



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde
da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

José Paulo de Moura Machado

Porto, abril de 2013



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde
da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

José Paulo de Moura Machado

Sob orientação: Mestre Amélia Ferreira

Porto, abril de 2013

RESUMO

A realização deste relatório serve para finalizar o percurso iniciado quando ingressei no 5º Curso de Pós – Licenciatura em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Universidade Católica do Porto, no ano letivo de 2011/2013. Com este relatório pretendo realizar um compêndio das experiências vividas neste período de formação, dando visibilidade às unidades curriculares de estágio, bem com evidenciar a minha aquisição de competências como Enfermeiro Especialista e dar resposta a um critério de avaliação.

A elaboração deste documento tem como objetivo, dar evidência à aquisição de competências na área da Enfermagem Médico – Cirúrgica direcionado ao doente adulto ou idoso em estado crítico, postas em prática na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de Braga e na Assistência Pré-hospitalar, estágio realizado nos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica.

A metodologia adotada na composição deste documento foi uma metodologia descritiva e analítica.

Estruturalmente o trabalho encontra-se dividido em três partes: na primeira parte está inserida a introdução onde exponho o enquadramento do relatório, breve descrição dos locais de estágios e fundamentação para a sua escolha, bem como a justificação da acreditação na valência na vertente da urgência.

No desenvolvimento do relatório abordo momentos de aprendizagem com que me deparei, referindo ações desenvolvidas, no propósito de adquirir as competências intrínsecas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica, com o intuito de proporcionar uma leitura mais agradável e metódica, subdividi o corpo do relatório nos quatro domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Melhoria Continua da Qualidade, Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. Relatando as aptidões adquiridas e as ações que levaram á sua conclusão, os contributos dados aos serviços em cada unidade de estágio, um contributo para o crescimento da Enfermagem.

Por último deixo as considerações finais onde realizo uma avaliação do percurso formativo efetuando e conjeturando acerca do futuro e do timbre que toda esta etapa formativa logrou no desenvolvimento pessoal e profissional.

ABSTRACT

This report aims to complete the route started when I joined the 5th Postgraduate Course in Medical-Surgical Nursing of the Catholic University of Oporto (2011/2013 academic year). The objective is to summarize the experiences lived during this training period, give visibility to the professional training course units, show the new skills acquired as a Specialty Nurse and respond to the evaluation criteria.

The preparation of this document aims to give evidence of the skills gathered in the Medical-Surgical Nursing area dealing with critical condition adult or elderly patients and put into practice in the Multipurpose Intensive Care Unit of Braga Hospital and in the Pre-hospital Care means of the Medical Emergency National Institute.

The methodology used in this document was a descriptive and analytical one.

As regards its structure, the work was divided into three different parts: the first part includes an introduction where I explain the framework of the report, briefly describe the professional training places, give reasons for the choices made and justify the specialty certification in the emergency care area.

In the development part of the report, I described some learning moments I came across and mentioned the actions undertaken in order to acquire the intrinsic skills needed by a Specialty Nurse in Medical-Surgical Care. In order to provide a more pleasant and methodical reading, I divided the report body in the four fields of common competences for Specialty Nurses: professional, ethic and legal responsibility, quality continuous improvement, care management and professional learning development. The report describes the aptitudes acquired and the actions that led to its conclusion, the contributions made to each training unit services and a contribution for the development of Nursing.

Finally, it includes some last considerations where I assess the training pathway and think about the future and the personal and professional achievements acquired during this training stage.

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	9
2 – COMPETENCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS	13
2.1-Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	14
2.1.1-Modulo II – Cuidados Intensivos	14
2.1.2- Modulo III – Assistência Pré-Hospitalar	15
2.2-Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	16
2.2.1- Modulo II – Cuidados Intensivos	16
2.2.2- Modulo III – Assistência Pré-Hospitalar	19
2.3- Domínio da Gestão dos Cuidados	20
2.3.1- Modulo II – Cuidados Intensivos	20
2.3.2- Modulo III – Assistência Pré-Hospitalar	22
2.4- Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagem Profissionais	23
2.4.1- Modulo II – Cuidados Intensivos	23
2.4.2- Modulo III – Assistência Pré-Hospitalar	27
3 - CONCLUSÃO.....	37
4 - BIBLIOGRAFIA	41
Anexos	45
Anexo I Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de PráticaClíni.....	47
Anexo II “ Queres Aprender a Salvar uma Vida “	79
A – Fundamentação Teórica	81
B – Diapositivos da Secção de Formação.....	101
C- Panfleto de Divulgação da Formação	111
D – Artigo de Jornal Referente a Formação	115

1 – INTRODUÇÃO

No sentido de uma constante atualização de uma procura da excelência para a prestação de cuidados de enfermagem e constante atualização, ingressei no Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A escolha por esta especialidade é fruto da minha preferência pessoal por situações relacionadas com o doente crítico e família.

A elaboração deste relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular – Estágio na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica do Curso de Mestrado de Natureza Profissional da Universidade Católica Portuguesa, através do Instituto de Ciências da Saúde – Porto e visa demonstrar o caminho percorrido ao longo do estágio, tendo em conta o desenvolvimento das competências “ científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados” (Decreto – Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo – Decreto – Lei nº 104/98 de 21 de Abril), previsto nas competências do Enfermeiro Especialista, no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Para a aquisição de competências e desenvolvimento de aptidões específicas na área em que me pretendo especializar, preconiza-se a realização de módulos de estágio, mais em concreto três módulos que são: Módulo I – Serviço de Urgência; Módulo II – Cuidados Intensivos; Módulo III – Opcional Assistência Pré-Hospitalar, sendo que a cada um deles corresponde a uma carga horaria de 250 horas das quais 180 horas são de contacto direto nos serviços.

No referente ao Modulo I – Serviço de Urgência a este módulo foi concedida a creditação, havendo a validação e certificação de competências, considerando o previsto no artigo 45º do Decreto – Lei 74/2006 de 24 de Março, tendo em conta um período de quatro anos de exercício de profissional no Serviço de Urgência do Hospital de Braga.

Com a experiência adquirida ao longo dos anos aliada ao conhecimento científico alicersei conhecimentos e coloquei na prática esses saberes pelo que, para além do exercício alicerçado nas competências do enfermeiro de cuidados gerais, padrões de qualidade, emanadas pela ordem dos enfermeiros e pela carreira de enfermagem (Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro e 248/2009 de 22 de Setembro) diariamente planeio e executo

intervenções que vão para além do meu atual âmbito de exercício de cuidados gerais. O cuidado ao doente em situação de urgência, emergência e crítico obrigam a uma série de competências de perito, desde a colheita de dados, ao planeamento e execução célere, precisa e eficaz, gerindo em simultâneo as variáveis do ambiente circundante que condicionam a prestação de cuidados de excelência. Priorizar intervenções, vigilância alicerçada em conhecimentos científicos sobre a situação do doente são uma obrigação legal e moral que exerço há vários anos.

O percurso efetuado no módulo II Unidade de Cuidados Intensivos e Polivalentes do Hospital de Braga, decorreu no período compreendido entre 01/10/2012 a 24/11/2012. Os internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos constituem um tempo transitório na vida das pessoas no qual as intervenções desenvolvidas são de especial importância na reversão do quadro crítico em que estes se encontram.

Independentemente da duração do internamento, o que importa é a qualidade dos cuidados prestados, o que implica que os profissionais que lá trabalham, tenham de desenvolver um conjunto de competências que, integradas, lhes permitam dar resposta às diferentes exigências com que se deparam, “Os Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos, têm de ser dotados de recursos humanos para manusear as situações que lhe são confiadas, com a tecnologia de que dispõem, 24 horas por dia”. (Ministério da Saúde, 2003, p.7)

A enfermagem é uma profissão com uma constante necessidade de atualização, pois tem que dar uma resposta às exigências constantes e aos desafios em que é posta em causa pela nossa sociedade. O papel do enfermeiro tem vindo a adaptar-se ao longo da história, passando do paradigma de cura, para o paradigma do cuidar ajustando a intervenção da Enfermagem de acordo com as necessidades individuais e holísticas de cada utente.

Aos cuidados de Enfermagem estão inerentes um conhecimento teórico atualizado e uma formação contínua e constante, para assim poder estar ao corrente das mais recentes evidências científicas (teóricas e técnicas), com a objetivo de poder praticar cuidados de excelência.

Nas últimas décadas verificou-se o desenvolvimento de uma das áreas mais marcantes e fascinantes do domínio da Medicina – a Medicina Intensiva, a que resulta de um desenvolvimento multidisciplinar, não só na área da fisiopatologia e terapêutica, mas também das tecnologias utilizadas. A Medicina Intensiva tem como objetivo primordial,

recuperar as funções vitais, criar condições para tratamento da doença e proporcionar uma oportunidade para uma vida futura com qualidade.

O percurso efetuado no módulo III - opcional - Assistência Pré-hospitalar realizado nos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica, que decorreu no período compreendido entre 26/04/2012 a 23/06/2012. A opção por este estágio no Pré-Hospitalar Módulo III vai ao encontro de incorporar a minha atividade no percurso do doente crítico, de forma a compreender na globalidade todo este trajeto que o doente crítico faz desde onde acontece o evento crítico, passando pelo serviço de Urgência até aos Cuidados Intensivos. Para além de este aspeto constitui-se como uma oportunidade de realização pessoal e profissional antecipando em simultâneo, a inclusão destes meios no serviço de urgência conforme explicitado no Despacho n.º14898/2011 Diário da Republica, 2º série – N.º211 -3 de Novembro de 2011 onde se refere que:

1 — O presente despacho define os meios de emergência pré – hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P., que atuam no âmbito do SIEM, e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência. (Despacho n.º14898/2011de 3 de Novembro de 2011)

A pertinência destas unidades de estágio servem para por em prática os conteúdos ministrados na vertente teórica e usar uma visão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo em conta as competências que lhe são atribuídas pela Ordem dos Enfermeiros.

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Assim pretendo, com a elaboração deste documento atingir os seguintes objetivos:

- Dar evidência às atividades desenvolvidas, durante o período da prática, na persecução dos objetivos previamente delineados no projeto de estágio;
- Relatar a análise crítico-reflexiva efetuada às situações vivenciadas, corroborando-as com autores da área;

- Ilustrar as competências adquiridas/desenvolvidas numa perspetiva do enfermeiro especialista;

- Cumprir um requisito avaliativo.

A metodologia utilizada para a concretização deste relatório foi a metodologia descritiva, analítica e reflexiva pois é a que mais se adequa para compreensão do percurso evolutivo que pretendo evidenciar.

Estruturalmente este relatório, encontra-se dividido em três partes para facilitar a sua consulta. Nesta primeira parte é efetuado um enquadramento deste trabalho no curso e efetuou uma descrição breve dos módulos de estágio justificando a sua pertinência.

A segunda parte do relatório reflete o desenvolvimento e aquisição de competências e habilidades quer profissionais, quer pessoais, fazendo uma descrição das atividades efetuadas durante o estágio, uma análise crítico – reflexiva sobre praxis numa perspetiva sobre o desenvolvimento pessoal e profissional, nos domínios de competências definidos pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista. No sentido de facilitar a execução e leitura do documento subdividi o desenvolvimento em quatro domínios: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Finalizo com as considerações finais, realizando uma retrospectiva de todo o processo de aprendizagem, enumerando as principais aquisições pessoais e profissionais e deixando uma perspetiva para o futuro.

2 – COMPETENCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

Sendo a Enfermagem uma profissão em evolução constante, fruto da sua investigação própria e afirmando-se cada vez mais no decorrer dos tempos como imprescindível no contributo para a saúde, tanto na prevenção como na promoção da mesma, assume cada vez mais uma responsabilidade e uma autonomia no agir, sendo um parceiro fundamental na resposta a situações cada vez mais complexas. A prestação de cuidados de enfermagem diferenciados exige “ *observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, comos objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas*”. (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011)

A Ordem dos Enfermeiros define o perfil e as competências do Enfermeiro Especialista sendo que ” Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

O Enfermeiro Especialista tem um papel acrescido na prestação dos cuidados aos utentes pois possui e acumula atividades inerentes a ser Enfermeiro e Enfermeiro Especialista, “são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

2.1-Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A profissão de enfermagem tem desde sempre uma conotação humanística e tem-na, também neste campo, distinguindo-se de outras ligadas ao setor da saúde. Respeitando este fio condutor do nosso exercício, foi para mim essencial preservar em todas as minhas ações quer a intimidade quer a privacidade das pessoas.

