

O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS AO SERVIÇO DO DOENTE CRÍTICO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Maria de Jesus Couto Malheiro Moreira

Porto, março de 2021

**O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS AO SERVIÇO
DO DOENTE CRÍTICO**

**THE DEVELOPMENT OF SPECIALIZED SKILLS TO THE
SERVICE OF THE CRITICAL PATIENT**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por

Maria de Jesus Couto Malheiro Moreira

Sob a orientação da Prof.^a Doutora Amélia Ferreira

Porto, março de 2021

Resumo

A profissão de enfermagem exige que, ao longo da vida profissional, os enfermeiros estejam em atualização permanente. Além do domínio de tecnologias e técnicas sofisticadas, necessitam de formação baseada na melhor e mais atual evidência científica. A evolução da ciência, incluindo a ciência da enfermagem e da tecnologia, possibilitou o aumento da sobrevivência dos doentes em estado crítico e/ou falência de órgãos.

A Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, permite adquirir competências comuns e específicas, na assistência ao doente crítico admitido no serviço de urgência e em ambiente extra-hospitalar. Este relatório pretende refletir sobre o processo de aprendizagem e de aquisição destas mesmas competências e surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio final e Relatório”.

O relatório inclui uma reflexão sobre as competências prévias adquiridas ao longo do exercício profissional, descreve os contextos da prática clínica e o processo de aprendizagem, enumeram-se os objetivos gerais e específicos, atividades realizadas, competências adquiridas, faz-se reflexão crítico-reflexiva sobre a aquisição de novas competências, bem como as implicações e mudanças que provocaram no enfermeiro e nas suas práticas. Por fim, são descritas e refletidas as particularidades que a pandemia trouxe ao processo de aquisição de competências, quer a nível académico, quer a nível pessoal.

Nos contextos de estágio, surgiram algumas oportunidades de melhoria que foram sinalizadas e para as quais foram sugeridas estratégias: (a) no serviço de urgência garantir que a identificação do doente se mantém com ele durante todo o período de estadia no hospital, identificar com respeito os doentes em fim de vida, colaborar na formação “A tomada de decisão em Enfermagem e o seu registo no serviço de Urgência”; (b) no ambiente extra-hospitalar “Incompatibilidade Medicamentosa”.

Apenas através da investigação conseguiremos dar a visibilidade que a enfermagem merece.

Palavras Chave: Enfermagem Especializada, Segurança, Doente crítico, Competências

Abstract

The nursing profession requires that, throughout their professional lives, nurses are constantly updated. In addition to mastering sophisticated technologies and techniques, they need training based on the best and most up-to-date scientific evidence. The evolution of science, including the science of nursing and technology, has made it possible to increase the survival of patients in critical condition and/or organ failure.

The Medical-Surgical Nursing Specialization, in the area of nursing to the person in a critical situation, allows the acquisition of common and specific skills in the care of the critical patient admitted to the emergency service and in an out-of-hospital environment. This report intends to reflect on the process of learning and acquiring these same skills and appears in the scope of the Curricular Unit "Final Internship and Report".

The report includes a reflection on the previous skills acquired during the professional exercise, describes the contexts of clinical practice and the learning process, lists the general and specific objectives, activities carried out, skills acquired, makes a critical-reflexive reflection on the acquisition of new skills, as well as the implications and changes they provoked in the nurse and his practices. Finally, the particularities that the pandemic has brought to the skills acquisition process are described and reflected, both on an academic and personal level.

In the internship contexts, some opportunities for improvement have emerged which have been signalled and for which strategies have been suggested: (a) in the emergency department, to ensure that the patient's identification is maintained with him/her throughout his/her stay in hospital, to identify with respect the patients at the end of their lives, to collaborate in the training "Decision making in Nursing and their registration in the emergency department"; (b) in the out-of-hospital environment "Medication Incompatibility".

Only through research, we will be able to give the visibility that nursing deserves.

Keywords: Specialized Nursing, Security, Critical patient, Skills

“Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta às mudanças...”

Leon C. Megginson

Agradecimentos

Ao meu marido Miguel e às minhas filhas Inês e Marta, por todo o amor, apoio e compreensão, por perdoarem as minhas ausências...e mesmo assim estarem sempre lá para mim.

Aos meus pais e irmãs pelo apoio incondicional.

À minha avó porque...sim.

À enfermeira Graça Lopes que me incentivou e permitiu partilhar com ela esta experiência.

À enfermeira Joana Vasconcelos e à professora Susana Carvalho pelo apoio e disponibilidade.

Ao meu Chefe enfermeiro Manuel Saraiva por todo o apoio e por ter facilitado o meu horário sempre que possível para realização deste percurso.

Aos meus amigos pelas palavras de incentivo, apoio, presença, carinho.

À Prof. Doutora Amélia Ferreira por todo o carinho, profissionalismo, orientação e disponibilidade.

Aos professores docentes na Universidade Católica pelos ensinamentos e colaboração neste meu percurso.

Lista de Siglas e Acrónimos

ABCDE	<i>Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CDE	Código Deontológico dos Enfermeiros
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DRN	Direção Regional Norte
EEMC	Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMI	Emergência Médica Interna
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ET	Extra Hospitalar
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
ICDC	Internamento de Curta Duração Cirúrgica
ICS-UCP	Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
OE	Ordem dos Enfermeiros
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PRM	Plano de Resposta Multivítimas
PSP	Polícia de Segurança Pública
SE	Sala de Emergência
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV	Suporte Imediato de Vida

SO2	Serviço de Observação 2
SU	Serviço de Urgência
TEPH	Técnico de Emergência Extra-Hospitalar
UCDM	Unidade de Curta Duração Médica
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade Cuidados Intensivos Polivalente
UCP	Universidade Católica do Porto
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
UCIP	Unidade Cuidados Intensivos Polivalente

Índice

1. Introdução.....	13
2. A Enfermagem Especializada ao serviço do doente crítico.	17
2.1. Uma bagagem com experiências profissionais/competências adquiridas	17
2.2. Os contextos de estágio.....	20
2.3 Objetivos, Atividades e Competências adquiridas.....	24
3. Enfermeiro Especialista em EMC. E agora?	55
4. Pandemia	57
5. Conclusão	61
Referências Bibliográficas.....	63
Apêndices	67
Apêndice I-PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO	69
Apêndice II-CARTÃO DE SILÊNCIO	73
Apêndice III-FORMAÇÃO NO SU	77
Apêndice IV- FORMAÇÃO NO INEM.....	93

1. Introdução

Inserido no plano curricular do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ICS-UCP), no 3º semestre e ano letivo 2020/2021, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, foi proposta a elaboração de um relatório de estágio que permita descrever e refletir sobre a evolução verificada durante a aprendizagem de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (área de Enfermagem à Pessoa em situação Crítica), além de ser também um momento de avaliação curricular.

A elaboração deste trabalho resulta da experiência e da evolução profissional/pessoal, sendo baseada numa prática refletida, crítica, contínua e fundamentada do conhecimento em Enfermagem.

Esta unidade Curricular corresponde a 30 ECTS, com carga horária total de 840 horas, 360 horas de contexto da prática, 20 horas de orientação tutorial, 20 horas de seminários e restantes 440h de trabalho individual, compreendidas entre os dias 07/09/2020 e 19/12/2020. O Serviço de Urgência (SU) foi o primeiro contexto da prática clínica e decorreu entre 07/09/2020 e 31/10/2020. O segundo foi desenvolvido em contexto Extra-Hospitalar (EH), nomeadamente em BackOffice, em meio Suporte Imediato de Vida (SIV), em Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). A elaboração deste trabalho final permite simultaneamente proporcionar oportunidades para desenvolvimento de competências na área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), quer a nível académico, quer a nível profissional.

Ao longo de 25 anos de exercício profissional (18 dos quais em Cuidados Intensivos), a aquisição de competências e conhecimento vai acontecendo de forma natural. Um conhecimento leva a que surjam outras dúvidas, que com ele se relacionam, e volte a ter necessidade de se fundamentar, esclarecer e assim sucessivamente. A frequência na EEMC deu oportunidade de alicerçar o conhecimento de forma mais sustentada e organizada.

Exigiu que conheça o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, que refere às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e define o enfermeiro especialista

como *aquela a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem* (p. 4744) e, é complementado pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, no qual se descreve o que dele se espera, que este *responda eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade de cuidados* (p. 19360). O reconhecimento de Competências Comuns e Específicas nesta fase é imprescindível, pois além de descreverem objetivamente o que se pode esperar destes profissionais especializados, ajuda-os através do treino de reflexão sobre a sua prática diária a detetar possibilidades de melhoria que estão ao seu alcance.

O desafio que representa cuidar de um doente crítico e participar ativamente na gestão de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), associada à exigência sentida por fazer sempre mais e melhor, criou no enfermeiro a necessidade de frequentar a EEMC.

O relatório pretende refletir o trabalho efetuado para consolidação de competências, além de ser uma ferramenta para avaliação curricular, também inclui uma exposição de todo o processo de aprendizagem efetuado, pretendendo:

- Mostrar quais as competências trazidas na bagagem do formando e que permitiram adquirir equivalência à Unidade Curricular “A pessoa em situação crítica e família: vigilância e decisão clínica”;
- Expor, refletir e compreender os contextos da prática, atendendo ao seu funcionamento, recursos, organização e gestão;
- Descrever o processo de concretização dos objetivos gerais e específicos e fazer análise crítica;
- Descrever e enumerar as atividades realizadas e refletir de que forma permitiram atingir os objetivos propostos e aquisição de competências, fundamentando as escolhas de acordo com recursos disponíveis, princípios éticos e a evidência científica encontrada e que contribuíram para o processo de aprendizagem.
- Refletir sobre as soluções encontradas para resolução de problemas, que foram detetados em colaboração com os profissionais nos diferentes contextos.

- Refletir sobre o contributo dos contextos de prática clínica para o processo de aprendizagem/desenvolvimento profissional.

A metodologia utilizada foi expositiva, descritiva e reflexiva, fundamentada em pesquisa bibliográfica, tendo em conta a melhor e mais atual evidência científica.

Estruturalmente, este documento pretende delinear o trajeto efetuado para aquisição de competências pelo Enfermeiro Especialista e para isso divide-se em cinco partes: o primeiro relata a aquisição de competências que foi proporcionada pela experiência profissional com o doente crítico; a segunda descreve os contextos da prática clínica e tudo o que com eles se relaciona; a terceira descreve o processo de aprendizagem nos contextos de prática clínica, enumeram-se os objetivos gerais, específicos, atividades realizadas e competências adquiridas; na quarta faz-se reflexão crítico-reflexiva sobre a aquisição de novas competências e a integração com as que já existiam, bem como as implicações e mudanças que provocaram no enfermeiro e nas suas práticas; por fim, são descritas e refletidas as particularidades que a pandemia trouxe ao processo de aquisição de competências, quer a nível académico, quer a nível pessoal.

A redação do relatório permitiu e levou à elaboração de comentários reflexivos que contribuíram para reforçar as aprendizagens conseguidas durante este processo.

O relatório final pretende ser um guia que demonstre o trajeto efetuado para atingir objetivos e competências, e em simultâneo facilite a compreensão sobre o trabalho realizado e resultados obtidos no decorrer da Unidade Curricular, visando a obtenção de cuidados de enfermagem seguros e de excelência.

2. A Enfermagem Especializada ao serviço do doente crítico.

Para desenvolver o processo de aprendizagem de aquisição de competências, enquanto Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, a escolha de estágio recaiu na assistência extra-hospitalar e no SU, uma vez que na “bagagem” existem dezoito anos de experiência em Cuidados Intensivos, incluindo: colaboração na receção de doente crítico na SE, fazer parte da equipa de Emergência Médica Interna (EMI) e ainda colaborar na consulta de Follow up. Assim perceber o circuito percorrido pelo doente crítico e qual o contributo de enfermagem especializada nestes contextos pareceu pertinente.

As competências, que foram sendo adquiridas ao longo dos anos, contribuíram para a construção de uma base sólida, mas foi no decorrer da unidade curricular que estas foram organizadas. Havia um amontoado de informação e conhecimento, semelhante às peças de um puzzle, com necessidade de serem encaixadas para poderem fazer sentido. Depois desta contextualização da prática clínica, segue-se a descrição reflexiva e fundamentada da concretização dos objetivos, as atividades efetuadas e aquisição das competências planeadas e de que forma foi transposta para exercício profissional.

2.1. Uma bagagem com experiências profissionais/competências adquiridas

O cuidado ao doente crítico sempre provocou um fascínio e curiosidade, talvez por perceber que o papel a desempenhar pelo enfermeiro durante todo o processo poderia fazer a diferença no resultado final.

A prestação de cuidados de enfermagem em UCI exigiu sempre uma atualização constante e contribuiu para o desenvolvimento do pensamento crítico. Como unidade

polivalente que é, dá resposta diversificada a situações críticas, em que saber estabelecer prioridades, prevenir complicações e infeções, intervir de forma assertiva, obriga procura permanente da melhor evidência científica, envolvendo, sempre que possível, familiares/cuidadores e doente a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. A possibilidade de fazer parte da equipa da Sala de Emergência (SE) permitiu aprender a trabalhar sob stress, numa equipa mais pequena que em UCI e em ambiente menos controlado, despertando o interesse de saber mais, para poder fazer melhor.

A SE está inserida no SU e os doentes que aqui chegam são provenientes do intra-hospitalar (nomeadamente do próprio SU), do extra-hospitalar ou outras instituições. Tido oportunidade de estagiar em SU e contexto EH contribuiu para entender melhor o seu funcionamento e inteirar-me das suas dificuldades, fomentando maior tolerância e melhorando a relação entre equipas.

A bagagem que trouxe permitiu adquirir equivalência à Unidade Curricular “A pessoa em situação crítica em família – Vigilância e decisão clínica”.

Ao longo destes 25 anos de profissão (7 anos como enfermeira de Oftalmologia e os últimos 18 anos numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente), o saber adquirido através da experiência permitiu o desenvolvimento de competências, tendo sido sempre regido pelo cumprimento do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE). Este mesmo CDE refere no seu artigo 97º que *”Os enfermeiros estão obrigados a exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, devendo adotar medidas que visam melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”*. Daí Margarida Vieira concluir que *“os enfermeiros devem ser competentes e estarem atualizados para agirem sempre de acordo com a *leges artis*”* (2017, p.89.)

O facto de a profissão de enfermagem ser praticada em contextos reais propicia oportunidade de aprendizagem, aparecimento de dificuldades e com recursos reais, exige uma grande capacidade de gestão, adaptação por quem as vivencia. Contribui ainda para o desenvolvimento pessoal e profissional, no entanto há que manter o foco que é a prestação ao doente de cuidados de enfermagem de excelência ao doente. A prática é por isso bem mais do que um conjunto de técnicas, e é certamente bem diferente de “fazer coisas”. É um conjunto de técnicas, com fundamentação científica. Benner refere por isso

que *“aquisição de competências baseadas sobre experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas”* (2001, p.23).

Ao longo do exercício profissional foram-lhe sendo reconhecidas competências, ficou frequentemente como responsável de turno (coordenadora), promovendo ambiente de comunicação e trabalho de equipa e gestão de recursos humanos e materiais (nem sempre fácil e com muitas variáveis a considerar), gestão de conflitos, com objetivo de manter excelência de cuidados, não sendo raras as vezes que se evitam procedimentos inúteis para o doente.

O enfermeiro aprendeu a viver sempre em função do futuro, pois tenta antecipar o que vai acontecer, ele sabe que o seu desempenho eficaz e assertivo pode alterar o rumo de percursos de saúde do doente que tem à sua responsabilidade.

