se com a ênfase que foi dada à realização frequente da higiene oral dos doentes, nomeadamente dos doentes dependentes e sob ventilação mecânica. Para além de uma questão de estética e de brio profissional, passei a valorizar mais este aspecto do ponto de vista da prevenção de infeções respiratórias e, atualmente, não consigo dissociar esta prática da minha prestação de cuidados diária em qualquer doente. A segunda aprendizagem prende-se com a importância de aspirar as secreções orofaríngeas nos doentes sob ventilação mecânica invasiva, antes de os mobilizar no leito, uma vez que pode ocorrer a migração dessas secreções para a árvore brônquica em torno do *cuff* do tubo endotraqueal, quando este sofre mobilizações. Esta era outra questão para a qual não estava desperto antes da frequência deste estágio, pois não equacionava a possibilidade da passagem das secreções através do *cuff*, nem mesmo quando o doente era mobilizado. Acabei por consultar alguns artigos e perceber que a evidência científica existente também sustenta quer a necessidade de higiene oral com clorexidina, quer a necessidade de aspirar as secreções subglóticas, como fatores fundamentais para a prevenção de pneumonias associadas à ventilação (Caserta et al., 2012; Chow, Kwok, Luk, Law, & Leung, 2012) Julgo que estas duas aprendizagens fizeram de mim um enfermeiro mais competente na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente àquele que carece de suporte ventilatório invasivo.

Na 7ª e 12ª semanas refleti informalmente com a supervisora clínica, sobre a eficácia das medidas colocadas em prática pela equipa multidisciplinar para prevenir e controlar as infeções no SU. Apesar de no geral ter constatado que a equipa de enfermagem é proficiente na prestação direta de cuidados, carece ainda de um esforço adicional ao nível da supervisão das tarefas de limpeza e desinfeção realizadas pelos AOs. Nos últimos meses tem existido a preocupação de elaborar planos de trabalho com atividades e tarefas bem definidas, distribuídas uniformemente pelos vários turnos da semana, de modo a abranger todas as áreas e equipamentos técnicos do SU. Este projeto tem sido levado a cabo por dois colegas do SU que têm trabalhado em estreita articulação com o GCLPPCIRA, com o intuito de organizar o trabalho dos AOs e, desta forma, conseguir melhorar os padrões de higiene e desinfeção do serviço. Contudo, verificou-se que é indispensável que os enfermeiros, nomeadamente os especialistas e aqueles que estão em funções de chefe de equipa, procurem no seu turno fazer cumprir este plano de trabalho, uma vez que o espaço físico do SU é, na maior parte dos dias, exíguo para a quantidade de doentes e familiares que a ele acorre, favorecendo

a transmissão de infeções. Não é incomum encontrar doentes deitados em macas ou sentados em cadeiras de rodas, separados entre eles por uma curta distância e na melhor das hipóteses com uma cortina entre ambos. Neste sentido, num dos turnos da 10ª e da 14ª semana, houve a necessidade de estimular um AO a cumprir com as indicações constantes no plano de trabalho, de modo a amenizar as condicionantes impostas pela estrutura física do serviço.

Durante as quatro primeiras semanas deste estágio realizei um quinto projeto menor, relacionado com o controlo de infeção, direcionado para a fixação dos cateteres venosos periféricos. Neste projeto procurei fazer uma observação não participativa sobre o modo como 200 cateteres venosos periféricos foram fixos à pele e realizei uma apreciação dos resultados tendo por base as indicações dispostas na Norma 2.1.2 do Manual de Normas de Enfermagem da ACSS (Veiga et al., 2011). No sentido de obter uma caracterização mais alargada sobre o modo como esta intervenção de enfermagem é realizada no SU, colhi ainda dados de outras variáveis, cujos resultados se apresentam no anexo T. Na última semana do estágio estes resultados foram cedidos aos dois colegas que trabalham as questões do controlo de infeção, para que possam delinear estratégias para melhorar a intervenção dos enfermeiros neste campo. O envio destes dados aos colegas teve a aprovação prévia da supervisora clínica e do chefe de serviço.

Avaliação:

Pela fundamentação apresentada, considero ter desenvolvido a competência supracitada.

- - -

Competência de Mestre – 7:

- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Uma vez que todas as competências de especialista abordadas anteriormente foram desenvolvidas durante o estágio, posso concluir que a sétima e última competência de mestre também foi adquirida.

5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Durante período em que decorreu o estágio, vários foram os momentos em que me reuni com o Diretor de Curso, com a Docente Responsável pela UC, com a Docente Orientadora, com a Supervisora Clínica, com o Chefe de Serviço e com os colegas que se encontravam comigo em estágio, no sentido de delinear estratégias conjuntas para atingir objetivos comuns. (anexo C) Todos estes momentos de reunião e partilha foram também momentos dedicados à avaliação e à reflexão do percurso já realizado, visando a aquisição das competências de mestre e o desenvolvimento das competências de especialista. Destas reuniões por várias vezes surgiram novas orientações, que pretendiam instituir correções que levassem ao cumprimento quer do cronograma, quer das atividades relacionadas com o projeto de intervenção profissional, quer ainda com a prática clínica, no sentido de garantir o cumprimento da totalidade das pretensões constantes no PE. Desde a data da sua entrega à docente orientadora e à supervisora clínica (terceira semana), este documento assumiu-se como uma plataforma de trabalho comum e como o principal guia orientador de todas as atividades desenvolvidas durante o estágio e retratadas neste relatório.

A Tabela nº 11 faz referência a todas as reuniões de orientação, análise, controlo, reflexão e planeamento de trabalho ocorridas durante o estágio.

Tabela nº 11 – Reuniões de orientação, análise, controlo, reflexão e planeamento de trabalho

Reunião com o Corpo Docente para definir o Docente Orientador e tema do projeto	1ª semana
Reunião de esclarecimento envolvendo a Docente Responsável pela UC, a Supervisora Clínica e o Chefe de Serviço (objetivos, cronograma, atividades)	2ª semana
Reunião com a Docente Orientadora no seu gabinete na ESESJD da UE	2ª semana
1ª reunião de orientação, análise e reflexão com a Supervisora Clínica	3ª semana
1ª reunião com os colegas em estágio, para iniciar a parceria nas áreas comuns do projeto de intervenção profissional	4ª semana
2ª reunião de orientação, análise e reflexão com a Supervisora Clínica	4ª semana
3ª reunião de orientação, análise e reflexão com a Supervisora Clínica	7ª semana
2ª reunião com os colegas em estágio, para aferir a necessidade de instituir correções nas áreas comuns do projeto de intervenção profissional	8ª semana
3ª reunião com os colegas em estágio, para aferir a necessidade de instituir correções nas áreas comuns do projeto de intervenção profissional	9ª semana
4ª reunião com os colegas em estágio, para aferir a necessidade de instituir correções nas áreas comuns do projeto de intervenção profissional	10ª semana
5ª reunião com os colegas em estágio, para partilhar os dados colhidos relativamente às áreas comuns do projeto de intervenção profissional	11ª semana
4ª reunião de orientação, análise e reflexão com a Supervisora Clínica	12ª semana
5ª reunião de orientação, análise e reflexão com a Supervisora Clínica	15ª semana
Reunião de análise do estágio e de orientação do relatório, com o Director de Curso, com a Docente Responsável pela UC, com a Docente Orientadora, com a Supervisora Clínica e com os colegas em estágio	16ª semana

(Fonte: do próprio)

A avaliação do estágio caracterizou-se por:

- ser contínua e, neste sentido, acompanhada de perto pela supervisora clínica envolvendo o estudante;
- ser marcada por momentos de avaliação formal, nomeadamente os momentos de reunião formativa e sumativa envolvendo a Docente Responsável pela UC, a Docente Orientadora, a Supervisora Clínica e o estudante; (Tabela nº 12)

Tabela nº 12 – Reuniões de avaliação

Reunião formativa com a Docente Responsável pela UC	10ª semana
Reunião sumativa com a Supervisora Clínica e a Responsável pela UC	1/02/2017

(Fonte: do próprio)

- ser complementada com a apreciação dos documentos entregues atempadamente à docente e à supervisora clínica, cumprindo criteriosamente as atividades planeadas no PE. (Tabela nº 13) (anexo U)

Tabela nº 13 - Documentos produzidos e entregues no âmbito do estágio

O documento do PE	3ª semana
Os pedidos de parecer às Comissões de Ética da ULSBA e da UE	5ª semana
A proposta do Projeto de Mestrado para os Serviços Académicos	6ª semana
O artigo científico decorrente do projeto realizado	14ª semana
A check-list do material, equipamento e fármacos de emergência	16ª semana
Os resultados dos 5 projetos minor	16ª semana

(Fonte: do próprio)

6 – CONCLUSÃO

A elaboração deste RE revelou-se uma atividade extremamente importante, pois permitiu-me realizar uma análise e reflexão alargada sobre todas as atividades e intervenções concretizadas durante o estágio final, recorrendo a dados cronológicos e a factos objetivos que foram analisados a partir de evidências científicas recentes. Para além de me permitir qualificar as competências quanto ao seu grau da aquisição e desenvolvimento, o raciocínio que esteve subjacente à elaboração do mesmo e à fundamentação das competências, contribuiu por si só para gerar e suportar a mudança de comportamentos e atitudes, que é esperada neste processo de crescimento enquanto enfermeiro especialista e futuro mestre em enfermagem.

Pelo número e variedade de situações clínicas e pela diversidade de diagnósticos de enfermagem encontrados, face aos quais tive de planear, intervir e, no final, avaliar os resultados, considero que foi um estágio bastante proveitoso. Para além disso, o mesmo foi enriquecido com o desenvolvimento dos cinco projetos minor e do projeto de intervenção profissional, vocacionado para a formação da equipa de enfermagem do SU em SBV, o qual permitiu avaliar e incrementar a sua performance e elaborar um artigo científico com base nos dados colhidos. Não obstante da aplicabilidade que foi atribuída aos referidos dados durante este estágio, futuramente, enquanto enfermeiro deste serviço e com responsabilidades acrescidas decorrentes das competências de especialista e de mestre em enfermagem, pretendo delinear novas estratégias e intervenções em conjunto com a chefia do serviço, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, nas diversas áreas exploradas pelos projetos acima mencionados.

Dito isto, sinto que foi possível encerrar formalmente o “capítulo” deste estágio e do relatório, que se iniciou com a elaboração do PE e que agora se finaliza com a convicção de ter adquirido e desenvolvido as competências de mestre e de especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, e de ter descrito e analisado em profundidade todas as etapas do projeto de intervenção profissional acima referido, dando assim resposta aos objetivos a que me tinha proposto no início do presente RE.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F. (1996). *Avaliação de desempenho para gestores*. Lisboa, Portugal: Editora McGraw Hill
- American Psychological Association. (APA, 2010). *Publication Manual of de American Psychological Association* (6 ed). Washington, América: APA
- Aviso n.º 5622/16, de 2 de Maio da Universidade de Évora. Diário da República: II série, n.º 84 (2016a). Acedido a 5 de Fevereiro de 2017. Retirado de http://www.essp.pt/novo/images/MestEnfermagem/MCEESIP_5622_2016.pdf
- Barbosa, S., & Marin, H. (2000). Web based simulation: A tool for teaching critical care nursing. *Revista Latino-america de Enfermagem*, 17(1), 7-13. doi:10.1590/S0104-11692009000100002
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (Ana Albuquerque Queirós e Belarmina Lourenço, trads). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora (obra original publicada em 2001). ISBN: 972-8535-97-x
- Bhanji, F., Finn, J., Lockey, A., Monsieurs, K., Frengley, R., Taku, I., & ... Ma, M. (2015). Part 8: Education, Implementation, and Teams: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 132, S242-S268. doi:10.1161/CIR.0000000000000277
- Bonacaro, A., Williams, G., & Brownie, S. (2014). Teaching basic life support to the digital generation: randomized trial comparing video-assisted versus practical simulation. *Connect: the World of Critical Care Nursing*, 9(3), 100-104. ISSN: 1748-6254
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Camarate, Portugal: Lusociência
- Caserta, A., Marra, R., Durão, S., Silva, V., Pavão dos Santos, F., Neves, S., & ... Timenetsky, T. (2012). A program for sustained improvement in preventing ventilator associated pneumonia in an intensive care setting. *Infectious Diseases*, 12234. doi: 10.1186/1471-2334-12-234
- Chiavenato, I. (1987). *Teoria geral da administração* (3ª ed). Lisboa, Portugal: Editora McGraw Hill

Chiavenato, I. (1999). *Gestão de pessoas – o novo papel dos recursos humanos nas organizações* (6ª ed). Rio de Janeiro, Brasil: Editora Campus Ltda

Chow, C., Kwok, S., Luk, H., Law, W., & Leung, P. (2012). Effect of continuous oral suctioning on the development of ventilator-associated pneumonia: A pilot randomized controlled trial. *International Journal Of Nursing Studies*, 49(11), 1333-1341 9p. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.06.003

Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (CRRNEU, 2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Acedido a 2 de Janeiro de 2017: Retirado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>

Comissão Regional do doente crítico da ARS Norte. (2009). *Um ano de reflexão e mudança*. Acedido a 19 de Janeiro de 2017. Retirado de http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Livro%20CRDC/Livro_CRDC.pdf

Conselho Português de Ressuscitação. (2015). *Resumo das principais alterações nas Guidelines em Ressuscitação: Guidelines ERC 2015*. Acedido a 18 de Novembro de 2016. Retirado de <http://www.cpressuscitacao.pt/Download.aspx?id=28341>

Correia, R. (2009). *Aplicação do “performance prism” como modelo de orientação e monitorização estratégica. um estudo de caso aplicado ao grupo porto bay hotels* (tese de mestrado). Disponível no repositório do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa da Universidade de Lisboa. (<http://hdl.handle.net/10071/2641>)

Declaração de retificação n.º 1032-A/15 de 24 de Novembro do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, n.º 230 (2015b). Acedido a 23 de Janeiro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/file/71092037>

Decreto-Lei n.º 45 226/63 de 4 de Setembro do Ministério das Finanças e das Obras Públicas. Diário do Governo: I série, n.º 208 (1963). Acedido a 20 de Janeiro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/dir/pdfgratis/1963/09/20800.PDF>

Decreto-lei n.º 305/81 de 12 de Novembro do Ministério das Finanças e do Plano dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. Diário da República: I série, n.º 261 (1981). Acedido a 15 de Fevereiro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/file/568240>

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 205 (1996), acedido a 2 de Fevereiro de 2017. Retirado de http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei-_161_96.pdf

Decreto-Lei n.º 233/05 de 29 de Dezembro do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 249 (2005a). Acedido a 25 de Janeiro de 2017. Retirado de <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/17861/73237333.pdf>

Decreto-Lei n.º 183/08 de 4 de Setembro do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 171 (2008a). Acedido a 22 de Janeiro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/file/453939>

Decreto-Lei n.º 115/13 de 7 de Agosto do Ministério da Educação e Ciência. Diário da República: I série, n.º 151 (2013), acedido a 10 de Fevereiro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/08/15100/0474904772.pdf>

Decreto-Lei n.º 12/15 de 26 de Janeiro do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 17 (2015a). Acedido a 1 de Fevereiro de 2017. Retirado de http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Janeyro/DecLei_12_2015.pdf

Decreto-Lei n.º 183/15 de 31 de Agosto do Ministério da Saúde. Diário da República: I série n.º 169 (2015b). Acedido a 22 de Janeiro de 2017. Retirado de http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Agosto/DecLei_183_2015.pdf

Despacho n.º 18459/06 de 12 de Setembro do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, n.º 176 (2006). Acedido a 1 de Fevereiro de 2017. Retirado de <https://dre.tretas.org/pdfs/2006/09/12/dre-201582.pdf>

Despacho n.º 5414/08 de 28 de Fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, n.º 42 (2008b). Acedido a 27 de Janeiro de 2017. Retirado de http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpen.gine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Anexo-2-Rede-Urgencias-DR-Despacho-5414-2008-de-28-Fevereiro-de-2008-1.pdf

Despacho n.º 10319/14 de 11 de Agosto do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, n.º 153 (2014). Acedido a 4 de Fevereiro de 2017. Retirado de <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/40304/2067320678.pdf>

Despacho n.º 1400-A/15 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da República: II série, n.º 28 (2015e). Acedido a 24 de Janeiro de 2017. Retirado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020-pdf.aspx>

DGS. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.* Acedido a 9 de Janeiro de 2017. Retirado de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>

DGS. (2015). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais.* Acedido a 2 de Janeiro de 2017. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0252013-de-24122013-pdf.aspx>

DGS. (2016a). *Portugal, Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números – 2015: Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.* Acedido a 12 de Dezembro de 2016. Retirado de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015-pdf.aspx>

DGS. (2016b). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares - Objetivos.* Acedido a 12 de Dezembro de 2016. Retirado de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/objetivos.aspx>

DGS. (2016c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos.* Acedido a 22 de Janeiro de 2017. Retirado de <http://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeco-es-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>

Dias, M. (2006). *Construção e Validação de um Inventário de Competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado.* Loures, Portugal: Lusodidacta

Drucker, P. (2008). Peter F. Drucker - O Essencial de Drucker. Lisboa, Portugal: Actual Editora.

Ferrinho, P., Simões, J., Machado, M., & George, F. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012–2016: 6. Indicadores e Metas em Saúde.* Acedido a 3 de Janeiro de 2017. Retirado de http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Indicadores_e_Metas_em_Saude_.pdf

Finn, J., 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*, 95, 203-224. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.046

Frkovic, V., Sustic, A., Zeidler, F., Protic, A., & Desa, K. (2008). A brief reeducation in cardiopulmonary resuscitation after six months—the benefit from timely repetition. *Signa Vitae*, 3(2), 24–28. doi: 10.22514/SV32.102008.5

Greif, R., Lockey, A., Conaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., & Monsieurs, K. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 10. Education and implementation of resuscitation. *Resuscitation*, 95, 288-301. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.032

Hazinski, M., Nolan, J., Aickin, R., Bhanji, F., Billi, J., Callaway, C., & ... Neumar, R. (2015). Part 1: Executive Summary: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 132, S2-S39, doi:10.1161/CIR.0000000000000270

Hogan, H. (2016). *Avoidable mortality from in-hospital cardiac arrest: Have interventions aimed at recognising and rescuing deteriorating patients made an impact on incidence and outcomes?*. Retirado de: http://www.nets.nihr.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0004/118057/PRO-12-178-18.pdf

INEM. (2007). *Módulo: Introdução à Intervenção Psicológica em Situações de Emergência*. Lisboa, Portugal: INEM

INEM. (2012a). *Suporte Básico de Vida*. Acedido a 22 de Novembro de 2016. Retirado de <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20121002154156903475.pdf>

INEM. (2012b). *Abordagem à vítima*. Lisboa, Portugal: INEM

INEM. (2012c). *Situações de Exceção*. Lisboa, Portugal: INEM

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2016). *Global health data Exchange: GBD results tool*. Acedido a 4 de Janeiro de 2017. Retirado de <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Estatísticas demográficas 2015*. Acedido a 10 de Janeiro de 2017. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=275533085&PUBLICACOESmodo=2

JM Madeira. (2012). *Pobreza “acentua-se” no baixo alentejo e afeta mais jovens e idosos*. Acedido a 2 de Fevereiro de 2017. Retirado de <http://arquivo.jm-madeira.pt/artigos/pobreza-%E2%80%9Cacentua-se%E2%80%9D-no-baixo-alentejo-e-afeta-mais-jovens-e-idosos>

Krinsley J. (2011). Understanding glycemic control in the critically ill: three domains are better than one. *Intensive Care Medicine*, 37(3), 382-384. doi:10.1007/s00134-010-2110-3

Lassche, M., & Wilson, B. (2016). Transcending Competency Testing in Hospital-Based Simulation. *AACN Advanced Critical Care*, 27(1), 96-102. doi:10.4037/aacnacc2016952

Lei n.º 104/98, de 21 de Abril do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 93 (1998). Acedido a 27 de Dezembro de 2016. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Decreto_Lei_104_98_21_abril_CriacaoOE.pdf deontológico

Liu, Y., Yang, Y., Zhu, J., Tan, H., Liang, Y., & Li, J. (2012). Haemoglobin A1c, acute hyperglycaemia and short-term prognosis in patients without diabetes following acute ST-segment elevation myocardial infarction. *Diabetic Medicine*, 29(12), 1493-1500. doi:10.1111/j.1464-5491.2012.03641.x

Lopes, M. (2011). *Investigação em Saúde - A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: reflexões a partir dos resultados de um trabalho de investigação*. Acedido a 6 de Janeiro de 2017. Retirado de <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/4108>

Macedo, J. (2004). *Elisabeth Kübler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte* (dissertação de mestrado). Disponível no repositório da Universidade de Minho.

Martins, J., Mazzo, A., Baptista, R., Coutinho, V., Godoy, S., Mendes, I., & Trevizan, M. (2012). The simulated clinical experience in nursing education: A historical review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 619-625. ISSN: 0103-2100

Monsieurs, K., Nolan, J., Bossaert, L., Greif, R., Maconochie, I., Nikolaou, N., & ... Zideman, D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 951-80. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.038

Montgomery, C., Kardong-Edgren, S., Oermann, M., & 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. ISSN: 1548-923X

National Council of State Boards of Nursing. (2014). *The NCSBN National Simulation Study: A Longitudinal, Randomized, Controlled Study Replacing Clinical Hours with Simulation in Prelicensure Nursing Education*. Acedido a 1 de Fevereiro de 2017. Retirado de https://www.ncsbn.org/JNR_Simulation_Supplement.pdf

National League of Nursing (NLN). (2017). *Simulation*. Acedido a 15 de Janeiro de 2017. Retirado de <http://www.nln.org/professional-development-programs/simulation>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2016). *Acesso aos cuidados de saúde: Um direito em risco? – Relatório de Primavera 2015*. Acedido a 19 de Janeiro de 2017. Retirado de <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>

Ocadiz, J., Gutiérrez, R., Páramo, F., Tovar, A., & Hernández, J. (2013) Programa preventivo del delirio postoperatorio en ancianos. (Spanish). *Cirugia Y Cirujanos*, 81(3), 181-186. Acedido a 6 de Janeiro de 2017. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=90457673&lang=pt-br&site=ehost-live>

Oermann, M., Kardong-Edgren, S., Odom-Maryon, T., & Roberts, C. (2014). Effects of Practice on Competency In Single-Rescuer Cardiopulmonary Resuscitation. *Medsurg Nursing*, 23(1), 22-28. ISSN: 1092-0811

Oliveira, J., & Lopes, R. (2008). O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em estudo*. 13, 217-221.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Acedido a 2 de Fevereiro de 2017. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Médicos., & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. Lisboa, Portugal: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos

Pease, A. (1981). *Body language: How to read others' thoughts by their gestures*. Londres, Inglaterra: Sheldon Press. ISBN 0-85969-406-2

Penedo et al. (2015). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Acedido a 1 de Fevereiro de 2017. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

Pereira, M. (2010). *A importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/ doente*. Acedido a 15 de Dezembro de 2016. Retirado de <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/1666>

Perkins, G., Handley, A., Koster, R., Castrén, M., Smyth, M., 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. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.015

Pordata. (2016a). *SNS: urgências nos hospitais – Municípios - Onde há mais e menos doentes tratados com emergência nas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde?*. Acedido a 16 de Fevereiro de 2017. Retirado de <http://www.pordata.pt/Municipios/SNS+urg%C3%A2ncias+nos+hospitais-271>

Pordata. (2016b). *População residente*. Acedido a 2 de Fevereiro de 2017. Retirado de <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Pordata. (2016c). *Óbitos de residentes em Portugal por algumas causas de morte*. Acedido a 2 de Fevereiro de 2017. Retirado de <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Ramberg, E., Wolsk, E., Elkjær, J., & Bülow, H. (2014). In-hospital cardiac arrest: characteristics and outcome after implementation of systematic practice-oriented training. *The American Journal Of Emergency Medicine*, 32(7), 765-767. doi:10.1016/j.ajem.2014.04.009

Rauen, C. (2004). Simulation as a teaching strategy for nursing education and orientation in cardiac surgery. *Critical Care Nurse*, 24(3), 46-51. ISSN: 02795442

Regulamento nº 122/11, de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, nº 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_CompeticenciasEspecificEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Regulamento n.º 361/15 de 26 de Junho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, n.º123 (2015a). Acedido a 5 de Janeiro de 2017. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadreesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Regulamento n.º 190/15 de 23 de Abril da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, n.º 79 (2015b), acedido a 2 de Fevereiro de 2017. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competicencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf

Robinson, E., Smith, G., Power, G., Harrison, D., Nolan, J., Soar, J., & ... Rowan, K. (2016). Risk-adjusted survival for adults following in-hospital cardiac arrest by day of week and time of day: observational cohort study. *BMJ Quality & Safety*, 25(11), 832-841. doi:10.1136/bmjqs-2015-004223

Rosenbloom, D., Henneman, E., & Inouye, S. (2010). Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults. *Journal Of Gerontological Nursing*, 36(9), 22-33 12p. doi:10.3928/00989134-20100330-02

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. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.016

ULSBA. (2010). Código de Ética da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE. Acedido a 2 de Janeiro de 2017. Retirado de <http://www.ulsba.min-saude.pt/>

ULSBA. (2016a). *Relatório e contas 2015*. Acedido a 2 de Fevereiro de 2017. Retirado de http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsba/wp-content/uploads/sites/15/2017/02/PBG_Relatorio_e_Contas_2015.pdf

ULSBA. (2016b). *Plano de actividades e orçamento 2016*. Acedido a 2 de Fevereiro de 2017. Retirado de http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsba/wp-content/uploads/sites/15/2017/01/PBG_Plano_de_Atividades_e_Orcamento_2016.pdf

ULSBA. (2016c). *Cuidados de Saúde Hospitalares*. Acedido a 2 de Fevereiro de 2017. Retirado de <http://www.ulsba.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares-3-2/>

Universidade de Évora. (2016b). *Calendário escolar 2016/2017*. Acedido a 11 de Janeiro de 2017. Retirado de <http://gdoc.uevora.pt/400760>

Veiga, B. Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., Martins, M., Coelho, M., & Silva, P. (2011). *Manual de normas de enfermagem: procedimentos técnicos*. Acedido a 13 de Outubro de 2016. Retirado de <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/documentos/orientacoes-tecnicas/manual-de-procedimentos-tecnicos-de-enfermagem-acss/download>

Vonderen, J., Witlox, R., Kraaij, S., & te Pas, A. (2014). Two-minute training for improving neonatal bag and mask ventilation. *Plos One*, 9(10), e109049. doi:10.1371/journal.pone.0109049

Ward-Smith, P. (2008). The effect of simulation learning as a quality initiative. *Urologic Nursing*, 28(6), 471-473. ISSN: 1053-816X

Yuan, H., Williams, B., & Fang, J. (2011). The contribution of high-fidelity simulation to nursing student's confidence and competence: A systematic review. *International Nursing Review*, 59(1), 26-33. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2011.00964.x

Zhen, Z., Gao, Z., Zhang, S., Wang, L., Wang, J., & Huang, Y. (2013). Logistic regression analysis of the outcome on 90 d and associated factors in conscious patients with intracerebral hemorrhage. *Chinese Journal Of Contemporary Neurology & Neurosurgery*, 13(9), 805-811. doi:10.3969/j.issn.1672-6731.2013.09.015

ANEXOS

Anexo A - Projeto de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



Escola
Superior
Saúde

IPPortalegre



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Projeto de Estágio

Curso de Mestrado em Enfermagem em
Associação: Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, A pessoa em Situação Crítica



Aluno:

Jorge Pereira, nº 36900

Supervisora Clínica:
Enf^o Especialista Maria Paula Canelas

Docente Orientadora:
Prof^a Maria do Céu Marques

Évora
2016

ÍNDICE

	(Pg)
1 - INTRODUÇÃO.....	3
2 - O LOCAL DE ESTÁGIO.....	5
3 - PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	6
3.1 - Competências de Mestre e Comuns de Enfermeiro Especialista.....	8
3.2 - Competências de Mestre e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.....	17
4 - PROCESSO DE AVALIAÇÃO.....	24
5 - CONCLUSÃO.....	25
6 - BIBLIOGRAFIA.....	26
Anexos.....	28
Anexo I – Cronograma das Atividades do Estágio Final.....	29
Anexo II – Avaliação do Protocolo de Controlo da Glicemia Capilar no SO.....	38
Anexo III – Testes à Seringa Infusora Perfusor B-braun ^R Compact.....	42
Anexo IV –Performance dos Enfermeiros em Suporte Básico de Vida, como Determinante na Segurança do Doente Crítico.....	47
Anexo V – Instrumentos de Colheita de Dados Relativos ao Estágio Final.....	51
Anexo VI – Análise da Fixação dos Cateteres Venosos Periféricos no SU.....	57
Anexo VII – Cronograma dos Trabalhos a Realizar.....	60

ÍNDICE DE SIGLAS

EC – Ensino Clínico

ECTS – Sistema Europeu de Transferência de Créditos

ERC – European Resuscitation Council

ESS – Escola Superior de Saúde

FSE – Formação e Supervisão em Enfermagem

HGO – Hospital Garcia de Orta

HJJF – Hospital José Joaquim Fernandes

IPBeja – Instituto Politécnico de Beja

OE – Ordem dos Enfermeiros

PE – Projeto de Estágio

PH – Pré-hospitalar

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

RE – Relatório de Estágio

SAC – Serviços Académicos

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SE – Sala de Emergência

SIV – Suporte Imediato de Vida

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

UC – Unidade Curricular

UCDI – Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos

UCFD – Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes

UE – Universidade de Évora

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

1 – INTRODUÇÃO

Em Fevereiro de 2016 concluí com sucesso a pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica pela Universidade de Évora (UE). Por esse motivo, considero que quer as Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (nove), quer as Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica (três), presentes nos Regulamentos nº 122/2011 e 124/2011, respetivamente, foram adquiridas e em algum grau desenvolvidas durante esse período formativo. (OE, 2011a & 2011b) A ordem dos enfermeiros (OE) entende por competências comuns aquelas que são “(...) partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade (...)” e por competências específicas as “(...) que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade (...)” (OE, 2011a, p. 8649).