2.1.1-Modulo II – Cuidados Intensivos

No contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes há uma múltipla conjugação de relacionamentos com clientes, família e instituições de saúde. Assim sendo e tendo em conta que o : “exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades), quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem”. (Ordem dos Enfermeiros, 2004)

Na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes onde estão presentes todas as tecnologias e terapêuticas mais avançadas para poder dar uma resposta mais adequada e eficaz em salvar vidas, ou prolonga-las, são sempre oportunos e necessários momentos de reflexão sobre os conceitos éticos subjacentes aos cuidados: Segundo Madureira (et al., 2007, p.29), a “...ética é transversal a toda a equipa de enfermagem. Os enfermeiros têm sentido necessidade de desenvolver um pensamento ético fundamentado, elaborado mentalmente em períodos mais curtos de tempo, com maior responsabilidade, requerendo um espírito mais crítico e reflexivo da prática do cuidar”.

Em todo o processo de cuidar, o Enfermeiro tem de ter sempre presente a componente ética, o que pressupõe uma análise crítica do exercício profissional, questionando continuamente as práticas, mobilizando princípios e valores, partilhando ideias e vivências.

No decorrer da minha prática clínica como formando, primei por atuar de acordo com as normativas do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e do Código Deontológico.

Respeitei os princípios ético-legais e procurei estimular continuamente o espírito crítico e reflexivo de forma a desenvolver competências profissionais e capacidades pessoais, no

sentido da procura permanente da excelência profissional. Penso que atingi o referido objetivo.

2.1.2- Modulo III – Assistência Pré-Hospitalar

Em ambientes muitas vezes agrestes, como a via pública pautei o meu cuidado às vítimas, por uma visão holística tentando sempre protege-las da intromissão de alheios, estabelecendo prioridades de forma a que sempre que possível a sua exposição física fosse efetuada dentro da ambulância.

Os profissionais de saúde têm o dever deontológico, de responsabilidade e solidariedade com a comunidade no sentido de proteger e defender a pessoa humana.

Mas muitas vezes o profissional de saúde é utilizado para realizar tarefas que não lhe competem, e assim existe um desperdício das capacidades para que foram treinados. Como por exemplo o elevado número de chamadas falsas que se verifica na linha 112, isto é um obstáculo á triagem dos recursos. A dificuldade na recolha de informações fidedignas sentidas pelos operadores quando realizam a triagem das chamadas na linha 112 é por vezes muita. Neste campo ainda há muito que fazer, pegando neste problema surgiu o início da ideia de realizar uma formação para ir ao encontro de colmatar esta falha como ligar, quando ligar e o que dizer.

A colaboração de todos é fundamental, pelo que é imperativo que se faculte toda a informação que lhes for solicitada para permitir uma rápida e eficaz assistência a quem está a pedir socorro, dizer corretamente o tipo de situação (doença, acidente, etc.); o número de telefone do qual está a ligar; a localização exata e, sempre que possível com indicações e pontos de referência; o número de telefone, o sexo e a idade aparente das pessoas a necessitar de socorro, as queixas principais e as alterações observadas, a existência de outro perigo no local que exija outros meios para o mesmo é fundamental. Depois de feita a triagem da situação, desligar o telefone apenas quando o operador indicar, para não dificultar a recolha destas informações.

Com uma correta utilização dos meios não há gastos desnecessários e assim todos nós contribuímos para uma melhor rentabilização dos recursos.

No decorrer desde estágio deparei-me com uma situação, que gerou grande ansiedade para toda a equipa e família, pois foi uma ocorrência de doença súbita e de morte no local,

sendo impossível reverter a situação clínica. O facto de comunicar a notícia à família com a colaboração da médica de serviço foi por si só uma experiência bastante constrangedora, pois estamos em casa das pessoas, no seu meio. Esta situação fez-me desenvolver competências na transmissão de más notícias.

Sendo a assistência pré-hospitalar um encontro pontual e abrupto das equipas de saúde com pessoas em situações de saúde muitas vezes críticas, torna-se crucial que se consiga gerir o ambiente físico e emocional para que a transmissão de más notícias seja o menos penosa possível. Neste sentido pude constatar a importância da empatia perante o sofrimento, respeito pelos momentos de silêncio, e a demonstração de disponibilidade baseada num processo de escuta ativa.

Em suma, durante a minha prestação como aluno e profissional, tive sempre presente e respeitei os princípios ético-legais e o código deontológico da profissão.

2.2-Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O tema está na ordem do dia, a racionalização dos recursos, reaproveitamento e contenção nos gastos, são temas do dia-a-dia e são uma realidade bem presente nos serviços. Com tudo isso devemos ainda manter ou aumentar a eficácia da qualidade dos cuidados prestados.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Todos os profissionais têm como obrigação legal e moral colaborar na melhoria dos cuidados e na gestão dos recursos existentes. Ter uma consciência de preservação e melhoria das condições de trabalho existentes, através de trabalhos de investigação com publicação dos resultados de formação continua.

2.2.1- Modulo II – Cuidados Intensivos

A gestão, planeamento seguro e reavaliação dos cuidados faz parte integral do cuidar no doente crítico, sendo uma atividade continua sustentando as nossas atitudes e ações em evidências científicas para prestação dos cuidados. Grande parte das vezes planeei,

executei e avaliei as minhas intervenções, como por exemplo pode acontecer com um doente com Traumatismo Crânio-Encefálico. Sendo esses resultados partilhados com a equipa, fomentando assim o trabalho em equipa para um objetivo com a excelência dos cuidados e assim criar e manter um ambiente terapêutico seguro.

Implementei todas as suas etapas desde a apreciação inicial, ao diagnóstico de enfermagem, passando pelo planeamento de intervenções e avaliação final dos resultados, sabendo que a qualquer momento poderia ter de voltar atrás e implementar outro tipo de intervenção.

Tive a oportunidade em conjunto com a Enfermeira Chefe de realizar a preparação da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, para ser submetida a auditoria externa por parte do Kings Fund Health Quality Service. Este organismo tem como finalidade supervisionar a qualidade dos cuidados prestados nas unidades de saúde. Esta auditoria externa vem aferir e avaliar o cumprimento dos requisitos exigidos por eles, para assim poder ser reacreditado.

Pude acompanhar a Enfermeira Tutora na realização de auditoria à Bundle para a prevenção da pneumonia associada a ventilador mecânico. O objetivo da realização destas auditorias prende-se com a possibilidade de verificar a qualidade dos cuidados, analisar e comunicar os resultados atingidos e planear estratégias de melhoria, passíveis de serem implementadas.

A Bundle que está em uso, como estratégia de prevenção da pneumonia associada à ventilação, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes é composta pelos seguintes itens: verificação adequada do cuff (recomendado ser inferior a 20 cmH₂o); aspiração de secreções acima do cuff, antes de mobilizar o doente ou desinfluar o cuff; higienização oral com aplicado de anti-séptico (solução de clorhexidina) a cada 3h, previamente à mobilização e após a aspiração de secreções; elevação da cabeceira a 30° - 45° prevenindo a aspiração associada à nutrição entérica, salvo contra-indicação clínica. O uso de tubos endotraqueais com aspiração subglótica não é um procedimento corrente devido ao elevado custo inerente ao procedimento. Não estão também instituídos protocolos de desmame de sedação. (Guidelines For Preventing Health-Care-Associated Pneumonia, 2003)

Após conversa com a minha Orientadora, sobre a idoneidade formativa dos contextos de prática, e a sua importância no futuro da formação em Enfermagem surgiu-me a ideia de verificar os critérios de idoneidade que a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente possuía, ou qual o caminho que teria de percorrer para se poder candidatar a contexto formativo. Para esta minha orientação nesta matéria serviu a reunião realizada na Ordem dos Enfermeiros Secção Norte no dia 18/10/2012 com o Enfermeiro Francisco Mendes, Coordenador da Estrutura de Idoneidades da Ordem dos Enfermeiros.

A formação no âmbito da Enfermagem tem vindo a evoluir ao longo dos anos, a sofrer diversas mutações no sentido de capacitar os enfermeiros de competências que façam face às diversas modificações que vão sofrendo os percursos académicos/profissionais, no sentido de dar resposta às exigências da profissão e da própria sociedade como consumidora final destes recursos. Assim a Ordem dos Enfermeiros vem agora pronunciar-se, através do Regulamento nº 167/2011 de 8 de Março de 2011 Diário de Republica, 2º série, Ministério da Saúde, Lisboa, considerando que os campos de formação, onde o aluno tem a possibilidade de vivenciar em contexto real as suas aprendizagens, devem também eles possuir características pré- definidas que lhes permitam ser acreditadas pela sua idoneidade como contextos de prática clínica. É missão primordial da Ordem dos Enfermeiros, promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional. (Diário da Republica, 1º série – Nº 180 – 16 de Setembro de 2009)

Assim procurei deixar na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente um instrumento que permitisse à equipa, iniciar precocemente o percurso de adaptação às novas exigências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para acreditar os serviços como contextos formativos, dando um contributo bastante significativo para que este serviço fique no caminho certo, e um passo à frente para criar condições para uma futura candidatura a Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. (ANEXO I)

A idoneidade formativa dos contextos de prática clínica diz respeito à existência verificada e reconhecida de um conjunto de características que estes detêm, favoráveis à qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem, assim como à Supervisão Clínica em Prática Tutelada em Enfermagem.

Este trabalho foi uma mais-valia para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, tendo sido recebido com grande entusiasmo pela Enfermeira Chefe, pois serve de fio condutor para preparar, corrigir e estruturar a unidade para o futuro processo de Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica no âmbito do Sistema de Certificação de Competências da Ordem dos Enfermeiros.

Pautei o meu estágio por uma postura de responsabilidade na prestação de cuidados ao doente e família. Sempre que surgiram dúvidas e receios, tive uma postura de aprendizagem e pedi ajuda, que foi prestada por todos os profissionais, contribuindo para um trabalho em equipa e espírito de entre ajuda. Também eu fui diversas vezes solicitado pelos membros da equipa que reconheciam na minha atuação e postura, competências dignas de serem partilhadas.

2.2.2- Modulo III – Assistência Pré-Hospitalar

A minha atitude como futuro Enfermeiro Especialista tem o dever de defender a qualidade dos cuidados, prevenir a doença e gerir os recursos para uma prática de enfermagem de qualidade.

Pese embora o facto do processo de enfermagem não ser formalmente registado, tive a noção que este foi sempre o processo de resolução de problemas que utilizei através de um planeamento mental na minha atuação.

Implementei todas as suas etapas desde a apreciação inicial, ao diagnóstico de enfermagem, passando pelo planeamento de intervenções e avaliação final dos resultados, sabendo que a qualquer momento poderia ter de voltar atrás e implementar outro tipo de intervenção, pelo facto de se estar na “rua” num ambiente sem qualquer apoio, é essencial saber que tipos de material humano e técnico temos para fazer o máximo possível no socorro ao doente crítico.

Tive oportunidade de analisar os protocolos e procedimentos existentes, protocolos estes já testados e resultante de investigação realizada pelos mesmos.

No decorrer do estágio tive a possibilidade de em cada turno realizar a checklist dos respetivos meios. Esta atividade consiste em verificar através de uma lista existente a quantidade dos matérias e a sua validade, procedendo-se assim á reposição do material em falta e á substituição do que se encontra fora de validade.

Com este procedimento promove-se a qualidade dos cuidados e uma gestão adequada dos recursos.

A existência da aplicação “ Navigator”, que não é mais do que um computador existente em cada meio para a recepção e transmissão de dados, serve ainda como guia de orientação para a chegada ao local do incidente, ou seja um sistema de posicionamento global. A obtenção e recolha de dados pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes é enviado para cada um dos mobiles. Os dados fornecidos pela população são registados informaticamente e posteriormente enviados para cada um dos mobiles. Esses dados que contêm a localização, tipo, cenário e número de vítimas conferem uma maior segurança na transmissão de dados, uma continuidade dos cuidados e racionalização dos meios e cuidados prestados.