A aquisição de competências também passou pela frequência de pós-graduação em enfermagem do doente crítico e formações diversas: Suporte Avançado de Vida e respetiva recertificação, curso de Trauma, nutrição artificial no doente crítico, sedação e delirium, sépsis e infeção grave, curso básico de paliativos, curso de simulação de ECMO, curso de feridas, entre outros. Os princípios ensinados por simulação e estudos de caso não abrangem toda a complexidade dos problemas que o enfermeiro tem que lidar no seu dia-a-dia, no entanto a dificuldade seria certamente acrescida. Para ser competente não é suficiente possuir capacidades e conhecimentos, é sim preciso aplicá-los adequadamente e ajustá-los a situações específicas. Acrescento ainda, concordando com NÓVOA que *“a formação não se constrói por acumulação (de cursos, conhecimentos ou técnicas), mas sim através de um trabalho de reflexividade sobre as praticas e de (re)construção permanente de uma identidade pessoal. Por isso é tão importante investir na pessoa e dar um estatuto ao saber da experiência.”* (1991, p.23).

Mais recentemente ingressou no curso de mestrado em enfermagem, com especialização em enfermagem médico-cirúrgica, para organizar e adquirir novas competências e para poder contribuir para melhoria da prática e da própria profissão, concordando com Margarida Vieira quando refere que *“Com base na investigação os enfermeiros terão pela frente o desafio de obter melhores resultados para os clientes, (...). E isto vai exigir aos enfermeiros, cada vez mais, uma atualização permanente, (...) mas, sobretudo, exigirá um investimento pessoal na aprendizagem ao longo de toda a sua vida profissional.”* (2007, p.108).

2.2. Os contextos de estágio

O desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista na área de enfermagem à pessoa em situação crítica teve início com estágio num SU e decorreu no período compreendido entre 07/09/2020 e 31/10/2020.

A diversidade de cenários clínicos permitiu mobilizar e aplicar as competências comuns adquiridas, mas com maior incidência nas competências específicas, e que constam nos artigos 2º e 3º, do Regulamento de competências específicas em EMC nº 429/2018.

A sua estrutura física é comum a tantos outros SU. Possui um posto de admissão onde se inicia abertura de episódio de urgência. De seguida, o doente tem o seu primeiro contacto com o enfermeiro que aplica a Triagem de Manchester e procede a sua identificação através de uma pulseira com um autocolante, onde constam dados do doente (nome e número do episódio de urgência/processo).

O sistema de triagem de Manchester é baseado na avaliação de sintomatologia e condição do doente, sendo atribuída a prioridade de acordo com cor e conseqüentemente o tempo de espera estimado para ser atendido, não estando por isso direcionada para diagnóstico. Tem uma nomenclatura específica: em primeiro lugar surge a cor vermelha que origina entrada direta na sala de emergência, atendimento é *Emergente* (imediate); em segundo aparece a cor laranja para o doente *Muito urgente* (atendimento quase imediate +/- 10 min), em terceiro vem a cor amarela para o doente *Urgente* (+/- 60 min), de seguida e em quarto vem a cor verde que é atribuída a doente *Pouco urgente* (+/- 2 horas) e por fim, em quinto surge a cor azul para o doente *Não urgente* (+/- 4 horas). Há ainda atribuição de cor branca, quer por razões administrativas, clínicas ou outras (reavaliações por referência médica, etc...).

Há situações em que poderá ter que ser ativado pelo coordenador um segundo enfermeiro para ocupar um novo posto de triagem. Os critérios são a existência de mais de vinte fichas por triar ou quando a espera pela triagem é superior a vinte minutos.

Aqui decide-se para que área o doente será encaminhado: área cirúrgica, área médica ou especialidade (ortopedia, oftalmologia, otorrino, neurologia ou infeciologia) e se, de acordo com critérios identificados, se aciona a Via Verde de AVC, respeitando os protocolos que estão inerentes.

A Sala de Emergência (SE) encontra-se alocada estrategicamente junto à entrada do serviço e próxima da área de triagem. Aqui são colocados os doentes mais graves e em perigo iminente de vida, triados maioritariamente com pulseira vermelha, bem como os doentes triados com Via Verde de AVC (Acidente Vascular Cerebral) para uma primeira avaliação. São igualmente colocados os doentes instáveis para realização de endoscopia, os doentes que agudizam no SU e os doentes que são acompanhados pela equipa (médico e enfermeiro) de EMI do hospital, ativada através do número telefónico 1333. Para a SE são destacados dois enfermeiros (habitualmente um enfermeiro pertence ao SU e outro enfermeiro à UCIP), devido à pandemia foi criada uma nova SE para doentes Covid positivo, que é assegurada em simultâneo pelos mesmos enfermeiros atribuídos à SE.

A chave do sucesso no atendimento do doente crítico passa pela identificação precoce e resposta rápida e eficaz de focos de instabilidade do doente, bem como pela antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. Collière refere que “...*cuidar, ou seja, permitir e assegurar a continuidade da vida de alguém que por razões de idade e/ou de doença, não o pode fazer por si só, exige conhecer o que deve ser compensado, o que é necessário ajudar a manter (...)*” (2003, p.306), daí a necessidade de cada vez mais criar oportunidades de formação para profissionais de saúde.

A área médica subdivide-se em doentes com clínica respiratória ou não respiratória. A área não respiratória inclui as áreas de Cardiologia, Neurologia, Medicina Interna e área Laranja.

Uma das áreas com maior afluência é a zona laranja, onde ficam doentes da área médica a quem foi atribuída esta prioridade. Doentes triados com pulseira amarela, verde ou azul aguardam na sala de espera. A zona Laranja tem apoio de três enfermeiros, podendo passar a quatro elementos durante o turno da tarde, mas que geralmente fica muito aquém da quantidade de doentes para atender.

Há ainda uma nova unidade UCDM (Unidade de Curta Duração Médica), que seria uma unidade para internamentos de doentes até 48 horas, mas na realidade os doentes ficam durante mais tempo. Esta unidade possibilita a monitorização contínua que por sua vez se encontra ligada a uma central, alocada na sala de enfermagem. Tem capacidade de dezoito camas, das quais sete são destinadas a doentes internados que aguardam resultado de teste Covid e as restantes para doentes com teste Covid negativo. Também aqui os doentes estão ao cuidado de três enfermeiros.

Na área médica respiratória, denominada Serviço de Observação (SO2), estão doentes com clínica respiratória e febre: doentes em maca, um quarto de isolamento e área de inaloterapia com dez cadeirões. Neste espaço ficam os doentes que aguardam testes ao Covid. Aqui estão alocados três enfermeiros para prestação de cuidados. Foi ainda criado também o Covidário - área destinada a doentes com teste Covid positivo que tem um trajeto diferente e separado do habitual. Aqui são alocados os doentes com teste Covid positivo e doentes com “forte suspeita de...”, aos cuidados de um enfermeiro.

As áreas de ortopedia e oftalmologia têm apoio de um enfermeiro.

Os doentes de clínica cirúrgica são alocados à cirurgia que inclui Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Urologia, Maxilo-facial e Cirurgia Geral. Esta área tem três enfermeiros durante o dia e passam a dois enfermeiros à noite. Inclui ainda Internamento de Curta Duração Cirúrgica (ICDC), com capacidade para seis doentes internados e com teste Covid negativo.

Há um enfermeiro-chefe que exerce funções que lhe são inerentes, e ainda um enfermeiro por turno destacado no gabinete de coordenação.

Neste serviço existem áreas específicas e separadas para realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente RX, TAC e Ecografia.

A sua estrutura inicial assemelhava-se a um U, o que facilitava o percurso que doente efetuava pelo serviço, permitindo uma distribuição pelas áreas disponíveis, facilitando o trabalho dos profissionais e rentabilização de recursos, e, mais importante, reduzindo o risco de erro. No livro “The Youngest Science: notes of a medicine-watcher”, Lewis Thomas refere que o conhecimento do doente enquanto pessoa impede e ajuda a prevenir erros.

Este contexto da prática foi importante para relembrar e conhecer novas abordagens. A triagem foi um desafio pela novidade que trouxe, o restante serviço de urgência pelo treino de vigiar doente com súbitas alterações da clínica e acrescida da dificuldade de que na sua maioria não estão monitorizados. Permite aprimorar a capacidade de aprender a reconhecer mudanças, quer na aparência do doente, quer fisiológicas subtis que previnem situações de crise, permitem antecipar a trajetória do doente, com base nos antecedentes e no seu estado presente. Benner afirma que *“É muitas vezes por ser a primeira a reparar nos sinais de deterioração do estado de um doente que a enfermeira toma a cargo rapidamente às mudanças de situação, até à chegada do médico. (...) as urgências*

baralham sempre a melhor das planificações, e é à enfermeira que cabe tomar tudo a cargo até à chegada do médico.” (2001, p.135), por isso, mesmo um erro na orientação ou avaliação do doente é suficiente para que ele passe de novo para situação crítica ou agudize o seu estado de saúde.

O segundo momento de contexto de prática clínica decorreu no âmbito da assistência EH, no período compreendido entre 2/11/2020 e 19/12/2020. O estágio foi repartido entre BackOffice na delegação Regional do Norte e os meios VMER e SIV.

A seleção deste local surgiu pelo interesse de experienciar aquisição de competências fora do ambiente hospitalar e assim responder a situações de urgência e/ou de emergência.

Ambas as situações (urgência e/ou emergência) necessitam de assistência médica mais ou menos imediata. Emergência pode ser definir-se como *“algo súbito, inesperado, imprevisível, que necessita de uma intervenção imediata após solicitação”* (Webster, 1974, apud Batuca 1998:90), os mesmos autores descrevem Urgência como um *“facto ou qualidade de ser urgente, imperativo, insistente, importuno. Algo urgente requer necessidade de intervenção”* (Webster, 1974, apud Batuca 1998:90).

Vivemos numa sociedade de risco, às vezes violenta, que para além de acidentes naturais ainda é atingida em algumas situações pela intervenção da maldade humana. Uma sociedade em evolução, que aposta no conhecimento científico e com isso, ao nível dos cuidados de saúde tem permitido um desenvolvimento significativo no diagnóstico e tratamento, levando a um aumento do tempo de esperança de vida. E como está escrito no regulamento nº 429/2018 sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, *“viver mais nem sempre significa viver melhor”*. O envelhecimento populacional é muitas vezes acompanhado por doenças crónicas que os obrigam a estar mais dependentes dos cuidados de saúde. A perceção por parte dos cidadãos dos seus direitos aos melhores cuidados de saúde, independentemente do local onde se encontram, levou ao desenvolvimento de Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) em que a intervenção de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) ocorre fora do ambiente hospitalar, com ganhos em saúde muito significativos.

A emergência médica tem como símbolo a “Estrela da Vida” e cada um dos seus vértices orienta-nos para o ciclo de ações a efetuar para que seja possível salvar vidas. No livro “A Emergência Médica no Contexto dos Cuidados de Saúde”, Bárbara Mateus enumera essas mesmas ações, *“A Emergência médica caracteriza-se assim por um conjunto de*

ações, as quais face a uma situação de emergência e na sua fase extra-hospitalar, devem decorrer pela sequência apresentada, isto é: Detecção, Proteção, Alerta, Pré-socorro, Socorro, Transporte e, por fim, Assistência Hospitalar.” (2007, p. 23).

Em Portugal, a Emergência Médica encontra-se organizada através do SIEM, e está ligada exclusivamente à área da saúde. Inclui todos os procedimentos considerados necessários, desde ativação, abordagem da vítima (acidente ou doença súbita) até à escolha da unidade de saúde mais adequada, sem esquecer transporte adequado com o objetivo de salvar vidas.

A área de atuação da emergência compreende período entre o momento que desencadeia a situação (acidente ou doença súbita) até ao momento em que se inicia terapêutica adequada no hospital de referência. Concordo com Bárbara Mateus, quando acrescenta ainda que a atuação no EH *“Deverá estar apoiada por um conjunto de meios humanos e materiais sofisticados, capazes de dar resposta às inúmeras situações médicas que ocorrem fora da estrutura hospitalar, aplicando no terreno os métodos e técnicas da medicina de urgência. A principal meta atingir é a minimização da morbilidade e redução da mortalidade”* (cit Paula et al, 1986 em Barbara Mateus, 2007, p. 35).

Há, no entanto, fatores que podem interferir no sucesso da atuação a demora do pedido de ajuda, o tempo que decorre entre o início da ativação e a prestação de assistência, a geografia do local do acidente, a distância até à unidade hospitalar destino, as condições em que ocorre o transporte, locais exíguos e mal iluminados que podem propiciar erro, entre outros.

2.3 Objetivos, Atividades e Competências adquiridas

O relatório pretende demonstrar as competências adquiridas pelo Enfermeiro Especialista durante o seu processo de aprendizagem. Para isso, recorre à descrição e análise crítico-reflexiva sobre os objetivos planeados e atingidos, atividades desenvolvidas e competências alicerçadas e atingidas durante este percurso, rico em aprendizagem.

Numa situação de emergência todas as ações e decisões são de vital importância para a vítima (tanto as executadas, como as que ficam por realizar). Daí a necessidade que os enfermeiros tenham profundo conhecimento e treino, que sejam capacitados com

formação adequada e consistente, que contribua para a sua capacitação para ação e tomada de decisão.

Surgiram ligeiras alterações ao que tinha sido planeado, algumas das atividades foram substituídas por outras, para dar resposta a dificuldades que foram identificadas ou sugeridas posteriormente e que respondiam de forma mais adequada às necessidades da equipa.

Os objetivos gerais da Unidade Curricular apresentados pelo plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e que serviram de base ao trabalho que foi desenvolvido são:

- Capacidade para trabalhar, de forma adequada, na equipa multiprofissional e interdisciplinar;
- Capacidade de iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização;
- Saber aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de Especialização;
- Capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes;
- Ser capaz de participar e promover a investigação aplicada na sua área de especialização;
- Capacidade para integrar conhecimentos na gestão de questões complexas, e para encontrar soluções;
- Refletir sobre implicações dos atos que pratica e a sua responsabilidade ética e social.

(ICS-UCP, 2020)

Os objetivos específicos a atingir serviram de guia orientador quer para as atividades realizadas, quer na escolha das competências a desenvolver.

Os estágios foram muito importantes para adquirir, alicerçar e desenvolver diversas competências na abordagem e no cuidado ao doente em risco de vida. O conhecimento dos Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, descritas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, que aborda a

responsabilidade ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais e complementadas com competências específicas que permitem dar respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando elevada adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas, descritas no Regulamento nº429/2018 de 16 de julho, permitem fazer a transição entre visão de enfermeiro e a visão de Enfermeiro Especialista. Estas competências são imprescindíveis para garantir uma melhoria na prestação de cuidados e maximização de resultados. Uma mesma realidade, mas observada de forma diferente. Os objetivos propostos foram os seguintes:

A. Compreender o papel do enfermeiro especialista na abordagem ao doente crítico, sua família/cuidadores e sua aplicação em contexto de estágio

O contacto com os contextos da prática clínica permitiu treinar a resposta sistematizada do Enfermeiro Especialista na abordagem ao doente crítico e sua família/cuidadores. As competências específicas do enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica estão bem definidas, pela OE no regulamento nº 429/2018, no seu artigo 2º, e são complementadas com as competências referentes à área de enfermagem à pessoa em situação crítica no seu artigo 3º.

Ter uma visão holística do doente permitiu fazer a identificação precoce, o reconhecimento de problemas e das necessidades, *“para poder cuidar do doente, da sua família/cuidadores a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”* (OE, 2018, p.19359) como refere regulamento nº 429/2018 no art.º 3º. Este desenvolvimento profissional esteve sempre de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, como não poderia deixar de acontecer.