Com a criação do Curso de Mestrado em Associação publicado no n.º 5622/2016, do Diário da República, 2.ª série — N.º 84 de 2 de Maio de 2016 (UE, 2016), decidi em tempo oportuno candidatar-me ao mesmo e submeter a documentação requerida pelo Regulamento de Creditação de Formação e Experiência Profissional da UE (2014), de modo a obter creditação e realizar apenas as unidades curriculares (UCs) exigidas pela Universidade para adquirir as competências e o grau de mestre. Apesar do plano de estudos ser quase idêntico ao da pós-licenciatura que frequentei, o documento supracitado apenas permite a atribuição de 2/3 dos créditos (ECTS) do curso, motivo pelo qual neste semestre tenho de realizar quatro UCs, sendo uma delas o estágio final, sobre o qual este documento se pronuncia.

No âmbito da UC Estágio Final, integrada no primeiro Curso de Mestrado em Associação na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, afigurou-se imprescindível a elaboração de um documento de planeamento do mesmo, o qual designo de projecto de estágio (PE). Segundo um artigo publicado na revista Percursos, pelos estudantes do sétimo Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (2010, p. 6), o trabalho de projeto reveste-se de extrema importância quando o aluno vai para estágio, pois é “(...) uma das metodologias que irá permitir ao estudante, estar simultaneamente em contexto de ensino prático e teórico, contribuindo para o desenvolvimento das suas competências de uma forma mais específica”. Só com um planeamento previamente bem estruturado, será possível o estudante direccionar a sua prática de modo a atingir os objetivos e a desenvolver as competências a que se propõe.

No que respeita à definição dos objetivos para este estágio e, de acordo com o percurso formativo que anteriormente mencionei, considero que nesta fase os meus objetivos passam por adquirir conhecimentos, aptidões e competências de mestre e continuar a desenvolver as competências comuns dos enfermeiros especialistas e as competências específicas dos enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica, competências essas que pretendo começar a trabalhar ainda durante este período e que espero retratar na UC Relatório, que cronologicamente se seguirá ao presente Estágio.

Em reunião na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Beja (IPBeja) com a Professora Maria do Céu Marques, com a Professora Dulce Soares, com o Professor João Mendes e com os colegas José Luís Barriga e Pedro Amaro, ficou decidido que a minha Orientadora de Estágio e de Relatório seria a Professora Maria do Céu Marques. O estágio irá realizar-se no serviço de urgência (SU) do Hospital José Joaquim Fernandes (HJF), nomeadamente nos setores onde em cada momento existirem doentes críticos e familiares para cuidar (principalmente na sala de emergência [SE] e no serviço de observação [SO]) e irá decorrer entre os dias 3/10/2016 e 27/01/2017, sendo tutorado pela enfermeira Paula Canelas, que aceitou o convite que lhe enderecei para me ajudar a atingir os objetivos deste período formativo. Trata-se de uma enfermeira com mais de 20 anos de experiência profissional, pós-graduada em Gestão em Saúde pelo Instituto Politécnico de Portalegre, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa em situação Crítica pela UE e Mestre em Psicologia com Área de Especialização em Psicologia da Saúde pela Universidade do Algarve. Nos períodos de inexistência de pessoas em situação crítica (e seus familiares) a necessitar de cuidados de enfermagem, pretendo dar cumprimento a outras atividades perfeitamente enquadradas e previstas neste documento e que contribuirão para a aquisição e desenvolvimento das competências supracitadas, conforme ficou acordado com a docente coordenadora da UC.

No ponto seguinte irei apresentar as razões que me levaram à escolha do local de estágio e no terceiro ponto será feita referência às competências de mestre e às competências comuns e especialistas dos enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica, identificando as atividades que tenciono realizar e os indicadores de avaliação que as permitirão qualificar. Para facilitar este processo, construí um cronograma (anexo I) que me ajudará a planear as atividades, no sentido de rentabilizar o período de estágio e de não deixar, por falta de zelo, atividades por realizar. (As horas de contacto e os turnos que para já foram introduzidos no mesmo constituem apenas um planeamento).

No ponto quatro serão abordados os pressupostos da avaliação do estágio e no quinto e último realizarei a conclusão, sintetizando as principais linhas deste documento orientador do estágio.

2 – O LOCAL DE ESTÁGIO

No processo de escolha do local de estágio pesaram vários fatores. Por um lado, o regulamento de estágio não coloca impedimentos ao local onde este se realiza ser o mesmo onde o formando exerce a sua atividade profissional. Por outro, durante a pós-licenciatura realizei três períodos de ensino clínico (EC), totalizando 60 turnos, a mais de 170 km de casa. O primeiro deles desenvolveu-se em contexto de urgência/ emergência pré-hospitalar (PH) na viatura médica de emergência e reanimação (VMER) de Almada, de 27/04/2015 a 26/06/2015, num total de nove semanas e o segundo e terceiro na unidade de cuidados diferenciados imediatos (UCDI) do Hospital Garcia de Orta (HGO) de 08/09/2015 a 22/01/2016, num total de 18 semanas, o que implicou um dispêndio de tempo e de custos considerável. Para além disso, atualmente não disponho de bolsa de horas ou de estatuto de trabalhador-estudante para frequentar quer o estágio, quer as duas UCs que tenho de realizar concomitantemente. Por último, mantenho um horário de trabalho de 40 horas semanais no SU e, para além disso, sou enfermeiro numa ambulância de suporte imediato de vida (SIV) e na VMER do HJJF, o que aliado ao facto de dispor apenas de 16 semanas para atingir os objetivos estipulados para este estágio, irá condicionar bastante a execução dos turnos, das atividades e dos trabalhos previstos. Por estes motivos, decidi realizar o estágio final no SU do HJJF e irei utilizar todos os períodos de folga e de descanso para me facilitar a frequência do mesmo e a execução das atividades inerentes.

Apesar da realização do estágio no SU do HJJF ser um elemento facilitador, tendo em conta os motivos referidos, considero também que o facto do contexto profissional, social e interdisciplinar ser o do dia a dia, implicará um esforço adicional da minha parte para em todos os momentos conseguir separar e diferenciar aquilo que é do âmbito profissional, daquilo que é do âmbito formativo, sem “cair na rotina” do dia a dia. Considero por isso que o presente documento assume uma importância fundamental, pois a reflexão profunda e o planeamento rigoroso e detalhado das atividades que o mesmo implica, deixarão pouca margem para uma eventual confusão de “papéis”. Deste modo e com grande motivação e desejo de inovação, penso que será fácil ultrapassar as eventuais dificuldades que o contexto do estágio possa colocar e aproveitar a oportunidade para realizar atividades e intervenções de enfermeiro especialista, que para além de permitirem atingir os objetivos a que me proponho, ajudarão o serviço a melhorar a sua qualidade assistencial e a demonstrar aos restantes colegas a importância do enfermeiro especialista no seio da equipa.

3 – PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Com um percurso de apenas cinco anos e meio como enfermeiro, dos quais quatro e meio no SU e três, concomitantemente, no PH, sinto que ainda me falta percorrer um longo caminho. Por um lado, se ao nível da formação alguns passos podem ser dados e condensados no tempo, por outro, ao nível da prática o mesmo não acontece. Segundo Benner (2001), seguindo o modelo de Dreyfus (1981) de aquisição e desenvolvimento de competências aplicado à enfermagem, considero que atualmente, na grande maioria das situações, o meu nível de desempenho poderá ser classificado como proficiente. Este nível é habitualmente atingido quando o enfermeiro apreende as situações na globalidade em detrimento dos aspetos isolados, surgindo a perceção como o conceito mais importante deste estadio. “Esta compreensão global melhora o seu processo de decisão que se torna cada vez menos trabalhoso, porque a enfermeira possui, agora, uma perspectiva que lhe permite saber quais dos muitos aspectos e atributos são importantes” (p. 55).

Uma vez que não irei necessitar de despender as primeiras horas de contacto para realizar um reconhecimento do SU e dos recursos que o mesmo dispõe, pretendo realizar nos primeiros momentos uma reunião com a supervisora clínica para discutirmos este documento, para que tenhamos uma base documental comum para este período formativo, facilitando deste modo o processo de aquisição das competências de mestre e de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, bem como os processos de avaliação contínua e sumativa.

Para além das competências de mestre:

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 capacidades para integração de conhecimentos, tomada 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 intersetoriais;
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)

e dos regulamentos das competências comuns e específicas mencionados na introdução deste documento, no sentido de melhor organizar e estruturar as atividades projetadas para promover o desenvolvimento das mesmas, supor-tei-me também do regulamento nº 361/2015 (Diário da República nº 123/15 [OE, 2015]), que se reporta aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e na Proposta de Programa Formativo para a Enfermagem Especializada em Pessoa em Situação Crítica. (Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2014).

No sentido de não ser utópico nas atividades projetadas para atingir e desenvolver as competências previstas, tentarei adaptá-las ao máximo às especificidades/ características do local de Estágio, sabendo que, pela aleatoriedade da casuística, algumas das competências poderão não ser passíveis de desenvolver na sua “total extensão” no período de tempo reservado às mesmas.

Após refletir e pesar os prós e os contras de um planeamento a longo prazo sobre as atividades que preveem a aquisição e o desenvolvimento de competências no dia a dia da prestação de cuidados, preferi não lhes atribuir uma previsão/ limite temporal restrito. Uma vez que as atividades planeadas vão estar maioritariamente dependentes da casuística e das características dos doentes admitidos no SU, poderá ser insensato tentar prever em que semana do Estágio estas irão ocorrer. Assim, no sentido de prevenir que um planeamento demasiadamente condicionado dificulte a sua concretização, optei apenas por definir as atividades a realizar ao longo das 16 semanas, ficando a cargo do relatório de estágio(RE) a especificação precisa do(s) momento(s) temporais em que cada atividade foi realizada e cada competência atingida e/ou desenvolvida.

Realizado o enquadramento legal e situacional mais relevante, apresento abaixo as competências que pretendo adquirir e desenvolver durante o estágio final, abordando algumas delas em conjunto por apresentarem um foco comum.

3.1 – Competências de Mestre e Comuns de Enfermeiro Especialista

Atendendo a que a terceira competência de mestre e as duas primeiras competências de especialista pertencem ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e que grande parte das atividades previstas para o estágio são comuns e indissociáveis, estas competências surgem agrupadas e toda a fundamentação será apresentada em conjunto.

Competência de Mestre – nº 3:

- Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Competências de Especialista – A1 e A2:

- 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:

- Revisão do Código Deontológico dos Enfermeiros
- Mobilização dos conhecimentos éticos e deontológicos na relação com a equipa multidisciplinar e nas tomadas de decisão relacionadas com a prestação de cuidados aos doentes e às suas famílias
- Reflexão com a supervisora clínica, sobre os processos e os resultados das tomadas de decisão por parte da equipa, nas situações de maior complexidade ética
- Participação em situações de maior complexidade ética, nomeadamente na área do doente crítico, fundamentando o raciocínio e as decisões em princípios éticos
- Observação da supervisora clínica e dos restantes enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados, enquanto agentes promotores da proteção dos direitos humanos, no processo de prestação de cuidados

- Proteção dos direitos humanos dos doentes e dos restantes elementos envolvidos no processo de prestação de cuidados, respeitando nomeadamente a confidencialidade, a privacidade e a autodeterminação, bem como os seus valores, costumes e crenças

- Colaboração com a supervisora clínica na deteção de situações que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes e na adoção de medidas que visem a sua prevenção (caso estas ocorram durante o Estágio)

Indicadores de avaliação:

- Revê e analisa o Código Deontológico dos Enfermeiros

- Aplica os princípios éticos e deontológicos e protege os direitos humanos no processo de prestação de cuidados e na relação com a equipa multidisciplinar

- Reflete com a supervisora clínica sobre as decisões de maior complexidade ética e sobre a promoção e proteção dos direitos humanos, levada a cabo pelos enfermeiros envolvidos na prestação de cuidados

- Participa nas situações de maior complexidade ética, sobretudo nas relacionadas com o doente crítico, fundamentando o seu raciocínio e as suas decisões em princípios éticos

- Procura colaborar com a supervisora clínica na identificação de situações que possam constituir um compromisso para a segurança, privacidade e dignidade dos doentes e na adoção de medidas preventivas

No domínio da melhoria da qualidade, do qual fazem parte três competências de especialista e às quais se pode associar a quinta competência de mestre, optei novamente por fundamentar duas das competências de especialista em conjunto pelos seguintes motivos. O primeiro tem a ver com o facto de ambas as competências preverem a conceção e gestão de projetos e programas relacionados com a melhoria da qualidade. O segundo prende-se com o facto de uma das competências prever que o enfermeiro, durante o estágio, inicie e participe em projetos institucionais na área da qualidade. Uma vez que me parece que é pouco exequível e realista definir atividades de abrangência institucional num contexto de estágio com a duração de 16 semanas e, para obviar o facto de não conseguir realizar tamanha tarefa, preferi agrupar estas duas competências e projetar atividades que simultaneamente lhes dêem resposta e as tornem exequíveis ao nível do presente estágio no SU.

Competência de Mestre – nº 5:

- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais

Competências de Especialista – B1 e B2:

- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Atividades:

- Levantamento, junto da supervisora clínica, dos principais projetos e programas de melhoria contínua da qualidade atualmente em prática no SU
- Reflexão com a supervisora clínica e com alguns dos enfermeiros da equipa, sobre as mudanças produzidas pelos projetos já implementados
- Aplicação das diretivas e dos conhecimentos constantes nos projetos e programas de melhoria da qualidade em vigor no SU, nomeadamente no que diz respeito à prestação de cuidados ao doente crítico
- Identificação de potenciais domínios que poderão ser alvo de projectos de melhoria da qualidade no SU
- Participação ativa com a supervisora clínica, na liderança de programas de melhoria contínua da qualidade no SU, em qualquer uma das fases dos mesmos: planeamento, conceção, implementação, supervisão e/ ou avaliação, caso surja esta oportunidade/ necessidade durante o estágio (ver proposta do anexo II)
- Colaboração com a supervisora clínica na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, nomeadamente ao doente crítico, tendo por base a evidência científica existente

Indicadores de avaliação:

- Conhece os principais projetos e programas de melhoria contínua da qualidade em vigor no SU

- Reflete com a supervisora clínica e com alguns enfermeiros da equipa, sobre as mudanças produzidas pelos projetos já implementados

- Presta cuidados aos doentes, cumprindo as indicações emanadas pelos projetos e programas de melhoria da qualidade implementados, nomeadamente aqueles que se referem ao doente crítico

- Enumera alguns domínios que poderão ser alvo de projetos de melhoria da qualidade no SU

- Colabora ativamente com a supervisora clínica, na liderança de qualquer uma das fases de projetos ou programas de melhoria contínua da qualidade: planeamento, conceção, implementação, supervisão e/ou avaliação, caso esta oportunidade/ necessidade surja durante o estágio

- Apoia-se na evidência científica referente ao doente crítico, para colaborar com a supervisora clínica na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pela equipa, a estes doentes

Competência B3:

- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Atividades:

- Levantamento das principais características e recursos da área clínica de prestação de cuidados ao doente e à família existentes no SU

- Identificação de situações de risco real ou potencial para os profissionais, doentes ou famílias envolvidas na prestação de cuidados e que possam ser corrigidas

- Observação da supervisora clínica e dos restantes enfermeiros da equipa, na promoção de um ambiente gerador de segurança e proteção para o doente, família e equipa

- Reflexão com a supervisora clínica e com alguns enfermeiros da equipa, sobre as principais estratégias utilizadas para gerar um ambiente seguro e protetor e sobre a sua eficácia

- Apreciação do modo como os enfermeiros especialistas orientam a restante equipa para a adoção de medidas de gestão do risco

- Respeito pela individualidade de cada doente, tendo em conta as suas preferências sempre que

possível

- Criação de condições geradoras de um ambiente seguro e protetor, atendendo nomeadamente às necessidades físicas, psicossociais, culturais e espirituais do doente e da sua família
- Implementação de medidas de índole individual e de grupo, que visem mitigar os riscos associados à prestação de cuidados
- Estimulação dos pares e da restante equipa, a adotar medidas de gestão dos riscos inerentes à prestação de cuidados ao doente e à sua família, sempre que se verifique necessário

Indicadores de avaliação:

- Conhece o espaço físico e as particularidades/ recursos de cada uma das áreas clínicas do SU, de modo a poder rentabilizá-las para proporcionar um ambiente gerador de segurança e proteção, em cada interação estabelecida com os doentes e família
- Identifica ameaças reais ou potenciais para a segurança do enfermeiro, da equipa e/ ou da família, no sentido de prevenir a ocorrência de situações de risco ou de impedir que estas se perpetuem, caso sejam recorrentes
- Identifica as principais estratégias utilizadas pela supervisora clínica e pelos restantes enfermeiros da equipa, na promoção de um ambiente gerador de segurança e proteção para o doente, família e equipa, nos vários contextos da prática de enfermagem
- Reflete com a supervisora clínica, sobre a eficácia das estratégias identificadas
- Analisa a intervenção dos enfermeiros especialistas, enquanto orientadores da restante equipa, na adoção de medidas de gestão do risco
- Adequa a relação terapêutica e os procedimentos técnicos às particularidades de cada doente, respeitando as suas preferências sempre que possível
- Presta cuidados ao doente e à família, criando um ambiente seguro e protetor, tendo em conta os aspetos físicos e as especificidades psicossociais, culturais e espirituais presentes em cada situação
- Adota medidas de proteção individual e de grupo, que diminuam os riscos associados à prestação de cuidados
- Incentiva, se necessário, os colegas e a restante equipa a adotar medidas que visem mitigar o risco associado à prestação de cuidados ao doente e à sua família

Atendendo a que tanto a primeira competência de mestre, como duas das competências de especialista se reportam à liderança, supervisão e gestão dos cuidados, da equipa e dos recursos, as

atividades previstas para a aquisição e desenvolvimento das mesmas foram traçadas em conjunto. Por esse motivo, apresento abaixo uma fundamentação conjunta das competências.

Competência de Mestre – nº 1:

- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

Competências de Especialista – C1 e C2:

- 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 optimização da qualidade dos cuidados.

Atividades:

- Apreciação do estilo de liderança adotado pela supervisora clínica e pelos enfermeiros chefes de equipa
- Identificação, junto à supervisora clínica, dos pressupostos major a ter em conta na gestão e liderança operacional de uma equipa
- Reflexão com a supervisora clínica sobre os diferentes estilos de liderança e sobre a sua adequação e eficácia aos diferentes momentos e à dinâmica do serviço e da equipa
- Identificação das principais dificuldades associadas ao processo de liderança e gestão do serviço, dos cuidados e das tarefas delegadas, verbalizadas pela supervisora clínica
- Análise das estratégias utilizadas pela supervisora clínica, para ultrapassar as dificuldades sentidas no processo de liderança e gestão
- Gestão adequada dos recursos físicos e humanos, na tentativa de garantir eficácia e eficiência da intervenção da equipa, no processo de prestação de cuidados
- Intervenção ativa na tomada de decisões da equipa multidisciplinar acerca do doente crítico,

acrescentando informações relevantes e justificando o seu ponto de vista através de um raciocínio científico fundamentado

Indicadores de avaliação:

- Identifica os estilos de liderança adotados pela supervisora clínica e pelos enfermeiros chefes de equipa
- Procura orientações por parte da supervisora clínica sobre as principais diretrizes na gestão e liderança operacional de uma equipa
- Aponta as principais dificuldades associadas ao processo de liderança e gestão do serviço, dos cuidados e das tarefas delegadas, indicadas pela supervisora clínica
- Analisa os diferentes estilos de liderança e as adequações que vão sendo realizadas em função das necessidades vivenciadas no serviço e no seio da equipa, com a enfermeira supracitada
- Reflete com a mesma sobre a eficácia dos diferentes estilos de liderança e sobre a eficácia das estratégias utilizadas para ultrapassar as dificuldades sentidas no processo de liderança e gestão
- Presta cuidados gerindo adequadamente os recursos físicos e humanos disponíveis em cada situação, na tentativa de assegurar eficácia e eficiência a este processo
- Participa ativamente nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar acerca do doente crítico, melhorando a informação disponível e justificando o seu ponto de vista através de um raciocínio científico fundamentando

Competência D1:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Atividades:

- Reflexão sobre os comportamentos e atitudes pessoais e eventuais medos e dificuldades sentidas no estabelecimento de relações terapêuticas com os doentes e com as suas famílias e na interação com a equipa multidisciplinar
- Leitura de manuais de psicologia comportamental e de intervenção psicológica em emergência, que ajudem a melhor compreender os outros e a antecipar e resolver situações de conflito em contexto de Estágio
- Apreciação das atitudes e comportamentos da supervisora clínica, dos enfermeiros chefes de

equipa e de alguns dos restantes colegas, quer perante si próprios, quer nas relações interpessoais que estabelecem no seio da equipa multidisciplinar e com os doentes e as suas famílias

- Identificação de algumas das estratégias de gestão de conflitos utilizadas pelos enfermeiros supracitados
- Resolução eficaz de conflitos no contexto da prestação de cuidados
- Gestão adequada de sentimentos e emoções conducente a uma intervenção eficaz, em situações de maior pressão psicológica

Indicadores de avaliação:

- Empenha-se em aprofundar o auto-conhecimento durante o Estágio, refletindo sobre os seus comportamentos e atitudes e sobre eventuais medos e dificuldades sentidas, tanto nas relações estabelecidas com os doentes e suas famílias, como com a equipa multidisciplinar
- Estuda conteúdos da área da psicologia comportamental e de intervenção psicológica em emergência, que contribuam para facilitar o estabelecimento de relações interpessoais e para prevenir, antecipar e resolver situações de conflito
- Analisa as atitudes e os comportamentos que a supervisora clínica, os enfermeiros chefes de equipa e alguns dos restantes colegas adotam, quer perante si próprios, quer nas relações interpessoais que estabelecem com os vários intervenientes em contexto clínico
- Reconhece quais as principais estratégias de gestão de conflitos utilizadas pelos enfermeiros supracitados e pelo enfermeiro chefe de equipa
- Resolve eficazmente conflitos e apresenta capacidade de gerir sentimentos e emoções, decorrentes de situações de maior pressão psicológica, de modo a não influenciar a instituição de intervenções adequadas à condição do doente

As competências de mestre e de especialista que fundamento abaixo podem ser englobadas no mesmo domínio, uma vez que se reportam aos conhecimentos científicos essenciais à prestação de cuidados de enfermagem especializados, à investigação científica que os produz e ao complexo processo de formação e disseminação da evidência científica pelos enfermeiros.