Pautei o meu estágio por uma postura de responsabilidade na prestação de cuidados ao doente, à família e à comunidade. Sempre que surgiram dúvidas e receios, tive uma postura de aprendizagem e pedi ajuda, que foi prestada por todos os profissionais, contribuindo para um trabalho em equipa e espírito de entre ajuda.

Com o término deste período de prática senti-me parte da equipa do Instituto Nacional de Emergência Médica, e assim no futuro poderei vir a colaborar com esta instituição sendo uma expectativa pessoal e profissional.

2.3- Domínio da Gestão dos Cuidados

Neste domínio estão patentes as atividades inerentes á orientação e delegação de tarefas á gestão de recursos humanos e materiais bem como o seu ajustamento da dotação á quantidade de trabalho existente, bem como a articulação com as equipas multidisciplinares, para assim desenvolver um clima propício ao desenvolvimento de boas práticas e motivação, proporcionando um elevado grau de qualidade nos cuidados.

2.3.1- Modulo II – Cuidados Intensivos

Tive a oportunidade de acompanhar a Enfermeira Chefe durante três turnos, e assim ficar com uma ideia mais real do que é ser um chefe, as suas funções, dificuldades, dilemas e responsabilidades diárias na gestão dos serviços e acompanhar as suas dinâmicas. Digo

dois serviços pois a Enfermeira Chefe é responsável pela Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes e Neurocríticos.

A primeira tarefa da manhã consistia na consulta do correio eletrónico para verificar a existência de alguma informação pertinente ou alguma reunião que não consta-se na agenda. Tivemos uma pequena conversa acerca de como é feita a reposição da farmácia, sendo esta executada diariamente pelas técnicas farmacêuticas, ficando a cargo da enfermeira apenas o pedido de soros e nutrição entérica e parentérica. A farmácia é armazenada numa máquina intitulada de “Pixies”, sendo que a sua função é o controlo da quantidade e custos de cada doente. O acesso a esta é feito através da impressão digital do Enfermeiro que assim fica associado à retirada dos fármacos.

A reposição do material é feita pelos funcionários do aprovisionamento, existindo a reposição por níveis de stoks. Estão predefinidas as quantidades, existindo um código de barras por cada artigo e um número de referência, sendo essa reposição efetuado duas vezes por semana, a título excepcional é feito um pedido extra no caso de haver rutura no stoks.

Após consultar o agendamento para hoje verifica-se que existe uma reunião agendada, reunião semanal que é levada acabo pela Gestão de Camas para apresentação de todos os doentes que se encontram com internamento prolongado e qual o plano de ação para a continuação dos cuidados, se doente vai ser referenciado para outras unidades.

Iniciando o turno com a tomada da primeira decisão, a que serviço assistir à passagem de turno. Rapidamente percebi que este tipo de gestão não é fácil, pois para além de abranger um número elevado de profissionais, arrasta consigo todas as possíveis situações/problema em maior número, exige gestão de tempo, organização, inovação, dinâmica e sentido de liderança, entre outros.

Tive ainda oportunidade de ajudar na realização do horário para o mês de Dezembro tanto para os Enfermeiros como para os Assistentes Operacionais, sendo este um mês sempre complicado pelo significado que representa. Mais que gerir um serviço é gerir as pessoas, não como um recurso mas como pessoas, todas as atitudes que se tomam vão ter impacto nas suas vidas.

São competências do Enfermeiro Especialista relativamente á gestão de recursos humanos e materiais planear, coordenar e descrever intervenções no seu domínio de especialização;

Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos, adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar. (Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro de 2009)

Atendendo ao meu percurso durante todo o meu estágio e indo ao encontro dos meus objetivos colaborei com a Enfermeira Tutora, na execução dos planos de trabalho, percebendo a necessidade de ajustar o plano quer à equipa, quer aos doentes, ou seja, não contam apenas os doentes como números, mas sim grau de dependência e exigência de conhecimentos e competências por parte dos enfermeiros para determinadas patologias, pois dentro da equipa há Enfermeiros em diferentes estádios de desenvolvimento profissional.

2.3.2- Modulo III – Assistência Pré-Hospitalar

Durante o meu estágio no pré-hospitalar, tive oportunidade de verificar que a articulação entre os vários agentes responsáveis pelo socorro, como sejam os bombeiros, policia e os meios do Instituto Nacional de Emergência Médica, funcionam com um nível de coordenação que faz perceber na população, uma sensação de segurança relativamente a estes meios e o reconhecimento das competências dos seus profissionais. A relação de respeito é mútua, sendo assim possível desenvolver uma prática de Enfermagem Avançada, “ centrada nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem”. (Silva, 2007)

A existência de um programa para a gestão dos materiais é uma mais-valia e uma maior segurança, minimizando assim o risco de rotura de stock e permitindo uma maior facilidade e rapidez na sua reposição. Tive a oportunidade de colaborar na realização de gestão de material.

Quanto á verificação das viaturas, também é realizada diariamente, existindo um impresso próprio para realizar os registos desse procedimento. Para o abastecimento dos veículos existe um protocolo com um consórcio de combustível a nível nacional procedendo- se ao abastecimento com um cartão próprio.

2.4- Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagem Profissionais

Neste domínio reportar-me-ei a todas as competências adquiridas que contribuíram para elevar a qualidade da minha praxis, numa constante procura pelo cuidar com excelência, potenciadas numa relação multidisciplinar favorável a aprendizagem.

O enfermeiro por natureza desenvolve capacidades humanas, técnicas e científicas que lhe permitem, avaliar, diagnosticar, investigar, interpretar e rentabilizar todos os recursos ao seu dispor e implementa-las nas situações clínicas, “são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

2.4.1- Modulo II – Cuidados Intensivos

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de Braga é uma unidade que recebe doentes com vários tipos de patologia do foro médico e cirúrgico e dá cobertura a uma área geográfica com mais de um milhão de habitantes, principalmente devido à valência de neurocirurgia. O modelo atual de gestão do Hospital de Braga é o de Parceria Público-Privada. Esta unidade dispõe atualmente de uma capacidade de 12 camas respeitando os rácios de 1 enfermeiro por cada 2 doentes. Um dos instrumentos utilizado para monitorizar a carga de trabalho e conseqüentemente tentar adequar os rácios enfermeiro/complexidade de cuidados era a Therapeutic Intervention Scoring System 28, instrumento que permite “não só estimar as intervenções e, portanto, a gravidade indireta dos pacientes, como também dimensionar a carga de trabalho de enfermagem”. (Padilha, 2005)

Qualquer Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente possui uma filosofia e uma dinâmica muito própria e distinta de qualquer outro serviço, pelo que achei importante para dar resposta às necessidades e às situações que se me deparavam, fazer uma leitura exaustiva dos regulamentos e documentos importantes existentes no serviço e esclarecer as dúvidas com a equipa de enfermagem. Toda a informação necessária a consultar encontrava-se acessível, documentada e bem organizada.

É norma do serviço ter sempre uma unidade pronta para receber um doente, embora a admissão deste fosse sempre precedida de aviso prévio, tendo tido a oportunidade de realizar a preparação da mesma.

Os doentes admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes padeciam inevitavelmente de instabilidade hemodinâmica, e esta tentativa de programar ao pormenor a sua receção, tentava minimizar ao máximo um agravamento do seu já frágil estado de saúde. A administração de fármacos em bolús para dar resposta ao alívio da dor e corrigir alterações dos parâmetros vitais, permitiu-me sedimentar e atualizar os meus conhecimentos na área da farmacologia, permitindo-me fazer uma avaliação dos resultados no imediato.

Na admissão do doente na unidade, este fica alocado a um Enfermeiro de Referência pelo doente que o irá acompanhar na evolução da sua situação clínica, no decorrer do internamento neste serviço. Esta atribuição do doente ao Enfermeiro de Referência é da responsabilidade do Enfermeiro Responsável de turno.

O Enfermeiro de Referência acolhe o doente, monitoriza-o, colhe informação fornecida pelo colega que acompanha o doente, coloca perfusões em curso, otimiza ventilação, identifica unidade com nome do doente, verifica identidade do mesmo, realiza uma observação direta. Se é acompanhado por familiares colhe informação junto deles, nome da pessoa significativa, número de telefone, história clínica, medicação habitual, informa familiares dos horários de visitas e dá uma breve explicação da dinâmica da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes. Acompanha ainda familiares numa breve visita, pois não é só o doente que está doente. “A família também adoce quando o seu familiar está internado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, apresentando, principalmente, patologia do foro psicológico, como depressão e ansiedade. Muitas destas alterações acompanham a família para além da alta”. (MCADAM E PUNTILLO: 2009)

Posicionei os doentes segundo norma instituída na Unidade Cuidados Intensivos Polivalente protocolados de 3 em 3 horas e em SOS, podendo este espaço ser alargado no período noturno para permitir um descanso mais efetivo dos doentes. Se não houvesse contra indicação clínica a cabeceira do doente era deixada entre 30 a 45 graus, medida fortemente recomendada na prevenção da infeção respiratória em doentes ventilados segundo as recomendações do Center Disease Control and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee 2003.

Também no que respeita a execução de penso, ao local de inserção dos cateteres centrais/periféricos, troca dos sistemas das perfusões intra venosas, substituição de sondas vesicais/sondas nasogastricas regi a minha atuação segundo as normas Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee.

Procedi à entrada do doente informaticamente na aplicação informática, iniciando a realização do plano de cuidados e efetuei registos, com recurso á taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Esta linguagem classificada é uma forma natural de comunicar em enfermagem, não tendo encontrando dificuldades no registo informático porque utilizo o mesmo sistema diariamente no meu serviço, no desenrolar da minha atividade profissional.

Todos os cuidados foram planeados tendo por base o processo de enfermagem sendo que a avaliação dos cuidados prestados e reformulação do plano foi muitas vezes efetuado num turno devido à instabilidade do doente crítico.

Como o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes é por vezes muito prolongado, na impossibilidade de se alimentarem devido à sua condição de doente crítico, torna-se necessário iniciar uma alimentação. A via privilegiada é a entérica se o doente apresenta integridade, preservação e funcionamento do trato gastrointestinal.

Tive sempre presente o Teste de tolerância gástrica: até se atingir o objetivo, progredindo no esquema caso tolere. Após esse objetivo verificar a cada 4 horas o volume do conteúdo gástrico, valorizado conteúdos < 200 ml, Cabeceira do leito a 30°. (ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive Care, 2006)

Como já referi na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes existe um leque alargado de tecnologia. Embora tivesse uma perceção teórica da sua funcionalidade faltava um contacto mais direto, que torna-se possível observar o índice bispectral.

Esta monitorização foi desenvolvida especificamente para descrever alterações no electroencefalograma que se relacionam com os níveis de sedação, anestesia, perda de consciência. O índice bispectral, varia de 100 a 0, indicando que o indivíduo está acordado e orientado, a 100, e total ausência de atividade cortical a 0. (Duarte, 2009)

Os sensores são colocados, um na região frontal do doente e mais um, na região parietal, outro ao nível do olho, que após conectados ao monitor, nos dão valores entre 100 e 0. Este tipo de monitorização é usado nos doentes do foro neurocirúrgico.

Outro novo contexto de monitorização é a pressão intra-abdominal, que se refere-se à pressão de equilíbrio no interior da cavidade abdominal, tendo como valores de referência para o doente crítico 5 a 7 mmhg. O aumento da pressão, ou seja, a hipertensão intra-abdominal, pode estar relacionada com múltiplos fatores como sejam: trauma abdominal, queimaduras, ascite massiva, pós laparotomia descompressiva ou pancreatite. (Silva, 2008)

É necessário proceder à avaliação deste parâmetro, pois a sua elevação pode originar um síndrome de compartimento abdominal, sendo que valores acima de 15 a 20 mmhg, podem provocar instabilidade hemodinâmica, nomeadamente: oligúria, hipoxemia, aumento da pressão respiratória e redução do débito cardíaco. Em pressões acima de 25 mmhg opta-se muitas vezes pela descompressão cirúrgica.

O doente deve estar na posição de dorsal, e é criado um mecanismo de ligação a um manómetro, mecanismo este que está ligado á sonda vesical, procede-se a instilação de 20 ou 100 de soro fisiológico para se criar o zero, tendo em conta o nível da sínfise púbica o que nos dá o valor da pressão intra-abdominal. Em rigor este valor deve ser medido no final da expiração.