Relembrar que os padrões de qualidade têm que ser conhecidos e mantidos independentemente do contexto: a satisfação do doente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização de cuidados e prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos. A reflexão sobre prevenção, intervenção e controlo de infeção, sobre segurança do profissional, do doente e envolvimento possível dos familiares/cuidadores ao longo do

seu processo complexo de doença crítica ou em falência orgânica; a readaptação funcional, a contínua reorganização de cuidados, bem como resposta em tempo útil e de forma adequada, é fundamental.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), no regulamento nº743/2019 sobre a Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, refere que o posto de triagem de cada tipologia de urgência é assegurado por um enfermeiro com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades e recomenda ainda que, na triagem de prioridades nas urgências de adultos, este posto seja assegurado, preferencialmente, por um enfermeiro Especialista em EMC, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Se o mesmo regulamento recomenda a mesma tipologia de enfermeiros para o posto de trabalho na SE e para os que são designados como coordenadores funcionais de turno. Se o mesmo documento afirma que *“relativamente aos enfermeiros que constituem equipa de enfermagem dos serviços de urgência da Rede, recomenda-se que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, na área da Enfermagem à Pessoa Crítica, com formação em Suporte Avançado de Vida, em permanência nas 24 horas.”*, é porque se trata de evidente mais-valia, no atendimento do doente crítico e/ou em falência orgânica.

Cada posto de trabalho de urgência implica alterações significativas no exercício de funções do enfermeiro devido à resposta que é dada e que tem que ter em conta a adequação à diversidade e complexidade dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos. Fatores como a variação constante horária/diária da carga de trabalho, alocação de doentes em locais com maior dificuldade de vigilância, existência de doentes com diferentes índices de gravidade num mesmo local, dificultam uma adequada abordagem. Daí saber definir prioridades, prevenir complicações, saber fazer gestão adequada e eficaz de cuidados faz toda a diferença.

No contexto EH as funções do enfermeiro também se adaptam, dependendo se estão em trabalho de BackOffice, ou em meios SIV ou VMER.

A SIV é tripulada por dois elementos: um enfermeiro e um Técnico de Emergência Extra-Hospitalar (TEPH). O TEPH conduz ambulância e dá apoio ao enfermeiro, que assume nesta equipa o papel de “Team Leader”. O enfermeiro faz avaliação do doente, identifica necessidades e intervém de acordo com protocolos definidos pela entidade, em articulação com médico regulador, que se encontra no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Este contexto exige do enfermeiro conhecimento e capacidade de

antecipação de problemas e reavaliação contínua do doente, bem como juízo clínico na aplicação de protocolos que orientam a sua prática. Benner diz *“A maior parte dos protocolos e diretivas tem por objetivo garantir que eles serão tratados com toda a segurança por enfermeiras que tenham o mínimo de competência”* (2001, p. 206). Benner acrescenta ainda que *“As enfermeiras esquecem-se muitas vezes de atribuir o crédito das competências de que elas fazem prova em matéria de administração de protocolos terapêuticos muitas vezes complicados. Um grande número destas intervenções foram delegadas à enfermeira de uma maneira oportuna; novas práticas e competências desenvolveram-se no seu rasto”* (2007, p.147). Os protocolos funcionam como orientadores para ação, são elaborados para poderem ser usados por profissionais com competências para garantir que são aplicados com segurança.

O enfermeiro estabelece prioridades, mas pode ter que as mudar com frequência, dependendo da gravidade do doente.

A VMER é tripulada por dois elementos: um médico e um enfermeiro. Esta ativação acontece quando há necessidade de pedido de ajuda diferenciado. O enfermeiro colabora na avaliação e abordagem ao doente crítico, identifica necessidades e implementa intervenções de enfermagem e colabora nas intervenções médicas. Atua em equipa com o médico, boa comunicação na equipa faz prevalecer a colaboração, flexibilidade sendo o doente o maior beneficiado. O enfermeiro é o condutor da viatura, tendo para isso efetuado um curso de “Condução defensiva”.

No contexto EH, o enfermeiro encontra obstáculos que dificultam e interferem na sua atuação: o espaço (a baixa luminosidade, trabalhar em espaços exíguos e de difícil acesso, ambientes diversos e por vezes hostis, fora do ambiente hospitalar, geralmente mais controlado e que podem causar insegurança, tanto para os profissionais, como para as vítimas,), tempo, recursos humanos, equipamentos e materiais, bem como as múltiplas condições adversas.

É importante reconhecer que, apesar de os avanços no conhecimento criarem oportunidades que geralmente aumentam a esperança de vida, nem sempre se refletem na qualidade da mesma.

A metodologia (ABCDE) foi a metodologia de eleição para avaliação do doente crítico, quer nos contextos de estágio, quer na experiência adquirida na vida profissional e permite, após a identificação das alterações ou situações problemas, selecionar e adequar

as intervenções a implementar, para que ocorra uma rápida estabilização ou melhoria no quadro clínico do doente. Têm como objetivos da sua aplicação: providenciar tratamento life-saving, subdividir situações clínicas complexas em porções mais fáceis de gerir, servindo de algoritmo de avaliação e tratamento do doente crítico, desenvolver maior consciência a todos os profissionais de saúde e ganhar tempo para o estabelecimento de um diagnóstico e tratamento. (Thim, KraRup, Grove, Rohde & Lofgren, 2012)

No contexto EH, a atenção ao ambiente envolvente, à família, é crucial. O tempo pode ser escasso, mas as famílias/cuidadores têm que ser envolvidas no processo e como estão habitualmente muito fragilizados, por vezes a abordagem EH reveste-se de maior importância para a família/ cuidadores do que para o próprio doente, que foi o motivo da ativação.

Em situações complexas, os enfermeiros especialistas são particularmente exímios em separar problemas, em estabelecer prioridades com rapidez e delegar tarefas no pessoal disponível, respondendo com prontidão às necessidades. O conhecimento científico permite-lhes adquirir autoconfiança nas suas capacidades de tal forma que, geralmente, os impede de entrar em pânico. Momentos de crise vão sempre existir, a capacidade de os gerir e prever é que fazem a diferença. A antecipação dos cuidados pelos enfermeiros ajuda imenso nos diagnósticos e tratamentos dos doentes.

O saber antecipar complicações faz com que algumas das competências adquiridas até se tornem invisíveis, desvalorizadas, ou seja, como as situações decorreram sem intercorrências, nem são notadas, por terem sido planeadas e se terem evitado falhas. O que não aconteceu, não existe, e isto é válido em ambos os contextos.

Competências desenvolvidas:

- ✓ Reconheceu o papel do enfermeiro especialista na abordagem ao doente crítico no extra-hospitalar e serviço de urgência.

B. Conhecer, analisar a estrutura orgânica e dinâmica funcional do SU e Extra-hospitalar

O Serviço de Urgência (SU) pretende ser um local de excelência, para a prestação de cuidados, têm frequentemente uma elevada afluência de doentes com sintomatologia

diversa. Atende-se às prioridades das situações, ou seja, quanto mais grave a situação clínica mais rapidamente se deverá proceder ao atendimento. O SU é para muitos doentes a porta principal de entrada no hospital. Os doentes dirigem-se ou são trazidos ao serviço de urgência, e é na área administrativa que se inicia o episódio de urgência. Acontece aqui o primeiro contacto com o enfermeiro em meio hospitalar. É na triagem que reportam o motivo que os trouxe a este local. O trabalho na triagem além de muito exigente é crucial para o correto encaminhamento do doente para a área que rapidamente dê a melhor resposta às suas necessidades. Nem sempre os doentes descrevem os sintomas de forma clara, explícita, dificultando a abordagem feita pelo enfermeiro de triagem. Para a distribuição dos doentes recorre-se à triagem de Manchester, no entanto a assertividade, a experiência baseada na melhor evidência e as competências adquiridas pelo enfermeiro, fazem a diferença no processo e sucesso do cuidado do doente.

A pandemia exigiu que se criassem no SU fez com que se criassem duas novas áreas, a SE Covid e o Covidário. O espaço físico ocupado atualmente pelo Covidário fazia parte da área de contingência do plano de catástrofe do hospital e até ao momento não foi indicado novo local para sua substituição. A nova sala de emergência para doentes com teste Covid positivo é assegurada pelos mesmos elementos da outra SE

Durante todo o estágio e devido à pandemia verificaram-se diversas alterações na localização das áreas de distribuição de doentes, exigindo uma adaptação constante quer a nível funcional, quer de adaptação de espaço físico. O trabalho em simultâneo nas duas salas potencia o risco de IACS.

O Enfermeiro Especialista gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa multidisciplinar; adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e aos diferentes contextos, visando a garantia da qualidade de cuidados de acordo com regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Uma boa gestão traduz-se na capacidade de interajuda e trabalho em equipa; a correta gestão de recursos materiais e humanos revela-se fulcral neste contexto.

A identificação de situações problema surgiu pelo interesse constante de proporcionar oportunidades de melhoria, mas que, no entanto, nem sempre se revelaram fáceis de concretizar. Cada área de referência apresenta as suas dificuldades.

Na triagem há um grande número de utentes que se dirige ao serviço de urgência com carta de referência para determinado médico de serviço no SU, levando a que os

tempos de atendimento de triagem fiquem comprometidos para as verdadeiras urgências. Não pode haver pela parte do enfermeiro alteração de especialidade médica para a qual o doente traz indicação do exterior para ser observado, da mesma forma que na triagem, o médico não pode alterar a triagem atribuída pelo enfermeiro (mesmo que não concordem...).

Na abertura da ficha, o doente nem sempre menciona que tem teste Covid positivo e aí percebemos que esteve sentado na sala de espera, ao lado de outros doentes, e entra na triagem só revelando o seu diagnóstico no preciso momento de atendimento na triagem, potenciando até então o risco de infeção para doentes e profissionais, entre outras situações.

A área cirúrgica foi aquela que exigiu uma maior reflexão sobre a unidade funcional e a nível organizacional, constituída por uma única área de trabalho que é comum a toda a área cirúrgica. Na ICDC é fundamental que se possa ter acesso ao processo dos doentes que aí estão internados temporariamente, uma vez que o planeamento, execução e avaliação de cuidados tem que ser registados. Os enfermeiros do SU deviam poder aceder informaticamente ao processo dos doentes que cuidam, o que não se verifica.

Poderia haver melhoria na organização do stock de medicação, seria facilitadora para a prestação de cuidados, e ganharia tempo para disponibilizar nos cuidados aos doentes.

Para prevenir e reduzir IACS, poder-se-ia acrescentar em áreas estratégicas mais desinfetantes de mãos. Seria conveniente colocá-los mais abaixo que os existentes, uma vez que propiciam o risco de se projetarem para olhos aquando da sua utilização. Pelo mesmo motivo, deveria haver mais locais para colocar resíduos junto às macas dos doentes.

Foi sugerido fotos nas gavetas para facilmente se perceber qual o conteúdo das mesmas sem ter que as manipular, mas esta sugestão já estará em execução.

Na área laranja, verificou-se desorganização nos pedidos efetuados por alguns elementos da equipa médica, interferindo com o planeamento das atividades dos enfermeiros, mas pior que isso levando a que o mesmo doente tivesse que ser punccionado em diversos momentos desnecessariamente, facto que reduz significativamente quando se participa na construção da tomada de decisão em equipa.

Comum a todas as áreas são por vezes a identificação dos doentes fica comprometida por descolarem autocolantes da pulseira, pondo em causa a segurança dos cuidados, não

podemos esquecer que geralmente estes incidentes acontecem em doentes agitados e confusos, o que potencia ainda mais o risco de erro. Apesar do doente estar v^ígil pode não conseguir identificar-se. Foi sugerido como solu^ção, um duplo autocolante por não implicar aumento de custos para a institui^ção, nem poderia causar dano na pele do doente, como quando optam por agrafar o autocolante á pulseira. (Apêndice I). Infelizmente após o período de estágio, houve troca de identidade e neste momento até são colocadas duas pulseiras de identifica^ção.

Existem uns carros de apoio a colheitas, repletos de material, potenciando consideravelmente de IACS, são carros manipulados por todos; foi proposto usar um carro ou tabuleiro, mas só com material necessário ao procedimento a efetuar, que seria devidamente desinfetado após a sua utiliza^ção.

Foi observado o uso de algodão em rama, retirado de um recipiente comum, sendo separado no momento a quantidade a usar, havendo necessidade de manipular todo o conteúdo. A substitui^ção do algodão é feita pelos profissionais por compressas esterilizadas (raramente há compressas não esterilizadas, a sua existênci exista reduziria significativamente os custos, sendo evitado assim o desperdício).

A maior parte das vezes não é possível fornecer uma única almofada aos doentes, o que infelizmente contribui muito para seu desconforto. Atendendo que já existia um documento escrito por um dos enfermeiros especialistas, a fazer pedido de almofadas ao chefe de servi^ço, foi renovado o mesmo. Entretanto continua-se a improvisar a sua substitui^ção com lençóis.

A coloca^ção de doentes em maca no corredor coloca em risco a segurança do doente, gerando desconforto quer para doente quer para enfermeiros, daí a necessidade de gerir continuamente a aloca^ção de doentes, tentado evitar ou reduzir a permanênci exista dos mesmos neste local.

Há algumas situa^ções que implicam a realiza^ção de transporte inter-hospitalar e que são efetuados pelos colegas de SU (ex: Via Verde de AVC, Via Verde Coronária...) reduzindo mesmo que temporariamente o rácio de enfermeiros no SU.

As competências definidas pelo Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho mencionam que através de ações, o enfermeiro especialista intervêm *“como gestores de risco, promovendo ambientes seguros e de qualidade na presta^ção de cuidados de enfermagem”* (p.19362). O simples uso de fotografias de identifica^ção de consumíveis na

zona exterior das gavetas, permite reduzir o risco de IACS. Deixou de haver manipulação de gavetas desnecessariamente, deixou de ser preciso abrir a gaveta para saber o que contém.

O material repostos nos serviços é feito pelo serviço de aprovisionamento, e os fármacos são repostos pela farmácia através do sistema Kaizen. Esta medida é muito mais que uma simples medida de poupança, é uma medida contra o desperdício. Os recursos são escassos e é preciso usá-los conscientemente.

O INEM surge em 1981(Decreto-Lei nº 234/81 de 3 de agosto) com intuito de garantir o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). O reconhecimento da sua dinâmica aconteceu através do contacto com os locais onde foi permitido estagiar. O estágio em ambiente EH decorreu em BackOffice, em meios SIV e VMER. Devido à pandemia, não foi permitido o estágio no CODU. A constituição das equipas em meio SIV e VMER já foi abordada anteriormente, falta acrescentar que os profissionais destes meios são responsáveis pela manutenção do meio, inclui limpeza, desinfeção, reposição de material e pela verificação do bom funcionamento do veículo. Se houver avaria na ambulância pode ser necessário trocar todo o conteúdo de uma ambulância para outra.

O trabalho em equipa é fundamental para prestação de cuidados de excelência, sabendo que o maior beneficiado é o doente. A comunicação eficaz entre diferentes profissionais, entre pares melhora significativamente a funcionalidade das equipas e transmite confiança e segurança aos doentes que se encontram ao seu cuidado.

No caso particular da prática clínica como enfermeiro em meio SIV, e porque a sua intervenção é baseada na utilização de protocolos, esta permitiu aquisição de competências definidas pelo Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho que “garante a administração de protocolos terapêuticos complexos” (p.19363). Foi possível desenvolver assim capacidade de diagnosticar precocemente complicações, e implementar respostas de enfermagem adequadas às mesmas e depois monitorizar e avaliar as respostas dadas aos problemas identificados.

Competências desenvolvidas:

- ✓ Integrou a equipa multidisciplinar de prestação de cuidados, trabalhou de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;

- ✓ Comunicou eficazmente com a equipa multidisciplinar e colaborou na abordagem ao doente crítico;
- ✓ Reconheceu necessidades e dificuldades na dinâmica e funcionamento dos serviços;
- ✓ Demonstrou capacidade de formulação e apresentação de propostas de melhoria.

C. Adquirir, desenvolver e aplicar conhecimentos e competências na abordagem ao doente crítico

A identificação precoce de sinais de gravidade no doente crítico e estabelecimento prioridades; recorrendo a instrumentos de avaliação adequados e protocolos da instituição na avaliação e intervenção ao doente crítico e reconhecendo as limitações dos mesmos, era já prática corrente para quem se tornou Perito, como refere Patrícia Benner.