Competências de Mestre – nº 2 e nº 6:

- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 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.

Competência de Especialista – D2:

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

Atividades:

- Estudo de bibliografia relevante na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente em contexto de urgência e emergência
- Pesquisa de artigos atuais com conteúdos pertinentes e que fundamentem a prática clínica
- Partilha informal de conhecimentos decorrentes da pesquisa, com os enfermeiros da equipa (anexo III)
- Realização de um trabalho científico, primário ou secundário, direcionado para a prática de enfermagem em contexto de SBV (anexo IV)
- Observação do modo como a supervisora clínica e os restantes especialistas intervêm, enquanto dinamizadores da incorporação de novos conhecimentos na prática clínica
- Colaboração com a supervisora clínica ou autonomamente na formação oportuna em contexto clínico
- Identificação das mais-valias da formação em serviço, realizada nos últimos anos, na prática clínica dos enfermeiros do SU, auscultando informalmente a opinião de alguns elementos
- Fundamentação das etapas do processo de enfermagem: avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação, com base em conhecimentos científicos sólidos e atuais

Indicadores de avaliação:

- Estuda conteúdos relevantes na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, em contexto de urgência e emergência e realiza pesquisa de artigos recentes e pertinentes que fundamentem a prática
 - Divulga informalmente conteúdos relacionados com o doente crítico, que sejam pertinentes para a prática clínica, junto da equipa de enfermagem
 - Elabora um trabalho científico direcionado para a prestação de cuidados de enfermagem em contexto de SBV
 - Analisa o modo como os enfermeiros especialistas incutem novos conhecimentos na prática clínica da equipa de enfermagem
 - Colabora com a supervisora clínica ou intervém de forma autónoma na formação da equipa em contexto clínico
 - Ausculta informalmente a opinião de vários colegas da equipa sobre as mais-valias ao nível da prática clínica, conseguidas através da formação em serviço realizada nos últimos anos
 - Atende às várias etapas do processo de enfermagem: avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação, fundamentando o raciocínio em conhecimentos sólidos e atuais
-

3.2 – Competências de Mestre e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

A capacidade do enfermeiro prestar cuidados diferenciados e cientificamente atualizados à pessoa em situação crítica, decorre do seu empenho pessoal constante no desenvolvimento de novas competências e na procura de novos conhecimentos que lhe permitam inovar e acompanhar os avanços científicos. As competências de mestre e de especialista que se seguem abordam ambas este domínio, motivo pelo qual serão fundamentadas em conjunto.

Competência de Mestre – nº 4:

- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

Competência de Especialista – K1:

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Atividades:

- Manuseamento da medicação e dos materiais e equipamentos técnicos disponíveis no SU, com autonomia
 - Avaliação diagnóstica precoce dos focos de instabilidade na pessoa em situação crítica
 - Planeamento e organização das intervenções conducentes à prestação de cuidados ao doente crítico e à família, tendo em conta as prioridades de atuação
 - Implementação das intervenções planeadas, garantindo a prestação de cuidados de alta complexidade de forma oportuna e eficaz
 - Avaliação dos resultados decorrentes dos cuidados prestados e reformulação do planeamento
 - Observação da supervisora clínica e de alguns dos restantes enfermeiros especialistas, na prestação de cuidados ao doente em situação crítica e à sua família
 - Reflexão com a supervisora clínica sobre as intervenções realizadas pelos mesmos e sobre as sugestões efectuadas à minha prática clínica
 - Colaboração com a mesma na execução de intervenções específicas, com as quais ainda não tenha contactado durante o meu percurso profissional
 - Colaboração com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, na realização de intervenções interdependentes
 - Demonstração de conhecimentos e aptidões em SBV, SIV e Suporte Avançado de Vida (SAV), pelo modelo do ERC, em doentes com patologia médica e em vítimas de trauma
 - Manifestação de conhecimentos teórico-práticos cientificamente corretos, em mais de 75 % das questões colocadas pela supervisora clínica
 - Implementação de protocolos terapêuticos complexos e prevenção, identificação e correção atempada de eventuais complicações resultantes
 - Prestação de cuidados holísticos ao doente em situação crítica e à sua família, atendendo à necessidade de gestão dos focos de dor, do bem-estar físico, psico-social e espiritual, da ansiedade e

do medo

- Aplicação de conhecimentos científicos no alívio da dor dos doentes críticos e na dignificação da morte e dos processos de luto
- Apreciação da supervisora clínica e de alguns dos restantes enfermeiros especialistas, na prestação de cuidados holísticos e no estabelecimento e gestão de relações terapêuticas favoráveis
- Utilização de técnicas e estratégias de comunicação adaptadas à situação clínica do doente e ao contexto da prestação de cuidados, bem como à sua família
- Gestão dos processos de relação terapêutica estabelecidos com os doentes e com as suas famílias, como recurso para potencializar os ganhos em saúde
- Criação de uma tabela que permite o registo de todos os cuidados prestados aos doentes admitidos no SU durante o estágio, bem como a colheita de dados demográficos e de outros que permitam realizar uma auto e hetero-avaliação sobre o meu desempenho ao longo do estágio, promovendo a melhoria contínua e facilitando, no final, a realização de uma análise estatística e de uma reflexão sobre o meu percurso, contribuindo para a elaboração do RE (Anexo V)

Indicadores de avaliação:

- Demonstra autonomia na montagem, preparação, programação e utilização dos materiais e equipamentos técnicos disponíveis no SU, bem como na preparação e administração da medicação disponível
- Segue a metodologia dinâmica do processo de enfermagem aplicado ao doente crítico, particularmente ao doente vítima de trauma, como garantia de uma prestação de cuidados de alta complexidade, atempada, adequada, fundamentada e reformulada se necessário
- Observa a intervenção da supervisora clínica e de alguns dos restantes especialistas, na prestação de cuidados holísticos ao doente em situação crítica e à sua família e no estabelecimento e gestão de relações terapêuticas favoráveis
- Reflete com a supervisora clínica sobre as práticas clínicas dos mesmos e sobre as sugestões realizadas à minha prestação, no cuidado ao doente crítico e à sua família
- Aproveita o contexto do Estágio para colaborar com a supervisora clínica na realização de novas intervenções, as quais ainda não tenha executado anteriormente
- Executa procedimentos técnicos e institui protocolos terapêuticos complexos com autonomia, eficácia e eficiência, prevenindo, identificando e corrigindo atempadamente eventuais complicações que possam ocorrer e colabora com os demais elementos na execução de intervenções

interdependentes

- Aplica as prioridades da abordagem prevista nos algoritmos de SBV, SIV e SAV do ERC, em doentes com patologia médica e em vítimas de trauma
 - Responde, com base em princípios cientificamente corretos, a mais de 75 % das questões teórico-práticas colocadas pela supervisora clínica
 - Valoriza a dor, os condicionantes do bem-estar físico, psicossocial e espiritual, o medo e a ansiedade do doente crítico e da família, bem como o sofrimento do luto e a dignificação da morte, intervindo no sentido de aliviar o sofrimento desnecessário e estabelecendo relações terapêuticas que procurem respeitar os seus valores e o código deontológico
 - Estabelece e gere relações terapêuticas favoráveis, adaptando estratégias de comunicações e demonstrando empatia com o doente e a família, potenciando os ganhos em saúde
 - Elabora uma tabela que permite o registo de todos os cuidados prestados aos doentes admitidos no SU, assim como a colheita de dados demográficos e de outros, a fim de realizar uma avaliação contínua sobre o meu desempenho ao longo do Estágio, promovendo por um lado a melhoria progressiva e, por outro, facilitando a realização de uma análise estatística e de uma reflexão sobre o meu percurso, contribuindo para a elaboração do RE
-

Competência K2:

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

Atividades:

- Reunião e entrevista com o elemento do gabinete de risco da ULSBA, responsável pelo plano de resposta a situações de catástrofe do HJJF
 - Leitura do plano de resposta a situações de catástrofe do HJJF, caso me seja concedida essa possibilidade
 - Revisão do manual de intervenção em catástrofe do INEM
 - Reflexão com a supervisora clínica sobre a intervenção do SU em situações de catástrofe já ocorridas
 - Participação em atividades de conceção, revisão, apresentação ou treino do plano de resposta a situações de catástrofe do HJJF, caso alguma destas atividades esteja programada durante o Estágio
-

- Colaboração com a supervisora clínica na identificação do tipo de catástrofe, dos principais riscos e do grau de urgência necessário na gestão e atribuição de funções à equipada multidisciplinar, caso ocorra uma situação de catástrofe durante o Estágio

- Reflexão com a mesma sobre a articulação e a eficácia da equipa do SU em contexto de catástrofe, identificando medidas corretivas para as inconformidades verificadas, caso uma situação com esta magnitude ocorra durante o Estágio

Indicadores de avaliação:

- Discute questões pertinentes e procura esclarecimentos acerca do plano de resposta a situações de catástrofe do HJJF, com o elemento do gabinete de risco da ULSBA responsável pelo mesmo

- Inteira-se de conteúdos bibliográficos de cariz operacional relacionados com a intervenção do enfermeiro em situação de catástrofe multi-vítima, nomeadamente no contexto do Estágio

- Reflete e analisa com a supervisora clínica, a resposta a situações de catástrofe ocorridas anteriormente por parte do SU

- Envolve-se com a supervisora clínica na identificação do tipo de catástrofe, dos riscos associados e do grau de urgência necessária na gestão da equipa do SU em situações de catástrofe, bem como em atividades teóricas ou práticas, relacionadas com a preparação do serviço e da equipa para cenários reais, caso alguma destas situações esteja prevista para o período coincidente com o Estágio

- Utiliza a experiência da supervisora clínica para refletir sobre a atuação da equipa do SU numa eventual situação de catástrofe que possa ocorrer durante o Estágio, para em conjunto identificar medidas corretivas para colmatar as falhas verificadas

Competência K3:

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

Atividades:

- Tomada de conhecimento das principais indicações e diretivas constantes no Plano Nacional de Controlo de Infeção

- Leitura de documentos/ regulamentos orientadores da prática clínica disponíveis no SU e na intranet, relacionados com a prevenção e controlo de infeções e que tenham sido emanados pela comissão de controlo de infeção e pelo gabinete de qualidade da ULSBA
- Observação das práticas empreendidas pela supervisora clínica, por alguns dos restantes especialistas e pelos demais elementos da equipa multidisciplinar, atendendo à prevenção e controlo de infeção em contexto de prestação de cuidados no SU (ver proposta do anexo VI)
- Reflexão informal com a supervisora clínica sobre a eficácia das medidas colocadas em prática pela equipa multidisciplinar, para prevenir e controlar infeções no SU
- Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, cumprindo e fazendo cumprir, se necessário, as medidas de prevenção e controlo de infeção emanadas a nível nacional e a nível hospitalar
- Participação com a supervisora clínica em atividades que envolvam monitorização e avaliação de medidas de prevenção e controlo de infeção empregues no SU, atualização das mesmas e apresentação das alterações à equipa, caso esta necessidade surja durante o Estágio

Indicadores de avaliação:

- Inteira-se dos principais documentos referentes à prevenção e controlo de infeções, tanto os de abrangência nacional como os de abrangência local, estes últimos vocacionados para a prestação de cuidados no SU
 - Analisa as práticas de prevenção e controlo de infeção adotadas pela equipa multidisciplinar em relação à pessoa em situação crítica e aos demais utentes e reflete informalmente sobre elas com a supervisora clínica, atendendo sobretudo ao seu cumprimento e eficácia
 - Orienta a prestação de cuidados pelas directivas de prevenção e controlo de infeção de cariz nacional e pelas diretivas emanadas pela comissão de controlo de infeção da ULSBA
 - Estimula, se necessário, a equipa multidisciplinar a cumprir as diretivas acima referidas em contexto de prestação de cuidados, não só à pessoa em situação crítica, como também aos restantes doentes
 - Envolve-se com a supervisora clínica em atividades que visem monitorizar e avaliar as medidas de prevenção e controlo de infeção em vigor no SU, atualizar as recomendações neste âmbito e apresentá-las à equipa, caso esta necessidade surja durante o Estágio
-

Competência de Mestre – nº 7:

- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Atividade:

- Cumprimento das actividades projectadas para o desenvolvimento de cada uma das competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica

Indicador de avaliação:

- Desenvolve todas as competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, através da realização das actividades projectadas para cada uma delas.

4 – PROCESSO DE AVALIAÇÃO

De momento ainda não foi disponibilizado o documento que contempla os critérios de avaliação do estágio, pelo que as condições constantes no mesmo serão indexadas posteriormente a este projeto. Contudo, a elaboração e aprovação do presente documento, quer pela enfermeira supervisora, quer pela docente orientadora, assume-se para já como o pilar comum a todos os intervenientes, que para além de orientar a minha atividade durante o estágio, permitirá uma análise e reflexão sobre os objetivos alcançados, as atividades realizadas e as competências adquiridas e/ou desenvolvidas, quer durante o estágio, quer nomeadamente aquando da elaboração do RE, facilitando e orientando o processo de auto e de hetero avaliação.

Para além dos documentos de PE e de RE, conforme foi dado a conhecer no ponto anterior, ao longo deste período prevejo a realização de atividades para dar resposta quer às competências de enfermeiro especialista, quer às competências de mestre em enfermagem e que implicarão a elaboração de um artigo científico e de trabalhos e projetos de várias índoles, dimensões e abrangência, relacionados quer com a melhoria contínua da qualidade, quer com a formação em serviço. (anexo VII – cronograma dos trabalhos a realizar) A propósito destes, importa referir que três deles são “projectos minor”, estando um deles orientado para a temática do controlo de infeção no SU (anexo VI), outro para a avaliação e monitorização de um protocolo atualmente em vigor no SO (anexo II) e o terceiro para a segurança do doente (anexo III). Irei ainda desenvolver um “projeto major”, intitulado “Performance dos enfermeiros em suporte básico de vida, como determinante na segurança do doente crítico”, que tem como objetivo melhorar a performance dos enfermeiros do SU em SBV, através da elaboração de um plano formativo com base na prática simulada e que visa garantir a máxima segurança do doente (ver proposta inicial para começar a desenvolver o projeto no anexo IV). Dado que existem outros dois colegas a realizar o estágio final no SU e cujos projetos major também abordam a intervenção dos enfermeiros em contexto de PCR, embora noutras perspetivas, contamos aproveitar as sinergias e colaborar em algumas etapas do mesmo.

Por último, importa referir que durante o estágio está prevista a realização de uma reunião formativa e de uma reunião sumativa, as quais contarão com a presença da supervisora clínica e da docente orientadora, não estando para já decididas as datas para a realização das mesmas.

5 – CONCLUSÃO

A elaboração deste documento revelou-se uma atividade extremamente importante, pois para além de estruturar e projetar as atividades alvo de avaliação neste estágio, permitiu-me realizar uma reflexão pessoal aprofundada e sustentada sobre o meu percurso formativo e profissional. A descrição das competências que deverão ser adquiridas e desenvolvidas durante o estágio, foi essencial para a composição de um plano objetivo e organizado. Sem este trabalho prévio não seria seguro garantir que este período de estágio iria ser devidamente rentabilizado, com a condicionante do mesmo decorrer no serviço que é simultaneamente o meu local de trabalho.

Neste momento conto com bastante motivação e empenho para esta nova fase do meu percurso formativo, sabendo à partida que pelas razões enunciadas anteriormente, poderei contar com algumas dificuldades em relação à disponibilidade de tempo para frequentar o estágio e para realizar os trabalhos exigidos e aqueles que me proponho efetuar.

Encerro este documento com grande expectativa em relação à sua operacionalização.

6 – BIBLIOGRAFIA

Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2014). *Proposta de Programa Formativo para a Enfermagem Especializada em Pessoa em Situação Crítica*. Coimbra: Ordem dos Enfermeiros

Aviso n.º 5622/16, de 2 de Maio da Universidade de Évora. Diário da República: II série, n.º 84 (2016). Acedido a 5 de Fevereiro de 2017. Retirado de http://www.essp.pt/novo/images/MestEnfermagem/MCEESIP_5622_2016.pdf

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (Ana Albuquerque Queirós e Belarmina Lourenço). Coimbra: Quarteto Editora (obra original publicada em 2001)

Decreto-Lei n.º 115/13 de 7 de Agosto do Ministério da Educação e Ciência. Diário da República: I série, n.º 151 (2013), acedido a 10 de Fevereiro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/08/15100/0474904772.pdf>

Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem. (2007). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos – publicação da área disciplinar de enfermagem*, nº 5 1-38

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

Regulamento n.º 361/15 de 26 de Junho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, n.º 123 (2015). Acedido a 5 de Janeiro de 2017. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadreesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Universidade de Évora. (2014). *Regulamento de creditação de formação e experiência profissional*.
Acedido a 6 de Outubro de 2016. Retirado de <http://gdoc.uevora.pt/402896>

Anexos

Anexo I - Cronograma das Atividades do Estágio Final

6								
7								
Avaliação								
Competência de Mestre nº 5 & Competências Comuns B1 e B2								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
Avaliação								
Competência Comum B3								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
Avaliação								
Competência de Mestre nº 1 & Competências Comuns C1 e C2								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Avaliação								

10								
11								
12								
13								

17								
18								
Avaliação								
Competência Específica K2								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Avaliação								
Competência Específica K3								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
Avaliação								

CRONOGRAMA DO ESTÁGIO (continuação)

Duração prevista para o Estágio	9ª semana 28/11 – 04/12	10ª semana 05/12 – 11/12	11ª semana 12/12 – 18/12	12ª semana 19/12 – 22/12	13ª semana 03/01 – 08/01	14ª semana 09/01 – 15/01	15ª semana 16/01 – 22/01	16ª semana 23/01 – 27/01
Unidades Curriculares	Unidade Curricular Optativa (a designar)							
Distribuição das horas por turnos								
Outras horas de contacto	16	18	14	20	20	16	16	16
Reuniões de Estágio								
Entrega de trabalhos					Entrega do artigo			Entrega do Relatório de Estágio
Competência de Mestre nº 3 & Competências Comuns A1 e A2								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Avaliação								

Competência de Mestre nº 5 & Competências Comuns B1 e B2								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
Avaliação								
Competência Comum B3								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
Avaliação								
Competência de Mestre nº 1 & Competências Comuns C1 e C2								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Avaliação								

12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
Avaliação								
Competência Específica K2								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Avaliação								
Competência Específica K3								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
Avaliação								

Anexo II - Avaliação do Protocolo de Controlo da Glicemia Capilar no SO

Descrição/ Contextualização

- Antes de 2015 não havia protocolo de controlo da glicemia capilar no SO – foram colhidos dados que caracterizaram a situação e que permitiram a criação da proposta de um protocolo
- No final de 2015 e início de 2016 realizaram-se testes com o protocolo proposto, ainda em teste – foram colhidos dados que permitiram realizar ajustes e publicar um protocolo definitivo (primeiro controlo/ avaliação)
- Agora passados seis meses desde a implementação definitiva do protocolo – pretendo colher dados para monitorizar e avaliar o projeto
- Colher dados a pelo menos 30 doentes
- Realizar uma comparação entre os dados atuais e os do primeiro controlo/ avaliação
- Retirar conclusões
- Divulgar as conclusões aos colegas
- Divulgar as conclusões à Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes (UCFD)

Anexo III - Testes à Seringa Infusora Perfusor B-braun^R Compact

Estrutura do Projeto

- Objetivos
- Pesquisa bibliográfica
- Princípios básicos da utilização de seringa infusoras
- Algumas definições da seringa
- Testes:
 - Teste um – Tipo de prolongador (150 cm Vs 30 cm)
 - Prolongador de 150 cm clampado – colheita de 36 dados



Velocidade	Sens 1	timing	Sens 2	timing	Sens 3	timing
0.5 cc/h						
1 cc/h						
2 cc/h						
3 cc/h						
4 cc/h						
5 cc/h						
6 cc/h						
10 cc/h						
15 cc/h						
20 cc/h						
25 cc/h						
50 cc/h						
99.9 cc/h						

- Prolongador de 30 cm clampado – colheita de 12 dados



- Teste quatro – Testar limite de pressão na infusão em várias velocidades, contra soro de 100 ml envolvido em manga de pressão a 1 metro de altura, em cada um dos três pressure stage – colheita de três dados



- Teste cinco – Na pressão mínima limite encontrada acima, testar refluxo para uma seringa de 10 cc, conetada por torneira ao sistema que tem o soro de 100 ml envolvido na manga de pressão – colheita de um dado



- Teste seis - Testar a pressão exercida pelo gotejo de um soro de **1,000 ml**, totalmente aberto, suspenso **1.5 metros** acima do local de infusão



- Elaboração de gráficos
- Observação da utilização de seringas no SU, nas cirurgias, medicinas e UCI
- Conclusões
- Disponibilizar os dados e as conclusões para a equipa

**Anexo IV - Performance dos Enfermeiros em Suporte Básico de Vida, como
Determinante na Segurança do Doente Crítico**

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 psiquiatria	Saúde infantil e pediatria	Saúde Materna e obstetria	Reabilitação				
Alguma vez realizou formação em SBV?			Sim		Não					
Se respondeu que sim, diga quando			Antes de 2010		Entre 2010 - 2015		Após 2015			
Se respondeu que sim, foi um curso formal?				Sim		Não				
Se respondeu que sim, quando foi a última vez que realizou prática simulada em SBV?			Antes de 2010		Entre 2010 - 2015		Após 2015			

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 corretamente?	Sim	Não	
Em relação ao SBV 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!

Jorge Pereira

Anexo V - Instrumentos de Colheita de Dados Relativos ao Estágio Final

	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
1	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				
2	dia	turnos trabalho	turnos Estágio	Horas trabalho em casa	dia	turnos trabalho	turnos Estágio	Horas trabalho em	dia	turnos trabalho	turnos Estágio	Horas trabalho em casa	dia	turnos trabalho	turnos Estágio	Horas trabalho em casa	
3	1				1				1				1				
4	2				2				2				2				
5	3				3				3				3				
6	4				4				4				4				
7	5				5				5				5				
8	6				6				6				6				
9	7				7				7				7				
10	8				8				8				8				
11	9				9				9				9				
12	10				10				10				10				
13	11				11				11				11				
14	12				12				12				12				
15	13				13				13				13				
16	14				14				14				14				
17	15				15				15				15				
18	16				16				16				16				
19	17				17				17				17				
20	18				18				18				18				
21	19				19				19				19				
22	20				20				20				20				
23	21				21				21				21				
24	22				22				22				22				
25	23				23				23				23				
26	24				24				24				24				
27	25				25				25				25				
28	26				26				26				26				
29	27				27				27				27				
30	28				28				28				28				
31	29				29				29				29				
32	30				30				30				30				
33	31				31				31				31				

36			
37	Total de horas de trabalho em casa		0
38	Média diária de horas de trabalho em casa		#DIV/0!
39	Média semanal de horas de trabalho em casa		0
40	Total de horas de trabalho		0
41	Total de horas de Estágio		0
42	Média de horas de trabalho semanal		0,00
43	Média de horas de Estágio semanal		0
44	Total de horas de trabalho (trabalho + Estágio)		0
45	Média de horas de trabalho semanal (trabalho + Estágio)		0,00
46	Total de horas de trabalho + trab casa		0
47	Média de horas de trabalho semanal + casa		0,00
48	Total de horas de Estágio + casa		0
49	Média de horas semanal de Estágio + casa		0,00
50			

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	Procedimentos/ Cuidados prestados/Situações ocorridas	Especificação	Data	Nº	Data	Nº	Data	Nº	Data	Nº
1										
2	Prestação de cuidados ao doente com VMI									
3	Interpretação e ajuste de parâmetros									
4	Prestação de cuidados ao doente com VMNI									
5	Interpretação e ajuste de parâmetros									
6	Colocação de CVC									
7	Prestação de cuidados ao doente com CVC									
8	Colocação de linha arterial									
9	Prestação de cuidados ao doente com linha arterial									
10	Entubação endotraqueal									
11	Algaliação									
12	Entubação nasogástrica									
13	Dreno torácica									
14	Administração de aminas									
15	Administração de sedoanalgesia									
16	Colheita de sangue									
17	Realização de ECG									
18	Realização de registos de enfermagem									
19	Passagem do turno									
20	Interação com familiares									
21	Divulgação de conhecimentos à equipa									
22	Prestar cuidados seguindo os procedimentos do controle de infecção									
23	Prestação de cuidados ao doente com instabilidade hemodinâmica									
24	Prestação de cuidados ao doente de trauma - TCE									
25	Prestação de cuidados ao doente de trauma - torax									
26	Prestação de cuidados ao doente de trauma - abdómen									



Horas totais

Prestação de cuidados

Características dos doentes



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
26	Prestação de cuidados ao doente de trauma - abdómen									
27	Prestação de cuidados ao doente de trauma - extremidades									
28	Prestação de cuidados ao doente de trauma - queimado									
29	Prestação de cuidados ao doente de trauma - afogado									
30	Prestação de cuidados ao doente de trauma - outros									
31	Prestação de cuidados ao doente médico - cardíaco									
32	Prestação de cuidados ao doente médico - vascular									
33	Prestação de cuidados ao doente médico - respiratório									
34	Prestação de cuidados ao doente médico - metabólico									
35	Prestação de cuidados ao doente médico - infeccioso									
36	Prestação de cuidados ao doente médico - GI									
37	Prestação de cuidados ao doente médico - renal									
38	Prestação de cuidados ao doente médico - hematológico									
39	Prestação de cuidados ao doente médico - outros									
40	Realização de higiene corporal, oral, ocular									
41	Aspiração de secreções									
42	PCR - SBV, SIV e SAV									
43	Desfibrilhação									
44	Cardioversão eléctrica									
45	Pace externo									
46	Antecipação de situação de descompensação									
47	Dtes recebidos									
48	Dtes transferidos									
51	Remoção de Linha arterial									
52	Levar doente a MCD (tac, etc)									
53	Levar doentes a outras unidades									
54	Prestação de cuidados a doente com dreno torácico									
62				0		0		0		0
63										

⏪ ⏩ ⏴ ⏵
Horas totais
Prestação de cuidados
Características dos doentes
⚙️

Pronto

	A	B	C	D	G	H	I	J	K	L	M
1	Nº de doentes	ID	Sexo	Idade							
2	1										
3	2										
4	3										
5	4										
6	5										
7	6										
8	7										
9	8										
10	9										
11	10										
12	11										
13	12										
14	13										
15	14										
16	15										
17	16										
18	17										
19	18										
20	19										
21	20										
22	21										
23	22										
24	23										

Pronto

Horas totais Prestação de cuidados **Características dos doentes**

103				
104	Contagem		M	0
105	Contagem		F	0
106	Média		Idades	#DIV/0!
107	Média		Dtes/ turno	#DIV/0!
108				

Anexo VI - Análise da Fixação dos Cateteres Venosos Periféricos no SU

Norma 2.1.2 - Manual de Normas de Enfermagem da ACSS

- Com o objetivo de prevenir infeções, a ACSS (2014, p. 29) definiu claramente como deve ser efetuada a fixação de um Cateter venoso periférico

Cateterização de veia periférica
Acções de Enfermagem
20. Fixar o cateter: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Com penso transparente ou opaco esterilizado <li style="text-align: center;">OU ▪ Com compressa esterilizada aplicando adesivo <li style="text-align: center;">E ▪ Aplicar uma tira de adesivo em forma de gravata, apenas sobre o cateter.