Foi ainda possível contactar com a técnica da plasmaferese, utilizada num doente com síndrome de Guillain-Barré. A plasmaferese é bastante parecida com a hemodiálise, sendo inclusive, utilizada uma máquina semelhante. Durante a hemodiálise o filtro retira as toxinas acumuladas devido ao problema renal, já durante a plasmaferese o filtro retira todo o plasma do sangue, levando as substâncias que estão prejudicando a saúde fazendo-se a reposição com albumina e plasma. Tive o privilégio colaborar na realização esta técnica com um Enfermeiro perito, um dos elementos responsáveis pela formação das técnicas dialíticas.

Durante este estágio não tive oportunidade de aplicar os conhecimentos sobre os critérios de morte cerebral. Os critérios médicos e as provas para determinar a morte cerebral são inquestionáveis, fiáveis e reprodutíveis, oferecendo especificidade absoluta, assegurando que a morte cerebral do indivíduo ocorreu sem qualquer dúvida. (Pita, 2004)

O transporte intra-hospitalar também foi uma realidade, tendo acompanhado a realização de exames ou na alta do serviço.

Participei ativamente nos três momentos do transporte, na decisão, planeamento e efetivação. A quando de um transporte há uma serie de atitudes a tomar para minimizar o risco, verificar a fonte de oxigénio, verificar a capacidade de funcionamento de todos os aparelhos, fazermos acompanhar do saco de transporte que contém todos os materiais para poder atuar em situação de emergência.

Aquando da alta para outro serviço, efetuava um contacto telefónico prévio, efetivava a atualização dos planos de cuidados e procedia ao acompanhamento do doente, para realizar a transmissão verbal da evolução clínica do doente permitindo assim uma continuidade de cuidados.

2.4.2- Modulo III – Assistência Pré-Hospitalar

O planeamento para este estágio passou por dividi-lo em duas partes. A primeira fase do estágio cumpriu-se com a observação no Centro de Orientação de Doentes Urgentes e ambulância de Suporte Básico de Vida, e a segunda fase, ser dividido entre o meios e ambulância de Suporte Imediato de Vida e a Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

Iniciei pela observação e compreensão do Sistema Integrado de Emergência Médica existente desde 1981 em Portugal.

Do Sistema Integrado de Emergência Médica fazem parte um conjunto de intervenientes todos com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Esses intervenientes são a Polícia de Segurança Pública, a Guarda Nacional Republicana, o Instituto Nacional de Emergência Médica, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, os Hospitais e Centros de Saúde, Médicos, Enfermeiros e população em geral.

O Instituto Nacional de Emergência Médica é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, do Sistema Integrado de Emergência Médica. O sistema começa quando alguém liga 112 - o Número Europeu de Emergência. O atendimento das chamadas é da responsabilidade da Polícia de Segurança Pública, nas centrais de emergência. Sempre que o motivo da chamada tenha a ver com a saúde, a mesma é encaminhada para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes do Instituto Nacional de Emergência Médica.

Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes são Centrais de Emergência Médica responsáveis pela medicalização do Número Europeu de Emergência - 112.

Os pedidos de socorro efetuados através do 112, que digam respeito a situações de urgência ou emergência médica, são transferidos para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes.

Tive oportunidade de acompanhar este funcionamento com a Técnica de Operação de Telecomunicações de Emergência, que prestou todos os esclarecimentos e dúvidas que foram surgindo, e ter a perceção da quantidade de chamadas indevidas que são atendidas diariamente. Outra dificuldade com que se deparam estes técnicos é conseguir filtrar a informação que vem do outro lado da linha para assim poderem dar uma resposta atempada às situações.

O Instituto Nacional de Emergência Médica tem quatro Centros de Orientação de Doentes Urgentes em funcionamento: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro.

Compete aos Centros de Orientação de Doentes Urgentes atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. O seu funcionamento é assegurado, 24 horas por dia, por equipas de profissionais qualificados (Médicos e Técnicos) com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro.

Para o efeito, os Centros de Orientação de Doentes Urgentes dispõem de um conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática que permitem coordenar e rentabilizar os meios humanos e recursos técnicos existentes. Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes coordenam e gerem um conjunto de meios de socorro (motociclo, ambulâncias de socorro, viaturas médicas e helicópteros). Os meios são selecionados de forma criteriosa de acordo com, a situação clínica das vítimas, a proximidade do local da ocorrência e a acessibilidade ao mesmo. (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012)

No mesmo espaço físico dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes estão também presentes as seguintes valências:

O Centro de Intoxicação e Antivenenos é um centro médico de consulta telefónica na área da toxicologia, responsável pela prestação, em tempo útil, das informações necessárias e

adequadas a profissionais de saúde ou ao público em geral, visando uma a bordagem correta e eficaz a vítimas de intoxicação.

O Centro de Informação Antivenenos presta informações toxicológicas sobre todos os produtos existentes, desde medicamentos a produtos de utilização doméstica ou industrial, produtos naturais, plantas ou animais.

O Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise é formado por uma equipa de psicólogos clínicos com formação específica em intervenção psicológica em crise, emergências psicológicas e intervenção psicossocial em catástrofe, e atender às necessidades psicossociais da população e dos profissionais.

Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência que intervêm com as vítimas no local da ocorrência em situações como acidentes de viação e outros, mortes inesperadas ou traumáticas, emergências psicológicas, abuso/violação física ou sexual, ocorrências que envolvam crianças, entre outros.

De referir a existência do Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar tem por missão prestar aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem abordo de embarcações. O Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar é constituído por uma equipa de médicos que garantem apoio 24 horas por dia, com a cooperação das estações Radionavais, estações Costeiras, Centros Navais de Busca e Salvamento e com a Autoridade Marítima Local (Capitanias de Portos). (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012)

Uma equipa de saúde garante os cuidados a prestar, procedimentos e terapêutica a administrar à vítima, podendo também acionar a evacuação do doente, organizar o acolhimento em terra, e encaminhá-lo para o serviço hospitalar adequado.

O meio ambulância de Suporte Básico de Vida têm como objetivo principal a estabilização de doentes que necessitem de assistência durante o transporte para uma Unidade de Saúde.

A sua tripulação é composta por Técnicos de Ambulância de Emergência, permitindo a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida.

As ambulâncias Suporte Básico de Vida estão sedeadas em bases do próprio Instituto e em corpos de bombeiros por todo o país, designados de Postos de Emergência Médica. Aos Postos de Emergência Médica é cedida uma ambulância Suporte Básico de Vida e

respetivo equipamento pelo Instituto Nacional de Emergência Médica e a sua tripulação é assegurada pelo corpo de bombeiros. (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012)

Tive a oportunidade de observar como se articula este meio com a rede de cuidados e os restantes meios de socorro. Tomei conhecimento do modo com é efetuado o seu acionamento e a vasta área de influência no concelho de Braga. Pude ver no terreno a atuação desta equipa coordenada e metódica na estabilização e transporte das vítimas para o hospital mais próximo.

Durante o estágio tive ainda a oportunidade de contactar com a mota de emergência médica, é um meio ágil, vocacionado para o trânsito citadino, que permite chegar rapidamente ao local onde se encontra o doente. Este veículo transporta um aparelho de Desfibrilhação Automática Externa, oxigénio, adjuvantes da via aérea e ventilação, equipamento para avaliação de sinais vitais e glicemia capilar e outros materiais de Suporte Básico de Vida.

Este material permite ao Técnico do Instituto Nacional de Emergência Médica adotar as medidas iniciais necessárias à estabilização da vítima, até que estejam reunidas as condições para um eventual transporte. Em alguns casos, a intervenção deste meio é a única necessária, dispensando a presença de uma ambulância de socorro no local.

O meio ambulância Suporte Imediato de Vida têm por missão garantir cuidados de saúde diferenciados, tais como manobras de suporte básico de vida e avançado. A tripulação é composta por um Enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência que visa a melhoria dos cuidados prestados à população e assim garantir uma prestação de cuidados de excelência á população, no transporte e assistência.

Ao nível dos recursos técnicos tem a carga de uma Ambulância de Suporte Básico de Vida, acrescida de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos. O equipamento permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais. (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012)

Neste meio tive a oportunidade de prestar cuidados em diversas situações como doença no domicílio, trauma no local de trabalho e espaços de lazer, efetuando sempre a abordagem da vítima de um modo sistematizado e adequado à gravidade da situação, tendo presente os protocolos em uso no Instituto Nacional de Emergência Médica.

Durante o estágio, fui verificando que nem toda a população está consciente da importância do seu papel na cadeia de sobrevivência.

No decorrer desde estágio houve duas situações que me marcaram tanto pela positiva com pela negativa. O saber ou não saber atuar em situação de obstrução da via aérea, pode fazer toda a diferença na vida de uma pessoa, e foi isso mesmo que aconteceu.

Dois situações de obstrução da via aérea: numa delas estava no local uma pessoa com competências em Suporte Básico de Vida e que atuou em conformidade, efetuando a desobstrução da via aérea salvando a vida à vítima; no outro caso aconteceu, o reverso da moeda, não estava no local ninguém que atua-se em conformidade e o desfecho foi o pior.

Foram estas situações que me levaram a refletir sobre que contributo, como futuro especialista, poderia prestar à comunidade para a munir de competências em Suporte Básico de Vida. Após conversas com as minhas orientadoras (de estágio e tutorial) decidi realizar uma formação para os professores do ensino básico e secundário de Montalegre uma vez que exercem funções num local com uma densidade populacional elevada em termos de população docente, não docente e estudantil, onde o risco de incidente súbito é elevado. A escolha deste local prende-se com o facto de se tratar de uma região rural e isolada, e de ter feito estágio no meio Suporte Imediato de Vida em Montalegre o que me permitia envolver os colegas desta unidade.

Foi nesta perspetiva que surgiu a necessidade de formação a este grupo, de forma a poder minimizar eventuais acontecimentos, e salvar uma vida, com diz Sá-Chaves (1997,p.48) “a formação não deve constituir um mero veículo de transmissão de conhecimentos e de técnicas de teor estritamente restrito, mas ser encarada como uma função educativa ao nível do processo global de desenvolvimento”.

A formação teve uma boa aceitação e adesão por parte dos professores. Participaram 20 formandos, para um rácio de 4 formadores. Durante a sessão tive a colaboração de três elementos da ambulância Suporte Imediato de Vida de Montalegre.

Como elemento formador, planeei, executei e avaliei a satisfação dos formandos num grupo de 20. Como forma de planear e divulgar a ação de formação elaborei um panfleto (Anexo II - C); um plano de sessão; como forma de orientação da apresentação, elaborei um manual de suporte teórico da ação de formação para proporcionar aos formandos uma

consulta posterior (Anexo II - A); e apresentação do suporte em diapositivos (Anexo II - B).

As perguntas e as dúvidas foram muitas, desde a identificação das situações onde existe a necessidade de efetuar contacto com a linha 112, como efetuar esse contacto, como iniciar as manobras de suporte básico, etc. Através desta formação tiveram oportunidade de colmatar todas estas lacunas, bem como de participar ativamente na realização do suporte básico de vida.

Após realizar esta formação saio desde estágio mais rico. Tenho a certeza que fiz a diferença e que estes professores estão mais capazes de responder a uma situação crítica. E eu, como futuro enfermeiro especialista, também adquiri novos conhecimentos.

No decorrer estagio do surgiu o convite em integrar o grupo do Conselho Português de Ressuscitação num das suas ação de formação intitulada “ Queres Aprender a Salvar uma Vida” um projeto nacional do Conselho Português de Ressuscitação, que pretende realizar ações de formação pelo país à população em geral. Este projeto tem como missão a promoção das boas práticas relacionadas com a reanimação e o desenvolvimento da consciência social e cívica que permita consolidar a cadeia de sobrevivência. A informação chegará diretamente ao público através de um roadshow nacional, eventos de masstraining em espaços públicos, ações diversas para o público escolar bem como em ações junto de empresas e organizações.

Ter participado nesta ação foi uma mais-valia para a minha evolução profissional, servindo para sedimentar os conhecimentos já existentes.