As competências definidas pelo Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho referentes `a prestação de cuidados em situação emergente e que exige antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica, bem como a gestão da dor e do bem-estar em situação crítica e/ou falência orgânica, são consideradas já adquiridas (p.19363).

Utilizou a pesquisa bibliográfica, observação e treino prático para a aquisição de conhecimentos e competências na abordagem ao doente crítico em contexto de urgência. Atuou no doente crítico de acordo com a sua condição clínica e dados recolhidos, tendo por base evidência científica e protocolos da instituição.

Reconhece situações clínicas frequentes no contexto e intervenções adequadas em resposta a cada uma delas, sem esquecer prevenção de complicações e atendeu às particularidades dos cuidados no SU. Participou ativamente no processo de triagem.

Salvaguardou condições de segurança do doente (quando se preocupou com a identificação do doente, quando colaborou na adequação de recursos para atingir prestação de cuidados seguros, quando cooperou na organização do trabalho, de maneira a diminuir a probabilidade de erro humano) e profissionais (relembrou princípios de ergonomia nos posicionamentos dos doentes, manutenção e/ou reforço de medidas de prevenção da IACS...).

Assiste tanto a pessoa como seus familiares/ cuidadores, nas necessidades decorrentes do processo de doença aguda, estabelecendo uma relação terapêutica, apesar de no momento atual, nem sempre ter sido possível a família permanecer junto do doente. Sempre que possível estabeleceu contacto telefônico entre doente e familiares/ cuidadores, ajudando a reduzir muitas vezes o stress e ansiedade do doente/ familiares, além de fortalecer o clima de confiança depositada nos profissionais.

A procura constante do conhecimento, contribuiu para fundamentar a tomada de decisão e intervenção com a melhor e mais atual evidência científica.

Fomentou o respeito pela privacidade do doente, sempre que adotou conduta antecipatória para garantir respeito da mesma, apesar de que em ambiente EH apresenta dificuldades acrescidas.

Colaborou na gestão de ansiedade, medo e dor, conseguindo delinear estratégias de resolução de problemas em parceria como doente, sempre que possível. Na sua participação na construção de tomada de decisão, sugeriu perfusão de morfina em casos agónicos e/terminais e mesmo o aumento/associação de mais fármacos analgésicos (garantindo a segurança do doente para impedir níveis tóxicos).

Demonstrou conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto, quando sugeriu a utilização de uma placa de sensibilização para uso dos profissionais com indicação de “SILÊNCIO pf” para assegurar respeito ao doente em fim de vida; quando envolve a família/cuidadores na tentativa de assegurar satisfação de necessidades culturais e espirituais. Permitindo a presença de familiares junto ao doente, neste caso, em fim de vida, independentemente da hora do dia (Apêndice II).

Relativamente ao EH, a OE reconhece no regulamento nº 226/2018 *“o exercício em enfermagem em emergência extra-hospitalar é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situações de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência, até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade de cuidados. Constitui-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente a taxa de mortalidade e a diminuição da taxa de morbilidade.”* (p.10759). Este mesmo documento define Enfermeiro de emergência EH: *“enfermeiro detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da emergência extra-hospitalar, com competência efetiva e demonstrada*

do exercício profissional nesta área que, num contexto de atuação multiprofissional, é responsável pelo processo de cuidados de enfermagem, à pessoa, grupo ou comunidade, no momento e no local em que se encontram a experienciar uma situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até ao momento da sua transição para a unidade de saúde destinatária, de forma a promover e garantir um atendimento integral e oportuno de qualidade; assegurando uma prática profissional baseada na evidência e na investigação; e desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e Deontologia Profissional”.(p.10759)

No contexto EH a abordagem ao doente crítico implica sempre recorrer à abordagem ABCDE. Esta abordagem é feita de forma sistemática, tem que ser cumprida com rigor. Permite estabelecer prioridades ou detetar problemas. Segue-se a escolha de intervenções mais assertivas, para estabilizar o doente com maior rapidez. A correta avaliação e intervenção, aumenta a probabilidade de resolver emergências em tempo útil, prevenindo complicações e limitando incapacidades, como já foi referido anteriormente.

O transporte do doente crítico é um momento de excelência, para treinar aquisição de competências. Há três fases a considerar para que o transporte aconteça: decisão, planeamento e efetivação.

Em meio SIV o planeamento pelo enfermeiro é imprescindível, o trajeto e a equipa não suscitam dúvidas, mas a escolha da monitorização tem que ser pertinente, saber estabelecer quais os objetivos fisiológicos a manter para o nosso doente, adequação de equipamentos e terapêutica, bem como ter presente as complicações possíveis. Eu acrescentaria a importância de perceber se os dados monitorizados são compatíveis com o doente. O enfermeiro tem que avaliar primeiro o doente e depois os dados de monitorização, temos que tratar doentes e não dados do monitor, é essencial confirmar os dados. Principalmente durante o transporte, a própria trepidação da ambulância interfere com os dados do monitor. Para o enfermeiro é uma mais valia saber “olhar para o doente” e detetar alterações subtis (por exemplo: tamanho das pupilas, presença de sudorese, cor da pele e mucosas, etc), fazer abordagem ABCDE, avaliar o tempo de preenchimento capilar, utilizar a escala AVDN; concluiu-se assim que também é possível avaliar doentes, mesmo quando há falha no monitor.

O INEM propôs o registo das saídas nos diferentes meios com os quais houve contacto, foram poucas as oportunidades, mas mesmo assim foi possível fazer uma sistematização

e reflexão sobre as experiências vivenciadas. Os itens a preencher foram os seguintes: o tipo de meio, a missão, a natureza da ocorrência, o tipo de emergência, a descrição das circunstâncias da situação, o sexo e idade da vítima, antecedentes pessoais, terapêutica habitual, dados relativos à avaliação inicial ABCDE e reavaliações e respetiva evolução clínica, podendo igualmente incluir observações ou uma análise crítica da situação particular. Esta tarefa reflexiva contribui para reforçar as aprendizagens realizadas. Permitiu treinar abordagem ABCDE com o doente, apresentar dados recolhidos, sistematizar os cuidados prestados e refletir sobre o impacto que estes tiveram na evolução do doente. Teve dezasseis ativações (quatro dessas foram desativadas), das quais cinco em meio SIV e onze em meio VMER. A maioria das ativações foram para alterações de estado de consciência, seguindo-se a paragem cardiorrespiratória (PCR). A ativação mais improvável, considerada um desperdício de recursos, foi uma ida a um hospital privado, para avaliar uma doente por suposta dor precordial, mas que afinal não tinha dor no peito, mas tinha feito um pico hipertensivo, e que culminou com administração de 12,5mg de antihipertensor.

Permitiu treinar e experienciar competências definidas pelo Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho nos processos de luto e de dignificação da morte. (p. 19363), numa das ativações, à chegada do meio SIV, era o filho que estava em manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) à mãe. O meio VMER ativado tinha chegado antes do meio SIV e já havia indicação de suspensão de manobras. Foi fundamental falar com o filho para lhe aliviar a sensação de culpa que referiu por não ter salvo a mãe.-Com isto conseguiu demonstrar que além de conhecimentos de técnicas de comunicação, ainda adapta a comunicação à complexidade da situação.

Competências desenvolvidas:

- ✓ Demonstrou conhecimentos e capacidade para cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, bem como da sua família/ cuidadores;
- ✓ Dinamizou a resposta em situações de emergência e exceção na doença crítica e/ou falência orgânica;

- ✓ Atuou utilizando intervenções adequadas à pessoa em situação crítica, respeitou as suas especificidades e otimizou o ambiente e processos terapêuticos, prevenindo complicações e eventos adversos;
- ✓ Promoveu estratégias de prevenção de risco clínico e não clínico, visando a segurança do doente e profissionais;
- ✓ Atuou com envolvimento do doente e seus familiares/cuidadores no processo saúde/doença;
- ✓ Fez gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica;
- ✓ Assistiu a pessoa, família/cuidadores nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; atuou conforme a melhor e mais atual evidência científica.

D. Relacionar e aplicar conhecimentos provenientes de formação prévia e experiência profissional nos contextos de estágio

Aplicou conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do percurso académico e profissional e complementou com os novos conhecimentos e competências adquiridas baseados em evidência científica e aplicados ao contexto.

Elaborou reflexão crítica sobre conhecimentos já adquiridos visando melhoria contínua dos cuidados. Sugeriu a criação de um “ELO de ligação” entre SU e UCIP. A SE é assegurada por dois enfermeiros (geralmente um de cada serviço). Por conhecimento e observação atenta foi possível identificar falhas de comunicação que prejudicam a eficiência e eficácia que se pretende na SE. Apesar de os enfermeiros serem de serviços diferentes é imperativo que constituam uma equipa coesa, para isso ambos os elementos dos diferentes serviços têm que ter acesso a mesma formação e partilha de informação. A criação do “ELO” pretende colmatar esta falha, fomentando e reforçando em simultâneo a importância que cada elemento tem na constituição do todo. Foi feita pedido informal aos Enfermeiros Chefes dos dois serviços envolvidos, esta sugestão foi também discutida com responsável da SE, para que esta ligação seja possível. Todos os elementos consideraram a proposta pertinente, exequível e viável. Foi sugerido a criação do grupo de trabalho no email institucional ou no WhatsApp, com os enfermeiros que exercem

funções na SE. A difusão de informações e sugestões aconteceriam neste grupo em simultâneo e partilhada por todos. Para Pontes et al *“a comunicação e trabalho interdisciplinar são fundamentais para que os cuidados sejam eficazes e mais seguros”* (2018). A concretização desta sugestão tem encontrado ligeiro obstáculo devido à prioridade dada aos problemas que a pandemia tem colocado às instituições.

O Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho define que o enfermeiro em EMC *“desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização”* (p.19360).

O contexto EH exigiu uma adaptação do enfermeiro, abordou o doente crítico, mas num contexto menos controlado. Apesar de ter competências adquiridas por já trabalhar alguns anos com o doente crítico, esta é uma nova realidade que apresenta dificuldades específicas, como abordar doentes em espaços sujos, com cheiro nauseabundo, locais mal iluminados etc. Por isso como competência acrescida diferenciada e seguindo o regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril *“Advoga a segurança como fator crítico na atuação da emergência extra-hospitalar.”* (p.10762).

O enfermeiro aplicou os seus conhecimentos e participou ativamente na avaliação, estabilização e tratamento com todas as limitações inerentes. Nem sempre teve acesso às informações sobre antecedentes do doente e isso dificulta bastante atuação, mas não foi motivo para prestar os cuidados que refletem a melhor e mais atual evidência científica.

Competências desenvolvidas:

- ✓ Articulou e aplicou conhecimentos prévios nos diversos contextos, respeitando as especificidades da prática clínica;
- ✓ Refletiu continuamente sobre conhecimentos já adquiridos, que sustentam as intervenções de enfermagem.

E. Compreender a metodologia e participar na organização e gestão de recursos materiais, humanos e cuidados de Enfermagem

Ao acompanhar o Enfermeiro Especialista que estava de coordenação, foi possível compreender mais facilmente o que implica o processo de gestão de recursos humanos, materiais e cuidados de enfermagem.

O Enfermeiro Especialista otimiza o processo de cuidados, disponibilizando-se para assessoria e colaboração nas decisões de equipa de saúde, otimiza a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar e referência para outros prestadores de cuidados caso reconheça necessidade. Delega tarefas (Ken Blanchard refere que a delegação de poderes é a chave da motivação) ficando, no entanto, responsável pela supervisão das mesmas, para poder garantir desta forma, qualidade e segurança.

O Enfermeiro Especialista é responsável pela realização de escalas de serviço, coordenando desta forma a equipa de prestação de cuidados, usando recursos de forma eficiente para promover a qualidade na prática dos cuidados. Uma correta distribuição de elementos pelas diversas áreas do SU, melhora significativamente a dinâmica/eficácia da equipa e a qualidade dos cuidados prestados.

A pandemia levou ao aumento do absentismo de alguns elementos da equipa. Coube ao enfermeiro coordenador mobilizar os restantes elementos da equipa, para suprimir estes elementos em falta, e assim resolver um dos problemas mais frequentes do serviço.

Foi possível participar nestas atividades relacionadas com a gestão de recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem.

Integrou a equipa multidisciplinar como forma de promoção de cuidados com maior qualidade, por possuir conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. Participou numa auditoria a triagem, condição necessária para um serviço ser considerado de qualidade.

Como Enfermeiro Especialista colaborou de forma responsável com a gestão e manutenção de alguns recursos materiais que contribuem para a melhoria na prestação de cuidados. O objetivo principal é atingir melhores resultados ao mais baixo custo, além de alertar para desperdício.

No meio VMER e na ambulância SIV, a gestão de recursos materiais é semelhante e tem a participação do enfermeiro. A cada dia da semana está indicada uma mala de material

diferente para que seja efetuada uma revisão e validada a *check list*, para que se confirme a presença de todo o equipamento previsto e respetivo prazo de validade e integridade dos materiais e invólucros. A mala de primeira abordagem (inclui mala de fármacos e a mala de via aérea) é verificadas todos os dias na VMER, e uma vez por semana na SIV. Em cada saída é substituído o material utilizado, para que não haja rutura de stock. Na VMER a reposição do material é garantida pelo serviço de aprovisionamento do hospital, e na SIV é repostado pelo INEM, as manutenções de todas as viaturas estão a cargo do INEM. Diariamente é efetuada a verificação das condições dos veículos, o mesmo acontece com o funcionamento do equipamento que os constitui (frigorífico, estufa e LUCAS), inclusive com a limpeza da ambulância SIV.

A colaboração na gestão dos recursos materiais permitiu tomar conhecimento dos materiais existentes e do local onde estão guardados.

Apenas o turno em BackOffice como o enfermeiro com funções de chefia e coordenação de meios da DRN, permitiu perceber que o trabalho desenvolvido em gestão é muito abrangente e diverso. Engloba a elaboração de horários dos meios, fornecidos previamente pelos responsáveis dos meios, responsável pela formação, gestão de recursos humanos e materiais, também sentiu absentismo provocado pela pandemia e precisou da colaboração da equipa para suprimir ausências.

Competências desenvolvidas:

- ✓ Identificou metodologias e áreas determinantes na gestão de equipas e serviços;
- ✓ Adequou métodos de gestão em saúde às particularidades do contexto;
- ✓ Planeou e geriu cuidados de enfermagem, conforme necessidades identificadas;
- ✓ Atuou na equipa multidisciplinar de forma fundamentada, adaptada ao contexto e especificidades da situação clínica bem como aos recursos materiais e humanos disponíveis.

F. Desenvolver competências na relação terapêutica e comunicação com o doente crítico e sua família/ cuidadores

A comunicação eficaz e estabelecimento de relação terapêutica é fundamental na prestação de cuidados, para isso foi preciso recorrer a estratégias facilitadoras de comunicação verbal e não-verbal para se conseguir estabelecer relação de ajuda com o doente e família/ cuidadores. O sucesso da comunicação depende da disponibilidade demonstrada pelo profissional e da adaptação da linguagem à capacidade e complexidade do estado de saúde do doente. Exige aprendizagem e treino, a identificação de obstáculos à comunicação e uso de estratégias para que seja eficaz e eficiente. Respeitar e perceber os silêncios que surgem durante a comunicação bem como permitir expressão de sentimentos enriquece substancialmente a relação terapêutica.

Na colheita de dados da história clínica do doente, as questões colocadas têm intencionalidade para que se faça uma correta avaliação do estado de saúde do doente, para iniciar tratamento adequado o mais rapidamente possível. Importante saber distinguir entre toda a informação disponível, quais os dados recolhidos que são pertinentes para o tratamento. É importante saber partilhar os dados pertinentes para o tratamento com a equipa, sem que haja perda de informação relevante.