- Pretendo realizar a observação de 200 punções periféricas presentes em doentes do SU e verificar a conformidade em relação ao procedimento definido acima. A colheita de dados irá ser realizada na seguinte tabela:

Cateterização venosa periférica realizada no SU? (Sim; Não)	Está de acordo com o procedimento? (Sim; Não)	Como está fixado? (Penso Esteril sem rede, Estéril com rede, Não estéril sem rede, Não estéril com rede)	Aspecto exterior (cuidado, repassado, carecendo de optimização)
1			
...			
200			

- Recolher resultados
- Obter conclusões
- Disponibilizar os resultados à equipa, nomeadamente aos colegas responsáveis pelo controlo de infeção no SU

Base de dados criada para introduzir os dados da observação dos CVP

	A	B	C	D	E
	Nº de observações	Punção realizada no SU?	Está de acordo com o procedimento?	Como está fixado?	Aspecto exterior
1					
2					
3	1				
4	2				
5	3				
6	4				
7	5				
8	6				
9	7				
10	8				
11	9				
12	10				
13	11				
14	12				
15	13				
16	14				
17	15				
18	16				
19	17				
20	18				
21	19				
22	20				
23	21				

Anexo VII - Cronograma dos Trabalhos a Realizar

E S T Á G O	1 ^a Semana	2 ^a semana	3 ^a semana	4 ^a semana	5 ^a semana	6 ^a semana	7 ^a semana	8 ^a semana
		<ul style="list-style-type: none"> - Realização, reformulação e entrega do documento de PE; - Realização das atividades conducentes à aquisição e desenvolvimento das competências; - Colheita de dados para o RE; - Realização do trabalho de FSE. 			<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração da proposta de projeto de mestrado para os SAC e dos pedidos de parecer às comissões de ética da ULSBA e da UE - Realização das atividades conducentes à aquisição e desenvolvimento das competências; - Colheita de dados para o RE; - Realização do trabalho de FSE. 		<ul style="list-style-type: none"> - Realização do trabalho científico sobre o SBV; - Realização das atividades conducentes à aquisição e desenvolvimento das competências; - Início da implementação do projecto major: Performance dos enfermeiros em suporte básico de vida, como determinante na segurança do doente crítico; - Colheita de dados para o RE. 	
I	9 ^a Semana	10 ^a semana	11 ^a semana	12 ^a semana	13 ^a semana	14 ^a semana	15 ^a semana	16 ^a semana
	<ul style="list-style-type: none"> - Realização do trabalho científico sobre o SBV; - Realização das atividades conducentes à aquisição e desenvolvimento das competências; - Continuação do projeto major; - Colheita de dados para o RE. 		<ul style="list-style-type: none"> - Realização do trabalho científico sobre o SBV; - Finalização do projecto major; - Colheita de dados para o RE; - Realização do trabalho da UC optativa. 			<ul style="list-style-type: none"> - Entrega do trabalho científico sobre o SBV; - Realização das atividades conducentes à aquisição e desenvolvimento das competências - Colheita de dados para o RE. - Elaboração do RE 		

Anexo B - Análise Estatística da Contabilização Horária

Análise da Contabilização horária

(horas de contacto e horas de trabalho autónomo)

Horas de prestação direta de cuidados em contexto de estágio no SU (horas de contacto)	153
Horas na realização de atividades/ desenvolvimento de projetos em contexto de SU (horas de contacto)	236
Horas de trabalho autónomo relacionadas com o estágio	278
Total de horas de prestação direta de cuidados + horas em atividades/ projetos (horas de contacto)	389
Total de horas de contacto + autónomas	667
Horas de trabalho enquanto enfermeiro no SU durante as semanas em que decorreu o estágio	716
Total de horas de contacto + autónomas + horas enquanto enfermeiro no SU	1383
Média de horas de contacto por semana	24
Média de horas de contacto + autónomas por semana	42
Média de horas de contacto + horas enquanto enfermeiro no SU por semana	69
Média de horas de contacto + autónomas + horas enquanto enfermeiro no SU por semana	86

Anexo C - Cronograma das Atividades a Realizadas

6								
7								
Avaliação	- Competências adquiridas e desenvolvidas -							
Competência Comum D1								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
Avaliação	- Competência desenvolvida -							
Competências de Mestres nº 2 e 6 & Competência Comum D2								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
Avaliação	- Competências adquiridas e desenvolvidas -							
Competência de Mestre nº 4 & Competência Específica K1								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
Avaliação	- Competências adquiridas e desenvolvidas -							
Competência Específica K2								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Avaliação	- Competência desenvolvida -							
Competência Específica K3								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
Avaliação	- Competência desenvolvida -							

CRONOGRAMA DO ESTÁGIO (continuação)								
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; M-2	M-6; M-7		M-19; M-20; M-22; M-23	M-28	M-3; M-4		M-19; M-20
Outras horas de contacto	6 + 6 + 3	6 + 6	6 + 6 + 6	9			9	8 + 6 + 2
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 HJFF 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 artigo sobre o SBV	Entrega do trabalho de relação de ajuda	
Competência de Mestre nº 3 & Competências Comuns A1 e A2								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Avaliação	- Competências adquiridas e desenvolvidas -							

Competência de Mestre nº 5 & Competências Comuns B1 e B2

1								
2								
3								
4								
5								
6								

Avaliação - Competências adquiridas e desenvolvidas -

Competência Comum B3

1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

Avaliação - Competência desenvolvida -

Competência de Mestre nº 1 & Competências Comuns C1 e C2

1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

Avaliação - Competências adquiridas e desenvolvidas -

11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
Avaliação	- Competência desenvolvida -							
Competência Específica K2								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
Avaliação	- Competência desenvolvida -							
Competência Específica K3								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
Avaliação	- Competência desenvolvida -							

**Anexo D - Compilação de Dados sobre os Cuidados, Intervenções e Procedimentos
Realizados no Estágio**

Procedimentos realizados/ Cuidados prestados/ Situações ocorridas	Total
Prestação de cuidados ao doente com VMI	4
Interpretação e ajuste de parâmetros	4
Prestação de cuidados ao doente com VMNI	2
Interpretação e ajuste de parâmetros	2
Colaboração na colocação de CVC	2
Prestação de cuidados ao doente com CVC	2
Posicionamento dos doentes	77
Colaboração na entubação endotraqueal	2
Algaliação	14
Entubação nasogástrica	9
Colaboração na colocação de dreno torácico	1
Administração de aminas	8
Administração de sedoanalgesia	16
Colheita de sangue	52
Realização de registos de enfermagem	52
Passagem de turno	31
Interação com familiares	38
Divulgação de conhecimentos à equipa	4
Prestar cuidados seguindo os procedimentos do controle de infeção	77
Prestação de cuidados ao doente com instabilidade hemodinâmica	31

Prestação de cuidados ao doente de trauma – TCE	4
Prestação de cuidados ao doente de trauma – torácico	3
Prestação de cuidados ao doente de trauma – abdominal	3
Prestação de cuidados ao doente de trauma – extremidades	5
Prestação de cuidados ao doente de trauma – queimado	2
Prestação de cuidados ao doente de trauma – afogado	0
Prestação de cuidados ao doente de trauma – outros	1
Prestação de cuidados ao doente médico – cardíaco	14
Prestação de cuidados ao doente médico – vascular	6
Prestação de cuidados ao doente médico – respiratório	11
Prestação de cuidados ao doente médico – metabólico	7
Prestação de cuidados ao doente médico – infeccioso	10
Prestação de cuidados ao doente médico – Gastrointestinal	12
Prestação de cuidados ao doente médico – renal	9
Prestação de cuidados ao doente médico – hematológico	2
Prestação de cuidados ao doente médico – outros	4
Realização de higiene corporal, oral, ocular	29
Aspiração de secreções	13
RCP - SBV, SIV e SAV	3
Desfibrilhação	1
Colaboração na realização de cardioversão elétrica	1

Colaboração na colocação de pace externo	1
Antecipação de situação de descompensação	42
Doentes recebidos	36
Doentes transferidos	36
Transferência de doentes para MCD (tac, etc)	14
Transferência de doentes para unidades do hospital	5
Prestação de cuidados a doente com dreno torácico	1

Doentes Cuidados Durante o Estágio

Nº total de doentes cuidados	77
Nº de doentes masculinos cuidados	41
Nº de doentes femininos cuidados	36
Idade média dos doentes cuidados	73,7
Nº médio de doentes cuidados por turno	4,3

**Anexo E - Questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Conhecimentos,
Competências e Treino em Suporte Básico de Vida**

Conhecimentos, competências e treino em SBV:

Tem formação em SBV?	Sim	Não	
Se respondeu sim à pergunta, precise a data da última formação	Antes de 2010	Entre 2010 - 2015	Após 2015
Se respondeu sim à primeira pergunta, indique se foi um curso formal	Sim	Não	
Quando foi a última vez que realizou prática simulada em SBV?	Antes de 2010	Entre 2010 - 2015	Após 2015
Considera que o treino regular de competências em SBV é importante para o seu desempenho no SU?	Sim	Não	
Considera que cumpre o algoritmo de SBV corretamente?	Sim	Não	
Tem conhecimento das alterações emanadas pelo ERC em 2015, relativamente às guidelines de SBV de 2010?	Sim	Não	
Genericamente, como classifica a dinâmica da equipa de enfermagem do SU durante uma PCR?	Boa	Razoável	Má
Considera que a dinâmica pode ser melhorada através da prática simulada?	Sim	Não	

Código do formando: _____

Obrigado pela colaboração!

Jorge Pereira

Anexo F - Grelha de Avaliação dos Transportes Inter-Hospitalares

Avaliação para o transporte secundário*

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo, para qualquer nível de gravidade do doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuada o transporte.

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se Intubado ou traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração Irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico e Aspiração	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente Instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (Inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente Instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL ...	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhum	"Standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, Injectáveis + soros
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada, Desfibrilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

O material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.

Anexo G - Folha de Registo dos Transportes Inter-Hospitalares

1 – DECISÃO DO TRANSPORTE:

Data: ____/____/____

Hora da activação do enfermeiro: ____h ____min

Assinatura do Enf^o contactante: _____

Hora da chegada ao serviço de origem: ____h ____min

Hora da partida do serviço de origem: ____h ____min

Hora da chegada ao serviço de destino: ____h ____min

Hora da partida do serviço de destino: ____h ____min

Hora da chegada ao serviço de origem(2): ____h ____min

Duração total do transporte: ____h ____min

Serviço de origem: _____

Médico do serviço de origem: _____

Hospital e serviço de destino: _____

Médico do serviço de destino: _____

2 - PLANEAMENTO E EFECTIVAÇÃO:

Vinheta de identificação do doente

Diagnóstico principal: _____

Lesões/ diagnósticos secundários: _____

Antecedentes pessoais: _____

Motivo do transporte: _____

2.1 - AVALIAÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DO DOENTE:

2.1.1 – A – Via Aérea

Local da avaliação	Serviço de origem	Chegada à ambulância	Na ambulância				
Hora							
Via Aérea permeável?							
Necessidade de aspiração							
Tubo nasofaríngeo							
Tubo de guedell							
Máscara laríngea N.º							
TET N.º; Profundidade							
Fixação da via aérea avançada							

2.1.2 – B – Ventilação e oxigenação

Local da avaliação	Serviço de origem	Chegada à ambulância	Na ambulância				
Hora							
O ₂ (l/min)							
SpO ₂							
FiO ₂							
ETCO ₂							
Reserva de O ₂ adequada							
Volume/min							
Freq./min							
Pressão							
Peep							
Inspeção, auscultação, percussão							
Dreno torácico							

2.1.3 – C – Circulação e controlo de hemorragias

Local da avaliação	Serviço de origem	Chegada à ambulância	Na ambulância				
Hora							
TA FC							
Características da pele							
CVP calibre e localização							
CVC localização							
Fixação dos cateteres							
Palpação abdominal							
Algália tipo e nº							
Débito urinário							
Presença de dreno							

2.1.4 – D – Disfunção neurológica

Local da avaliação	Serviço de origem	Chegada à ambulância	Na ambulância				
Hora							
Dor (0-10)							
Glicemia							
Pupilas							
GCS ¹ ou AVDS							

2.1.5 – E – Exposição e imobilização

Local da avaliação	Serviço de origem	Chegada à ambulância	Na ambulância				
Hora							
Temperatura							
Sentado							
Maca da ambulância							
Maca coquille sobre o plano							
Maca coquille sobre o plano + colar cervical							

2.2 - MEDICAÇÃO EM SOS PRESCRITA PARA O TRANSPORTE:

_____	Dose: _____	Via: _____
_____	Dose: _____	Via: _____
_____	Dose: _____	Via: _____
_____	Dose: _____	Via: _____

¹ Glasgow Coma Scale: **Abertura Ocular** (4 – espontânea; 3 – estimulação verbal; 2 – estimulação dolorosa; 1 – nenhuma); **Resposta Verbal** (5 – orientado; 4 – confuso; 3 – palavras impróprias; 2 – sons incompreensíveis; 1 – nenhuma); **Resposta Motora** (6 – obedece aos comandos; 5 – localiza e retira o estímulo; 4 – localiza o estímulo; 3 – responde em flexão; 2 – responde em extensão; 1 – nenhuma)

2.3 – VERIFICAÇÃO DE MATERIAL, EQUIPAMENTO E DOCUMENTAÇÃO PARA O TRANSPORTE:

	Sim	Não
Foi realizada a avaliação do material e do equipamento disponível na ambulância?		
Há condições para aumentar o nível de cuidados durante o transporte caso seja necessário?		
A informação clínica e os MCDT acompanham o doente?		

MATERIAL EMPRESTADO PELO SERVIÇO DE ORIGEM:

Assinatura do Enfermeiro Chefe de Equipa ou da Sala de Emergência:

2.4 – INTERVENÇÕES REALIZADAS / MEDICAÇÃO ADMINISTRADA DURANTE O TRANSPORTE:

Quebra de Selo de segurança da mala de medicação n.º _____ Selo de segurança repostado n.º _____

_____ h ____ min; resultado: _____

2.5 – ASSINATURA DE UM ELEMENTO DO SERVIÇO DE DESTINO OU CARIMBO DO SERVIÇO:

_____ / ____ / ____ h ____ min

3 – NOTAS GERAIS (INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR):

DEVOLUÇÃO DO MATERIAL EMPRESTADO PELO SERVIÇO DE ORIGEM:

Assinatura do Enfermeiro Chefe de Equipa ou da Sala de Emergência:

ASSINATURA DO ENFERMEIRO E DO MÉDICO DA EQUIPA DE TRANSPORTE (NO FINAL DO TRANSPORTE):

Enfermeiro: _____ / ____ / ____ h ____ min

Médico: _____ / ____ / ____ h ____ min

Anexo H - Pedidos de Parecer às Comissões de Ética da ULSBA e da UE

Exma. Presidente do Conselho de Administração da ULSBA,

Sr.ª Dr.ª Margarida Silveira

Assunto: pedido de apreciação e parecer

Eu, Jorge Miguel Baião Pereira, enfermeiro no Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes, com o número mecanográfico 20809, venho por este meio solicitar um pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética da ULSBA, acerca do assunto abaixo apresentado:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a 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 e a decorrer na Universidade de Évora, encontro-me a realizar um estágio no Serviço de Urgência do Hospital José Joaquim Fernandes, que se iniciou no dia 3 de Outubro de 2016 e que terminará a 20 de Janeiro de 2017. Este estágio prevê a realização de um projecto, cujo objectivo é melhorar a performance dos enfermeiros do Serviço de Urgência em suporte básico de vida, através da elaboração de um plano formativo com base na prática simulada, tendo como finalidade a máxima segurança do doente. Pretende-se ainda que através da concepção e implementação deste projecto sejam desenvolvidas e atingidas as competências de mestre em enfermagem e que a evidência resultante possa ser uma mais-valia para a comunidade científica.

No âmbito do projecto supracitado, estão previstas as seguintes actividades:

- Passar um questionário aos enfermeiros do Serviço de Urgência, com o objectivo de realizar a sua caracterização sociodemográfica e de identificar necessidades formativas em suporte básico de vida, de acordo com as guidelines de 2015;
- Realizar sessões formativas teórico-práticas, de acordo com as necessidades identificadas, no âmbito da formação em serviço, aos enfermeiros do SU, acerca do suporte básico de vida, sem custos acrescidos para a entidade patronal, sem interferência com a dinâmica do serviço e com recurso a manequins e à prática simulada (não serão envolvidas pessoas/ utentes neste projecto).

Comprometo-me em garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos e em informar os enfermeiros envolvidos desta condição, bem como do âmbito e objectivo do projecto, sendo o envolvimento dos mesmos facultativo. Comprometo-me ainda em cumprir as condições previstas na Declaração de Helsínquia.

Atenciosamente

27/10/2016

Jorge Miguel Baião Pereira



Recebido
Secretariado
27.10.2016

Árcia Rodrigues

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-Sênior 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. --

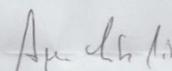
----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----

««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



[Início](#) [Requerimentos](#) [Documentos públicos](#)

Requerimento - ver detalhe

Estado / Notificações

Não há notificações

Dados do Requerimento

Género: Registo **GD**
Requerimento aluno / Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos
Número: GD/43625/2016
Requerente: 36900 - Jorge Miguel Pereira - Mestrado - Enfermagem
Data: 2016-11-02 23:09

Dados do documento

Tipo: Requerimento
Data: 2016-11-02
Produtor: 36900 - Jorge Miguel Pereira - Mestrado - Enfermagem
Referência: Req. Aluno
Assunto: Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento - Avaliação de Projectos - Jorge Miguel Baião Pereira - 36900 - Enfermagem (Mestrado)

Voltar

- [Requerimentos efetuados](#)

Documento campos específicos

Título: Performance dos enfermeiros em suporte básico de vida, como determinante na segurança do doente crítico

Nome dos investigadores: Jorge Miguel Baião Pereira

Nível da Investigação: Projeto e respetivo relatório no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica

Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Responsáveis Académicos - Colaboradores: Maria Paula Pelúcia Canelas

Resumo: Os enfermeiros que prestam cuidados no serviço de urgência são frequentemente confrontados com a necessidade de prestar cuidados a pessoas em situação crítica. A paragem cardiorrespiratória

(PCR) configura uma verdadeira situação de emergência e a sobrevivência dos doentes é necessariamente influenciada pela qualidade, eficácia e eficiência das intervenções e dos cuidados de enfermagem prestados. Para além disso, as guidelines internacionais que fundamentam o suporte básico de vida (SBV) sofrem alterações periódicas, decorrentes da investigação que vai sendo produzida, motivo pelo qual importa, no âmbito da formação em serviço, estruturar planos de formação que abordem este tema e que permitam aos enfermeiros melhorar a sua performance e contribuir para a segurança do doente.

Fundamentação: A cada cinco anos o International Liaison Committee on Resuscitation realiza alterações às guidelines de Reanimação cardiopulmonar (RCP) vigentes, com base nas evidências científicas produzidas nos anos anteriores, implicando uma atualização periódica dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, no sentido de melhorar as condições de segurança e o outcome dos doentes. (Hazinski et al., 2015) Apesar do intervalo entre atualizações ser de cinco anos, segundo Greif et al (2015) as competências em RCP começam a degradar-se 3 a 6 meses após o último momento formativo realizado, motivo pelo qual os autores defendem que os profissionais 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. Os enfermeiros do serviço de urgência são frequentemente chamados a realizar manobras de RCP. Embora isto seja uma realidade recorrente, não significa que as guidelines em vigor sejam adequadamente cumpridas e que as necessidades de formação sejam dispensadas. Os principais algoritmos que sustentam a intervenção dos enfermeiros em contexto de PCR são o algoritmo de SBV e o algoritmo de suporte avançado de vida (SAV). Uma vez que os enfermeiros são os profissionais que mais próximo estão dos doentes e que nesta qualidade são fundamentais na deteção e na primeira intervenção atempada, tão importante para dar início e manter a coesão da cadeia de sobrevivência, o tema que me proponho trabalhar é a segurança do doente crítico e a performance em SBV dos enfermeiros do SU.

Objetivos: Melhorar a performance dos enfermeiros do SU em SBV, através da elaboração de um plano formativo com base na prática simulada

Seleção da Amostra: Após a análise dos resultados do questionário de caracterização sociodemográfica e de diagnóstico de necessidades formativas em SBV, aplicado a todos os enfermeiros em funções de prestação direta de cuidados no SU do Hospital José Joaquim Fernandes (população-alvo), a amostra será pelo menos 50% dos enfermeiros que demonstrem necessidades formativas nesta área

Procedimentos: Após a análise dos resultados do questionário de caracterização sociodemográfica e de diagnóstico, pretende-se estruturar e implementar um plano formativo no SU, que permita que pelo menos 50% dos enfermeiros que demonstrem necessidades formativas nesta área, possam realizar formação durante o período do estágio

(amostra). Esta formação será teórico-prática e será iniciada por uma simulação clínica, na qual os enfermeiros vão ter de realizar SBV num manequim, dando resposta a uma situação hipotética de PCR no SU, ao passo que vão sendo recolhidos dados das intervenções realizadas, através de uma check-list. Após esta simulação serão abordados os conteúdos teóricos do SBV e será realizada uma demonstração utilizando o método dos quatro passos, defendido pelo Conselho Português de Ressuscitação (CPR). No final os enfermeiros realizarão prática simulada e pretende-se colher novamente dados, no sentido de avaliar os conhecimentos retidos e de comparar com os resultados da primeira simulação (pré-formação). Os enfermeiros deverão preencher um questionário para realizar a avaliação formativa. Serão realizadas tantas sessões formativas, quanto as necessários para proporcionar formação a todos os que careçam da mesma e que a pretendam realizar, respeitando os rácios definidos pelo CPR.

Instrumentos: - Questionário de caracterização sociodemográfica e de necessidades formativas em SBV; - Check-list de avaliação dos enfermeiros na simulação clínica e na prática simulada; - Questionário de avaliação das sessões de formação e dos formadores

Recolha: Através do preenchimento dos questionários pelos enfermeiros e através do preenchimento da check-list de procedimentos utilizada na simulação clínica e na prática simulada pelo formador/ investigador, mediante observação dos formandos

Confidencialidade: Os questionários sociodemográficos e de diagnóstico de necessidades formativas em SBV não irão conter nenhuma informação que possa levar à identificação objectiva do enfermeiro que o preenche por parte de terceiros. Cada questionário será numerado com um número de dois algarismos (todos os questionários com números diferentes), questionários esses que serão distribuídos aleatoriamente pelos enfermeiros do serviço de urgência. O investigador toma nota numa lista confidencial, de qual o número do questionário que foi distribuído a cada enfermeiro. Esta lista será apenas utilizado pelo investigador para facilitar a organização do projecto e não será nunca revelada em qualquer circunstância, sendo no final do mesmo eliminada. Quando forem avaliados os resultados dos questionários e obtida a amostra, será realizada uma lista com os números de todos os enfermeiros incluídos na mesma. Através da codificação realizada será possível entrar em contacto pessoal com cada enfermeiro da amostra, no sentido de agendar as sessões formativas. Em relação à check-list e aos dados recolhidos através da mesma, irá funcionar do mesmo modo. Atendendo à codificação anterior, cada check-list será identificada com o código do enfermeiro correspondente. No final do relatório do projecto o documento que contem a codificação será eliminado.