O meio da Viatura Médica de Emergência e Reanimação que é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. A sua equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida.

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação atua na dependência direta dos Centros de Orientação Doentes Urgentes e têm base hospitalar. O seu principal objetivo consiste na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência. (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012)

Neste meio tive oportunidade de realizar uma abordagem a vítimas de trauma, sendo que a segurança da equipa e das vítimas foi a primeira preocupação, pois estamos na via pública e temos que tomar as precauções adequadas a cada caso, com a colaboração dos Bombeiros e forças de segurança presentes no local.

No seguimento faz-se uma abordagem sistemática e metódica da vítima, com a avaliação primária (ABCDE) e uma avaliação secundária por segmentos.

A avaliação primária tem como objetivo identificar e corrigir situações que colocam a vida da vítima em risco e a avaliação secundária destina-se a identificar e corrigir o maior número possível de alterações, focando a atenção nas queixas da vítima e nas alterações encontradas sem perder a noção do indivíduo como um todo.

No decorrer deste estágio tive uma situação pouco comum, uma vítima por tentativa de suicídio por enforcamento. Na abordagem a esta houve alguma necessidade de aprofundar conhecimentos, pois existe um contexto legal a ter em conta e não se deve perturbar a investigação que daí resultar.

As equipas do pré-hospitalar deparam-se muitas das vezes com situações de restrição de espaço físico, limitação de tempo, condições climatéricas adversas, e com todas estas condições tem que ter um raciocínio lógico e metódico na avaliação e execução das suas tarefas.

Tive no entanto a possibilidade de me familiarizar com os protocolos vigentes para cada situação específica, e também formal e informalmente discutir com os colegas sobre eles, tendo isto resultado num contributo para o desenvolvimento de competências complexas no âmbito da área de Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

Para completar a totalidade dos meios falta referir:

Helicópteros - Os helicópteros de emergência médica do Instituto Nacional de Emergência Médica são utilizados no transporte de doentes graves entre unidades de saúde (transporte secundário) ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde (transporte primário). Estão equipados com material de Suporte Avançado de Vida, sendo a tripulação composta por um Médico, um Enfermeiro e dois pilotos.

A Viatura de Intervenção em Catástrofe - É utilizada em situações multi-vítimas. No seu interior transporta diverso material de Suporte Avançado de Vida, que permite a montagem

de um posto médico avançado que está equipado com material igual ao da Viatura Médica de Emergência e Reanimação e permite o tratamento de 8 vítimas muito graves em simultâneo.

Este material é composto por monitores-desfibriladores, ventiladores, monitores de parâmetros vitais, seringas-infusoras, diversos fármacos, entre outros.

Para além disso, a Viatura de Intervenção em Catástrofe está também equipada com uma célula de telecomunicações, que permite criar uma rede de comunicações entre o local do acidente, os Centros de Orientação de Doentes Urgentes e os hospitais da zona.

Hospital de Campanha -Trata-se de uma estrutura móvel composta por diversas partes que é armazenada num veículo longo (contentor) quando está inativa, de forma a permitir fácil transporte por vias terrestre, marítima ou aérea.

É constituído por 17 tendas insufláveis, com uma área de cerca de 2400 metros quadrados, no qual se inclui além da estrutura hospitalar, a zona de alojamento da equipa e de suporte e a zona de comando da operação.

Esta estrutura encontra-se dotada de equipamento que lhe garante autonomia logística - geradores, purificação de águas, iluminação, unidades de climatização, de pressão positiva, cozinhas de campanha, casas de banho, depósitos de água e combustível, etc.

O hospital de campanha é acionado em situações de catástrofe ou calamidade (de origem natural ou tecnológica), e em caso de ataque terrorista ou acidente multivítimas.

Ao Instituto Nacional de Emergência Médica compete, no âmbito do Ministério da Saúde, coordenar as atividades em situações de exceção, substituindo as estruturas de saúde que possam ter ficado abaladas ou reforçando-as.

O Hospital de Campanha tem a grande vantagem de ser uma estrutura modular que poderá ou não ser montado na totalidade consoante a situação em questão. Permitirá assim ser utilizado numa variedade de conceitos alternativos como sejam o de módulo de intervenção em ambiente internacional integrando uma resposta de carácter humanitário de cariz bilateral ou multilateral.

Pode ainda ser acionado como estrutura de cariz pré-hospitalar alargada utilizada como tampão de segurança, para evacuação em massa de vítimas para zonas distantes, em caso de afetação das vias de comunicação.

O Hospital de Campanha está dotado das seguintes valências:

- Admissão e Triagem
- Reanimação, dotada de 3 camas com os respetivos ventiladores
- Ambulatório - destinado a doentes com patologias médicas ligeiras
- Pequena cirurgia/ Ortopedia - estabilização e tratamento de fraturas, material de sutura para lesões da pele
- Serviço de Observação - 8 camas, vigilância do doente e monitorização de parâmetros vitais
- Bloco Operatório - equipado com todo o material que permite realizar intervenções cirúrgicas
- Unidade de Cuidados Intensivos - 5 camas, dotado de equipamento que permite monitorização intensiva e invasiva e terapêuticas correspondentes
- 4 Enfermarias - 10 camas cada
- Imagiologia - permite realizar exames radiológicos e ecográficos
- Laboratório - permite realizar exames hematológicos e de bioquímica

Tem uma capacidade total de 60 camas. (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012)

No decorrer deste estágio tive oportunidade de contactar com quase a totalidade dos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica na visita de estudo realizada no início do estágio, a única unidade com a qual não houve oportunidade de contactar foi o hospital de campanha.

3 - CONCLUSÃO

Este relatório de mestrado constitui-se como corolário de uma reflexão crítico-reflexiva de um percurso de aprendizagem cimentado numa prática sustentada em sólidos padrões de conhecimento científico. É uma forma de pensar os cuidados e assim produzir conhecimento, conferindo uma forma própria de estar na profissão.

A reflexão efetuada para a elaboração deste relatório permitiram-me um crescimento pessoal e profissional dando-me a oportunidade de refletir sobre as minhas atitudes e comportamentos como Enfermeiro e adquirir competências como Enfermeiro Especialista, melhorando o meu desempenho e assim podendo prestar melhores cuidados aos utentes e família, bem com ser um ponto de referência para outros Enfermeiros.

No módulo II, realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Braga, estagiei num ambiente repleto de oportunidades no contacto com o doente crítico, com técnicas invasivas e doentes com necessidade de cuidados emergentes, permitindo um contacto com uma realidade até a data um pouco desconhecida em alguns aspetos.

Tive a oportunidade de manter um contato direto com a família e assim ter uma noção mais real da importância do papel que desempenhamos no processo de recuperação do doente e de preparar a família para uma nova realidade assim como de estabelecer uma relação terapêutica, permitindo à família participar no processo de recuperação do seu familiar e na sua própria recuperação desta nova etapa das suas vidas.

Procurei deixar na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente um instrumento que permitisse à equipa, iniciar precocemente o percurso de adaptação às novas exigências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para acreditar os serviços como contextos formativos, dando um contributo bastante significativo para que este serviço fique no caminho certo, é um passo á frente para criar condições para uma futura candidatura a Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica.

O módulo III que decorreu nos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica - Assistência Pré-hospitalar, conferiu-me o primeiro contacto com uma nova realidade, tendo constatado como todos os dias se tenta fazer a diferença no alívio do sofrimento de quem está gravemente doente ou em risco de vida, sendo uma tarefa árdua e muitas vezes coroada de sucesso e outras nem tanto, mas sempre com o intuito de dar o melhor de cada um.

Como toda as pessoas são importantes na cadeia de sobrevivência e depois de verificar em primeira mão como isso pode fazer a diferença entra a vida e a morte. Senti a necessidade de intervir pois situações abordadas por leigos com formação em Suporte Básico de Vida podem modificar o desfecho menos positivo.

Refletindo sobre a importância que a sociedade civil pode ter na cadeia de sobrevivência e no meu papel com Enfermeiro Especialista na proatividade da comunidade no exercício de uma cidadania responsável, resolvi elaborar uma formação na população docente da Escola Secundaria de Montalegre, no sentido de os dotar de competências em suporte básico de vida.

Esta formação foi bem acolhida por parte de todos e serviu para construir um pequeno projeto com um grupo professoras responsáveis da área da Saúde e Biologia, levando esta temática a todo o universo escolar e assim dotar uma população jovem de ferramentas para poderem atuar em conformidade, num área geográfica rural em que muitas vezes o socorro tarda em chegar.

Este projetado ira decorrer no ano de 2013 e realizar-se a formação com a colaboração e certificação do Instituto Nacional de Emergência Medica, sendo para manter e com tempo alargar a todo o universo escolar da região.

Considero que estes campos de estágio reúnem as características ideais para adquirir e para desenvolver competências e conhecimentos no âmbito do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Aperfeiçoei a gestão das necessidades do doente crítico e família na sua vertente emocional e de transmissão de uma palavra de esperança, algo que se aprende a dar e a aperfeiçoar.

Penso ter desenvolvido as minhas competências como enfermeiro especialista no decorrer destes ensinios clínico, fomentando o meu raciocínio clínico, a minha tomada de decisão, habilidade para atuar em resposta às situações apresentadas.

Tive a oportunidade de desenvolver e evoluir nos domínios (ética, deontologia, relacional e técnico), esta evolução deve-se ao meu empenho em aplicar novos conhecimentos teórico-práticos no cuidar ao doente e família em situação crítica.

Apliquei os conhecimentos adquiridos na fase teórica e recorri à pesquisa bibliográfica, para abordar as situações de doença súbita e trauma, tendo em conta as evidências científicas, com a colaboração da equipa multidisciplinar.

Em síntese, este percurso de formação académica permitiu-me, para além de um crescimento pessoal, adquirir competências profissionais que julgo poderem contribuir para um aumento da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos e competências na área da investigação, cujos resultados auguro poderem contribuir também para um aumento do conhecimento próprio da disciplina de enfermagem.

4 - BIBLIOGRAFIA

Decreto – Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo – Decreto – Lei nº 104/98 de 21 de Abril;

Decreto – Lei 74/2006 de 24 de Março, artigo 45º;

Duarte, Leonardo T. D. (2009): Índice de Bispectral – BIS: TSA/SBA*

Diário da República, 1ª série – Nº 180 – 16 de Setembro de 2009, Ministério da Saúde, Lisboa.

Decreto-Lei nº 247/2009 de 22 de Setembro de 2009 Diário da República, 1.ª série — N.º 184. Ministério da Saúde, Lisboa.

Despacho n.º 14898/2011 de 3 de Novembro Diário da República, 2ª série – Nº 211. Ministério da Saúde, Lisboa.

Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de Novembro e 248/2009 de 22 de Setembro

Diego J. Maselli; Marcos I. Restrepo Ther Adv Resp Dis. 2011;5(2):131-141. 2011 Sage Publications, Inc. Posted: 04/04/2011; Strategies in the Prevention of Ventilator-associated Pneumonia.

Fernando Pita, Cátia Carmona (2004), Morte Cerebral, do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo, Ata Médica Portuguesa, 17: pp 70-75

Guidelines For Preventing Health-Care-Associated Pneumonia, 2003: Recommendations of Center Disease Control and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm> (data da visita 24/02/2013)

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012) Carteira de Serviços. Acedido Junho 25 em http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27944 (data da visita 26/02/2013).

Jennifer L. McAdam e Kathleen Puntillo (2009), Symptoms experienced by family members of patients in intensive care unit, Journal of Critical Care, maio, Volume 18, nº.3

Katia Grillo Padilha *et al* (2005), Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação, Revista da Escola de Enfermagem da Universidade d São Paulo; 39(2):229-33.

K.G. Kreymanna, M.M. Bergerb, N.E.P. Deutzc, M. Hiesmayrd, P. Jolliete, G. Kazandjievf, G. Nitenbergg, G. van den Bergheh, J. Wernermani, DGEM: C. Ebner, W. Hartl, C. Heymann, C. Spies; (20 January 2006), ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive Care.

Ministério da Saúde (2003) – Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2003. 72p. ISBN 972-675-097-0.

Madureira, Isaura [et al.] (2007) – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais – Análise do Sub-domínio “Prática Segundo a Ética” de Acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Patricia Benner. Revista Sinais Vitais. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-0844. nº 71 (Mar.), p. 27-30.

Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual.

Ordem dos Enfermeiros (2004) Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010) – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011Diário da República, 2.ª série — N.º 35. Ministério da Saúde, Lisboa.

Regulamento N° 167/2011 de 8 de Março de 2011 Diário da Republica, 2º série – N° 47, Ministério da Saúde, Lisboa.

Sá-Chaves, I. (1997). Percursos de formação e desenvolvimento profissional. Porto, Porto Editora.

Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Revista Servir, 55: 11-20.

Silva, M. (2008 – Mensuração da Pressão Intra - abdominal em Pacientes criticamente Graves. Disponível: <http://clinicamedicaepm.wordpress.com/2008/04/10/mensuracao-da-pressao-intra-abdominal-em-pacientes-criticamente-graves/> (data da visita 22/02/2013).

Anexos

Anexo I

Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

5º CURSO DE PÓS - LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

Como Obter a Acreditação da Idoneidade formativa dos Contextos de Prática Clínica

Aluno: José Paulo de Moura Machado

Porto, Novembro de 2012



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

5º CURSO DE PÓS -LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Como Obter a Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica

Aluno: José Paulo de Moura Machado

Sob orientação: Amélia Ferreira

Porto, Novembro de 2012

Siglas

REPE -Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

PQCE – Padrão de Qualidade de Cuidados de Enfermagem

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

PTE – Prática Tutelada em Enfermagem

EPT – Exercício Profissional Tutelado

DPT – Desenvolvimento Profissional Tutelado

GOBP - Guias Orientadores de Boas Práticas

RIFCPC – Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica

CPC - Contextos de Prática Clínica

DIF – Desenvolvimento da Idoneidade Formativa

RIFCPC – Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica

Índice

1 - Introdução	7
2 - A Evolução do Ensino em Enfermagem em Portugal.....	9
3 - Enquadramento	11
4 – Princípios e Conceitos	12
5 – Estrutura de Idoneidades	13
6 – Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica – Fases e Círculo do Processo	13
7 – Conclusão.....	19
8 - Referências Bibliográficas.....	21
Anexos	23
Anexo I - Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica para 1º Triénio	25

1 - Introdução

A formação no âmbito da Enfermagem tem vindo a evoluir ao longo dos anos, a sofrer diversas mutações no sentido de capacitar os enfermeiros de competências que façam face às diversas modificações que vão sofrendo os percursos académicos/profissionais, no sentido de dar resposta às exigências da profissão e da própria sociedade como consumidora final destes recursos.

Desde os últimos anos da década de noventa, que se tem vindo a construir uma supervisão no ensino clínico em enfermagem que fosse alicerçada num processo de acompanhamento de competências clínicas dos alunos e na formação em exercício dos enfermeiros (Abreu, 2003).

A Ordem dos Enfermeiros vem agora pronunciar-se, através do Regulamento nº 167/2011 de 8 de Março de 2011 Diário de Republica, 2º série, Ministério da Saúde, Lisboa, considerando que os campos de formação, onde o aluno tem a possibilidade de vivenciar em contexto real as suas aprendizagens, devem também eles possuir características pré-definidas que lhes permitam ser acreditadas pela sua idoneidade como contextos de prática clínica.

O presente trabalho insere-se no estágio módulo II a ser efetuado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de Braga inserido no plano de estudos do 5º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, e tem como objetivos:

- Analisar o documento emanado pela Ordem dos Enfermeiros;
- Inferir sobre as necessidades de adaptação das unidades de cuidados candidatas à receção de formandos;
- Estruturar grelha de orientação de obtenção de acreditação de idoneidade formativa para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes de Braga;
- Desenvolver capacidades de análise crítica por parte do autor deste documento.

Faremos inicialmente uma breve alusão à evolução histórica da formação em enfermagem, seguidamente um resumo das fases e circuitos do processo para candidatura a acreditação da idoneidade formativa de uma unidade de saúde, e terminaremos com uma reflexão sobre

as implicações nesta nova abordagem nos percursos formativos bem como nas dinâmicas organizacionais.

Procuramos desta formação contribuir para que se privilegie um desempenho profissional de qualidade, orientado para os ganhos em saúde da população e da comunidade, através de uma prática clínica efetiva, eficiente e saudável para os seus intervenientes.

2 - A Evolução do Ensino em Enfermagem em Portugal

A história da enfermagem portuguesa retrata uma prática do cuidar que foi passando do cuidar dos enfermos e necessitados para um cuidar mais técnico e mais científico (Cunha-Oliveira, 1989, cit. por Pedrosa, 2004, p.69).

Passando a realizar uma síntese do percurso formativo de Enfermagem:

- Primeiros cursos de *enfermagem científica* em Portugal (1881, 1886 e 1887), respetivamente nos Hospitais de Coimbra, Lisboa e Porto. Filiação dupla da enfermagem: a religiosa (servir um ideal, uma vocação) e a médico-técnica (capacidade de execução);

- Primeiros cursos e escolas profissionais: Escola Artur Ravara (Lisboa, 1930) e Ângelo da Fonseca (Coimbra, 1931). Os médicos pretendiam umas assistentes clinicamente qualificadas, como eles;

- Decreto-Lei nº204, de Setembro de 1901: Estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de São José e Anexos, com sede no Hospital de São José. Curso básico: duração de um ano. Curso completo: duração de dois anos;

- 1912: Escola de Enfermagem da Santa Casa da Misericórdia de Braga 1918 a 1930: Reorganiza-se os serviços dos Hospitais Cívicos de Lisboa e dos Hospitais da Universidade de Coimbra e aprova-se os regulamentos da Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra e da Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Cívicos de Lisboa;

- O Decreto-Lei nº19060/30 de Novembro de 1930 reorganiza a Escola Profissional de Enfermagem Artur Ravara e passa a funcionar no Hospital de Santo António dos Capuchos.

Portaria nº7001, de 31 de Janeiro de 1931: determina que a Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra se passe a denominar Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca;

- 1937: A Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, pioneira no que respeita ao ensino de enfermagem, procurou “pôr em prática um curso de três anos, no qual eram incluídas matérias de cariz humanístico, como higiene mental, psicologia, sociologia, etc;

- Decreto-Lei nº 36219 de Abril de 1947: Criação da figura da *auxiliar de enfermagem*. Colmatar à falta de enfermeiras que já se fazia sentir;

- Com os Decreto-Lei nºs 38884 e 38885, de Agosto de 1952, surgem três cursos distintos:

Curso geral (três anos) e 1º ciclo liceal como habilitações mínimas; *Curso de auxiliares* (um ano), seis meses de estágio e instrução primária como habilitações mínimas; *Curso complementar* (um ano), específico à formação de monitores, e 2º ciclo liceal e Curso de Enfermagem Geral e prática profissional como habilitações mínimas;

- Decreto-Lei nº 46448 de Julho de 1965: Remodela o Curso de Enfermagem Geral.

Liberta-se do “domínio” médico, adquire a sua autonomia e especificidade, estende o seu campo de atuação às áreas de saúde pública e psiquiatria (formação mais equilibrada, polivalente, enfatizando a necessidade de uma pedagogia ativa e participativa (orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros);

- Portaria nº34 de 17 de Janeiro de 1970: As direções das escolas são entregues aos enfermeiros com funções de ensino (apela-se à efetiva participação dos alunos e da comunidade na organização e funcionamento dos estabelecimentos de ensino de enfermagem).

Autonomia técnica e administrativa ao desvincular-se das direções dos hospitais.

Estágios independentes para os alunos (ensino teórico-prático visando uma certa articulação entre a teoria e a prática);

- Decreto-Lei nº212 de Setembro de 1974 extingue o curso de auxiliar de enfermagem;

- Despacho do Secretário de Estado da Saúde (9 de Agosto de 1976), atribui novas finalidades à orgânica curricular do Curso de Enfermagem: Fornecer uma formação básica polivalente; Preparar os enfermeiros como agentes de mudança e participarem no diagnóstico e na solução dos problemas de Saúde; Preparar os enfermeiros para se enquadrarem no contexto do Serviço Nacional de Saúde; Manter a duração de três

anos para o Curso; Obrigatoriedade de frequência de cursos teórico-práticos; Integrar, ao longo do plano de Curso, os conceitos de Saúde, Pedagogia, Gestão e Investigação, etc...

- Decreto-Lei nº 305, de 12 de Novembro de 1981: Aprovada a carreira de enfermagem, revista, em 1985 e 1991, com o D.L. nº437. O curso de enfermagem prepara enfermeiros generalistas para atuar na sociedade contemporânea, intervir e ajustar-se às mudanças sociais e profissionais no futuro;

- Decreto-Lei nº 490 de 23 de Dezembro, de 1988: Integra-se o ensino da enfermagem no ensino superior politécnico, sob a tutela dupla do Ministério da Educação e da Saúde. Autonomia científica, pela valorização do seu pessoal docente e pelo desenvolvimento de investigação científica;

- Decreto-Lei nº437/91, de 8 de Novembro, alterado pelo D.L.nº412/98, de 30 de Dezembro: regime legal da Carreira de Enfermagem e definição da área de atuação de cada nível. Reconhecidos três níveis na Carreira: *Nível 1* - Categoria de Enfermeiro e Enfermeiro Graduado; *Nível 2* - Categoria de Enfermeiro Especialista e Enfermeiro- Chefe; *Nível 3* - Categoria de Enfermeiro Supervisor;

- Decreto-Lei nº 353/99: Criação do Curso de Licenciatura em Enfermagem, do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem e do Curso de Complemento de Formação. Integra definitivamente o ensino de enfermagem em politécnicos ou universidades.

3 - Enquadramento

É missão primordial da Ordem dos Enfermeiros, promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional (Diário da Republica, 1º série – Nº 180 – 16 de Setembro de 2009).

O sistema de Certificação de Competências contempla um período de Exercício Profissional Tutelado (EPT) para a atribuição do título de enfermeiro e a ponderação dos processos formativos e de certificação de competências numa área clínica de

especialização para atribuição do título de enfermeiro especialista que o Conselho de Enfermagem entendeu dever acontecer igualmente num período de Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT). Estes períodos de Prática Tutelada em Enfermagem (PTE) devem acontecer sob determinadas condições, que garantam neles a qualidade dos processos de desenvolvimento profissional e de Certificação de Competências.

4 – Princípios e Conceitos

A idoneidade formativa dos contextos de prática clínica diz respeito à existência verificada e reconhecida de um conjunto de características que estes detêm, favoráveis à qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem, assim como à Supervisão Clínica em Prática Tutelada em Enfermagem.

A capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços de saúde para Prática Tutelada em Enfermagem traduz-se no número máximo de supervisionados que, em cada momento, podem frequentar períodos formativos de Exercício Profissional Tutelado ou de Desenvolvimento Profissional Tutelado, num determinado contexto de prática clínica cuja idoneidade formativa tenha sido acreditada.

A determinação da capacidade formativa para Exercício Profissional Tutelado e Desenvolvimento Profissional Tutelado depende, assim da garantia prévia de dois processos da responsabilidade da ordem dos Enfermeiros:

1 – Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica;

2 – Certificação de Competências do Supervisor Clínico de Prática Tutelada em Enfermagem.

Para a avaliação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica optou-se pela construção de um regencial único a partir dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo o enunciado relativo à organização dos cuidados de enfermagem, o eixo organizador das suas diferentes dimensões a considerar no processo de Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica de Enfermagem.

A acreditação é de unidades prestadoras de cuidados e não de departamentos ou instituições, considerando-se para o efeito a existência de critérios obrigatórios e critérios

de excelência. Os critérios são comuns para a verificação da idoneidade formativa de todos os contextos e, neles, para Exercício Profissional Tutelado e para o Desenvolvimento Profissional Tutelado (RIFCPC,2010).

5 – Estrutura de Idoneidades

A Estrutura de Idoneidades é uma estrutura profissionalizada da Ordem dos Enfermeiros constituída por um Coordenador Nacional da Estrutura, nomeado pelo Conselho de Enfermagem, e cinco núcleos regionais a funcionar junto das secções regionais (nº 1 do artigo 4º, RIFCPC).