Exigiu o conhecimento e respeito dos valores e crenças do utente e da sua família/cuidadores, conhecer as estratégias utilizadas pela equipa para fazer a transmissão de informação ao doente e família/cuidadores: transmitir a informação de forma faseada, clara e adequada à linguagem do doente.

Como enfermeiro especialista reconheceu e antecipou situações de eventual conflitualidade e quando não foi de todo possível evitá-los, utilizou adequadamente técnicas para resolução de conflitos ou necessidades.

Preparou alta/transferência, considerando as limitações ou dispositivos presentes no doente.

Competências desenvolvidas:

- ✓ Estabeleceu comunicação interpessoal eficaz e relação terapêutica com o doente e seus familiares/cuidadores

- ✓ Demonstrou consciência crítica sobre os problemas da prática profissional relacionada com doente e família/cuidadores.

G. Desenvolver competências na prevenção e controlo de infeção no doente crítico.

A identificação e desenvolvimento de estratégias adequadas que contribuam para a prevenção e controlo de infeção na abordagem ao doente tem que ser preocupação constante do enfermeiro especialista. Como referi várias vezes, trata-se de uma epidemia silenciosa. A fragilidade do doente crítico, potencia ainda mais o aparecimento de infeção. As estratégias para prevenção, intervenção e controlo da infeção implicam a necessidade de um ambiente seguro quer para doentes, quer para profissionais. Já anteriormente foram referidas sugestões para a prevenção e controlo de infeção adaptadas aos diferentes locais, relembrar que a lavagem frequente das mãos independentemente de não haver lavatórios em locais estratégicos tem que ser substituída por desinfeção com solução de base alcoólica, acrescida de todas as restantes medidas preconizadas.

Promover um ambiente seguro para o doente e profissionais na prestação de cuidados de enfermagem, em que os doentes infetados estão devidamente identificados e com procedimentos adequados ao tipo de isolamento que necessitam.

Esta pandemia elevou significativamente o reconhecimento da necessidade de medidas de proteção, quer pela necessidade de EPI's (Equipamentos Proteção Individual), quer pela formulação de circuitos diferentes para doentes infetados e não infetados e pelo elevado e rápido número de doentes que se infetam. A responsabilidade social é de todos e de cada um em particular.

Identificar corretamente as necessidades, elaborar estratégias de melhoria e apresentar resultados sobre estratégias para a prevenção e controlo de infeção são a solução para ter qualidade nos cuidados, a preço reduzido.

O contexto EH implica um risco de infeciosidade acrescida devido à pandemia, há alguns doentes assintomáticos para a Covid, mas necessitam de assistência e desconhecem que estão positivos aquando da ativação. Pelo elevado contágio que a Covid implica as

medidas de prevenção e proteção que às vezes eram descuidadas ou mesmo ignoradas, atualmente são impensáveis não serem realizadas.

Os profissionais do EH teriam redução significativa de risco de infecção, se a lavagem e desinfecção do seu fardamento passa-se a ser realizado pela instituição. Poderia haver em simultâneo a reposição de stock de consumíveis e de fardamento.

Competências desenvolvidas:

- ✓ Atuou promovendo a prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas, em tempo útil;
- ✓ Demonstrou capacidade de identificar necessidades e sugerir estratégias de melhoria na prevenção e controlo de infeção na abordagem ao doente em risco de vida.

H. Desenvolver competências na resposta em situações de exceção e catástrofe, da conceção à ação

O desenvolvimento desta pandemia parece prever que possamos ter que ativar o plano de emergência e catástrofe a qualquer momento. Começa por se verificar de momento, um aumento significativo de doentes que recorrem ao SU (corresponde ao nível 1 do plano), e já teve que existir em situações pontuais, a intervenção do INEM devido a surtos de Covid que surgirem em instituições da comunidade (nível 2). O nível 2 corresponde assim a situação multivítimas comunicada pelo INEM. O nível 3 corresponde a situação de catástrofe comunicada pelo INEM e com recurso a profissionais que não estejam de serviço. Plano Resposta Multivítimas (PRM) é um plano tipo ALL HAZARD, ou seja, é um plano que dará resposta a qualquer situação em que o Hospital terá capacidade de se adaptar a cada uma delas.

Do plano de resposta multivítimas do SU, realçam-se os seguintes pressupostos:

- Deve ser conhecido por todos os profissionais, mas o não conhecimento não impede a sua ativação.
- É estratificado por níveis.
- Resposta é centrada no SU e a responsabilidade operacional é do Chefe de Equipa.
- A triagem é feita sob modelo de Manchester para catástrofe, baseado em cartões de ação que explicitam o que os profissionais devem executar em caso de ativação.
- A ativação deverá ser efetuada apenas após contacto com INEM.
- A segurança do hospital, dos profissionais e dos doentes é uma prioridade, sendo o isolamento das entradas/portarias uma prioridade em caso de ativação.
- Deve prever locais próprios para acomodar família e imprensa.
- Deverá prever desinfeção química se necessário.
- Deverá também ter uma adenda especial para pessoas com protocolo de estado.
- Deverá prever alteração de funcionamento do Hospital, nomeadamente bloco operatório, cuidados intensivos/intermédios, serviço de urgência e enfermarias (o que já se verifica neste momento, devido ao aumento de número de casos de doentes com Covid positivo a necessitar de internamento).
- Deve ser assumido que na altura de receção dos doentes, não se realizaram transportes para fora do hospital.

O PRM consigna as seguintes fases:

- Pré-hospitalar - Realizada a primeira triagem ao nível do pré-hospitalar pelo INEM
- Receção no SU – Registo dos doentes e sua alocação a 4 áreas (vermelha, laranja, verde e falecidos/expectantes)
- Tratamento – atitudes *life-saving* (ABCDE), controlo de danos e gestão de risco clínico
- Resolução – com vista ao encerramento e retorno à normalidade
- Reflexão – *Debriefing* obrigatório com os profissionais envolvidos antes de regressarem a suas casas
- Auditoria – confeção e análise de um relatório do evento

(PRM, 2017)

Há várias particularidades a considerar, desde a diminuição de rácios profissionais, possibilidade de sobreposição de turnos, portas de acesso encerradas e outras reforçadas com Polícia de Segurança Pública (PSP) e empresa de segurança, não há conceito de vaga em cenário de catástrofe, há uma zona para filhos de funcionários etc. Compreende-se assim que o Enfermeiro Especialista, seja o enfermeiro de eleição, quer para contribuir para a elaboração dos planos de catástrofe, quer para dar resposta rápida, mais eficaz e eficiente possível no cumprimento do mesmo. Há por isso uma grande relação entre o SU e a Comissão de Catástrofe.

Quer no atendimento no SU ou mesmo no EH, não surgiram episódios que permitissem suspeitar da existência de crime. Apesar disso foi feita leitura sobre preservação de indícios de prática de crime e feita reflexão sobre cuidados a prestar nestas situações, não tendo existido, no entanto atuação nesta situação de exceção

Competências desenvolvidas:

- ✓ Conheceu a resposta da instituição a situações de exceção e catástrofe;
- ✓ Adquiriu conhecimentos sobre cuidados de enfermagem eficazes em situações irregulares ou suspeita de prática de crime.

I. Identificar diagnósticos, planejar intervenções, atuar e recolher resultados em áreas problemáticas dos cuidados prestados, utilizando evidência científica e postura crítico-reflexiva

É espectável que o enfermeiro seja capaz de fazer uma boa colheita de dados, que permita uma correta identificação de problemas, originando assim formulação de diagnósticos, que implemente intervenções adequadas ao quadro clínico e por fim avalie os resultados que daí ocorreram, tendo em vista atingir ganhos em saúde. Permitiu-se desta forma refletir sobre os cuidados prestados numa perspetiva teórica, prática, conceptual, ética e deontológica. Prestou cuidados ao doente crítico, recorrendo ao processo de Enfermagem; adequando os cuidados prestados ao contexto e fundamentando a tomada de decisão com

evidência científica. Colaborou na realização e apresentação da formação: “A tomada de decisão em Enfermagem e o seu registo no serviço de Urgência”, que abordaremos mais à frente.

No contexto EH foi proposto que abordasse as incompatibilidades medicamentosas para os enfermeiros que trabalham em meio SIV, para que se fizesse revisão das interações entre os fármacos mais utilizados no transporte e cuidado do doente crítico, uma vez que fazem transporte inter-hospitalar com alguma frequência.

Nesse sentido foi feita pesquisa bibliográfica considerada pertinente, fundamentada cientificamente. Para a contextualização do tema, recorreu a Gomes, este refere que “*a nossa missão é zelar pela melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem prestados aos utentes e família*” (2005, p. 17). Referiu que em contexto de emergência o processo de tomada de decisão é determinante, sendo necessárias intervenções rápidas e organizadas, em contexto nem sempre controlado em que o enfermeiro deve manter a segurança e qualidade das decisões. A estas dificuldades acrescem barreiras físicas que dificultam qualquer tipo de medicação, como os espaços de preparação exíguos, mal iluminados que propiciam o erro. Seguidamente, a pertinência do tema foi fundamentada com o regulamento nº 429/2018, art. 2º que diz que o enfermeiro em EMC “*otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes da doença aguda ou crónica*” (p. 19359), e no mesmo regulamento mas no art. 3º acrescenta que o enfermeiro “*implementa as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e efeitos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica.*” (p. 19361). Sendo a equipa de enfermagem responsável pelo processo de administração de medicamentos, deve ter acesso a material de consulta organizado de forma prática e rápida, otimizando o tempo disponível para o cuidado do doente. Ter em consideração que se as incompatibilidades ocorrem, são considerados erros de medicação, classificados como eventos adversos evitáveis, que podem ou não causar danos ao paciente, o conhecimento sobre incompatibilidades de medicação, minimiza a existência deste tipo de erros. A prevenção de incompatibilidades permite assegurar a efetividade da prescrição terapêutica, contribuindo para sucesso terapêutico, e para segurança do doente.

Após a explanação da pertinência do tema, lembraram-se alguns conceitos como a definição de segurança na medicação, medicamentos de alta vigilância e

incompatibilidade medicamentosa. Foram também abordadas as três categorias de medicamentos de alta vigilância: medicamentos de alto risco, medicamentos LASA (Look-Alike Sound-Alike) e medicamentos com dosagens. Para os medicamentos mais usados foram construídas tabelas específicas com informações que poderão ser incluídas no “*iTeams*”, tabela com aminas (noradrenalina, dobutamina e dopamina), tabela de analgésicos (morfina e fentanilo), tabela de sedativos (diazepam, midazolam, Propofol), tabela de fármaco bloqueador neuromuscular e uma outra com mais comuns (furosemida, fenitoina e metoclopramida). Estas tabelas apresentavam sugestões de diluições, tipo de administração permitida, como identificar seringa, qual a via do cateter venoso central de eleição, qual a estabilidade após reconstituição/diluição, qual a monitorização a que deviam estar atentos quando determinado fármaco está em perfusão, incompatibilidades indicações para cada um dos fármacos. Foi reforçada a ideia dos cuidados a ter com perfusões de aminas nomeadamente de terem que perfundir em acesso central, não se dar bólus, necessidade dos seus frascos estarem identificados como medicamentos de alta vigilância entre outros. Foi realçado a importância de criar hábitos nos profissionais de fazer dupla verificação da medicação e assim garantir a segurança do doente. Foram realçadas as especificidades e os cuidados necessários, a doentes que tem aminas em perfusão.

A formação tentou dar resposta a dificuldades sentidas pela equipa, tornando-se numa oportunidade de melhoria dos cuidados. Foram propostas estratégias facilitadoras na preparação e uso desses mesmos fármacos. Como estratégias sugeriram-se vinhetas personalizadas para que as diluições se tornem universais, além de facilitar e garantir identificação da medicação; injetar cloreto de sódio entre fármacos incompatíveis pois nem sempre estão disponíveis o número de acessos necessários para tantos fármacos administrar. Sinalizar medicamentos de alta vigilância que induzem ao erro e pelo mesmo motivo separar fármacos semelhantes. Foi ainda reforçado que é importante notificar e alertar colegas e superiores, para evitar que ocorram os mesmos erros ou problemas. Foi também feita adaptação da Rev. Bras. Hosp. Ser. Saúde São Paulo v.4 n.3 34-37 jul/set 2013, disponibilizado um instrumento de consulta rápida de incompatibilidades dos fármacos mais utilizados no contexto EH e que poderia ser acrescentada à plataforma “*iTeams*”, utilizada pelos enfermeiros, para estar acessível sempre que necessário. Como conclusão, referiu-se que, as incompatibilidades medicamentosas podem ser identificadas

e evitadas, os medicamentos de alta vigilância devem estar devidamente identificados, apesar da utilização simultânea de vários fármacos aumentar frequentemente a eficácia terapêutica, certas combinações são prejudiciais, se não for considerada compatibilidade de fármacos prescritos, as estratégias propostas permitem disponibilizar instrumentos de fácil e rápido acesso, cujo objetivo principal é garantir a segurança do doente (Apêndice IV). Assim trabalhou a competência específica do regulamento nº429/2018 que diz que o enfermeiro” promove *estratégias inovadoras de prevenção de risco clínico e não clínico, visando uma cultura de segurança, nos vários contextos de atuação*”. (p. 19362)

Os registos de enfermagem em ambulâncias SIV são efetuados num sistema denominado “*iTeams*”. Incluem identificação do doente, dados de avaliação inicial, antecedentes pessoais, medicação habitual, alergias, resultados do exame físico efetuado, lesões decorrentes do incidente e suas características, intervenções terapêuticas e de enfermagem realizadas, focos de atenção e reavaliações. A plataforma permite a transmissão em tempo real dos dados clínicos, bem como o traçado do eletrocardiograma. O CODU após rececionar pode direcionar para o hospital de referência quando forem diagnosticadas situações de Via Verde ou PCR. O “*iTeams*” é rápido, intuitivo na efetivação de registo e permite contacto e transmissão de dados com CODU em tempo real, necessita que a autonomia da bateria seja vigiada. Como alternativa e quando se verifica falha eletrónica, pode ser substituído pelos verbetes, documentos com três vias usados para o registo da mesma informação, sendo uma destas entregue no hospital de destino.

Em contexto VMER, os registos feitos pelos enfermeiros são quase nulos, a informação é preenchida pelo médico, tornando redutor papel do enfermeiro. Os enfermeiros optam pela comunicação informal, mas que infelizmente implica perda de muita dessa informação. Geralmente os registos restringem-se aos parâmetros vitais, sinais e sintomas que foram motivo da ativação. Foi sugerido criar na plataforma” *iTeams*” um espaço dedicado a registo de enfermagem sobre prestação de cuidados, nomeadamente nas situações de dispneia, de luto, dor, infeção entre outros, mas não a sugestão não teve grande recetividade.

Competências desenvolvidas:

- ✓ Demonstrou capacidade de diagnóstico de problemas e necessidades e juízo clínico através da concepção de planos de intervenção;
- ✓ Identificou necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurou a detecção precoce, estabilização, manutenção e recuperação do processo de doença;
- ✓ Elaborou e implementou o processo de Enfermagem de forma crítica e reflexiva, utilizando a melhor e mais atual evidência científica, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

J. Participar na investigação e formação da equipa, desenvolver competências na colheita e análise de dados face a problemas identificados, comunicando conclusões

A utilização dos sistemas de informação no processo de concepção dos cuidados de enfermagem é um veículo para o desenvolvimento da profissão. O grande desafio para Enfermagem é passar do mero registo de tarefas, para o processo de tomada de decisão dos enfermeiros. Durante o estágio SU foi feita uma análise aos registos de enfermagem e foi detetada uma grande lacuna entre o que era realizado e aquilo que era registado e documentava a tomada de decisão. Verificou-se que na sua maioria, os processos dos doentes internados, independentemente das especificidades de cada um, incluíam quase exclusivamente a referência a risco de úlcera de pressão e risco de queda. Existia diversa informação em texto livre, que poderia ser colocado informaticamente, de forma a possibilitar o reconhecimento do que foi realizado e os ganhos em saúde conseguidos. É prioritário uniformizar o registo de cuidados. Nos episódios de urgência a falha de registos era ainda mais significativa.