Estudos prévios: Bhanji, F., Finn, J. C., Lockey, A., Monsieurs, K., Frengley, R., Taku, I., & ... Ma, M. H. (2015). Part 8: Education, Implementation, and Teams: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary

GesDoc: Requerimentos

Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 132S242-S268; 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 Perkins, G. D., Travers, A. H., Berg, R. A., Castren, M., Considine, J., Escalante, R., & ... Vaillancourt, C. (2015). Part 3: Adult basic life support and automated external defibrillation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*, 95e43-e69 Finn, J. C., Bhanji, F.,

Resuscitation, 95e43-e69 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 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> Robinson, E. J., Smith, G. B., Power, G. S., Harrison, D. A., Nolan, J., Soar, J., & ... Rowan, K. M. (2016). Risk-adjusted survival for adults following in-hospital cardiac arrest by day of week and time of day: observational cohort study. BMJ Quality & Safety, 25(11), 832-841

Declaração de consentimento: Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e eventual publicação científica, nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Requerimento

Ficheiro: [Ver ficheiro](#)

Ficheiros submetidos

Não há ficheiros submetidos

Anexo I - Check-List de Avaliação da Prática Simulada de Suporte Básico de Vida

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Escola Superior de Saúde
IPortalegre



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



Folha de Avaliação de Prática Simulada em SBV



	Intervenção	Execução
1	Verifica as condições de segurança	
2	Avalia o estado de consciência	
3	Permeabiliza a VA (extensão do pescoço e elevação do mento)	
4	Realiza o VOS durante 10'' (verifica a presença de respiração eficaz)	
5	Realiza o pedido de ajuda	
6	Inicia de imediato compressões torácicas	
7	Coloca a base de uma mão no centro do tórax/ metade inferior do esterno	
8	Coloca a segunda mão sobre a primeira	
9	Entrelaça os dedos	
10	Assegura que a pressão não é realizada nas costelas	
11	Adota posição vertical em relação ao doente	
12	Mantem os braços esticados	
13	Comprime o tórax 5 a 6 cm (confirmar feedback de compressões do manequim)	
14	Alivia a pressão do tórax por completo entre cada compressão, sem perder o contacto com a parede torácica	
15	Realiza compressões ao ritmo de 100 a 120 b/min	
16	Após 30 compressões permeabiliza a VA	
17	Realiza 2 ventilações com máscara facial e insuflador manual	
18	Realiza corretamente a técnica de adaptação da máscara facial à face do manequim utilizando apenas uma mão	
19	Realizar ventilações eficazes nas quais seja possível observar elevação do tórax (conferir feedback do manequim)	
20	Cada ventilação não deve durar mais de 1''	
21	A interrupção das compressões para realizar as duas ventilações não deve ultrapassar os 10''	
22	Retoma as compressões torácicas sem interrupção	
23	Mantem as manobras de SBV até existirem condições para avaliar o ritmo cardíaco ou até indicação do formador para suspender manobras	
	Total	

Código do formando: _____

Anexo J - Plano de Sessão da Formação de Suporte Básico de Vida

Plano de Sessão

TEMA: Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Paragem Cardiorrespiratória no Serviço de Urgência: Suporte Básico de Vida (SBV)		
FORMADOR: Jorge Pereira		
LOCAL: Sala adjacente à base da VMER	DATA: plano de sessão tipo (uma vez foram realizadas 5 sessões iguais, em dias diferentes)	HORA: 08:30 - 13:30 horas
DURAÇÃO DA SESSÃO: 5 horas	DESTINATÁRIOS: Enfermeiros do SU do HJJF	
OBJETIVO GERAL:	<ul style="list-style-type: none">• Promover a atualização de conhecimentos face às guidelines do algoritmo de SBV, emanadas pelo European Resuscitation Council (ERC) em 2015;• Proporcionar o treino de competências em SBV• Contribuir para a segurança do doente crítico assistido no SU;• Diminuir a ansiedade dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa em PCR.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	<p>No final da sessão os formandos deverão ser capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Assegurar o cumprimento das regras de segurança;• Reconhecer inequivocamente uma paragem cardiorrespiratória;• Pedir ajuda diferenciada oportunamente;• Efetuar compressões torácicas corretamente;• Efetuar ventilações eficazes;• Cumprir acertadamente a sequência de todas as etapas do algoritmo de SBV de 2015;• Resolver eficazmente um caso clínico de PCR.	

FASES	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS DIDÁTICOS	FORMADOR	TEMPO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do tema; - Objetivos da sessão; - Preenchimento de um questionário de caracterização sociodemográfica e de competências, conhecimentos e treino em SBV. 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>	<p>Data show e Diapositivos;</p> <p>Questionário em papel.</p>	Jorge	30'
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Caso clínico de PCR (diagnóstico) – prática simulada I; - Debriefing; - Apresentação teórica sobre o SBV (guidelines 2015); - Demonstração da resolução de um caso clínico de PCR. 	<p>Ativo</p> <p>Expositivo</p> <p>Demonstrativo</p>	<p>Manequim;</p> <p>Material e equipamento clínico de reanimação;</p> <p>Data show e Diapositivos.</p>	Jorge	3h:00'
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Caso clínico de PCR (pós formação) – prática simulada II. 	<p>Ativo</p>	<p>Manequim;</p> <p>Material e equipamento clínico de reanimação.</p>	Jorge	1h:00'
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos aspetos mais relevantes mencionados ao longo da sessão; - Reflexão conjunta sobre o tema; - Apreciação do feedback dos formandos. 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>	-----	Jorge	30'

Bibliografia:

Conselho Português de Ressuscitação. (2015). *Resumo das principais alterações nas Guidelines em Ressuscitação Guidelines ERC 2015*. Acedido a 29 de Outubro de 2016. Retirado de <http://www.cpressuscitacao.pt/Download.aspx?id=28341>

Hazinski, M., Nolan, J., Aickin, R., Bhanji, F., Billi, J., Callaway, C., & ... Neumar, R. (2015). Part 1: Executive Summary: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 132, S2-S39, doi:10.1161/CIR.0000000000000270

National Council of State Boards of Nursing. (2014). *The NCSBN National Simulation Study: A Longitudinal, Randomized, Controlled Study Replacing Clinical Hours with Simulation in Prelicensure Nursing Education*. Acedido a 29 de Outubro de 2016. Retirado de https://www.ncsbn.org/JNR_Simulation_Supplement.pdf

National League of Nursing (NLN). (2017). *Simulation*. Acedido a 28 de Outubro de 2016. Retirado de <http://www.nln.org/professional-development-programs/simulation>

Perkins, G., Handley, A., Koster, R., Castrén, M., Smyth, M., 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. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.015

Anexo K - Apresentação Powerpoint sobre o Suporte Básico de Vida

Suporte Básico de Vida

Formação em Serviço
Enfermeiros

Serviço de Urgência
Beja, Novembro e Dezembro de 2016

Realizado por:
- Jorge Pereira

OBJECTIVOS

- Compreender o conceito de Suporte Básico de Vida;
- Compreender as etapas do SBV;
- Saber a sequência das acções em SBV;
- Reconhecer problemas associados ao SBV;
- Compreender as etapas da desobstrução da Via Aérea.

PARAGEM CARDIORESPIRATÓRIA

•Acontecimento súbito.

•A probabilidade de sobrevivência depende da forma como a vítima é socorrida.

DEFINIÇÃO de SBV

- Reconhecer as situações em que há perigo de vida iminente.
- Saber como e quando pedir ajuda.
- Iniciar de imediato, sem recurso a qualquer equipamento (excepto instrumentos de protecção), manobras que contribuam para preservar a circulação e oxigenação vitais até à chegada de ajuda diferenciada.

LIMITAÇÕES DO SBV

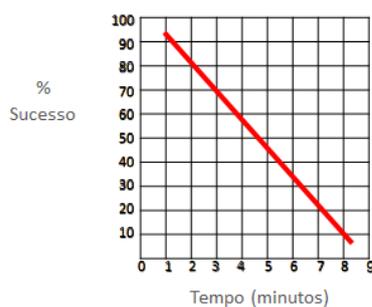
•Os procedimentos de SBV não são, por si só, suficientes para recuperar a maior parte das vítimas de PCR.

•Trata-se de uma situação de suporte cujo objectivo é manter ventilação e circulação suficientes até conseguir meios de reverter a PCR.

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



SUCESSO VERSUS TEMPO



As hipóteses de sobrevivência decrescem 7-10% em cada minuto



Chegada precoce de meios diferenciados



Suporte para manter ventilação e circulação “mínimos”.

Em cerca de 48% das paragens o ritmo inicial é FV/TV.
A desfibrilhação é a única terapêutica eficaz para a FV/TV.



O SAV deve ser iniciado pelos profissionais do pré-hospitalar.



Cuidados pós reanimação – estabilização, identificação da causa...

Qualquer cadeia quebra sempre pelo seu elo mais fraco

AS ETAPAS DO SBV

AVALIAÇÃO INICIAL

MANUTENÇÃO DE VIA AÉREA - **A**

VENTILAÇÃO COM AR EXPIRADO - **B**

COMPRESSÕES TORÁCICAS - **C**

AVALIAÇÃO INICIAL

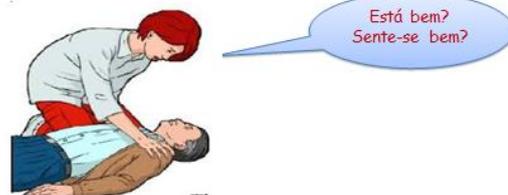
Antes de abordar a vítima, o reanimador **DEVE** avaliar as **CONDIÇÕES DE SEGURANÇA**

“O reanimador não se deve expôr a si nem a terceiros a riscos maiores do que os da vítima”.



AVALIAÇÃO INICIAL

Avaliar o estado de consciência da vítima



Abanar suavemente os ombros

A VÍTIMA RESPONDE?



SIM

Perguntar se tem queixas

Procurar ferimentos

Se necessário ir **pedir** ajuda

Reavaliar periodicamente

Falar com a vítima

A VÍTIMA RESPONDE?



NÃO

Permeabilizar a via aérea

Verificar se respira normalmente



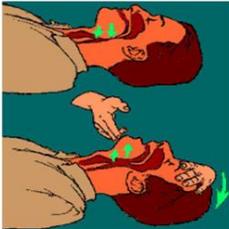
A VÍTIMA RESPONDE?



NÃO

Permeabilizar a via aérea

Verificar se respira normalmente



A VÍTIMA RESPONDE?



NÃO

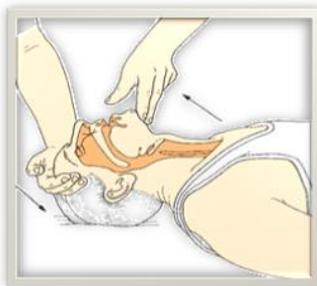
Extensão da cabeça e elevação da mandíbula

Permeabilizar a via aérea

Verificar se respira normalmente



PERMEABILIZAÇÃO VIA AÉREA



Verificar se respira normalmente



VOS

Ver movimentos torácicos

Ouvir ruidos respiratórios

Sentir o ar expirado

Avaliar até 10 segundos



A VÍTIMA RESPIRA NORMALMENTE?



SIM

Se não estiver contra-indicado, colocar em posição lateral de segurança (PLS)

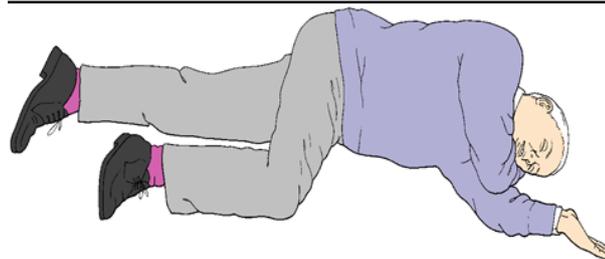
Telefonar a pedir ajuda

Reavaliar periodicamente



Posição Lateral de Segurança

PLS



A VÍTIMA RESPIRA NORMALMENTE?

NÃO

Telefonar a pedir ajuda diferenciada (2º pedido)

Abandonando a vítima, se estiver sozinho ou certificando-se que outra pessoa o faz.

A vítima não respira normalmente

Colocar as mãos no centro do peito

30 compressões/2 insuflações



Deprimir o esterno 5 - 6 cm

Frequência 100/120 por minuto



30:2

MANTER SBV ATÉ



- Chegar ajuda especializada
- A vítima mostrar sinais de vida
- Exaustão do reanimador

Compressão torácica isolada é melhor do que não fazer qualquer reanimação



RESUMO

O suporte básico de vida é parte integrante e fundamental da reanimação; permite ganhar tempo suportando a vítima até à chegada de SAV.

Tem como pontos essenciais:

- ✓ - Pedidos de ajuda
- ✓ - Ventilação
- ✓ - Compressão torácica

PERMEABILIZAÇÃO DA VA

VIA AÉREA

Ajuvantes Básicos



Tubo de Guedel



Capítulo 6. Figura 23. Tubo Orofaringeo: medição e colocação.

PERMEABILIZAÇÃO DA VA



Ajuvantes
Básicos



Tubo de
Nasofaríngeo



Capítulo 6. Figura 24. Tubo Nasofaríngeo: medição e colocação.

VENTILAÇÃO BOCA MÁSCARA



Vantagens:

- Previne o contacto boca a boca,
- Diminui o potencial de infeções cruzadas,
- Permite adicionar O₂.



VENTILAÇÃO COM AMBU



Com 2
Reanimadores



Figura 29. Ventilação com Insufador manual – 2 reanimadores.

VENTILAÇÃO COM AMBU



Com 1
Reanimador



BIBLIOGRAFIA



- 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.

VAMOS PRATICAR

Anexo L - Artigo de Investigação sobre a Performance dos Enfermeiros do SU em Suporte Básico de Vida

Título - Performance dos enfermeiros em suporte básico de vida, como determinante na segurança do doente crítico

Autor – Jorge Miguel Baião Pereira, Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, baiao.pereira@ulsba.min-saude.pt, jorgepere15@gmail.com

Autor – Maria do Céu Mendes Pinto Marques. Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, da Universidade de Évora, mcmарques@uevora.pt

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

Título - Performance dos enfermeiros em suporte básico de vida, como determinante na segurança do doente crítico

Title - Performance of nurses in basic life support, as a determinant of the safety of critically ill patient

Resumo – A paragem cardiorrespiratória súbita é uma das principais causas de morte um pouco por todo o mundo. Os enfermeiros deparam-se frequentemente com estas situações, estando a segurança e a sobrevivência dos doentes depende da efetividade da sua intervenção. Neste sentido, pretendeu-se avaliar a performance dos enfermeiros do serviço de urgência em suporte básico de vida, antes e após uma sessão de formação, e identificar alguns dos seus determinantes. Desenvolveu-se um estudo exploratório-descritivo durante 5 semanas, nas quais foram realizadas 10 sessões formativas com recurso à prática simulada, envolvendo no total 30 enfermeiros. A performance verificada na primeira e na segunda prática simulada foi de 77.5 e 94.3%, respetivamente. No grupo com melhor performance na primeira prática, 93% dos enfermeiros tinha formação em suporte básico de vida e, destes, 31% com formação após 2015, ao passo que no grupo com pior performance as percentagens foram de 63 e 0%, respetivamente.

Abstract

Sudden cardiac arrest is one of the leading causes of death around the world. Nurses are the ones who most often encounter these situations, and the safety and survival of patients depends on the effectiveness of their intervention. The performance of the emergency nurses in basic life support was evaluated, before and after a training session, and some of their determinants were identified. An exploratory-descriptive study was developed during 5 weeks, in which 10 training sessions were performed using a simulated practice, involving 30 nurses. The performance verified in the first and second simulated practice was 77.5 and 94.3%, respectively. In the group with the best performance in the first practice, 93% of the nurses had already undergone basic life support training and 31% of them performed it after 2015, while in the group with worst performance the percentages were 63 and 0%, respectively

Palavras-chave – Parada cardíaca; Ressuscitação cardiopulmonar; Enfermeiros; Desempenho psicomotor; Segurança do paciente; Treinamento por simulação

Keywords – Heart arrest; Cardiopulmonary resuscitation; Nurses; Psychomotor performance; Patient safety; Simulation training

Introdução

A paragem cardiorrespiratória (PCR) súbita assume-se atualmente como uma das principais causas de morte um pouco por todo o mundo. (Frkovic, Sustic, Zeidler, Protic, & Desa, 2008) Segundo o Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2016), a mortalidade atribuída à doença cardíaca isquémica em 2015 rondou os 15.98% a nível mundial, mantendo uma tendência crescente. Em contexto hospitalar, apenas 40 a 60% dos doentes conseguem recuperar a circulação espontânea e, no final, somente 15 a 20% sobrevivem e acabam por ter alta. (Hogan, 2016; Smith, Gilcreast, & Pierce, 2008; Soar et al., 2015) Em Portugal a prevalência de pessoas com doença cardíaca isquémica tem aumentado nos últimos cinco anos, situando-se em 2015 nos 2.63%, registando o segundo lugar de entre as patologias que mais mataram em Portugal e das que provocaram mortes mais precoces entre 2005 e 2015. (IHME, 2016)

Para Bonacaro et al. (2014), Monsieurs et al. (2015), Mpotos et al. (2015), Rajeswaran e Ehlers (2014) e Smith et al. (2008), os enfermeiros são quem com frequência se depara com situações de PCR, nomeadamente os enfermeiros do serviço de urgência (SU), e a sobrevivência dos doentes depende em grande medida da efetividade da sua intervenção. Segundo Bonacaro et al. (2014), Frkovic et al. (2008) e Oermann, Kardong-Edgren, Odom-Maryon, e Roberts (2014), só com manobras adequadas e de elevada qualidade é possível garantir uma maior probabilidade de sobrevivência dos doentes, acrescentando Perkins et al. (2015) que uma performance deste nível torna possível duplicar e até mesmo quadruplicar a sobrevivência das vítimas

de PCR. Por este motivo, Finn et al. (2015) e Soar et al. (2015) sugerem que é necessário investir na formação dos profissionais, para garantir que estes instituem manobras adequadas de suporte básico de vida (SBV).

Define-se como objetivo deste trabalho de investigação avaliar a performance dos enfermeiros do SU em SBV, antes e após uma sessão de formação, e identificar alguns dos seus determinantes.

Fundamentação teórica

Segundo o INEM (2012), o SBV:

É um conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologias padronizadas, que tem como objetivo reconhecer as situações de perigo de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer dispositivo, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação de modo a manter a vítima viável até que possa ser instituído o tratamento médico adequado e, eventualmente, se restabeleça o normal funcionamento respiratório e cardíaco. (p. 9)

Desde 1993 que compete ao International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), através dos seus grupos de trabalho, desenvolver estudos sobre várias áreas da reanimação, entre as quais o SBV, de modo a emitir recomendações periódicas baseadas na evidência, que alterem as *guidelines* até então em vigor e, deste modo, contribuir para o alcance de maiores taxas

de sobrevivência nos doentes vítimas de PCR. (Bhanji et al., 2015 & Hazinski et al., 2015) A partir do ano 2000 essas recomendações têm sido publicadas a cada cinco anos, encontrando-se atualmente em vigor as de 2015.

A propósito da mortalidade associada à doença cardíaca isquémica em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2011), através do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, defende que é indispensável “Promover o respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas através da adopção de recomendações clínicas (guidelines) nacionais ou internacionais” (p. 1). Deste modo, percebe-se que a disseminação e a implementação das guidelines de SBV publicadas pelo ILCOR são uma prioridade para a DGS. Em 2015 a DGS defendeu também que a “A Segurança do Doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (...)” (2015, p. 2).

Para 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. A propósito da formação, Bonacaro et al. (2014) fazem referência à prática simulada, definindo-a como o treino de competências num ambiente controlado, que mimetize as situações clínicas reais e que permita uma avaliação objetiva de modo a melhorar a performance dos profissionais.

A simulação começou por ser utilizada há algumas décadas na aviação e com o avanço das tecnologias ligadas à pedagogia foi adotada na área da saúde. (Martins et al., 2012) Os mesmos autores acrescentam que a prática simulada é um excelente método de ensino, nomeadamente para os enfermeiros que cuidam de doentes críticos. A sua aplicação na enfermagem é defendida pelo National Council of State Boards of Nursing (NCSBN, 2014) e pela National League of Nursing (NLN, 2016), que acrescentam que existe evidência científica que comprova que a utilização da prática simulada pode em muitos casos substituir por completo as palestras teóricas. (Wilson, 2016). A enfermagem é uma profissão com uma componente muito prática e a complexidade crescente dos doentes e dos contextos clínicos nem sempre favorece a prática e a aprendizagem. A falta de oportunidades de treino em contexto clínico e a preocupação com a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes, tem levado a uma aposta progressiva na prática simulada. (van Vonderen, Witlox, Kraaij, & te Pas, 2014; Ward-Smith, 2008; Yuan, Williams, & Fang, 2011)

Material e métodos

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo envolvendo os enfermeiros de um SU médico-cirúrgico do sul 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 SU para participar numa sessão de formação em SBV, tendo participado na mesma apenas 30 enfermeiros, de acordo com a sua disponibilidade e motivação. Foram realizadas 10 sessões formativas, envolvendo cada uma delas três enfermeiros. Cada sessão teve início com o preenchimento de questionários pelos formandos, o que possibilitou a obtenção de dados de carís sociodemográfico: idade, sexo, anos de serviço e anos no SU e dados relacionados com a formação em SBV: realização de formação prévia nesta área e data da última formação. Após o seu preenchimento procedeu-se à avaliação da performance dos enfermeiros na resolução de um cenário de PCR, através de um exercício de prática simulada, fazendo uso de uma *check-list* de avaliação constituída por 23 itens/ intervenções, elaborada de acordo com as recomendações do European Resuscitation Council referentes à guideline de SBV de 2015. (Perkins et al., 2015) Após a resolução do cenário foi realizado um debriefing onde foram identificados os pontos fortes e os pontos a melhorar na intervenção de cada formando, seguindo-se uma palestra sobre SBV e uma demonstração da resolução de um caso de PCR. No final, as sessões formativas terminaram com uma nova 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

Amostra constituída por 30 enfermeiros de um SU médico-cirúrgico do sul de Portugal (65% do universo de enfermeiros do serviço), cujos dados que os caracterizam estão agrupados na Tabela 1.

Tabela 1 - *Caraterização da Amostra*

		Percentagem
Escalão etário	21-30 anos	40%
	31-40 anos	50%
	41-50 anos	3.3%
	51-60 anos	6.7%
Sexo	Masculino	50.0%
	Feminino	50.0%
Anos de serviço	0-5 anos	33.3%
	6-10 anos	43.5%
	11-15 anos	10.0%
	16-20 anos	3.3%
	21-25 anos	3.3%
	26-30 anos	0.0%
	31-35 anos	3.3%
	36-40 anos	3.3%
Sem formação em SBV		23.3%
Com formação em SBV		76.7%
Data da última formação	Antes de 2010	30.4%
	Entre 2010-2015	52.2%
	Após 2015	17.4%

Nota: n= 30. Fonte do próprio

Com o objetivo de avaliar a performance dos enfermeiros do SU em SBV, antes e após a sessão formativa, apresentam-se na Tabela 2 e nos Gráficos 1 e 2 os resultados do desempenho referente aos dois momentos.

Tabela 2 - *Performance dos Enfermeiros em SBV Antes e Após a Sessão Formativa*

Intervenções	Primeira prática simulada *	Segunda prática simulada *
1 - Verifica as condições de segurança	13.3	66.7
2 - Avalia o estado de consciência	83.3	100
3 - Permeabiliza a via aérea (extensão do pescoço e elevação do mento)	53.3	100
4 - VOS durante 10'' (verifica a presença de respiração eficaz)	56.7	100
5 - Realiza o pedido de ajuda	86.7	100
6 - Inicia de imediato compressões torácicas	66.7	100
7 - Coloca a base de uma mão no centro do tórax/ metade inferior do esterno	100	100
8 - Coloca a segunda mão sobre a primeira	100	100
9 - Entrelaça os dedos	100	100
10 - Assegura que a pressão não é realizada nas costelas	50	83.3
11 - Adota uma posição vertical em relação ao doente	90	100
12 - Mantem os braços esticados	83.3	96.7
13 - Comprime o tórax 5 a 6 cm (confirmar feedback de compressões do manequim)	66.7	80
14 - Alivia a pressão do tórax por completo entre cada compressão, sem perder o contacto com a parede torácica	93.3	96.7

15 - Realiza compressões ao ritmo de 100 a 120 b/min	73.3	86.7
16 - Após 30 compressões permeabiliza a via aérea	100	100
17 - Realiza 2 ventilações com máscara facial e insuflador manual	93.3	100
18 - Realiza corretamente a técnica de adaptação da máscara facial à face do manequim utilizando apenas uma mão	46.7	96.7
19 - Realiza ventilações eficazes nas quais seja possível observar elevação do tórax (conferir feedback do manequim)	40	63.3
20 - Cada ventilação não deve durar mais de 1''	93.3	100
21 - A interrupção das compressões para realizar as duas ventilações não deve ultrapassar os 10''	96.7	100
22 - Retoma as compressões torácicas de imediato	100	100
23 - Mantem as manobras de SBV até existirem condições para avaliar o ritmo cardíaco ou até indicação do formador para suspender manobras	96.7	100
Cumprimento do algoritmo de SBV na globalidade (média das intervenções)	77.5	94.3

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

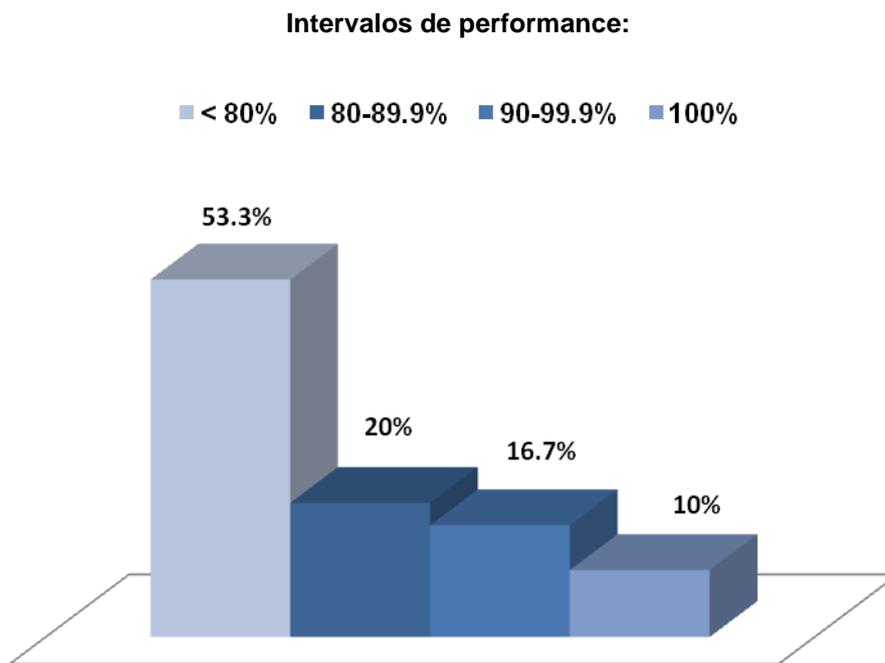


Gráfico 1. Análise da primeira prática simulada por intervalos de performance. Fonte do próprio

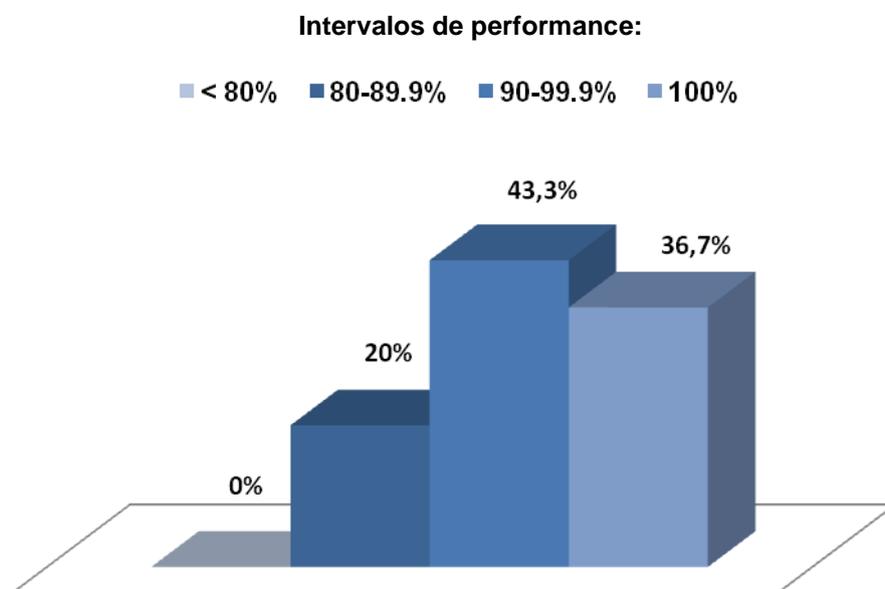


Gráfico 2. Análise da segunda prática simulada por intervalos de performance. Fonte do próprio

Os Gráficos 3 e 4 permitem realizar uma apreciação da performance dos enfermeiros nas nove intervenções em que se verificou um pior desempenho na primeira prática simulada e constatar a sua alteração no segundo momento de prática. A numeração das intervenções em análise nos referidos gráficos está de acordo com a numeração da check-list utilizada, presente na Tabela 2.