Os núcleos regionais são compostos por peritos nomeados pelo Conselho Diretivos sob proposta do Conselho Enfermagem, em número de dois, nas secções regionais dos Açores e da Madeira, e até quatro, nas restantes secções regionais (nº 1 do artigo 2º, RIFCPC).

6 – Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica – Fases e Circuito do Processo

O regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica estabelece os princípios, a estrutura e o processo de Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica no âmbito do Sistema de Certificação de Competências da Ordem dos Enfermeiros.

Os processos de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica estruturam-se na candidatura, no reconhecimento, na acreditação e na renovação.

Candidatura

A candidatura à acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica é aberta por determinação do Conselho Diretivo, sob proposta do Conselho de Enfermagem.

A candidatura à acreditação da idoneidade formativa é formalizada através da apresentação do processo de candidatura pelo contexto de prática clínica, de forma singular, enquanto unidade de cuidados, junto da Estrutura de Idoneidade (nº 1 do artigo 5º, RIFCPC).

O processo de candidatura é efetuado em plataforma digital e em formulários disponibilizados pela Estrutura de Idoneidades (nº 1 do artigo 3º, RIFCPC).

Estes formulários terão, na plataforma, campos de preenchimentos obrigatórios e reconhecimento de dados.

Fazem parte do processo de candidatura:

- O processo de candidatura inicia-se com a apresentação de um requerimento com a identificação do contexto de prática clínica, enquanto unidade de cuidados e da instituição prestadora de cuidados de saúde em que se insere e explicitação dos fins da acreditação a que se candidata Exercício Profissional Tutelado e ou Desenvolvimento Profissional Tutelado e neste último em que área de especialidade (nº 1 do artigo 5º, RIFCPC);

- Caracterização do contexto de prática clínica relativamente a cada dimensão e indicadores previstos na Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos contextos de prática clínica (nº 1 do artigo 5º, RIFCPC);

- Acompanha obrigatoriamente a candidatura, uma carta de motivos, assinada pela chefia de Enfermagem dos contextos de prática clínica candidato (nº 1 do artigo 5º, RIFCPC);

- Declaração de concordância assinada pelo órgão de gestão da instituição prestadora de cuidados de saúde na qual os contextos de prática clínica se integram.

Quando a candidatura é submetida a validação é enviada, automaticamente, por e-mail para o endereço eletrónico indicado pelo contexto de prática clínica do candidato. O sistema gera uma processo individual e informa por e-mail os contextos de prática clínica do candidato: sob forma de consulta do processo individual e estado da candidatura, sobre elementos ou procedimentos em falta para a conclusão do processo de validação.

A Estrutura de Idoneidades utiliza o e-mail como veículo privilegiado de contato com os contextos de prática clínica dos candidatos, na fase de candidatura e validação. Sempre que a candidatura avançar no circuito ou forem sendo colmatadas situações em falta, o sistema emite informação atualizada via e-mail.

A validação da candidatura só estará concluída se dele constarem os documentos obrigatórios e as informações consideradas necessárias pela Estrutura de Idoneidades, relativamente à caracterização do contexto de prática clínica.

Nesse sentido, a Estrutura de Idoneidade poderá solicitar elementos ou informações adicionais.

Se após solicitação de novos elementos para validação não houver, no prazo de 15 dias úteis, qualquer resposta ou contato por parte do candidato, a candidatura será cancelada e eliminada do sistema, permanecendo apenas o histórico da situação, sempre que uma candidatura for eliminada do sistema independentemente da fase do circuito em que isso aconteça, permanecerá na plataforma um histórico dessa candidatura.

O contexto de prática clínica candidato a quem tenha sido cancelada a candidatura deverá, querendo, iniciar novo processo de candidatura.

A candidatura será aceite se o contexto de prática clínica do candidato declarar preencher os critérios e indicadores de cada dimensão do Regencial de Avaliação da Idoneidade Formativa do Contextos de Prática Clínica considerados obrigatórios pelo Conselho de Enfermagem para a respetiva etapa do processo de implementação e após a fase de implementação.

Reconhecimento

O reconhecimento da idoneidade formativa consiste na avaliação e verificação das condições estabelecidas no Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica no contexto do candidato (nº 1 do artigo 6º, RIFCPC).

Após aceitação da candidatura e num prazo de 15 dias úteis, a Estrutura de Idoneidade contacta o contexto de prática clínica candidato no sentido de agendar auditoria e reconhecimento para o efeito de acreditação de idoneidade formativa.

A Estrutura de Idoneidade desloca-se ao Contexto de Prática Clínica candidato e conduz a auditoria da qual resulta um relatório de reconhecimento. Esse relatório integra uma proposta de acreditação que a Estrutura de Idoneidade coloca à análise da Comissão de Certificação de Competências (nº 3 e nº4 do artigo 6º, RIFCPC).

Acreditação

A comissão de Certificação de Competências delibera sob acreditação ou não acreditação da idoneidade formativa do contexto de prática clínica candidato para o exercício profissional tutelado e ou para o desenvolvimento profissional tutelado tendo por base a análise da proposta de acreditação apresentada pela Estrutura de Idoneidade, bem como o restante processo de candidatura ao qual tem acesso para o efeito (nº 1,2,3 do artigo 7º, RIFCPC). Sempre que faltar um documento este deve ser solicitado antes da decisão. A decisão tem de ser fundamentada em mérito, quanto às razões que levam à decisão, e de direito, com referência às normas jurídicas de lei e dos regulamentos que a suportam.

Todo o processo de Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica rege-se pelos princípios administrativos consagrados no Código de Procedimentos Administrativo, pelo que as pessoas que nele interferem e, sobretudo, os órgãos decisores devem ter formação adequada neste domínio.

Se a decisão da Comissão de Certificação de Competências for pela acreditação, a Estrutura de Idoneidades, levando a efeito o deliberado: emite a correspondente chancela de acreditação com validade para três anos e contabiliza o Contextos de Prática Clínica em termos de capacidade formativa.

Se a deliberação da Comissão de Certificação de Competências for pela não acreditação, a Estrutura de Idoneidades informa disso o Contextos de Prática Clínica dando-lhe a possibilidade desde solicitar, no prazo de 15 dias úteis, o Plano Orientador para o Desenvolvimento da Idoneidade Formativa (nº 6 do artigo 7º, RIFCPC).

Caso o Contextos de Prática Clínica NÃO solicitar esse plano, o processo de candidatura entra em Arquivo, aguardando nessa fase até seis meses por novas informações ou desenvolvimentos por parte do Contextos de Prática Clínica. Se o Contextos de Prática Clínica, sem plano orientador para o Desenvolvimento da Idoneidade Formativa, não contatar a Estrutura de Idoneidade durante esse período, informando sobre o desenvolvimento da sua idoneidade formativa, é eliminado do sistema. Esse Contextos de Prática Clínica, a querer, terá de iniciar novo processo de candidatura, só possível passado 1 ano da data de eliminação da candidatura anterior.

Se o contexto de prática clinica solicitar plano orientador para o Desenvolvimento da Idoneidade Formativa, este é definido e fornecido. Se incluir assessoria técnica, respeitadas

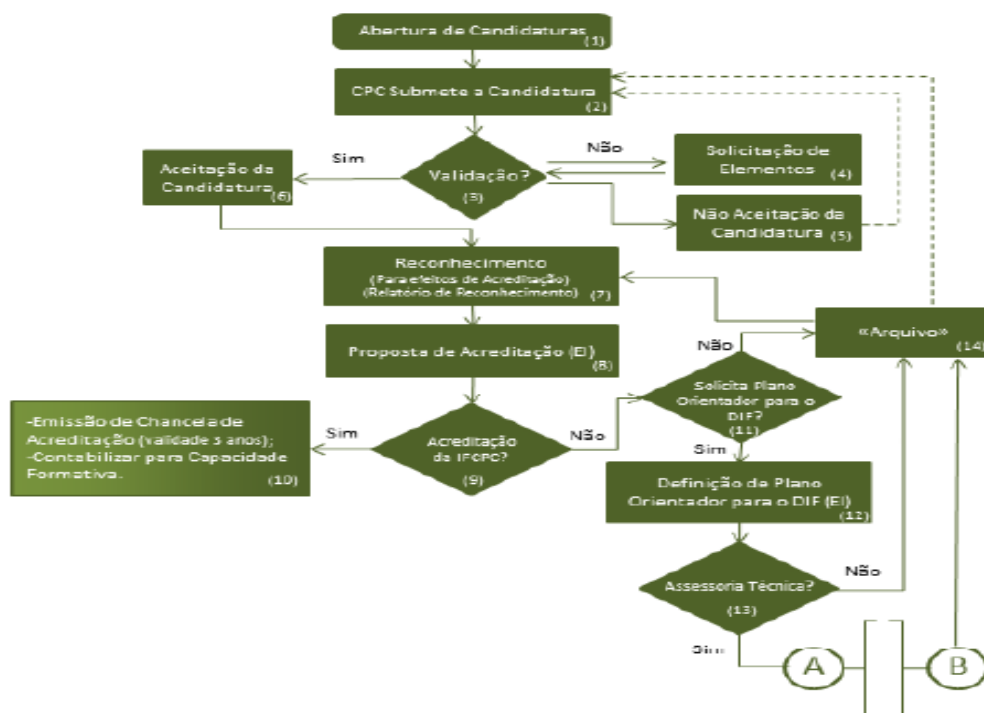
as condições e circuitos a definir, ela será organizada e levada a cabo pela Estrutura de Idoneidade em articulação com peritos nomeados pelo Conselho de Enfermagem. A assessoria técnica caracteriza-se pela sua adequação à particularidade do Contexto de Prática Clínica, de acordo com o relatório de reconhecimento e plano orientador para o Desenvolvimento da Idoneidade Formativa definido.

Depois de entregue o plano orientador para o Desenvolvimento da Idoneidade Formativa e ou terminar a assessoria técnica, é acordado entre a Estrutura de Idoneidade e os Contextos de Prática Clínica um período de tempo ou cronograma para desenvolvimento das condições de idoneidade formativa em falta necessária à acreditação. O processo de candidatura entra em Arquivo aguardando, nessa fase e no período acordado, novas informações sobre desenvolvimento por parte do Contexto de Prática Clínica.

Se até ao final do período acordado entre Estrutura de Idoneidades e o Contexto de Prática Clínica não houver qualquer nova informação, contacto ou solicitação por parte do Contexto de Prática Clínica, a candidatura em Arquivo será eliminada do sistema. O Contexto de Prática Clínica, a querer, terá de iniciar novo processo de candidatura, só possível 1 ano da data de eliminação da candidatura anterior.

Durante o período acordado entre Estrutura de Idoneidade e o Contexto de Prática Clínica, este último pode solicitar à Estrutura de Idoneidades prolongamento do prazo, fazendo acompanhar esta solicitação de um pequeno relatório sobre o estado de desenvolvimento da idoneidade formativa do Contextos de Prática Clínica.

Quando um Contextos de Prática Clínica, com processo em Arquivo, declarar junto da Estrutura de Idoneidade ter desenvolvido as condições necessárias à acreditação da idoneidade formativa à acreditação da idoneidade formativa em falta, gera-se novo processo de reconhecimento para feitos de acreditação.



Quadro I: Fase e Circuito para Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (Retirado do Caderno Temático Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica)

7 – Conclusão

A enfermagem enquanto ciência viva, e em constante transformação tem desde há muito tempo a missão de prestar cuidados adequados, de acordo com práticas eficientes e competentes que garantem ao doente segurança, qualidade e respeito pela sua dignidade humana. Esta visão não se inicia apenas quando o profissional já é enfermeiro, esta deve ter a sua génese logo nos primeiros contatos com a realidade profissional, nomeadamente, nos contextos clínicos. O nosso legado começa logo com a consciência que a qualidade do processo supervisivo é fundamental nos processos de construção do conhecimento pessoal e profissional, no desenvolvimento de uma prática reflexiva e crítica e conseqüentemente na identidade profissional.

Com a realização deste trabalho penso ter contribuído para uma consciencialização do futuro, das práticas clínicas preconizadas pela OE, e assim dotar a UCIP de Braga de ferramentas para poder dar uma resposta mais eficaz aos desafios que se avizinham.