Com a intenção de integrar projetos de investigação e formação em serviço, nas áreas de interesse do serviço, foi elaborada a formação em serviço: “A tomada de decisão em Enfermagem e o seu registo no serviço de Urgência” (Apêndice III).

Nesta formação foi feito enquadramento e pertinência do tema, análise dos registos, abordagem ao processo de tomada de decisão, referência a problemas éticos e legais que

a falta de registo implica para todos os intervenientes. Em conclusão reforçou-se a ideia da importância de efetuar registos que reflitam tomada de decisão, e desta forma se contribua para ao desenvolvimento da profissão de Enfermagem.

A colheita e análise de dados levaram a encontrar uma estratégia que respondesse às questões formuladas e problemas identificados. A pandemia trouxe limitações quanto ao número de formandos, no entanto apesar do fim de estágio, ficou assegurada a disponibilidade para colaborar em próximas sessões.

O enfermeiro teve a possibilidade de frequentar o curso de suporte Básico de Vida-Desfibrilhador Automático Externo (SBV-DAE), serviu para lembrar e treinar competências e obteve deste modo uma recertificação.

Competências desenvolvidas:

- ✓ Integrou e promoveu a investigação científica, com vista à melhoria contínua da qualidade de cuidados e aquisição de novos conhecimentos;
- ✓ Dinamizou formação contínua a nível pessoal e da equipa;
- ✓ Recolheu e analisou dados face a uma questão ou problema e avaliou resultados com base nas respostas da pessoa, família e cuidadores.

K. Desenvolver capacidade de reflexão crítica e tomada de decisão fundamentada, atendendo à evidência científica, responsabilidades sociais, ética e deontologia

Houve oportunidade para mobilizar conhecimentos e habilidades de acordo com a melhor e mais atual evidência científica. Isso inclui o respeito à pessoa e sua família/cuidadores, atendendo às suas crenças e valores.

A sua atuação teve por base a ética e deontologia profissional, respeitando a dignidade, privacidade, vontade e autonomia do doente e permitiu fazer uma reflexão sobre a sua própria prestação de cuidados, sobre os cuidados prestados no contexto, analisando criticamente ações, processo de tomada de decisão e resultados obtidos, estes são no fundo os domínios das competências comuns. Numa das abordagens no EH, uma doente

com dispneia recusou ida ao hospital, foi tentado dissuadi-la, mas sem sucesso, a doente manteve-se irredutível. Foi comunicado a situação ao CODU para ponderar a situação pois a sintomatologia apresentada era compatível com Covid positivo, estava inserida numa comunidade estrangeira apesar do seu quarto ser isolado dos restantes. Fizemos uma segunda tentativa já acompanhados com polícia, mas a doente recusou, assinou o termo de responsabilidade e foi avisada cordialmente que poderia sempre e em qualquer altura reativar o meio que tinha recusado. Cumpriu-se a sua vontade

As equipas multidisciplinares nos diferentes contextos de estágio demonstraram atuar de acordo com a melhor e mais atual evidência científica, como seria de esperar.

Preservar a privacidade do doente fundamental para os intervenientes. Numa situação de PCR em que a VMER foi ativada, à chegada da equipa estavam os bombeiros há 45 minutos ainda a realizar manobras. Encontramos o corpo de um idoso no chão, o senhor estaria acamado há anos e estava todo vomitado. Houve indicação para suspender manobras. A equipa limpou o senhor o melhor possível, colocou-o na cama e tapou-o. A má notícia foi transmitida aos familiares, eles puderam encontrá-lo no local onde estava antes da ativação. Faz sempre sentido manter a dignidade do doente, em vida e mesmo na morte.

Competências desenvolvidas:

- ✓ Mobilizou fontes na procura de evidência científica e atua conforme a melhor e mais atual;
- ✓ Atuou tendo por base a ética e deontologia profissional;
- ✓ Atuou e melhorou de forma fundamentada, a própria prestação de cuidados mantendo perspetiva crítica e reflexiva.

L. Adquirir competências para a prestação de cuidados enquanto enfermeiro especialista, otimizando os cuidados de enfermagem prestados, em articulação com a equipa multidisciplinar

Reconheceu e analisou a metodologia de trabalho e organização dos serviços durante a prestação de cuidados. Adequou e reformulou o processo de Enfermagem, conforme a especificidade das situações, mantendo uma perspetiva crítico-reflexiva. Recorre à melhor e mais atual evidência científica. Promove práticas seguras para o doente e profissionais.

O mais significativo neste processo de aquisição de competências foi poder ver a realidade de outra forma e na maioria das situações perceber que em tudo é possível melhorar mais um pouco, que em técnica é bem mais fácil atingir um máximo, mas enfermagem é bem mais que isso e o corpo de conhecimentos tem que ser mobilizado frequentemente, como está em constante mudança obriga a constantes adaptações. Capacidade de criar conhecimento e ser referência para outros e assim dar uma contribuição singular para a profissão de enfermagem.

Integrou a equipa multidisciplinar como forma de promoção de cuidados com maior qualidade, teve oportunidade de participar no processo de auditoria feita à triagem.

Competências desenvolvidas:

- ✓ Planeou e geriu cuidados de enfermagem, conforme necessidades identificadas;
- ✓ Atuou na equipa multidisciplinar de forma fundamentada, adaptou ao contexto e especificidades da situação clínica bem como aos recursos materiais e humanos disponíveis.

3. Enfermeiro Especialista em EMC. E agora?

O percurso profissional percorrido até então proporcionou aquisição de uma série de competências, no entanto houve necessidade de fazer uma organização dos conhecimentos. Sem dúvida que a Especialidade de EMC indicou-me o caminho a seguir para o conseguir. Para Dias (2004, p 58) o desenvolvimento de competências *“é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do Saber (conhecimentos), do Saber-Fazer (capacidades), do Saber-Ser (atitudes e comportamentos) e do Saber-Aprender (evolução das situações e a permanente actualização e adaptação que estas exigem). Todos estes saberes são cruciais para que haja da parte do formando um Saber-Transformar, ou seja, uma interacção entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho”*. Considero que no fim deste percurso atingi o Saber-Transformar.

Esta especialidade orientou-me para repensar a minha prática de forma crítica e desafiou-me a estabelecer ligeiras metas que ultrapassarão a barreira temporal deste curso para serem concretizadas. A necessidade de por exemplo implementar a dupla verificação de medicação, à semelhança do que já ocorre com as unidades de glóbulos rubros, levar as placas de “silêncio” que implementei no SU, também para a minha Unidade, garantir que a o “ELO” de ligação entre a SE e o SU dando contributos para fique operacional com a maior brevidade, realização de um artigo sobre o paralelismo entre a atuação peste bubônica e a pandemia, aproveitar a revisão bibliográfica que foi feita durante a especialidade sobre enfermagem forense e dar-lhe continuidade, através de elaboração de procedimentos a efetuar quando na SE estivermos na presença de uma suspeita/vítima de crime, etc...O importante foi perceber que me foram disponibilizados instrumentos para ver uma mesma realidade mas de forma completamente diferente, afinal “o maior cego é aquele que não quer ver”(Ditado Popular).

O Enfermeiro Especialista adapta-se continuamente e progressivamente às várias realidades que lhe surgem. A prática reflexiva leva a que selecione as respostas mais adequadas a partir de um vasto leque de opções. Mesmo quando os contextos mudam, o que acontece com bastante frequência, tem rápida capacidade de adaptação, mas sempre fundamentada na melhor evidência científica.

Acredito que vou continuar na mesma unidade, mas certamente atuar de forma bem diferente....

4. Pandemia

A História da Enfermagem faz nos reportar a várias alturas e contextos em que as dificuldades foram transformadas e aproveitadas pelos profissionais como oportunidades de crescimento e desenvolvimento para a profissão.

A pandemia por Sars-Cov2 e o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, fez pensar que às vezes a história parece repetir-se apesar de ser em tempos e contextos diferentes, no entanto com alguns aspetos comuns. Relembrou um trabalho realizado no âmbito curricular desta especialidade com o tema “A peste bubônica no Porto em 1899” – A influência dos enfermeiros do Hospital de Santo António-.

Há semelhança com o que acontece nos nossos dias, também no período em que o Porto foi atingido pela peste bubônica, existiu a necessidade de criar um cordão sanitário (agora denominado como medidas de confinamento com proibição de circulação entre concelhos), havia pessoas da população alvo que não queriam respeitar as indicações e medidas para contenção da doença (idem); medidas de isolamento, higiene e cuidados evitou que o número de mortes fosse muito superior (criação de isolamento e circuitos diferenciados - sujo/limpo), pelo desconhecimento da doença também eles tinham vida em risco (idem)...

A pandemia acabou por se transformar numa oportunidade para aquisição de competências em Enfermagem Médico-cirúrgica pelo enfermeiro especialista, na área da pessoa em situação crítica. A colaboração dada pelo enfermeiro no contexto laboral na dinamização da resposta nesta situação de emergência, exceção e catástrofe, da concessão à ação foi um excelente exercício para aquisição das mesmas. Implicou salvaguardar condições de segurança, sinalização de doentes suspeitos e reconhecimento precoce de sinais de gravidade, assegura meios adequados de transporte do doente e respetiva desinfeção específica, os cuidados prestados são baseados na mais recente evidência científica. Colaborar na elaboração do plano de emergência e catástrofe da instituição. Em situações de exceção, como é o caso de uma catástrofe ou uma emergência provocada

pela pandemia envolvendo multivítimas, os enfermeiros devem estar preparados para os potenciais obstáculos à prestação de cuidados e para as modificações necessárias para prestar este cuidado. A ausência de um planeamento adequado, pode tornar a resposta caótica, resultando daí prestação de cuidados pouco eficazes. Os enfermeiros devem estabelecer estratégias delineadoras para superar as adversidades de uma catástrofe, e compreender perfeitamente os diferentes papéis que podem ser obrigados a executar, a fim de prestar cuidados eficazes, num cenário caótico (Powers, 2010).

Os cuidados de saúde atravessam um período de grande exigência, quer pela falta de recursos, mas principalmente pela falta de pessoal, nomeadamente enfermeiros. A história da enfermagem está repleta de momentos em que os enfermeiros deram uma resposta adequada em situações que não são ideais, talvez por isso Benner (2001, p.18) afirme que *“é paradoxal que, numa situação de pressão económica e pressão sobre as equipas, a necessidade de apresentar uma visão clara sobre a excelência na prática é maior, como se desejássemos preservar a prática para as gerações atuais e futuras.”*

Em Portugal, em enfermagem, as situações de emergência são relativamente comuns, e apesar da complexidade da maioria das situações de saúde são dadas respostas eficazes e satisfatórias. A pandemia por Gripe A em 2009 exigiu a mobilização e aquisição de novas competências para a prestação de cuidados baseados nas mais recentes orientações científicas, salvaguardando condições de segurança. A pandemia mais recente provocada por Sars Cov2 fez pôr em prática medidas, que até então só se podiam ler nos livros e nos manuais de emergência e catástrofe. Como já foi referido, a pandemia obrigou a que todas as competências adquiridas fossem mobilizadas, recorrendo à melhor e mais atual evidência científica em prol da segurança e cuidado de todos e de cada um em particular. Senão vejamos, é necessário saber intervir para promover ambiente seguro e com qualidade, demonstrar conhecimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção para poder detetar dificuldades e articular estratégias, o estabelecimento de procedimentos e circuitos exigidos para a prevenção, intervenção e controlo de infeção, de acordo com as vias de transmissão. A pertinência de revisão de conhecimentos sobre IAC's, utilização de EPI's e sobre medidas de isolamento para melhorar atuação. Exigiu elaboração de novas estratégias para uma gestão eficaz e ponderada de escassos recursos humanos e materiais, considerando as dificuldades existentes....

Numa fase inicial, a comunicação entre as equipas de saúde com familiares/cuidadores ficou gravemente afetada, bem como entre o doente e seus familiares, acontecia muito raramente ou nem acontecia. No entanto foi sempre vontade dos profissionais restabelecer e colmatar esta dificuldade, por isso surgiram sempre que possíveis as videochamadas.

O diagnóstico e o isolamento exigido pela doença geraram nos doentes e familiares/cuidadores muita ansiedade e medo. A comunicação não verbal adquiriu um novo papel nas unidades, o olhar e o toque, mesmo que com muitos obstáculos revelou-se preponderante.

Os cuidados ao cadáver que contribuem para dignificação da morte têm nesta pandemia uma nova dimensão, os enfermeiros são aqueles que estabelecem o último contacto com doente que falece, como doente e depois como cadáver, uma vez que os familiares estão proibidos de o fazer.

Depois de refletir sobre o que diz Benner no seu livro “De iniciado a perito”, numa primeira fase apesar de ter consciência das muitas competências que possuía; o desconhecimento face á doença e a incerteza sobre os meios de transmissão, fez considerar estar a sofrer uma regressão, ou seja, aquele que se sentia perito volta a sentir-se iniciado de novo, e através da fundamentação científica, da colocação em pratica de diretrizes e a interiorização de que as estratégias escolhidas funcionavam, rapidamente se sente novamente perito. Reflete, compreende e conclui que tem a mesma prestação de cuidados em busca da excelência e ganhos em saúde que antes, com a grande diferença d e agora estar com EPI`s que por exemplo lhe provoca perda de sensibilidade a puncionar, mas que com conhecimentos de anatomia, as consegue ultrapassar.

Não os considera heróis como foram apelidados, são os mesmos profissionais com ainda mais competências desenvolvidas, a prestar cuidados de excelência, mas desta vez envolvidos sempre em EPI`s.

5. Conclusão

O relatório pretendeu demonstrar o caminho percorrido, que permitiu adquirir competências como Enfermeiro Especialista.

Num primeiro momento, enumeraram-se as competências consideradas mais relevantes, que foram sendo adquiridas ao longo do exercício profissional e que contribuíram para alicerçar o processo de aprendizagem. A aquisição destas competências aconteceu de forma intencional, mas um pouco desorganizada. Foi semelhante à aquisição de um puzzle onde se sentiu necessidade de dar ordem às peças, para poderem fazer sentido. Daí surgiu a necessidade de se inscrever e frequentar o curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Seguiu-se uma descrição e análise sumária dos dois contextos da prática, que se relacionavam com o doente crítico. A identificação de dificuldades/ necessidades permitiu desenvolver atividades que simultaneamente, favoreceram a aquisição de novas competências e proporcionam ações passíveis de serem aplicadas e que melhoram significativamente a eficiência e eficácia dos serviços. Após o reconhecimento de oportunidades de melhoria, foram elaboradas e sugeridas ações, que permitiram deixar um contributo nos serviços, para que estes continuem a perseguir a excelência de cuidados. No SU foi dada a sugestão de criar a figura do “ELO” de ligação entre duas equipas de serviços distintos, mas que na SE se fundem, e se transformam numa única equipa. Equipas motivadas e coesas prestam melhores cuidados de saúde. Foi proposto ainda, um contributo para a dignificação da morte, sugerindo e deixando disponível, uma placa com a inscrição “Silêncio” p.f.. Por fim foi realizada uma formação com o objetivo de reconhecer e incentivar a tomada de decisão em enfermagem.

No EH, foi feita formação sobre incompatibilidades medicamentosas e particularidades de preparação de alguns dos fármacos mais utilizados. Foi disponibilizada uma tabela de incompatibilidade medicamentosa, adaptada às necessidades da equipa, que para além de poder ser facilmente consultada, ainda se reflete na segurança do doente.