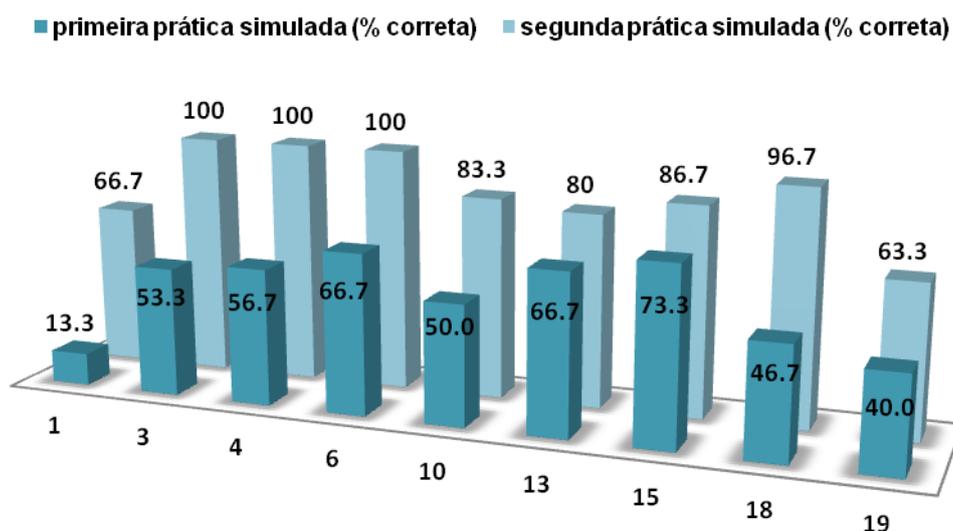


Gráfico 3. Itens com pior performance na primeira prática simulada e relação com a segunda prática. Fonte do próprio.

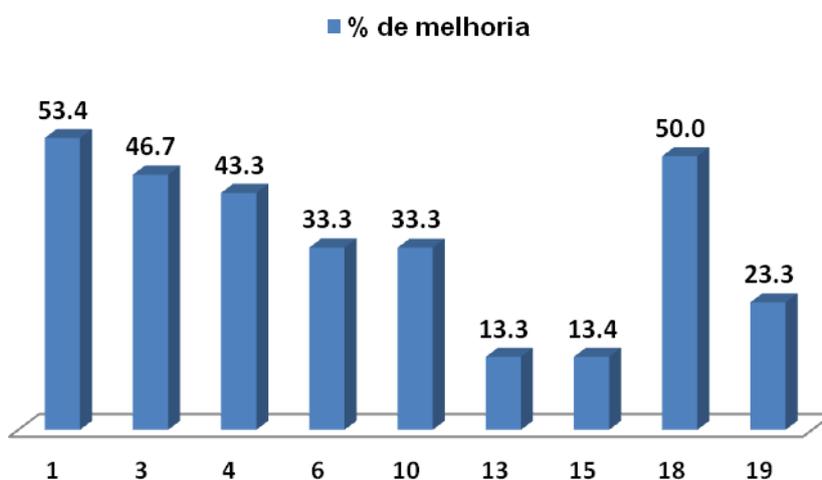


Gráfico 4. Percentagem de melhoria entre a primeira e a segunda prática simulada, nas intervenções com pior performance na primeira prática. Fonte do próprio.

Com o intuito de identificar alguns dos determinantes da performance dos enfermeiros do SU em SBV, a Tabela 3 faz o cruzamento entre os dados recolhidos nos questionários e o desempenho dos enfermeiros na primeira prática simulada, agrupando estes em dois grupos de acordo com a sua performance.

Tabela 3 - *Comparação Entre os Enfermeiros dos Grupos Com Melhor e Pior Performance na Primeira Prática Simulada*

		Grupo com pior performance n= 16	Grupo com melhor performance n= 14
Escalão etário	21-30	38%	43%
	31-40	50%	50%
	41-50	6%	0%
	51-60	6%	7%
Sexo	Masculino	25%	79%
	Feminino	75%	21%
Anos de serviço	0-5	31%	36%
	6-10	38%	50%
	11-15	13%	7%
	16-20	6%	0%
	21-25	6%	0%
	26-30	0%	0%
	31-35	0%	7%
	36-40	6%	0%
Sem formação em SBV		38%	7%
Com formação em SBV		62%	93%

Data da última formação	Antes de 2010	50%	15%
	Entre 2010-2015	50%	54%
	Após 2015	0%	31%

Nota: n= 30. Fonte do próprio.

Discussão

A grande maioria dos enfermeiros tem menos de 40 anos de idade e menos de 15 anos de serviço, denotando que se trata de uma equipa jovem. Do ponto de vista do sexo a amostra é equilibrada, uma vez que é composta por igual número de homens e de mulheres. Mais de 75% já havia realizado pelo menos uma vez formação em SBV, sendo que destes 83% realizou formação/ prática simulada com as guidelines anteriores às de 2015 (desatualizadas). Mais concretamente, 52% dos enfermeiros realizaram prática simulada há pelo menos mais de dois anos e 31% há pelo menos mais de sete. Somente 17% dos enfermeiros têm formação atualizada, o que significa que o treino ocorreu nos últimos dois anos.

A performance demonstrada pelos enfermeiros na resolução de um cenário de PCR (primeira prática simulada) foi mediana, já que a média relativa à correta execução das intervenções alvo de avaliação foi de 77.5%. Contudo, por se tratar de profissionais de saúde, os resultados deveriam ter sido mais satisfatórios, sob pena de influenciar negativamente a probabilidade de sobrevivência dos doentes. (Greif et al., 2015; Montgomery et al., 2012)

Ao analisar o Gráfico 1, percebe-se que a maioria dos enfermeiros da amostra apresentou uma performance inferior a 80% e apenas 26.7% uma performance superior a 90%. Performances semelhantes ou inferiores foram documentadas por Bonacaro et al. (2014), Cheng et al. (2015), Frkovic et al. (2008), Mpotos et al. (2015), Oermann et al. (2014) e Oermann, Kardong-Edgren, e Odom-Maryon (2011b), afirmando Mpotos et al. (2015) que os enfermeiros e os restantes profissionais de saúde se debatem com a dificuldade de reter competências de reanimação. Na sua investigação, apenas 19% dos enfermeiros foram classificados como aprovados num exercício de prática simulada com metodologia semelhante à utilizada no presente estudo.

Apreciando o Gráfico 3 que contempla as nove intervenções nas quais os enfermeiros demonstraram pior desempenho, percebe-se que a avaliação das condições de segurança foi a que registou a performance mais baixa (13.3%). No artigo publicado por Frkovic et al. (2008), a avaliação das condições de segurança também foi negligenciada por uma percentagem significativa de enfermeiros (36% não avaliaram). As restantes intervenções deste grupo referem-se à permeabilização da via aérea e à realização de compressões torácicas e ventilações adequadas, tendo-se situado a performance média nos 51.9%. No estudo dos autores supracitados, apenas 69% dos enfermeiros que não realizavam com frequência prática simulada em SBV permeabilizaram a via aérea corretamente e somente 36% efetuaram ventilações com volumes adequados. Oermann et al. (2011b & 2014) documentaram igualmente volumes ventilatório insuficientes e com tendência a decrescer à medida que o tempo ia passando desde a última prática simulada. A melhor performance obtida nesta

competência de reanimação (ventilações adequadas) foi de 42.7 e 39.3%, respetivamente. Van Vonderen et al. (2014) referem ainda que a adaptação da máscara à face dos doentes não foi satisfatória, permitindo fugas significativas e condicionando volumes ventilatórios baixos. Relativamente às compressões torácicas, à semelhança do que foi documentado, também nos artigos de Oermann et al. (2011b & 2014) a performance relativa à sua qualidade não ultrapassou os 55.7% e os 48.1%, em cada um deles.

O desempenho demonstrado pelos enfermeiros na segunda prática simulada foi bastante superior, como é possível constatar na Tabela 2. Verifica-se que a média relativa à correta execução das intervenções alvo de avaliação foi de 94.3%, o que corresponde a uma melhoria média de 16.8% na performance da amostra. Comparando os Gráficos 1 e 2, percebe-se também que na segunda prática simulada nenhum dos enfermeiros apresentou uma performance inferior a 80% e que 80% da amostra viu o seu desempenho ser classificado acima de 90%, o que traduz um aumento de 53.3% de enfermeiros com esta performance relativamente à primeira prática. Analisando as nove intervenções em que os enfermeiros demonstraram pior performance na primeira prática simulada, percebe-se que a percentagem média de melhoria para a segunda foi de 34.4%, sendo a intervenção relacionada com a avaliação das condições de segurança aquela que viu a performance ser mais incrementada (53.4%). (Gráficos 3 & 4) No geral, na segunda prática simulada estas nove intervenções apresentaram uma performance média de 86.3%.

Vários autores apresentam justificação para esta melhoria na performance. Por um lado, Greif et al. (2015), Hazinski et al. (2015), Montgomery et al. (2012) e

Motola, Devine, Chung, Sullivan, e Issenberg (2013), concluíram que a prática simulada constitui uma parte importante do treino em reanimação, sendo altamente efetiva na aquisição, desenvolvimento e manutenção de competências. Rajeswaran e Ehlers (2014) documentaram um aumento de 67.8% na performance dos enfermeiros em SBV, após a realização de prática simulada. Por outro lado, o feedback em tempo real proporcionado pelo manequim em relação à qualidade das compressões e das ventilações e o debriefing efectuado, foram segundo Greif et al. (2015), Motola et al. (2013), Oermann et al. (2014) e Smith et al. (2008) fundamentais, já que se tratam de uma componente crítica no processo de aprendizagem.

Comparando os enfermeiros que tiveram pior e melhor performance na primeira prática simulada (Tabela 4), importa desde logo notar a disparidade de ambos os grupos no que se refere à formação em SBV. No grupo que apresentou melhor performance, 93% dos enfermeiros já alguma vez tinha realizado formação em SBV, contrariamente ao outro grupo, cuja percentagem não passa dos 62%. Para além disso, o grupo com melhor desempenho foi também aquele em que a formação foi mais recente e com algoritmos mais atualizados. Trinta e um por cento dos enfermeiros deste grupo e que haviam realizado formação prévia, já a fizeram após 2015, o que significa que foi há menos de dois anos e de acordo com as últimas guidelines. Apenas uma percentagem reduzida (15%) havia realizado formação antes de 2010. Em oposição, no grupo com pior performance nenhum enfermeiro fez formação após 2015.

Greif et al. (2015) e Perkins et al. (2015), consideram que um período de um a dois anos entre as recertificações de competências em SBV é demasiadamente longo, já que passadas algumas semanas ou meses após a formação se verifica uma deterioração das competências. Alguns autores concluíram mesmo que passados 3 a 12 meses os enfermeiros haviam diminuído significativamente a sua performance. (Aqel & Ahmad, 2014; Bonacaro et al., 2014; Finn et al., 2015; Greif et al., 2015; Oermann et al., 2011a; Perkins et al., 2015; Rajeswaran & Ehlers, 2014) No artigo de Smith, Gilcreast, e Pierce (2008), apenas 63% dos enfermeiros obtiveram aprovação na prática simulada três meses após a formação inicial e 58% no final do primeiro ano. Acerca deste assunto, o Conselho Português de Ressuscitação (CPR, 2015, p. 11) defende que “Os intervalos de tempo para ser necessário repetir o treino irão diferir de acordo com as características dos participantes”, opinião também partilhada por Aqel e Ahmad (2014), Finn et al. (2015), Greif et al. (2015), Mpotos et al. (2015) e Perkins et al. (2015), alertando estes últimos que o intervalo deve impreterivelmente ser inferior a um ano. Para o CPR (2015), Finn et al. (2015), Mpotos et al. (2015) e Rajeswaran e Ehlers (2014), é indispensável a realização de práticas simuladas curtas e frequentes após a formação inicial em SBV, permitindo rentabilizar o tempo dos profissionais e treinar somente as competências de reanimação.

Conclusão

A performance dos enfermeiros do SU em SBV antes da sessão formativa (referente à primeira prática simulada) ficou aquém do desejável, indo porém ao encontro dos demais resultados verificados noutros artigos. Contudo,

constatou-se que quando existe prática simulada com manequins que fornecem feedback sobre as intervenções executadas e quando é realizado o debriefing com o formador, a performance dos enfermeiros aumenta significativamente, como se verificou na segunda prática simulada, inclusivamente nas intervenções identificadas com pior performance na primeira prática. Os enfermeiros com melhor performance foram os que haviam realizado formação há menos tempo. Este facto prende-se com a dificuldade dos enfermeiros em reter competências de SBV durante longos períodos sem o treino das mesmas. É por isso recomendada a repetição de simulações práticas de curta duração com intervalos inferiores a um ano a todos os enfermeiros que prestam cuidados em contexto de SU, para desenvolver e manter competências de SBV.

Bibliografia

Aqel, A. A., & Ahmad, M. M. (2014). High-Fidelity Simulation Effects on CPR Knowledge, Skills, Acquisition, and Retention in Nursing Students. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 11 (6), 394-400

Bhanji, F., Finn, J., Lockey, A., Monsieurs, K., Frengley, R., Taku, I., & ... Ma, M. (2015). Part 8: Education, Implementation, and Teams: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 132, S242-S268

Bonacaro, A., Williams, G., & Brownie, S. (2014). Teaching basic life support to the digital generation: randomized trial comparing video-assisted versus

practical simulation. *CONNECT: The World Of Critical Care Nursing*, 9 (3), 100-104

Cheng, A., Brown, L., Duff, J., Davidson, J., Overly, F., Tofil, N., & ... Nadkarni, V. (2015). Improving cardiopulmonary resuscitation with a CPR feedback device and refresher simulations (CPR CARES Study): a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 169 (2), 137-144

Conselho Português de Ressuscitação. (CPR, 2015). *Resumo das principais alterações nas Guidelines em Ressuscitação Guidelines ERC 2015*. Acedido a 5 de Dezembro de 2016. Retirado de <http://www.cpressuscitacao.pt/Download.aspx?id=28341>

Direção-Geral da Saúde. (DGS, 2011). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Acedido a 3 de Dezembro de 2016. Retirado de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares/objetivos.aspx>

DGS. (2015). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Acedido a 5 de Dezembro de 2016. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0252013-de-24122013-pdf.aspx>

Finn, J., 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*, 95, e203-e224

Frkovic, V., Sustic, A., Zeidler, F., Protic, A., & Desa, K. (2008). A brief reeducation in cardiopulmonary resuscitation after six months - the benefit from timely repetition. *Signa Vitae*; 3 (2), 24–28

Greif, R., Lockey, A., Conaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., & Monsieurs, K. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 10. Education and implementation of resuscitation. *Resuscitation*, 95, 288-301

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

Hogan, H. (2016). *Avoidable mortality from in-hospital cardiac arrest: Have interventions aimed at recognising and rescuing deteriorating patients made an impact on incidence and outcomes?* Retirado de <https://njl-admin.nihr.ac.uk/document/download/2007720>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (IHME, 2016). *Global health data Exchange: GBD results tool*. Acedido a 7 de Dezembro de 2016. Retirado de <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (INEM, 2012). *Suporte Básico de Vida no Adulto*. Acedido a 4 de Dezembro de 2016. Retirado de <http://www.in>

em.pt/files/2/documentos/20121002154156903475.pdf

Lassche, M., & Wilson, B. (2016). Transcending Competency Testing in Hospital-Based Simulation. *AACN Advanced Critical Care*, 27 (1), 96-102

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*, 95, 1-80

Montgomery, C., Kardong-Edgren, S., Oermann, M., & 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

Motola, I., Devine, L., Chung, H., Sullivan, J. & Issenberg, S. (2013). Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Medical Teacher*, 35 (10). Acedido a 29 de Novembro de 2016. Retirado de <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/0142159X.2013.818632>

Mpotos, N., Decaluwe, K., Van Belleghem, V., Cleymans, N., Raemaekers, J., Derese, A., & ... Monsieurs, K. (2015). Automated testing combined with automated retraining to improve CPR skill level in emergency nurses. *Nurse Education In Practice*, 15 (3), 212-217

National Council of State Boards of Nursing. (NCSBN, 2014). Study on clinical simulation's effectiveness. *American Nurse*, 46 (6), 5-5

National League for Nursing. (NLN, 2016). *Simulation*. Acedido a 2 de Dezembro de 2016. Retirado de <http://www.nln.org/professional-development-programs/simulation>

Oermann, M., Kardong-Edgren, S., Odom-Maryon, T., Hallmark, B., Hurd, D., Rogers, N., & ... Smart, D. (2011a). Deliberate Practice of Motor Skills in Nursing Education: CPR as exemplar. *Nursing Education Perspectives (National League For Nursing)*, 32 (5), 311-315

Oermann, M., Kardong-Edgren, S., & Odom-Maryon, T. (2011b). Effects of monthly practice on nursing students' CPR psychomotor skill performance. *Resuscitation*, 82 (4), 447-453

Oermann, M., Kardong-Edgren, S., Odom-Maryon, T., & Roberts, C. (2014). Effects of Practice on Competency In Single-Rescuer Cardiopulmonary Resuscitation. *MEDSURG Nursing*, 23 (1), 22-28

Perkins, G., Handley, A., Koster, R., Castrén, M., Smyth, M., Olasveengen, T., & ... Soar, J. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*, 95, 81-99

Rajeswaran, L., & Ehlers, V. J. (2014). Cardiopulmonary resuscitation knowledge and skills of registered nurses in Botswana. *Curationis*, 37 (1), 1-7

Smith, K., Gilcreast, D., & Pierce, K. (2008). Evaluation of staff's retention of ACLS and BLS skills. *Resuscitation*, 78, 59-65

Soar, J., Nolan, J., Böttiger, B., Perkins, G., Lott, C., Carli, P., & ... Deakin, C. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation*, *95*, 100-147

Van Vonderen, J., Witlox, R., Kraaij, S., & te Pas, A. (2014). Two-minute training for improving neonatal bag and mask ventilation. *Plos One*, *9* (10), 1-5

Ward-Smith, P. (2008). The effect of simulation learning as a quality initiative. *Urologic Nursing*, *28* (6), 471-473

Yuan, H. B., Williams, B. A., & Fang, J. B. (2011). The contribution of high-fidelity simulation to nursing student's confidence and competence: A systematic review. *International Nursing Review*, *59* (1), 26-33

**Anexo M - Algoritmo do Protocolo de Monitorização e Controlo da Hiperglicemia do
SO**

Tempo	Monitorização/ Procedimento	Intervenção
admissão	<p>Passo 1</p> <p>Monitorizar a glicémia capilar de 6/6h a todos os doentes internados no SO</p> <p>Passo 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programar o procedimento "Determinar glicémia capilar" para alertar 24h após a primeira avaliação da glicémia, à exceção dos doentes com diabetes, com corticoterapia de horário ou com nutrison - Nos doentes sem esquema próprio, programar o procedimento "Administração de fármacos por via endovenosa" em SOS 	<p>Administrar insulina mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1º Esquema prescrito para o doente; ou - 2º Protocolo aprovado para o SO
Após 24h	<p>Passo 3</p> <p>Terminar o procedimento "Determinar..." e avaliar as últimas 4 monitorizações da glicémia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se não existir nenhum valor ≥ 160 mg/dl ou se o doente não estiver em jejum, cancelar a monitorização - Se existir apenas um valor ≥ 160 mg/dl ou se o doente estiver em jejum, manter a monitorização de 6/6h e programar novo procedimento para mais 24h - Se existir mais do que um valor ≥ 160 mg/dl, manter a monitorização de 6/6h <p>Passo 4</p>	<p>Administrar insulina mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1º Esquema prescrito para o doente; ou - 2º Protocolo aprovado para o SO
Dias Seguintes	<p>Passo 5</p> <p>Se existir novo procedimento "Determinar..." a alertar, repetir os passos 3 e 4</p> <p>Passo 6</p> <p>Informar o médico do doente se valor de glicémia \geq 250 mg/dl</p>	<p>Manter intervenção</p>
Transferência	<p>Informar os colegas do serviço de internamento sobre a monitorização da glicémia capilar e o despiste realizado durante a permanência no SO</p>	

Protocolo de insulina *Actrapid* subcutânea aprovado para os doentes do SO:

1:00h - 7:00h - 13:00h - 19:00h: 160 a 200 mg/dl – 4 UI; 201 a 300 mg/dl – 6 UI; 301 – 400mg/dl – 8 UI; 401 – 500 mg/dl – 10UI; >500mg/dl – 12UI

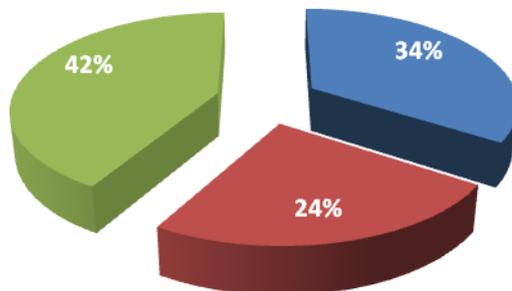
*Validar com o médico a administração de soro glicosado aos doentes em jejum. Aos restantes doentes deverá ser oferecido um *snack* no caso de necessitarem de insulina à 1h e às 7h

**Validar a administração de insulina através do procedimento "*Administração de fármacos por via endovenosa*", completando com registo da via (subcutânea) e do número de unidades administradas

Anexo N - Compilação dos Dados Relativos à Observação do Posicionamento dos Doentes no SU – Projeto Minor 1

Localização dos doentes observados

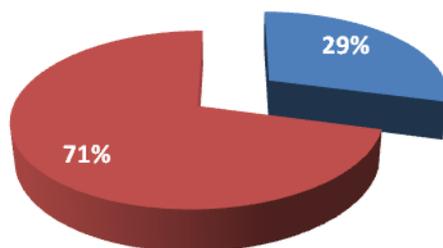
■ SO ■ Corredor ■ SDT



Proteção das proeminências

■ % de doentes com as extremidades protegidas

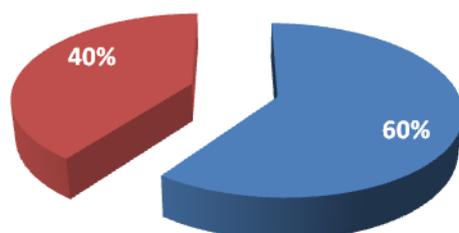
■ % de doentes sem as extremidades protegidas



Disponibilidade de almofadas

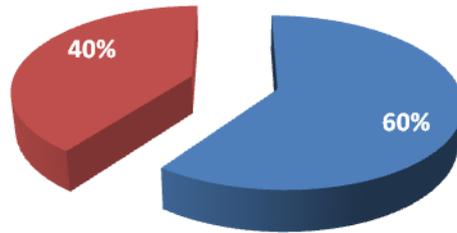
■ % de observações em que houve almofadas disponíveis

■ % de observações em que não houve almofadas disponíveis



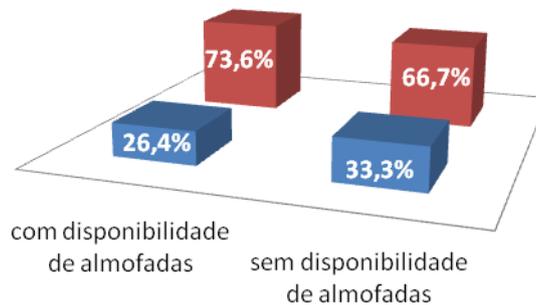
Posicionamento dos doentes

- % de doentes com um posicionamento adequado
- % de doentes sem um posicionamento adequado



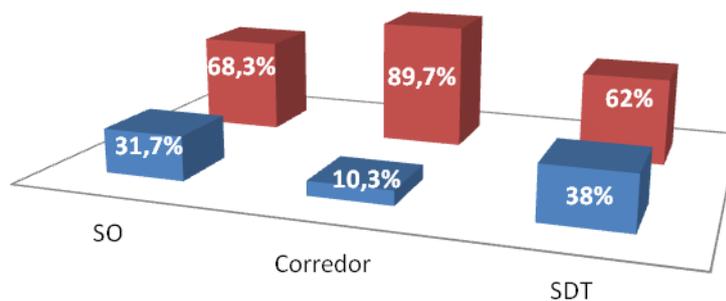
Relação entre a disponibilidade de almofadas e a proteção das proeminências

- Proeminências protegidas
- Proeminências não protegidas



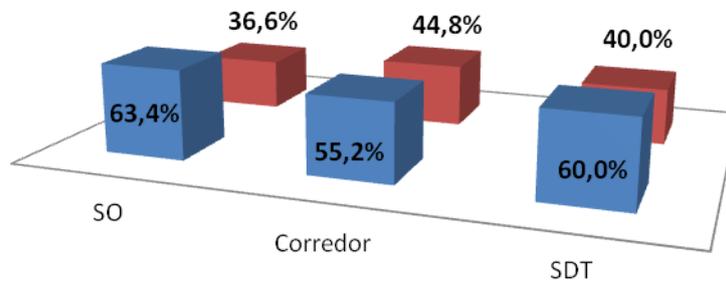
Relação entre a localização dos doentes e a proteção das proeminências

- com proteção
- sem proteção



Relação entre a localização dos doentes e o posicionamento

■ com posicionamento adequado ■ sem posicionamento adequado



Anexo O - Compilação dos Dados Relativos à Avaliação do Protocolo de Controlo da Hiperglicemia do SO – Projeto Minor 2

- **Caraterização da amostra**

- **Estudo de 14/11/2014**

Idade média dos doentes diabéticos internados em SO	74.0 A		
Duração média do internamento dos doentes diabéticos em SO	2.8 dias		
Nº total de diabéticos do sexo masculina	51	46.8 %	N = 109
Nº total de diabéticos do sexo feminino	58	53.2 %	
Nº total de doentes de medicina	79	72.5 %	
Nº total de doentes de cirurgia	21	19.3 %	
Nº total de doentes de ortopedia	1	0.9 %	
Nº total de doentes de outras especialidades	8	7.3 %	

- **Estudo de 15/02/2016**

Idade média dos doentes diabéticos internados em SO	70.0 A		
Duração média do internamento dos doentes diabéticos em SO	1.9 dias		
Nº total de diabéticos do sexo masculina	60	55.0 %	N = 109
Nº total de diabéticos do sexo feminino	49	45.0 %	
Nº total de doentes de medicina	72	66.1 %	
Nº total de doentes de cirurgia	25	22.9 %	
Nº total de doentes de ortopedia	10	9.2 %	
Nº total de doentes de outras especialidades	2	18 %	

- **Estudo de 28/10/2016**

Idade média dos doentes diabéticos internados em SO	74.0 A		
Duração média do internamento dos doentes diabéticos em SO	2.6 dias		
Nº total de diabéticos do sexo masculina	26	52.0 %	N = 50
Nº total de diabéticos do sexo feminino	24	48.0 %	
Nº total de doentes de medicina	16	32.0 %	

Nº total de doentes de cirurgia	31	62.0 %
Nº total de doentes de ortopedia	0	0.0 %
Nº total de doentes de outras especialidades	3	6.0 %

- **Glicemia capilar média**

- **Estudo de 14/11/2014**

Média de glicemia capilar para o total de doentes diabéticos à 1 h	206.5mg/dl	
Média de glicemia capilar para o total de doentes diabéticos à 7 h	187.8 mg/dl	
Média de glicemia capilar para o total de doentes diabéticos à 13 h	234.9 mg/dl	
Média de glicemia capilar para o total de doentes diabéticos à 19 h	197.0 mg/dl	
Nº de doentes com hipoglicemia	13	11.9 %

- **Estudo de 15/02/2016**

Média glicemia capilar nos doentes com AP de DM descritos à 1 h	201.7mg/dl	
Média glicemia capilar nos doentes com AP de DM descritos às 7 h	198.2 mg/dl	
Média glicemia capilar nos doentes com AP de DM descritos às 13 h	201.5 mg/dl	
Média glicemia capilar nos doentes com AP de DM descritos às 19 h	198.8 mg/dl	
Nº de doentes com hipoglicemia	7	6.4 %

- **Estudo de 28/10/2016**

Média glicemia capilar nos doentes com AP de DM descritos à 1 h	174.6mg/dl	
Média glicemia capilar nos doentes com AP de DM descritos às 7 h	156.1 mg/dl	
Média glicemia capilar nos doentes com AP de DM descritos às 13 h	190.7 mg/dl	
Média glicemia capilar nos doentes com AP de DM descritos às 19 h	184.3 mg/dl	
Nº de doentes com hipoglicemia	4	8.0 %

- **Esquema de insulina**

- **Estudo de 14/11/2014**

Nº de doentes com esquema de insulina prescrito	69	63.3%
Nº total de doentes sem esquema de insulina prescrito	40	36.7 %
Nº de doentes que em algum momento não cumpriu o esquema de insulina, estando ele prescrito	49	71.0 %

- **Estudo de 15/02/2016**

Nº de doentes com esquema de insulina prescrito	7	6.4 %
Nº total de doentes sem esquema de insulina prescrito	102	93.6 %
Nº de doentes que em algum momento não cumpriu o esquema de insulina, estando ele prescrito	6	85.7 %

- **Estudo de 28/10/2016**

Nº de doentes com esquema de insulina prescrito	9	18.0%
Nº total de doentes sem esquema de insulina prescrito	41	82.0 %
Nº de doentes que em algum momento não cumpriu o esquema de insulina, estando ele prescrito	7	77.8 %

- **Análise pelos valores de referência da glicemia capilar**

- **Estudo de 14/11/2014**

Nº de doentes diabéticos com média de glicemia capilar < 200 mg/dl	57	52.3%
Nº de doentes diabéticos com média de glicemia capilar >= 200 mg/dl	52	47.7 %
Nº de doentes diabéticos com glicemia < 126 mg/dl em jejum (7 h)	15	13.8 %
Nº de doentes diabéticos com glicemia > = 126 mg/dl em jejum (7 h)	94	86.2 %
Valor médio de glic capilar nos dts em que o esquema foi cumprido	174.5 mg/dl	
Valor médio de glic capilar nos dts em que o esquema não foi cumprido	245.8 mg/dl	

○ **Estudo de 15/02/2016**

Nº de doentes diabéticos com média de glicemia capilar < 200 mg/dl	124	87.2%
Nº de doentes diabéticos com média de glicemia capilar >= 200 mg/dl	14	12.8 %
Nº de doentes diabéticos com glicemia < 126 mg/dl em jejum (7 h)	81	51.4 %
Nº de doentes diabéticos com glicemia > = 126 mg/dl em jejum (7 h)	53	48.6 %
Valor médio de glic capilar nos dts em que o esquema foi cumprido	139.3 mg/dl	
Valor médio de glic capilar nos dts em que o esquema não foi cumprido	158.9 mg/dl	

○ **Estudo de 28/10/2016**

Nº de doentes diabéticos com média de glicemia capilar < 200 mg/dl	43	86.0%
Nº de doentes diabéticos com média de glicemia capilar >= 200 mg/dl	7	14.0 %
Nº de doentes diabéticos com glicemia < 126 mg/dl em jejum (7 h)	25	50.0 %
Nº de doentes diabéticos com glicemia > = 126 mg/dl em jejum (7 h)	25	50.0 %
Valor médio de glic capilar nos dts em que o esquema foi cumprido	120.1 mg/dl	
Valor médio de glic capilar nos dts em que o esquema não foi cumprido	166.4 mg/dl	

• **Doentes sob corticoterapia**

○ **Estudo de 14/11/2014**

Glicemia capilar média nos doentes com corticoides prescritos	222.3 mg/dl
Glicemia capilar média nos doentes sem corticoides prescritos	203.0 mg/dl

○ **Estudo de 15/02/2016**

Glicemia capilar média nos doentes com corticoides prescritos	177.8 mg/dl
Glicemia capilar média nos doentes sem corticoides prescritos	141.5 mg/dl

○ **Estudo de 28/10/2016**

Glicemia capilar média nos doentes com corticoides prescritos	160.5 mg/dl
Glicemia capilar média nos doentes sem corticoides prescritos	144.8 mg/dl

Anexo P - Check-List de Verificação do Material, Equipamento e Fármacos de Emergência



Check-List de Material, Equipamento e Fármacos 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 fluídos	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 eletrocardiografia/desfibrilhação	1	Cabeceira		
	Papel do monitor desfibrilhador	1	Cabeceira		
	Eléttodos	Vários	Cabeceira		
	Esfigmomanómetro manual	1	Cabeceira		
D	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		
	Máscaras de hudson ped	2	Armário móvel		
C	Agulha intraóssea pediátrica	1	Armário móvel		
	Catéteres nº 22 e 24	6 cada	Armário móvel		
	Eléctrodos 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 retal 10mg	2	Armário móvel		
M E D	Diazepam retal 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 eletrocardiografia/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		
	Conetor em T para puffs	6	Bancada do SO		
SALA DE EMERGÊNCIA – EQUIPAMENTO DE TRANSPORTE					
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: _____

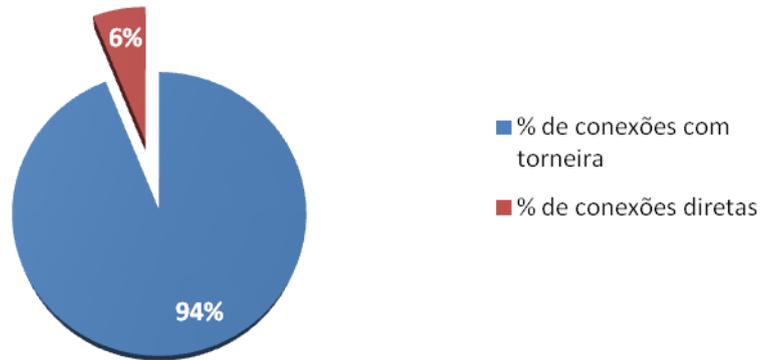
Bibliografia:

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

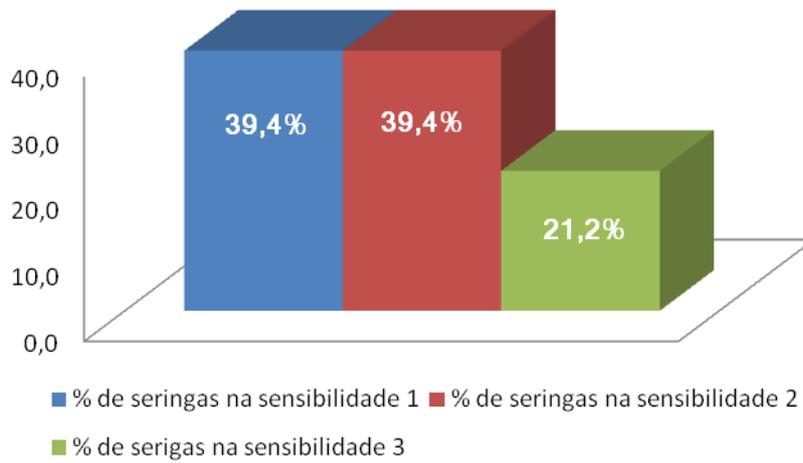
Despacho n.º 10319/2014 - Diário da República, 2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014

**Anexo Q - Compilação dos Dados Relativos à Observação da Conexão das Perfusões
aos Doentes no SU – Projeto Minor 3**

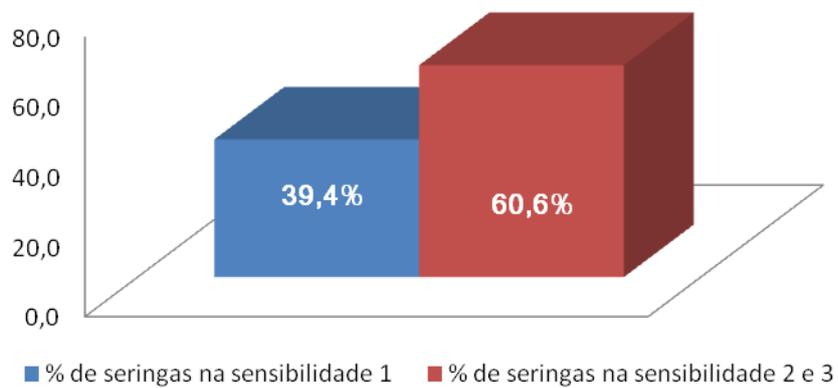
Conexão da seringa infusora ao doente



Sensibilidade das seringas infusoras utilizadas



Sensibilidade das seringas infusoras utilizadas (2)



Anexo R - Cartaz de Divulgação da Sessão Formativa sobre Técnicas Inalatórias

**INICIATIVA DOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA E PNEUMOLOGIA
DA ULSBA, E.P.E.**

RESPONSABILIDADE CIENTÍFICA E PEDAGÓGICA:

Dra. Ana Cristina Duarte, Médica, Assistente Graduada de Pneumologia

Dra. Graça Seves, Médica, Assistente Graduada de Pediatria

Dra. Inês Romão Luz, Médica, Interna de Pediatria

INSCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES:

Deverão inscrever-se telefonicamente, ou por email, para o Serviço de Formação Profissional da ULSBA, até ao próximo dia **28 de novembro**.

Informações:

Serviço de Formação Profissional
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, E.P.E.
rua Dr. António Fernando Covas Lima
7801-849 BEJA

Tel. 284 310 233 Extensão nº. 1970

E-mail: rosario.simao@ulsba.min-saude.pt

Serviço de Formação Profissional

Unidade-Formativa-Acreditada por Despacho da Ministra da Saúde de 20/4/1999



ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

**Sessão Formativa
TÉCNICAS
INALATÓRIAS
NA PRÁTICA CLÍNICA:
quando, como e porquê?**

Data de Realização: 30 de novembro de 2016

Local:
Sala de conferências
do
Hospital
José Joaquim Fernandes -
Beja



Destinatários:

Todos os profissionais de saúde da ULSBA que intervêm no circuito de prestação de cuidados aos doentes com patologia respiratória

Sessão Formativa sobre TÉCNICAS INALATÓRIAS NA PRÁTICA CLÍNICA

CONTEXTUALIZAÇÃO:

Segundo o 11º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2016) tem havido um aumento da incidência e prevalência destas doenças. Assim, é necessário que os profissionais de saúde do Baixo Alentejo conheçam os recursos disponíveis, de forma a otimizar a sua utilização e melhorar os cuidados prestados.

Estas são algumas das razões que justificam a pertinência desta formação:

- a nível nacional, menos de 10% dos doentes têm diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica confirmado por espirometria e apenas 0,1% têm acesso a reabilitação respiratória;
- quanto à asma que, convém lembrar, numa agudização severa pode ser fatal, esta está subdiagnosticada e subtratada;
- é necessário apostar no ensino das técnicas inalatórias para otimizar a terapêutica, bem como relembrar as indicações específicas dos nebulizadores.

OBJETIVOS:

- Melhorar o diagnóstico das doenças respiratórias
- Uniformizar as práticas de prescrição dos diferentes tipos de terapêutica
- Melhorar a utilização dos dispositivos para terapêutica inalatória
- Melhorar as capacidades de ensino aos doentes e seus cuidadores

DATA E HORÁRIO:

Das 14.00 h às 16.30 h, do dia 30 de novembro de 2016

Programa

- 14.00 h – Abertura da sessão
- 14.15 h – Terapêutica inalatória em idade pediátrica (Inês Luz)
- 14.45 h – Terapêutica inalatória no adulto (Paulo César)
- 15.20 h – Intervalo
- 15.30 h – Fisioterapia respiratória – indicações e prescrição (Ana Gaspar)
- 16.00 h – O papel do enfermeiro no ensino da técnica inalatória
(Rita Magalhães e Jorge Pereira)
- 16.15 h – O laboratório de Cardiopneumologia
(Rita Floro e Vera Chaveiro)
- 16.30 h – Fim dos trabalhos

FORMADORES:

Ana Teresa Gaspar, Médica, Assistente de Medicina Física e de Reabilitação

Inês Luz, Médica, Interna de Pediatria

Paulo César, Médico, Interno de Medicina Interna

Rita Magalhães, Enfermeira, Urgência de Pediatria

Jorge Pereira, Enfermeiro, Urgência Geral e VMER

Rita Floro e Vera Chaveiro, técnicas de Cardiopneumologia

**Anexo S - Compilação dos Dados Relativos aos Testes Realizados às Seringas
Infusoras B-braun^R – Projeto Minor 4**

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
Hospital José Joaquim Fernandes
Serviço de Urgência

Resultados do Estudo: Administração de fármacos por seringa infusora



Realizado por:
- Jorge Pereira

Novembro de 2016

Objectivos

- Rever os princípios básicos de utilização das seringas infusoras compact b-braun
- Explorar algumas especificidades técnicas das seringas

Objectivos

- Apresentar e interpretar os resultados de vários testes realizados aos alarmes
- Compreender as vantagens e as desvantagens e os riscos associados aos diferentes modos de administração de fármacos por seringa infusora

Princípios básicos

- A administração de fármacos por seringa infusora garante:
 - Controlo
 - Fidelidade
 - Consistência
 - Rigor
 - Precisão
 - Facilidade
 - Segurança
 - Alarme



Princípios básicos

- É indispensável quando se pretende administrar fármacos prescritos em:

- Microgramas/Kg/min

Ex: Isoprenalina (x a x ug/kg/min)

1 mg = 1000 ug

2 mg/50cc = 2000 ug/50cc = 40 ug/1cc

Se paciente pesar 70Kg, por exemplo => 3ug/min

Numa hora = 3ug x 60 min = 180 ug/h

180ug/40ug = 4,5 cc/h



Sensibilidade da seringa



Sensibilidade da seringa



Sensibilidade da seringa



Sensibilidade da seringa



Sensibilidade da seringa

Technical Safety Check TSC

Index 01
(Master - to be added to the documentation)

Checklist for Technical Safety Checks – Every 24 Months

Unit: Perfusor compact infusion syringe pump
Manufacturer: B. Braun Melsungen AG

User

Observe the service manual and the instructions for use. All measured values are to be documented. Accessories used should be included in testing. Make exclusive use of calibrated measuring equipment.

Article No.	Unit No.	Year of Procurement	
1. Visual Inspection <input type="checkbox"/> Unit clean, complete, undamaged <input type="checkbox"/> Syringe fastening: Syringe holder, axial positioner, drive head, clamp, push-button sensor <input type="checkbox"/> Membrane keyboard <input type="checkbox"/> Battery compartment cover and battery contacts <input type="checkbox"/> Unit feet <input type="checkbox"/> Mains lead and connector <input type="checkbox"/> MFC lead and connector <input type="checkbox"/> Holder for pole fixation, side snap-in mechanism	2. Functional Inspection Switch on unit. <input type="checkbox"/> Compare with instructions for use: LCD self-test and audible alarm <input type="checkbox"/> Compare: set delivery date and value displayed <input type="checkbox"/> Check switching capability of staff call (accessories) <input type="checkbox"/> Switch on unit in battery mode and check self-test Note If „Battery discharged“ is displayed: Charge battery or replace battery and repeat test	3. Pressure Cut-Off (alternatively with manometer or check pump) With manometer and 50 ml syringe: <input type="checkbox"/> Pressure stage 1 <0.6 bar <input type="checkbox"/> Pressure stage 2 <0.9 bar <input type="checkbox"/> Pressure stage 3 <1.2 bar With check gauge current step Order – No. 0770 1818: <input type="checkbox"/> Pressure stage 1 <40 N <input type="checkbox"/> Pressure stage 2 <50 N <input type="checkbox"/> Pressure stage 3 <75 N CAUTION	4. Syringes Syringe selection <input type="checkbox"/> OPS <input type="checkbox"/> internal <input type="checkbox"/> EEPROM Syringe table readable <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Syringe recognition Manufacturer (code) used <input type="checkbox"/> 20 ml <input type="checkbox"/> 50 ml <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Teste Alarme 1 – tipo de prolongador

Testadas 12 velocidades de infusão em cada um dos 3 pressure stage

Velocidade de infusão	Pressure stage 1 Tempo de alarme (min)	Pressure stage 2 Tempo de alarme (min)	Pressure stage 3 Tempo de alarme (min)
0,5cc/h			
1cc/h			
2cc/h			
3cc/h			
4cc/h			
5cc/h			
10cc/h			
15cc/h			
20cc/h			
25cc/h			
50cc/h			
99,9cc/h			

36 dados colhidos com prolongador de 150 cm

Teste Alarme 1 – tipo de prolongador

Testadas 12 velocidades de infusão no pressure stage 1

Velocidade de infusão	Pressure stage 1 Tempo de alarme (min)	Pressure stage 2 Tempo de alarme (min)	Pressure stage 3 Tempo de alarme (min)
0,5cc/h			
1cc/h			
2cc/h			
3cc/h			
4cc/h			
5cc/h			
10cc/h			
15cc/h			
20cc/h			
25cc/h			
50cc/h			
99,9cc/h			

12 dados colhidos com prolongador de 30 cm

Teste Alarme 1 – tipo de prolongador

Teste realizado com os 2 tipos de prolongadores (48 dados colhidos)



Teste Alarme 1 – tipo de prolongador

Testadas 12 velocidades de infusão no pressure stage 1

Velocidade de infusão	Pressure stage 1 Tempo de alarme	Pressure stage 2 Tempo de alarme	Pressure stage 3 Tempo de alarme
0,5cc/h	34,5	-	-
1cc/h	16,83	-	-
2cc/h	9,16	-	-
3cc/h	5,66	-	-
4cc/h	3,83	-	-
5cc/h	3,16	-	-
10cc/h	1,66	-	-
15cc/h	1,16	-	-
20cc/h	1	-	-
25cc/h	0,75	-	-
50cc/h	0,83	-	-
99,9cc/h	0,25	-	-



Teste Alarme 1 – tipo de prolongador

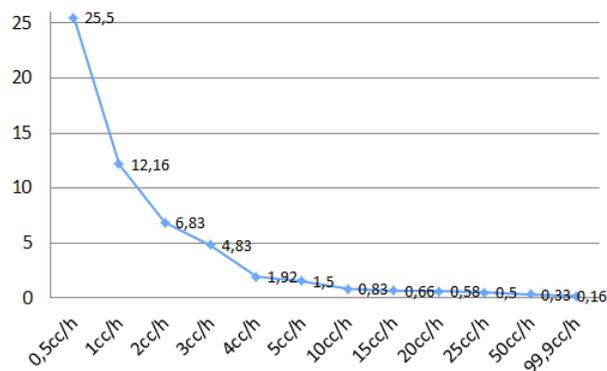
Testadas 12 velocidades de infusão em cada um dos 3 pressure stage

Velocidade de infusão	Pressure stage 1 Tempo de alarme (min)	Pressure stage 2 Tempo de alarme (min)	Pressure stage 3 Tempo de alarme (min)
0,5cc/h	25,5	83	110
1cc/h	12,16	40	53
2cc/h	6,83	20	27,5
3cc/h	4,83	13,5	18
4cc/h	1,92	10	13,83
5cc/h	1,5	8,58	12,16
10cc/h	0,83	3,92	6,16
15cc/h	0,66	2,75	4,16
20cc/h	0,58	2	3,33
25cc/h	0,5	1,66	2,5
50cc/h	0,33	0,92	1,33
99,9cc/h	0,16	0,42	0,66



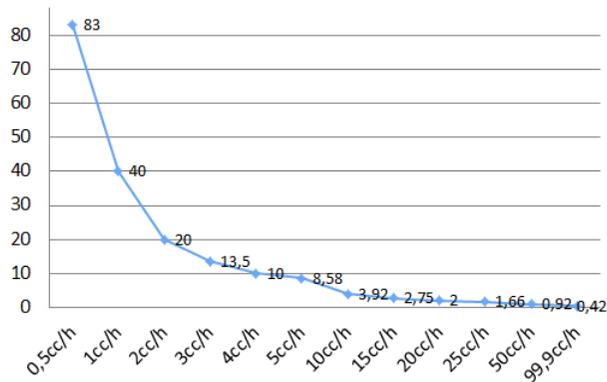
Teste Alarme 1 – tipo de prolongador

Testadas 12 velocidades de infusão no pressure stage 1 com prolongador de 150 cm



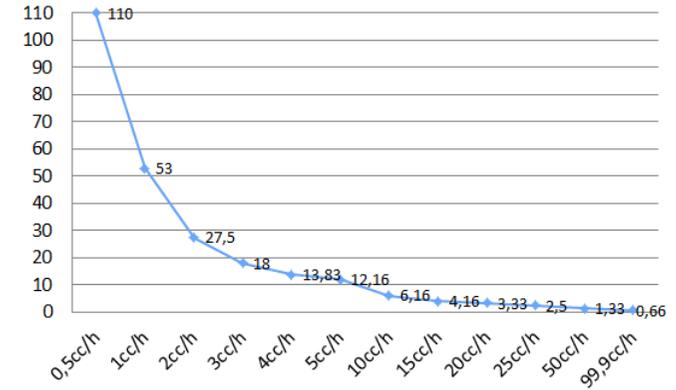
Teste Alarme 1 – tipo de prolongador

Testadas 12 velocidades de infusão no **pressure stage 2** com prolongador de 150 cm



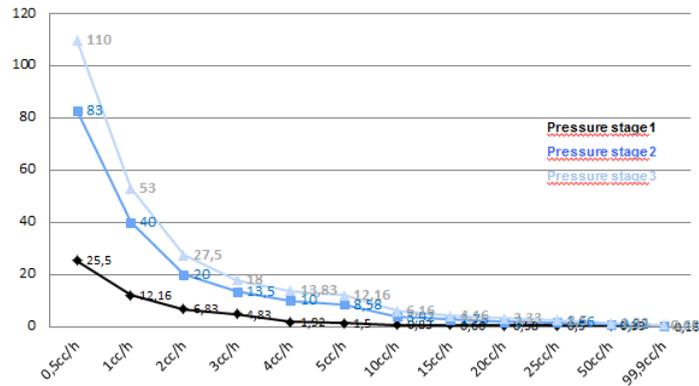
Teste Alarme 1 – tipo de prolongador

Testadas 12 velocidades de infusão no **pressure stage 3** com prolongador de 150 cm



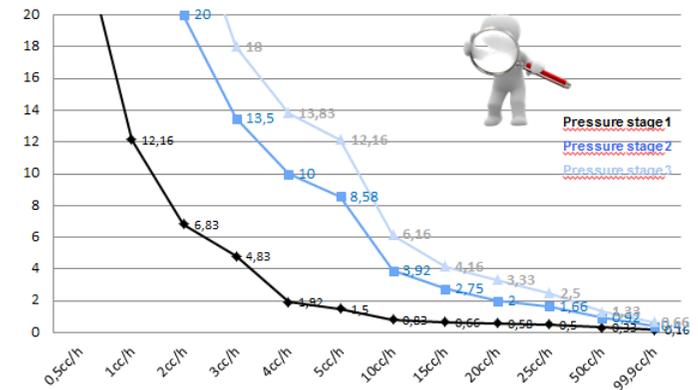
Teste Alarme 1 – tipo de prolongador

Testadas 12 velocidades de infusão com prolongador de 150 cm, nos **pressure stages 1, 2 e 3**



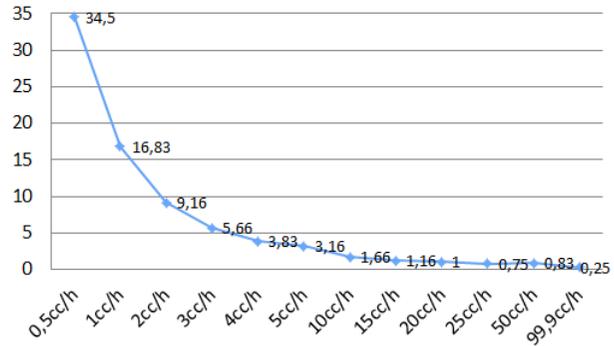
Teste Alarme 1 – tipo de prolongador

Testadas 12 velocidades de infusão com prolongador de 150 cm, nos **pressure stages 1, 2 e 3**