O contacto com contextos da prática clínica permitiu a evolução profissional e pessoal contínua, centrado numa prática reflexiva e fundamentada, com vista à aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Na elaboração do projeto de estagio e na elaboração deste relatório, os objetivos e competências a concretizar estavam direcionadas para as do Enfermeiro Especialista, definidas nos Regulamentos nº 429/2019 de 16 de julho, o regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro e por ultimo o regulamento nº 226/2018 de 16 de abril serviram de guia a este processo de aprendizagem. Os objetivos traçados inicialmente foram maioritariamente atingidos.

Ser Enfermeiro Especialista exige conhecimento, responsabilidade e versatilidade para responder com eficácia e eficiência as dificuldades que lhe são apresentadas. A especialidade trouxe ainda cada vez mais dúvidas e menos certezas, daí ser um processo contínuo, de uma procura incessantemente da excelência dos cuidados. Uma mesma realidade, mas com uma visão diferente.

Despertou a vontade de colaborar mais ativamente na gestão do serviço, através da crítica construtiva, devidamente fundamentada pelos conhecimentos adquiridos. A todo este processo de aprendizagem, a pandemia acrescentou ainda mais dificuldades, esta aprendizagem aconteceu em simultâneo com a prática de exercício profissional, foi necessário conseguir conciliar horários para frequência dos estágios, produzir trabalho académico e acumular com o acréscimo de horas de trabalho para exercício profissional. No estágio EH, o orientador de estágio proposto, nem sempre conseguiu estar presente por ser mobilizado para outros locais diferentes, tornando mais difícil a sua colaboração quer no acompanhamento e quer para a aprendizagem. Conseguir contornar e ultrapassar estas dificuldades, tornou-se num desafio superado.

Aprender a procurar informação pertinente nas bases científicas, aliada há necessidade de pesquisa bibliográfica constante e produção de conhecimento científico é fulcral, pois nunca devemos esquecer, que podemos e devemos contribuir para a profissão, “*é necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituam um património, que gerem outros conhecimentos e sirvam de alicerces permanentes a toda uma evolução profissional*” (Collière, 1992).

Referências Bibliográficas

BARBIER, J.(1993). *Elaboração de projetos de ação e planificações*. Porto: Porto Editora, 1993, p.52.

BENNER, P. (2021). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora,

BROU, M.; RODRIGUES, M. ;BATUCA, A. (2015) – *Manual de Controlo de Infeção no INEM*. Versão 2, (outubro 2015)

COLLIÉRE, M. (1999) – *Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas,

COLLIÉRE, M. (2003) - *Cuidar...A primeira arte da vida*. 2ª edição. Lisboa: Lusociência,

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO (2017).-*Plano de Resposta a Multivítimas*. Grupo de Gestão de Situações Exceção e Catástrofe. Porto,

DIAS, J. (2004) – *Perspectivas das Competências. Nursing*. Lisboa,

GOUVEIA, C. (2020)– *Estratégias para Prevenção de Erros Look-Alike Sound-Alike*. Dissertação de Mestrado para obtenção de Grau de mestre em ciências farmacêuticas. Universidade Beira Interior,

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (ICS-UCP) (2019). *Guia Estágio Final e Relatório*. Porto.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (ICS-UCP) (2020). *Enfermagem. Competência e Responsabilidade no Cuidado Humano. Mestrado em Enfermagem*. Enfermagem na Universidade Católica.

MATEUS, B. (2007)– *Emergência Médica Pré Hospitalar- Que realidade*. Loures: Lusociência, 2007

NÓVOA, A. (1991). *A Formação Continua dos Professores. In: Formação Continua dos professores: realidades e perspetivas.* Aveiro,

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras Dos Cuidados de Enfermagem.* Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE.* Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29_102_015_VF_site.pdf;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.* Assembleia 81 Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Leiria. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf;

PEREIRA, F. (2009) - *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.* Coimbra: Formasau, 2009 ISBN 9789898269065.

PONTES, B.; MENDONÇA, C.; ORNELAS, G.; NUNES, M. (2008) – *Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM.* (tese de Mestrado). Universidade Atlântica. Funchal,

POWERS, R. (2010) - *Introduction to disasters and disaster nursing.* In R. Powers, *International Disaster Nursing* (1-12). Cambridge University Press,

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 135 — 16 de julho de 2018. Lisboa. pp. 19359- 19370 [consultado em 21 maio 1 agosto 2019]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIRO (2018). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 74 — 16 de abril de 2018. Lisboa. pp.10758-10762

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Lisboa. pp.4744-4750 [consultado em 21 abril 1 agosto 2019]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

SANTOS, M. et al (2013) –*Instrumento na administração para avaliação da compatibilidade em y intravenosa de medicamentos em unidade de terapia Intensiva*. Rev. Bra. Farm. Hosp. Serv. Saúde. V.4 n.3 São Paulo,(Jul/set 2013)

SEQUEIRA, C. (2016) – *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel

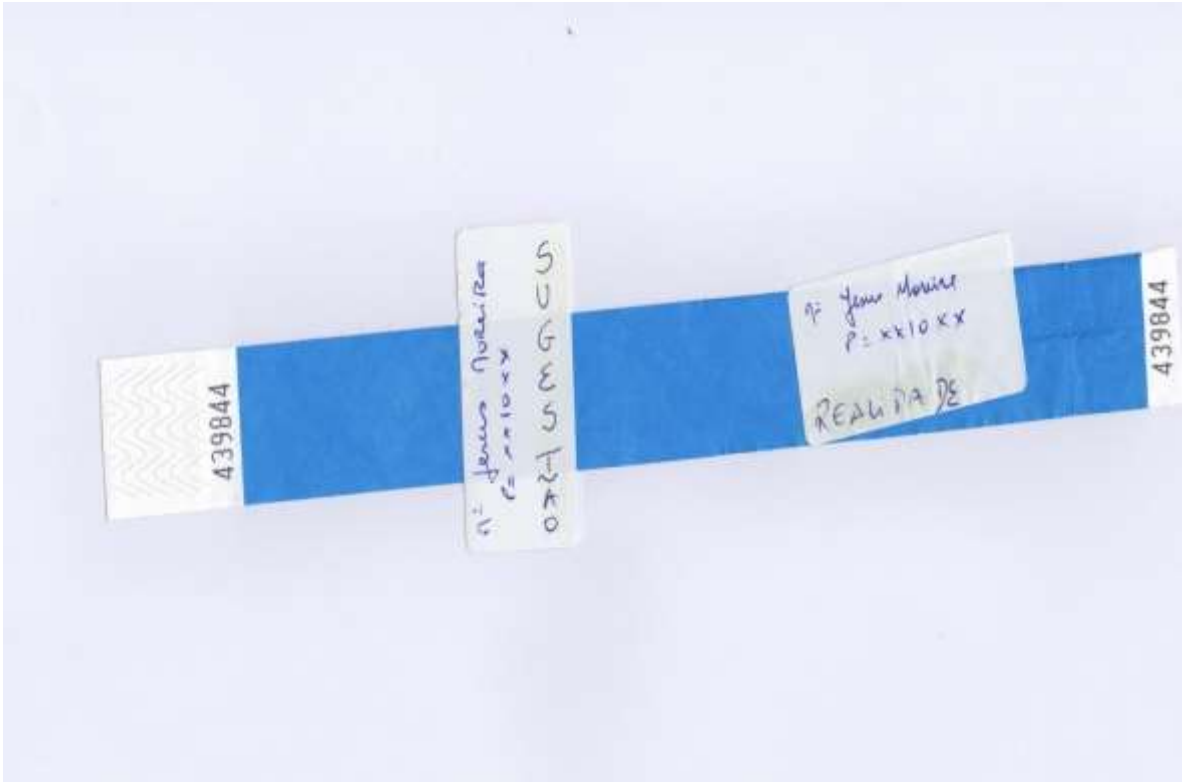
THIM, T.; KRARUP, V.; GROVE, E.; ROHDE, C.; LOFGREN, B. (2012). *Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure-ABCDE approach*. International Journal of General Medicine

VALLERAND, D. – *Guia farmacológico para enfermeiros em cuidados intensivos e urgências*. Lisboa: Lusodidata

VIEIRA, M. (2017). *SER ENFERMEIRO –Da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora

Apêndices

Apêndice I - PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO




Apêndice II – CARTÃO DE SILÊNCIO



Silêncio pf

Apêndice III –FORMAÇÃO NO SU



A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM E O SEU REGISTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

OBJETIVOS



- ★ REFORÇAR A NECESSIDADE DO REGISTO INFORMÁTICO ADEQUADO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
- ★ PROPORCIONAR UMA REVISÃO SOBRE A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM
- ★ UNIFORMIZAR OS REGISTO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



1. ENQUADRAMENTO

CONCEITOS PERTINENTES/ PROBLEMÁTICA



ENFERMAGEM

ENFERMEIRO - "Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência (...)" (REPE, 16/1/96)

RESPONSABILIDADE - "A responsabilidade em enfermagem fundamenta-se na capacidade e na autonomia que o enfermeiro tem para decidir o que fazer ao nível das suas intervenções em prol do cliente, e pelas mesmas responder e ser responsabilizado." (CJ0E, 2010)

"Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos **registos efectuados**." (REPE, 1996)



SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A **introdução e utilização dos sistemas de informação** no processo de conceção de cuidados de enfermagem é um veículo para o **DESENVOLVIMENTO DA PROFISSÃO**.

Os sistemas de informação surgem no sentido de facilitar a documentação, **DIMINUINDO ASSIM O TEMPO GASTO** em tarefas burocráticas e conferindo **MAIOR CONFIABILIDADE** e exatidão na informação bem como uma **MAIOR LEGIBILIDADE** na informação e padronização de registos.

PERMITIDO MAIOR DISPONIBILIDADE PARA O CUIDADO DIRETO ÀS PESSOAS!



Se a enfermagem quer demonstrar o seu valor, os enfermeiros necessitam ter o conhecimento e a capacidade para gerir adequadamente a informação (...).

10

EVOLUÇÃO DOS SIE's

Os sistemas de informação em enfermagem tem evoluído, de uma lógica descritiva de tarefas (anos 80 e 90) para um lógica mais conceptual, de um processo de cuidados contínuo e integrado.

Inicialmente os sistemas informáticos davam resposta a análises estatísticas, controlo de material ou de folhas de pagamento,

A documentação tradicional era centrada em tarefas e valorizava pouco as necessidades em cuidados e os resultados.

O desafio consiste em evoluir dos registos de enfermagem para SIE que incorporem informações associadas ao processo da tomada de decisão dos enfermeiros no modelo de dados

11

PERTINÊNCIA DOS SIE'S

MONITORIZAÇÃO E AUDITORIA - Controlar e avaliar os cuidados de enfermagem (ganhos em saúde)

ENSINO E APRENDIZAGEM - Processo de conceção de cuidados

VALIDADE LEGAL - Documento jurídico-legal

INVESTIGAÇÃO - Recolha e análise de dados

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO PROFISSIONAL - BI ENFERMEIRO

UNIFORMIZAÇÃO DE CONCEITOS - CIPE

7

Algumas questões...



Será que todas as informações necessárias à tomada de decisão em enfermagem estão devidamente reportadas nos sistemas de informação?



A garantia da continuidade de cuidados mantém-se assegurada?



Será que existe coerência entre o que se passa com as pessoas e o que é registado e valorizado?

8

2. ANÁLISE DOS REGISTOS

NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

ANÁLISE AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGENCIA

	Implementadas	Não Implementadas	Por Implementar
Vermelho	25,00%	11,00%	32,23%
Laranja	61,49%	14,90%	23,61%
Amarelo	62,79%	13,98%	23,23%
Verde	56,60%	13,19%	30,21%
Azul	92,31%	7,69%	0,00%
Não Triado	48,28%	0,00%	51,72%
Outros Casos	77,42%	4,70%	17,88%
Total Geral	62,08%	14,20%	23,73%

A amostra corresponde ao mês de janeiro de 2019, e incide na análise do estado das intervenções que corresponde a 60467 registos:

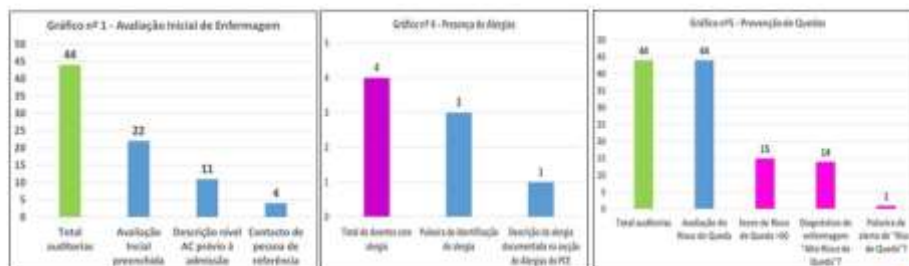
- Implementadas – O enfermeiro registou a execução da intervenção
- Não implementadas – O enfermeiro registou que não executou a intervenção
- Por implementar – A intervenção aparece em plano de cuidados, e não existiu nenhum registo

10

ANÁLISE AOS REGISTOS DE ENFERMAGEM NA UCDM

Auditoria Clínica: a segurança do doente e a documentação dos cuidados de enfermagem

6 Categorias: Av. Inicial, Proc. Enf, Identificação, Alergias, Cat. vesical, Prevenção quedas



Oportunidades de melhoria!

3. PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO



Que problemas em episódios de urgência???

Validação / Preparação / Administração de medicação



Validação / Colheita de sangue ou produtos biológicos



Registo / Concretização de intervenções de enfermagem autónomas ou interdependentes



15

Que problemas em episódios de urgência???

The image displays two screenshots of a clinical software interface. The left screenshot shows a medication administration screen with a list of medications and a 'Justificação' field. A red octagonal icon with a white X is overlaid on the screen. The right screenshot shows a nursing interventions screen with a list of interventions and a 'Justificação' field. A red octagonal icon with a white X is overlaid on the screen.

16

Que problemas no doente internado???

Data e Hora	Nota
11-10-2020 18:43	- Hemodinamicamente estável, apnéico e sem queixas álgicas. Início do turno com VRI + O2 8L/min. Sem necessidade de VRI durante o dia, permaneceu com CRP a 36/min a cumprir objetivos 88-92%. - Parcialmente dependente nos autocuidados - cuidados de higiene no WC com cadeira sanitária, auxilia na marcha com carga parcial, Micções no vasoWC. - Estabelece nos membros superiores, tratamento reitado com 'inadine' e penso edutivo.
11-10-2020 09:30	Diurese (folhe) - 1500ml

Evento de Intervenção	Data	Hora	Status	Nota
Autocuidados	10-10-2020	22:04		
Ocorrência de Precisão	10-10-2020	22:04		

Dor
 Autocuidado: tomar banho
 Autocuidado: uso do sanitário
 Transferir-se
 Fenda

→ ATITUDES TERAPÊUTICAS

17

Que soluções ???

EXEMPLOS

FOCO: Desidratação

Grupos de escala / Nota

Grupos de escala / Nota

- Desidratação
- Mucosas secas
- Tenacidade de pele
- Contração do estado ungueal
- Urina concentrada
- Acuidamento das fontanelas

FOCO: Dispneia

Grupos de escala / Nota

Grupos de escala / Nota

- Adaptação
- Alteração da profundidade respiratória
- Sono respiratório adventício
- Síntese
- Uso de máscara asséptica
- Exatidão com idiossincrasias
- Esforço respiratório em repouso

18



**DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA
ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE
(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)**

Conselheiro(a) da Entidade Reguladora da Saúde nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, através da função de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social.