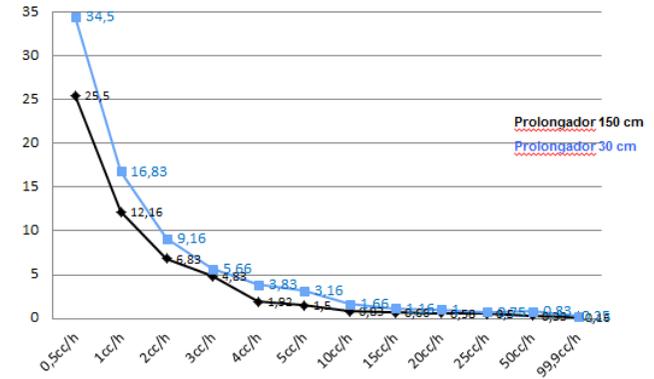
Teste Alarme 1 – tipo de prolongador

Testadas 12 velocidades de infusão no **pressure stage 1** com prolongador de 30 cm



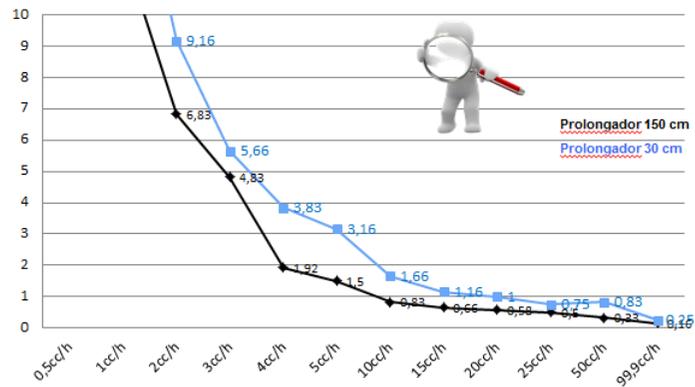
Teste Alarme 1 – tipo de prolongador

Testadas 12 velocidades de infusão no **pressure stage 1**, comparação entre prolongador de 150 cm e 30 cm



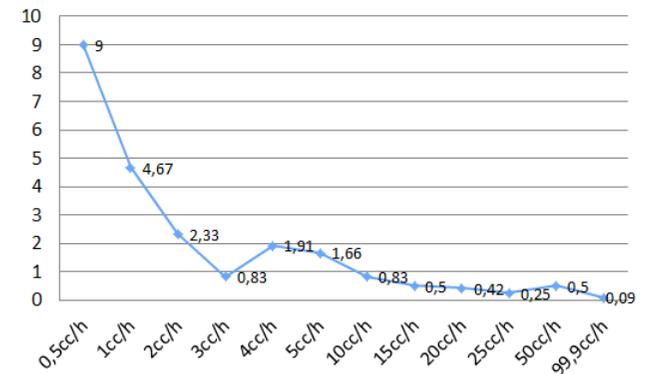
Teste Alarme 1 – tipo de prolongador

Testadas 12 velocidades de infusão no **pressure stage 1**, comparação entre prolongador de 150 cm e 30 cm



Teste Alarme 1 – tipo de prolongador

Diferença de minutos nas 12 velocidades de infusão testadas, no **pressure stage 1**, com prolongadores de 150 cm e 30 cm



Princípios básicos

- É indispensável quando se pretende administrar fármacos prescritos em:

- Microgramas/Kg/min

Ex: Isoprenalina (x a x ug/kg/min)

1 mg = 1000 ug

2 mg/50cc = 2000 ug/50cc = 40 ug/1cc

Se paciente pesar 70Kg, por exemplo => 3 ug/min

Numa hora = 3 ug x 60 min = 180 ug/h

180 ug/40 ug = 4,5 cc/h



Teste Alarme 2 – prolongador dobrado sem dosiflow

Testadas 12 velocidades de infusão no pressure stage 1



Teste Alarme 3 – prolongador dobrado com dosiflow

Testada velocidade do dosiflow > que velocidade da infusão no pressure stage 1



Teste Alarme 3 – prolongador dobrado com dosiflow

Testada velocidade do dosiflow < que velocidade da infusão no pressure stage 1



Princípios básicos

- A administração de fármacos por seringa infusora garante:

- ~~- Controlo~~
- ~~- Fidelidade~~
- ~~- Consistência~~
- ~~- Rigor~~
- ~~- Precisão~~
- ~~- Facilidade~~
- ~~- Segurança~~
- ~~- Alarme~~



Teste Alarme 4 – pressão exercida pela seringa

Testada capacidade de infusão em várias velocidades, contra soro de **100 ml** envolvido em manga de pressão a **1 metro** de altura, em cada um dos **3 pressure stage**



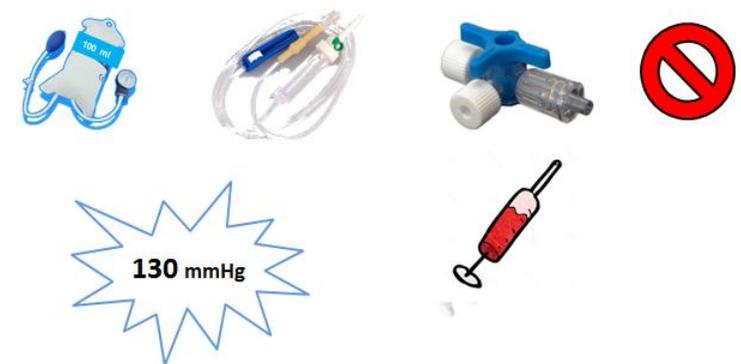
Teste Alarme 4 – pressão exercida pela seringa

Testada capacidade de infusão em várias velocidades, contra soro de **100 ml** envolvido em manga de pressão a **1 metro** de altura, em cada um dos **3 pressure stage**



Teste Alarme 4 – pressão exercida pela seringa

Testada capacidade de infusão em várias velocidades, contra soro de **100 ml** envolvido em manga de pressão a **1 metro** de altura, em cada um dos **3 pressure stage**



Teste Alarme 4 – pressão exercida pela seringa

Checklist for Technical Safety Checks – Every 24 Months

Unit: Perfusor compact infusion syringe pump
Manufacturer: B. Braun Melsungen AG

Observe the service manual and the instructions for use. All measured values are to be documented. Accessories used should be included in testing. Make exclusive use of calibrated measuring equipment.

Article No.	Unit No.	Year of Procurement	User
1. Visual Inspection	2. Functional Inspection	3. Pressure Cut-Off	4. Syringes
<input type="checkbox"/> Unit clean, complete, undamaged <input type="checkbox"/> Syringe fastening: Syringe holder, axial positioner, drive head, clamp, push-button sensor <input type="checkbox"/> Membrane keyboard <input type="checkbox"/> Battery compartment cover and battery contacts <input type="checkbox"/> Unit feet <input type="checkbox"/> Mains lead and connector <input type="checkbox"/> MFC lead and connector <input type="checkbox"/> Holder for pole fixation, side snap-in mechanism	<input type="checkbox"/> Switch on unit. <input type="checkbox"/> Compare with instructions for use: LCD self-test and audible alarm <input type="checkbox"/> Compare: set delivery date and value displayed <input type="checkbox"/> Check switching capability of staff call (accessories) <input type="checkbox"/> Switch on unit in battery mode and check self-test. Note If „Battery discharged“ is displayed: Charge battery or replace batteries and repeat test.	(alternatively with manometer or check page) With manometer and 50 ml syringe: <input type="checkbox"/> Pressure stage 1 <0.6 bar <input type="checkbox"/> Pressure stage 2 <0.9 bar <input type="checkbox"/> Pressure stage 3 <1.2 bar With check gauge current step Order – No. 0770 1616: <input type="checkbox"/> Pressure stage 1 <40 N <input type="checkbox"/> Pressure stage 2 <59 N <input type="checkbox"/> Pressure stage 3 <75 N CAUTION	<input type="checkbox"/> Syringe selection <input type="checkbox"/> OPS <input type="checkbox"/> internal <input type="checkbox"/> external <input type="checkbox"/> No Syringe recognition Manufacturer (code) used <input type="checkbox"/> 20 ml <input type="checkbox"/> 50 ml <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Teste Alarme 5 – pressão exercida pelo gotejo gravitacional

Testada a pressão exercida pelo gotejo de um soro de **1000 ml**, totalmente aberto, suspenso **1,5 metros** acima do local de infusão



Teste Alarme 4 e 5

Mesmo no **pressure stage 1**, a seringa infusora exerce **maior pressão** que o gotejo proporcionado pela força da gravidade



Teste Alarme 4 e 5 – pressão venosa periférica

NCBI Resources How To

PubMed.gov PubMed Advanced

Format Abstract + Send to +

J Clin Anesth. 2006 Jun;18(4):251-5.

Peripheral venous pressure as a predictor of central venous pressure during orthotopic liver transplantation.
Hoffman N¹, Braunfeld M, Hoffman G, Mabaian A.

@ Author information

Abstract

STUDY OBJECTIVE: To assess the reliability of peripheral venous pressure (PVP) as a predictor of central venous pressure (CVP) in the setting of rapidly fluctuating hemodynamics during orthotopic liver transplant surgery.

DESIGN: Prospective clinical trial.

SETTING: UCLA Medical Center, main operating room-liver transplant surgery.

PATIENTS: Nine adult patients with liver failure undergoing orthotopic liver transplant surgery.

INTERVENTIONS: A pulmonary artery catheter and a 20-g antecubital peripheral intravenous catheter dedicated to measuring PVP were placed in all patients after standard general endotracheal anesthesia induction and institution of mechanical ventilation.

MEASUREMENTS: Peripheral venous pressure and CVP were recorded every 5 minutes and/or during predetermined, well-defined surgical events (skin incision, venovenous bypass initiation, portal vein anastomosis, 5 minute post graft reperfusion, abdominal closure). Pulmonary artery pressure and cardiac output (via thermodilution) were recorded every 15 and 30 minutes, respectively.

MAIN RESULTS: Peripheral venous pressure (mean +/- SD) was 11.0 +/- 4.5 mmHg vs a CVP of 9.5 +/- 5.0, the two measurements differed by an average of 1.5 +/- 1.6 mmHg. Peripheral venous pressure correlated highly with CVP in every patient, and the overall correlation among all nine patients calculated using a random-effects regression model was $r = 0.95$ ($P < 0.0001$). A Bland-Altman analysis used to determine the accuracy of PVP in comparison to CVP yielded a bias of -1.5 mmHg and a precision of +/-3.1 mm Hg.

CONCLUSION: Our study confirms that PVP correlates with CVP even under adverse hemodynamic conditions in patients undergoing liver transplantation.

Prática noutros hospitais



Prática noutros hospitais



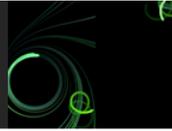
Prática no nosso hospital



Conclusão

- Importa conhecer e reflectir sobre os prós, os contras e os riscos associados a cada uma das práticas relacionadas com a administração de fármacos através de seringa infusora, para que **optando por um ou por outro método, o enfermeiro seja capaz de justificar e assumir a sua prática**, utilizando para isso suporte/ conhecimento científico.

Bibliografia



- Hoftman, N., Braunfeld, M., Hoftman, G., & Mahajan, A. (2006). Peripheral venous pressure as a predictor of central venous pressure during orthotopic liver transplantation. *Journal Of Clinical Anesthesia*, 18(4), 251-255

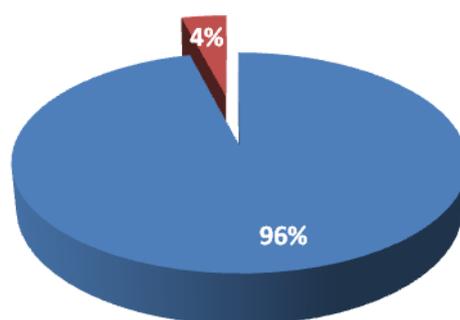
 - Braun. (s.d.). *Perfusor compact – service manual*. Consultado em: 2016, Julho 16. Disponível em: http://www.frankshospitalworkshop.com/equipment/Documents/infusion_pumps/service_manuals/B.Braun_Perfusor_Compact_-_Service_manual.pdf
-

Anexo T - Compilação dos Dados Relativos à Observação da Fixação de Cateteres Venosos Periféricos – Projeto Minor 5

Cateterização de veia periférica	Cap. 2 / Sub-cap.2.1 / Norma 2.1.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>20.Fixar o cateter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Com penso transparente ou opaco esterilizado <li style="text-align: center;">OU ▪ Com compressa esterilizada aplicando adesivo <li style="text-align: center;">E ▪ Aplicar uma tira de adesivo em forma de gravata, apenas sobre o cateter. <p>21.Remover o garrote</p> <p>22.Remover as luvas</p> <p>23. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>24.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>25.Lavar as mãos</p>	<p>23. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>24.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

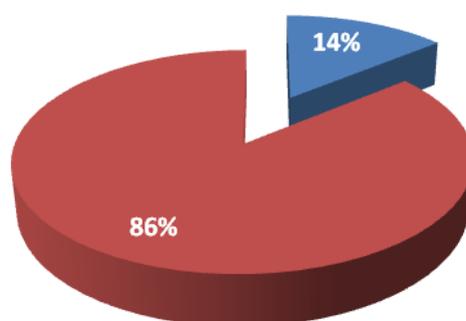
Cateteres colocados no SU?

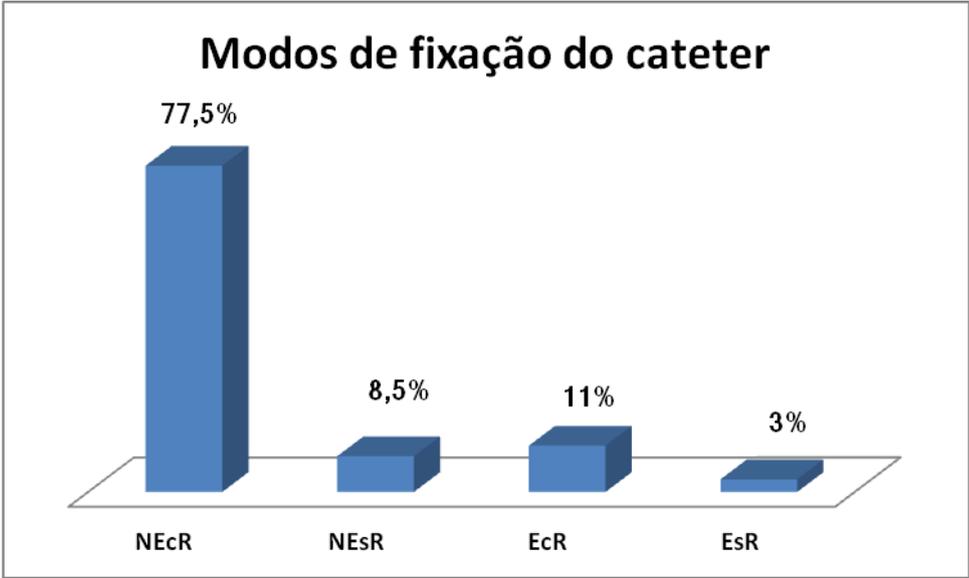
■ Sim ■ Não



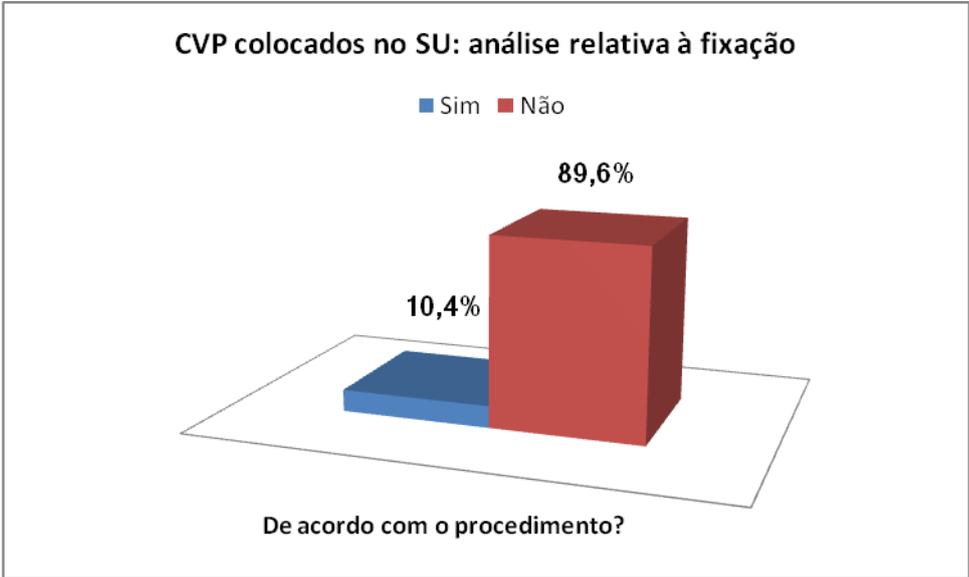
Fixação de acordo com o procedimento?

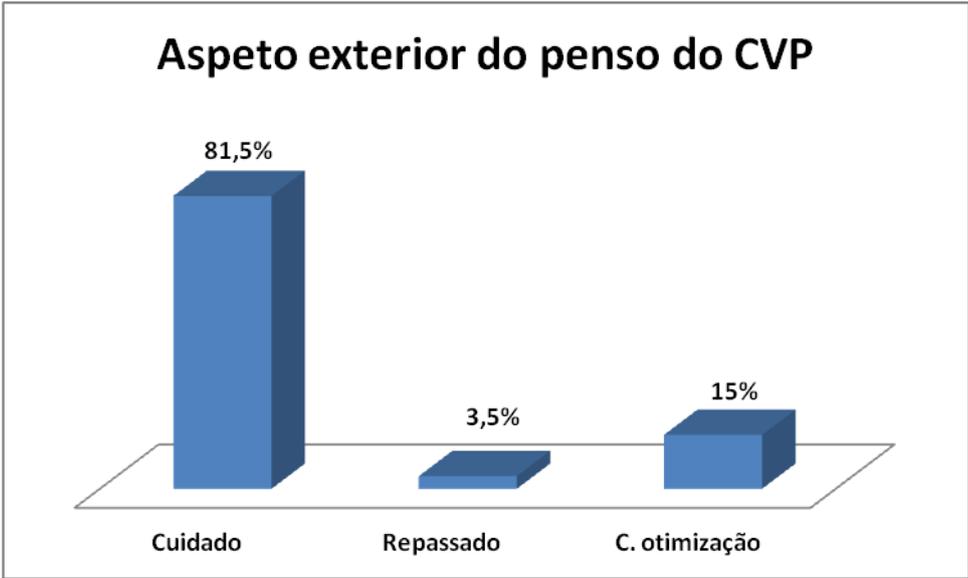
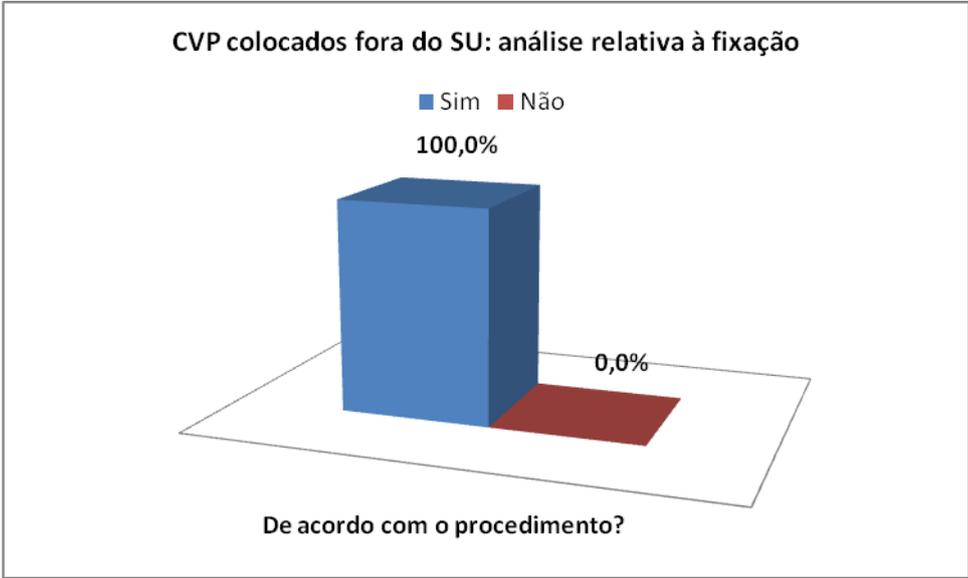
■ Sim ■ Não



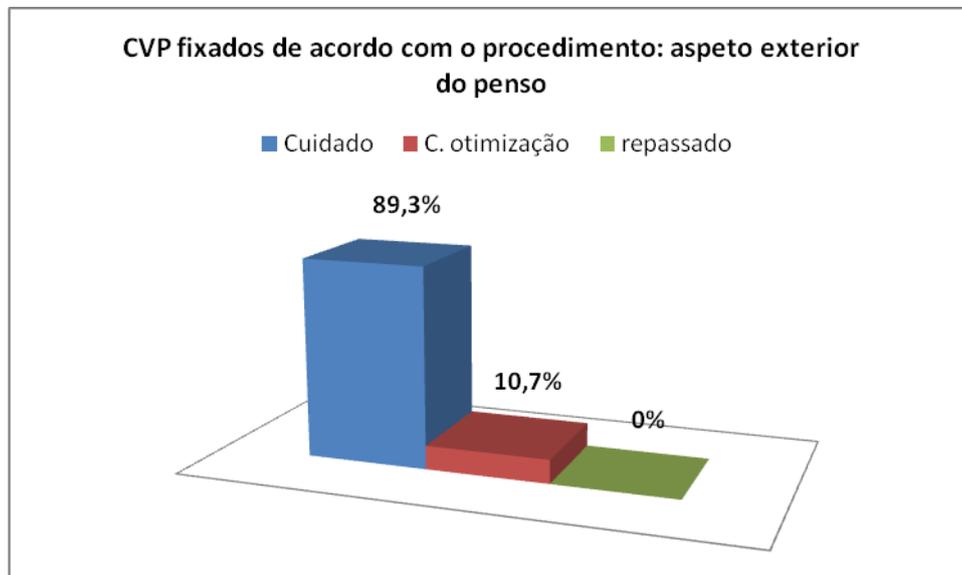


NEcR – Penso não esterilizado com rede de reforço; **NEsR** – Penso não esterilizado sem rede de reforço; **EcR** – Penso esterilizado com rede de reforço; **EsR** – Penso esterilizado sem rede de reforço

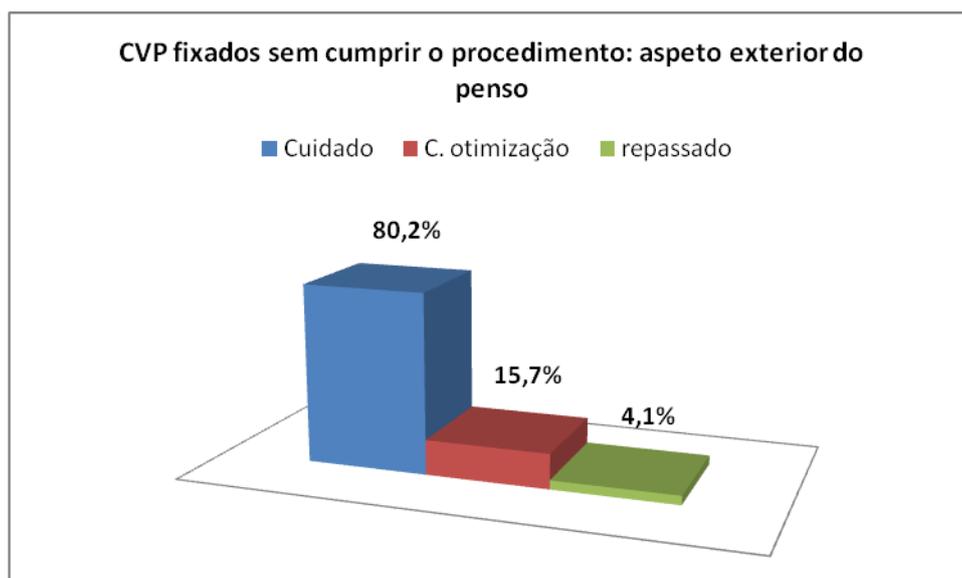




C. otimização – carece de otimização



C. otimização – carece de otimização



C. otimização – carece de otimização

Anexo U – Cronograma dos Trabalhos Realizados

E	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a
	Semana	semana	semana	semana	semana	semana	semana	semana
S T Á	<ul style="list-style-type: none"> - Realização, Reformulação e Entrega do documento de PE; - Realização das atividades conducentes à aquisição e desenvolvimento das competências; - Realização dos projetos minor; - Colheita de dados para o RE; - Realização do trabalho de FSE. 			<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração da proposta de projeto de mestrado para os SAC e dos pedidos de parecer às comissões de ética da ULSBA e da UE - Realização das atividades conducentes à aquisição e desenvolvimento das competências; - Finalização dos projetos minor; - Colheita de dados para o RE; - Realização do trabalho de FSE. 		<ul style="list-style-type: none"> - Realização das atividades conducentes à aquisição e desenvolvimento das competências; - Início da implementação do projeto major: Performance dos enfermeiros em suporte básico de vida, como determinante na segurança do doente crítico; - Colheita de dados para o RE. 		
	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a
G	Semana	semana	semana	semana	semana	semana	semana	semana
I O	<ul style="list-style-type: none"> - Início da elaboração do artigo científico sobre o SBV; - Realização das atividades conducentes à aquisição e desenvolvimento das competências; - Continuação do projeto major; - Colheita de dados para o RE. 		<ul style="list-style-type: none"> - Finalização do projeto major; - Continuação do artigo científico sobre o SBV; - Realização das atividades conducentes à aquisição e desenvolvimento das competências; - Colheita de dados para o RE; - Realização do trabalho de Relação de Ajuda. 			<ul style="list-style-type: none"> - Finalização, entrega e reformulação do artigo científico sobre o SBV; - Entrega dos resultados sobre os projetos minor; - Entrega da check-list do material e equipamento de emergência; - Realização das atividades conducentes à aquisição e desenvolvimento das competências; - Colheita de dados para o RE; - Elaboração do RE 		