Conselheiro(a) de atividades da Entidade Reguladora da Saúde conforme pelo artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

Conselheiro(a) no âmbito da atividade reguladora da Entidade Reguladora da Saúde estabelecida no artigo 10.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

Conselheiro(a) no âmbito de supervisão da Entidade Reguladora da Saúde estabelecida no artigo 10.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

Voto e processo registado sob o n.º 3801052016

1. DO PROCESSO

1.1. Origem do processo

- a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) temo, conjuntamente, em 16 de janeiro de 2016, da reunião adunada por 16.5, relativa à situação da Unidade Local de Saúde, entidade registada no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SER) da ERS sob o n.º
- De acordo com a referida recomendação, à qual foi atribuída o número RES/2214/2016, aquando da sua criação uma troca entre a matricação administrativa à classe M.0, não se documenta, e a matricação administrativa a uma outra classe, de modo similar

DECISÃO:
O Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma recomendação à Unidade Local de Saúde XXXX., no sentido de assegurar, de forma permanente e em qualquer situação, o registo fidedigno, completo, organizado e atualizado no processo clínico dos utentes de toda a informação relativa à sua situação clínica, garantindo a prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequados à sua situação e prestados em tempo útil.

ERS/066/2017

Descrição:

- Foi internado no S.C. x, embora o médico entivesse avisado de sua **ALERGIA A PENICILINA** e de ter ficado, no processo dele, uma cópia de nota de alta do seu último internamento onde estava descrito pormenorizadamente todos os problemas de saúde que padecia, inclusive a alergia ao referido medicamento, o mesmo foi-lhe mandado administrar na sala de S.O., veio-lhe a enfermeira ter que colocar um novo cateter e lhe foi dito que o ia fazer para ele poder levar o antibiótico. Como forma tranquilizadora e muita mãe perguntou à enfermeira se o antibiótico não tinha Penicilina, ao que a mesma confirmou que aquele tinha. Foi-lhe dito que era alérgico e a enfermeira dirigiu-se ao médico, tendo sido substituído.

Argumento de defesa:

- Está registado no processo clínico a informação relativa à "alergia" à Penicilina, o que motivou inclusive a adaptação da terapêutica antibiótica prescrita.
- A prescrição e administração de medicamentos são efetuadas em sistema eletrónico próprio no âmbito do circuito de medicamento
- Não há a referir incidentes relativos à medicação ou antibióticos.

DECISÃO:

- Tudo visto e ponderado, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea e) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Centro Hospitalar XXX, no sentido de dever:
 - a) Garantir, em permanência, que na prestação de cuidados de saúde são respeitados os direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente o direito associado a cuidados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com respeito pelo utente, com pontualidade e num período de tempo clinicamente aceitável, em conformidade com o estabelecido no artigo 47.º de Lei n.º 92/2004, de 21 de março;
 - b) Adotar e/ou rever os procedimentos internos relativos ao processo de gestão de medicação, com o objetivo de garantir a qualidade e a segurança do cuidado de saúde prestado, designadamente garantindo a correta identificação do utente, correta dosagem e sua dupla confirmação[...]

21

4. CONCLUSÃO

VALORIZAÇÃO DA CIÊNCIA DE ENFERMAGEM



*Sabendo que só se pode evoluir como ciência se se conseguir evidenciar os cuidados, como podemos afirmar que os **RESULTADOS SÃO SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM** se não forem registadas todas as decisões que são assumidas?*

Esta é uma oportunidade para a enfermagem documentar as suas intervenções e basear a sua prática em evidências.

23

VISIBILIDADE PARA OS DECISORES



Esperamos que a formação possa fazer refletir, não só os **ENFERMEIROS DA URGÊNCIA** na prestação de cuidados mas também os **ENFERMEIROS GESTORES** no sentido de valorizar a tomada de decisão dos enfermeiros e permitir a visualização dos contributos do seu desempenho.

24



Obrigado

Alguma questão?



Apêndice IV – FORMAÇÃO NO INEM



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Incompatibilidade Medicamentosa

Porto, Dezembro 2020

Objetivos

- Rever o conhecimento sobre interações entre fármacos mais utilizados no transporte e cuidado ao doente crítico;
- Desenvolver estratégias facilitadoras na preparação e utilização destes mesmos fármacos;
- Disponibilizar um instrumento de consulta rápida de incompatibilidades de fármacos mais usados.

Dezembro 2020

Contextualização

"A nossa missão é zelar pela melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem prestados aos utentes e família" (Gomes 2005, pág. 17)

Em contexto de emergência o processo de tomada de decisão é determinante, são necessárias intervenções rápidas e organizadas, em contexto nem sempre controlado em que o enfermeiro deve manter a segurança e qualidade das decisões.

No Pré- hospitalar as barreiras físicas dificultam a preparação de qualquer tipo de medicação; espaços para preparação exíguos, mal iluminados propiciando o erro...

Dezembro 2020

Pertinência do tema

- ▶ Entre outras funções que constam do regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica, o enfermeiro tem o dever de otimizar "o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes da doença aguda ou crónica."
- ▶ O enfermeiro "Implementa intervenções planeadas tendente á vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica..."

Dezembro 2020

Pertinência do tema

- ▶ A equipa de Enfermagem é responsável pelo processo de administração de medicamentos e deve ter acesso a material de consulta organizado de forma prática e rápida, otimizando o tempo disponível para o cuidado do doente.
- ▶ Se as incompatibilidades ocorrem, elas são consideradas erros de medicação, classificadas como eventos adversos evitáveis que podem ou não causar danos ao paciente. Informações sobre incompatibilidade de medicação minimiza a existência deste tipo de erros.
- ▶ A prevenção de incompatibilidades permite assegurar a efetividade da prescrição terapêutica, contribuindo para sucesso terapêutico e para a segurança do doente.

Dezembro 2020

Conceitos e definições

- ▶ **Segurança na medicação:** atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos.
- ▶ **Medicamentos de alta vigilância:** medicamentos que, pelas suas características, possam ser causa de erro, provocando dano ao doente.
- ▶ **Incompatibilidade medicamentosa são:** reações físicas ou químicas, entre dois ou mais medicamentos, antes que atinja a circulação sanguínea, quando as soluções são misturadas na mesma seringa, frasco ou mesmo nos prolongadores.

Dezembro 2020

Medicamentos de Alta Vigilância (MAV):

3 categorias diferentes

- ▶ **Medicamentos de Alto Risco (MAR):** Medicamentos que quando utilizados incorretamente apresentam um risco acrescido de causar danos graves ou mesmo mortais para os doentes.
- ▶ **Medicamentos LASA** (*Look-Alike Sound-Alike*): Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.
- ▶ **Medicamentos com dosagens diferentes:** mesmo medicamento mas com mais do que uma dosagem disponível

Dezembro 2020

7

Medicamentos LASA + MAR

Aminas (*Sound-Alike*)

- Noradrenalina
- Dopamina
- Dobutamina



Cuidados a ter com aminas

- Não dar bólus;
- As aminas podem estar em perfusão contínua juntas, preferencialmente devem perfundir em acesso central;
- Não podem ser adicionadas a outros fármacos.
- Devem perfundir em seringas e prolongadores opacos.
- Ser identificadas como medicamentos MAR
- Deviam ter dupla confirmação.

Dezembro 2020

8

Medicamentos LASA + MAR

	Diluições	Administração	Identificação da seringa	Via do CVC	Estabilidade após reconstituição/diluição:	Incompatibilidades:	Monitorização	Indicações
Noradrenalina	1 Ampola de 10mg (10cc) até 50cc G5%	Perfusão contínua	NORADRENALINA 10mg/50ml	Média ou Distal	Diluído 24 horas à temperatura ambiente	Aminofilina; Anfotericina B; Diazepam; Fentoina; Ganciclovir; Ampicilina; Atropina; Cefazolina; Cefoxitina; Heparina; Lidocaina; Penicilina G; Fenobarbital; Bicarbonato de sódio; Tiopental.	Arritmia; Bradicardia; Dispneia; Ansiedade; Extremidades frias e dolorosas	Usado no controle da pressão sanguínea em determinados estados hipotensivos agudos/profundos e como adjuvante no tratamento de PCR.
Dobutamina	1 Ampola de 250mg (20cc) até 50cc em SF ou G5%	Perfusão contínua	DOBUTAMINA 250mg/50cc	Média ou Distal	Diluído 24 horas à temperatura ambiente	Aciclovir ; Aminofilina; Cálcio; Diazepam; Digoxina; Furosemida; Heparina; Indometacina; Magnésio; Fenitoina ; Potássio; Bicarbonato de Sódio; Insulina; Cefazolina	Hipertensão; Arritmias; Taquicardia Ventricular	Controlo a curto prazo da insuficiência cardíaca provocada por diminuição da contractilidade, devido a doença cardíaca ou intervenção cirúrgica.
Dopamina	1 Ampola de 200mg (5cc) até 50cc em SF ou G5%	Perfusão contínua	DOPAMINA 200mg/50cc	Média ou Distal	Diluído 24 horas à temperatura ambiente	Aciclovir ; Alteplase ; Amicacina ; Anfotericina B ; Ampicilina ; Furosemida ; Gentamicina ; Heparina ; Indometacina ; Metronidazol ; Penicilina G ; Bicarbonato de sódio ; insulina.	Arritmias; Hipotensão; Alterações de ECG; Vasocostricção	Usado como adjuvante da terapêutica habitual, para melhoria da pressão arterial, débito cardíaco e urinário, no tratamento do choque que não cede à reposição de fluidos.

Dezembro 2020

Fármacos Analgésicos

- Morfina
- Fentanilo



	Diluições	Administração	Identificação da seringa	Via do CVC	Estabilidade após reconstituição/diluição:	Incompatibilidades:	Monitorização	Indicações
Morfina 1%	Bólus 1 Ampola de 10mg (1cc) até 10cc em SF ou G5%; Perfusão 3 ampolas de 10mg (3cc) até 30cc em SF ou G5%	Bólus ou Perfusão contínua	MORFINA 10mg/10ml ou MORFINA 30mg/30ml	Não usar a via utilizada para administração de medicação em bólus.	Diluído – 24 horas à temperatura ambiente e protegido da luz.	Aciclovir; Aminofilina; Furosemida; Heparina; Fenobarbital; Fenitoina; Tiopental	Estado de consciência; hipotensão; bradicardia; depressão respiratória;	Controlo da dor intensa, controlo do edema pulmonar, alívio da dor associada ao enfarte do miocárdio
Fentanilo	Bólus 1 Ampola de 0,25mg (5cc). Perfusão 4 ampolas de 0,25mg (20cc)	Bólus ou Perfusão contínua	FENTANIL 0,25mg/5ml ou FENTANIL 1mg/20ml	Não usar a via utilizada para administração de medicação em bólus	Diluído – 24 horas à temperatura ambiente e protegido da luz.	Tiopental; Pentobarbital	FR; SPO2	Tratamento da dor crónica grave que necessita de administração contínua de opióides por um período de tempo prolongado.

Dezembro 2020

Fármacos Sedativos

- Benzodiazepinas (Diazepam; Midazolam)
- Propofol



Sedação								
	Diluições	Administração	Identificação da seringa	Via do CVC	Estabilidade após reconstituição/diluição:	Incompatibilidades:	Monitorização	Indicações
Diazepam	1 ampola Diazepam 5mg/2cc ou 1 ampola Diazepam 15mg/2cc	Bólus	DIAZEPAM 5mg/2cc ou DIAZEPAM 10mg/dl	Via de medicação para bólus		Não diluir ou misturar com outros fármacos	Depressão respiratória	Adjuvante no controle de ansiedade; proporciona sedação pré-operatória, ligeira anestesia e amnésia; tratamento do status epiléptico.
Midazolam	Bólus: 1 Ampola de 15mg (3cc) até 15cc em SF; Perfusão: 1 ampola de 50mg (10cc) até 30cc em SF	Bólus ou Perfusão contínua	MDAZOLAM 15mg/15ml ou MDAZOLAM 50mg/50ml	Via escolhida para analgesia e sedação	Diluido - 24 horas à temperatura ambiente e protegido da luz.	Fosfentona; Fenobarbital; Ranitidina; Bicarbonato de sódio	Arritmias; PCR; Sonolência; Laringoespasmo; Depressão respiratória; Apnéia	Sedação pré-operatória e amnésia pós-operatória; indução anestésica; sedação em UCI
Propofol	Bólus: 1 Ampola de Propofol 1% de 20ml; Perfusão: 1 frasco de Propofol 1% ou 2% de 50ml	Bólus ou Perfusão contínua	PROPOFOL 1%(20ml) ou PROPOFOL 1% (50ml) ou PROPOFOL 2% (50ml)	Via escolhida para analgesia e sedação	Por ser emulsão lipídica deve ser preparado no imediato antes de utilizar sistema de perfusão não deve exceder 12h.	Amicacina; Anfotericina B; Diazepam; Fenitina; Metilprednisolona; Metoclopramida	Hipertensão; Depressão respiratória; Bradicardia/taquicardia; Apnéia	Indução e manutenção de anestesia geral; sedação em UCI e com ventilação artificial

Dezembro 2020

11

Fármacos Bloqueadores Neuro-Musculares

- Rocurónio



Cuidados a ter

- Analgesiar o doente antes de qualquer procedimento doloroso.
- Utilizar analgesia, seguida sedação e por fim bloqueador neuro muscular.

Fármacos Bloqueadores Neuro-Musculares								
	Diluição	Administração	Identificação da seringa	Via do CVC	Estabilidade após reconstituição/diluição:	Incompatibilidades:	Monitorização	Indicações
Rocurónio	1 ampola 50mg/5cc	Bólus	ROCURÓNIO 50mg/5cc	Via de medicação para bólus	Manter no frigorífico	?	Depressão respiratória	Relaxante muscular [bloqueador neuromuscular não-despolarizante]

Dezembro 2020

12

Outros ...

- Furosemida
- Fenitoina
- Metoclopramida
- ...



Dezembro 2020

13

Soros

- Cloreto de sódio a 0,9%
- Polieletrólito simples
- Polieletrólito com glicose
- Lactato de Ringer



*Dezembro 2020

14

Conclusão

- ✓ As incompatibilidades medicamentosas podem ser identificadas e evitadas .
- ✓ Desenvolver estratégias para sinalizar medicamentos MAV.
- ✓ Apesar da utilização simultânea de vários fármacos aumentar frequentemente a eficácia terapêutica, certas combinações são prejudiciais não for considerada a compatibilidade dos fármacos prescritos.
- ✓ As estratégias propostas permitem disponibilizar instrumentos de fácil e rápido acesso cujo objetivo principal é garantir a segurança do doente.

Dezembro 2020

17

Bibliografia

- ▶ BULAS dos Respetivos Medicamentos, disponível em <http://www.infarmed.pt/infomed/infocinco.php>
- ▶ DINIS, Ana Paula.(2002). *Guia de Preparação e Administração de Medicamentos Por via Parentérica: reconstituição, diluição, estabilidade e administração de medicamentos injectáveis*, 1ª edição, Lisboa, ISBN 972-95729-9-2, pag.65-289.
- ▶ Gomes, J. (2005). Aprender com os erros: uma prioridade! Revista da Ordem dos Enfermeiros. 16, 17, Março
- ▶ Gouveia, Carolina (2020). Estratégias para Prevenção de Erros Look-Alike Sound-Alike. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade Beira Interior
- ▶ Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). O enfermeiro no pré-hospitalar: cuidar para a cura. *Milénium*, 2(ed espec nº5), 147-152. DOI: <https://doi.org/10.29353/mil0205e.14.00333>
- ▶ REGULAMENTO Nº429/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série —N.º 135— 16 de julho de 2018. Lisboa. pp. 19359- 19370
- ▶ Santos, Mailê et al (2013). Instrumento para avaliação de compatibilidade em y na administração intravenosa de medicamentos em unidade de terapia intensiva. Rev. Bra. Farm. Hosp. serv. Saúde São Paulov.4 n.3 34-37 jul/set 2013
- ▶ Vallerand/Deglin.Guia farmacológico para enfermeiros em Cuidados intensivos e Urgencias. Lusodidata, Lisboa ISBN.972-95399/3/6

Dezembro 2020

18