Sendo este tema ainda um pouco desconhecido de todos, foi um desafio abordar algo tao complexo e estimulante, e assim poder adquirir competências novas e compartilha-las com os outros colegas e fazer a diferença no serviço dotando-o de uma nova dimensão e virando-o para o futuro.

Assim, o percurso que o aluno irá fazer nesta etapa da sua vida, será seguramente um pilar na sua forma de estar, fazer e viver a Enfermagem.

8 - Referências Bibliográficas

Abreu, W. (2003). Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em Saúde? Cadernos Sinais Vitais nº1. Coimbra: Formasau Editora.

Diário da Republica, 1º série – Nº 180 – 16 de Setembro de 2009, Ministério da Saúde, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, Lisboa 29 de Maio de 2010.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Caderno Temático Acreditação de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, Lisboa Janeiro 2011

Pedrosa. A. (2004). A Enfermagem Portuguesa- Referências Históricas. *Revista Referencia*, 11, 69-78.

Regulamento Nº 167/2011 de 8 de Março de 2011 Diário da Republica, 2º série – Nº 47, Ministério da Saúde, Lisboa.

Anexos

Anexo I - Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica para 1º Triénio

**Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica
para 1º Triênio**

	Critérios	Indicadores – 1º Triênio	
		Obrigatórios	Excelência
Dimensão 1 - Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem	1.1. Existência de um enquadramento conceitual de referência para o Exercício Profissional da Enfermagem	1.1.1. Que exista um quadro de referência que considere o REPE; 1.1.2. Que o quadro de referência plasme o Código Deontológico dos Enfermeiros.	1.1.1. Que o quadro de referência contemple o enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.
	1.2 Existência de um Plano de Atividades de Enfermagem	1.2.1. Participação informal dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de atividades.	1.2.1. Participação formal dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de atividades.
Dimensão 2 - Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros	2.1. Existência de dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos Padrões de Qualidade Cuidados de Enfermagem	2.1.1. Formação realizada a pelo menos 10% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade Cuidados de Enfermagem.	2.1.1. Formação realizada a pelo menos 20% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade Cuidados de Enfermagem; 2.1.2 Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE.
	2.2. A existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correção dos desvios, caso se verifiquem	2.2.1. Existência de sistemas de registo de eventos sentinela.	2.2.3. Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto.
	2.3. Existência de procedimentos de segurança documentados e atualizados		2.3.1 Controlo e monitorização de infeção associada aos cuidados de saúde; 2.3.2. Triagem de resíduos; 2.3.3. Armazenamento dos stocks.
	2.4. Evidência da adequação dos equipamentos e demais recursos materiais às necessidades para a prestação de cuidados de Enfermagem	2.4.1 Evidência da avaliação da qualidade dos produtos.	2.4.1 Evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços; 2.4.2. Evidência de manutenção e calibragem regular dos equipamentos.

	Critérios	Indicadores – 1º Triênio	
		Obrigatórios	Excelência
Dimensão 3 - Sistemas de Informação em Enfermagem; organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão	3.1. A existência de um Sistema de Informação em Enfermagem (SIE)	3.1.1. Existência de um SIE que incorpore entre outros dados, os diagnósticos de Enfermagem do cliente, as intervenções de resultados sensíveis às intervenções de Enfermagem obtidos pelo cliente.	3.1.3. Existência de um SIE que utilize linguagem classificada – CIPE.
	3.2. Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) de acordo com as diretrizes da OE para a sua certificação		3.2.1. SIE que respeitem os princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnicos – funcionais.
Dimensão 4 – Satisfação Profissional dos Enfermeiros	4.1. Existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros	4.1.1. Estabelecida forma de avaliação da satisfação dos enfermeiros.	4.1.1. Estabelecida forma regular de avaliação da satisfação dos enfermeiros.
	4.2. Evidência da valorização dos resultados de satisfação dos enfermeiros	Não considerado no 1º triênio	

	Critérios	Indicadores – 1º Triênio	
		Obrigatórios	Excelência
Dimensão 5 – Dotações Seguras em Enfermagem	5.1. Adequação do número de enfermeiros às necessidades de cuidados de Enfermagem	5.1.1. Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de Enfermagem, especificamente cálculos de dotação de pessoal.	5.1.2. Propostas para a adequação do número de enfermeiros em função dos resultados de avaliação das necessidades em cuidados de Enfermagem.
	5.2. Evidência de estabilidade na equipa de Enfermagem	Não considerado no 1º triênio	
	5.3 Escalas de trabalho adequadas	5.3.1. Existência de um modelo de organização de trabalho que cumpra as disposições legais.	
	5.4. Ter recursos humanos para prática tutelada em Enfermagem (PTE)	5.4.1. Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela OE; 5.4.2 Respeito pelo rácio supervisionando / número de enfermeiros do Contexto de Prática Clínica.	
Dimensão 6 – Política de Formação Contínua de Enfermeiros	6.1. A existência de uma política e prática de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade	6.1.1. Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da formação em serviço; 6.1.2. Existência de um plano anual de formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros; 6.1.3. Existência de relatório de formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados.	6.1.4. Existência de critérios explícitos para a seleção de enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (internos e externamente).
	6.2. Existência e meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço.	6.2.3. Existência de planos de integração de enfermeiros no serviço	6.2.1. Existência de recursos de suporte informático e pedagógico de apoio aos enfermeiros (ex: acesso à internet, biblioteca, estudos relevantes e atuais).

	Critérios	Indicadores – 1º Triênio	
		Obrigatórios	Excelência
Dimensão 7 – Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem	7.1. Evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem promotora de qualidade	<p>7.1.1. Evidência de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, tais como: metodologias de implementação, guias orientadores de boas práticas (GOBP), procedimentos, normas, etc.</p> <p>7.1.3. Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisando.</p>	<p>7.1.1. Evidência de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nomeadamente, metodologias de implementação, guias orientadores de boas práticas (GOBP), procedimentos, normas, ou outros;</p> <p>7.1.2. Opção por método (s) de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura.</p>

Legenda:

- ✓ - Existente
- - Em Construção
- ❖ - Não Existente

Anexo II

“ Queres Aprender a Salvar uma Vida “

Anexo II

A – Fundamentação Teórica



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**5º CURSO DE PÓS - LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRURGICA**

“ Queres Aprender a Salvar uma Vida “

Aluno: José Paulo de Moura Machado

Porto, junho de 2012



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**5º CURSO DE PÓS -LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA**

“ Queres Aprender a Salvar uma Vida “

Aluno: José Paulo de Moura Machado

Sob orientação: Amélia Ferreira

Porto, junho de 2012

Índice

1 - Introdução	5
2 - Os riscos para o reanimador.....	7
3 - A Cadeia de Sobrevivência.....	8
4 - O Suporte Básico de Vida.....	9
5 - Obstrução da Via Aérea	14
6 - Conclusão.....	17

1 - Introdução

A vida, esse bem supremo que todos os seres humanos procuram preservar e dignificar, sofre por vezes, revezes que inclusivamente a fazem perigar.

A Paragem Córdio Respiratória (PCR) é de todos, o evento mais grave que, se não for oportuna e adequadamente revertido, conduz inexoravelmente à morte. Embora os episódios de PCR ocorram, na grande maioria dos casos, fora de qualquer unidade de saúde, não são raras as vezes em que ela sobrevém no hospital.

O conhecimento científico atual, dispõe de recursos que permitem recuperar para a vida ativa, vítimas de Paragem Córdio Respiratória PCR, desde que sejam assegurados os procedimentos adequados, em tempo útil.

A probabilidade de sobrevivência e recuperação da Paragem Córdio Respiratória PCR, depende da capacidade de quem presencia o acontecimento, saber iniciar de imediato as manobras de Suporte Básico de Vida (SBV).

Com base nestes pressupostos e cientes das responsabilidades profissionais e de cidadania a que todos estamos obrigados, surge o presente Manual que, de forma clara e sucinta pretende acima de tudo, constituir um documento de apoio à formação em Suporte Básico de Vida SBV.

2 - Os riscos para o reanimador

Perante uma situação de emergência é importante o reanimador tomar algumas medidas de precaução. Não é raro nas situações de emergência o reanimador dirigir-se à vítima, na ânsia de ajudar, descurar a sua segurança e não se aperceber de situações que por simples que pareçam podem o colocar numa situação perigosa, tornando-o numa vítima.

Alguns dessas precauções são:

No contacto com lesões abertas, como as feridas, não tenha contacto direto com o local, minimizando o risco de infeção. A lavagem das mãos antes e depois do contacto com a vítima torna-se fundamental.

Sempre que possível utilize luvas.

A atuação perante um acidente rodoviária compreende algumas regras de segurança como: utilização de colete refletor, estacione a sua viatura antes do acidente e nunca a impedir a normal circulação, deixe as luzes de emergência ligadas, coloque o triângulo de sinalização de acordo com o código de estrada. Nunca atravesse uma autoestrada ou via rápida.

Sempre que uma situação de emergência envolva produtos químicos ou gases possivelmente tóxicos, evite qualquer tipo de contacto com estas matérias perigosas. O uso de luvas é obrigatório, tendo o cuidado que algumas das matérias perigosas danificam também as luvas. No caso de ventilação artificial, não fazer ventilação boca-aboca, mas sim utilizando sempre um dispositivo, tipo máscara com válvula unidirecional.

3 - A Cadeia de Sobrevivência

A cadeia de sobrevivência representa os diferentes passos que devem ser seguidos, quando se está perante uma situação de PCR.

A sua total aplicação significa a possibilidade de salvar uma vida.

Esta cadeia composta por 4 elos, poderá quebrar-se, sempre que um dos elos seja deficientemente executado, ou mesmo omitido, podendo traduzir-se na perda de uma vida.

1º Elo: Rápido reconhecimento e alerta – A importância de se reconhecer uma possível paragem cardíaca e acionar os meios necessários, para junto do doente, torna-se imperativo, para que haja uma possibilidade de prevenir uma PCR.

2º Elo: Início rápido do SBV – O início imediato das manobras de reanimação, são fundamentais, para manter uma adequada perfusão e oxigenação cerebral, podendo duplicar ou triplicar o sucesso perante uma fibrilação ventricular.

3º Elo: Desfibrilhação rápida – Na maioria das PCR, este é o único tratamento eficaz, nos primeiros minutos, associado às compressões torácicas.

4º Elo: Cuidados pós reanimação – É essencial para assegurar um tratamento eficaz e uma recuperação com sucesso do doente, preservando as funções neurológicas e cardíaca.

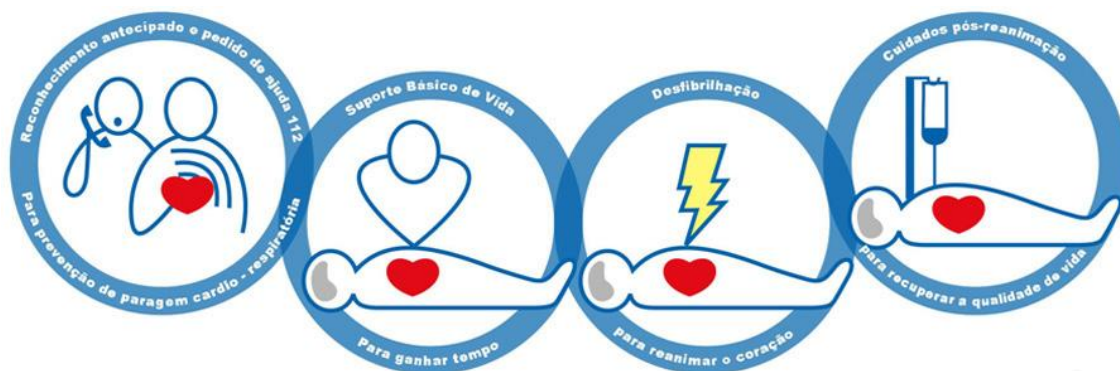


Imagem retirada da página no Conselho Português de Ressuscitação

4 - O Suporte Básico de Vida

O Suporte Básico de Vida (SBV) constitui um conjunto de procedimentos que têm como objetivo a manutenção das funções vitais, até à chegada dos meios capazes de reverterem a situação de PCR. A sua execução deverá respeitar a sequência designada por ACB da reanimação:

A – Via Aérea (airway): Só a manutenção da permeabilização da via aérea permite uma ventilação eficaz.

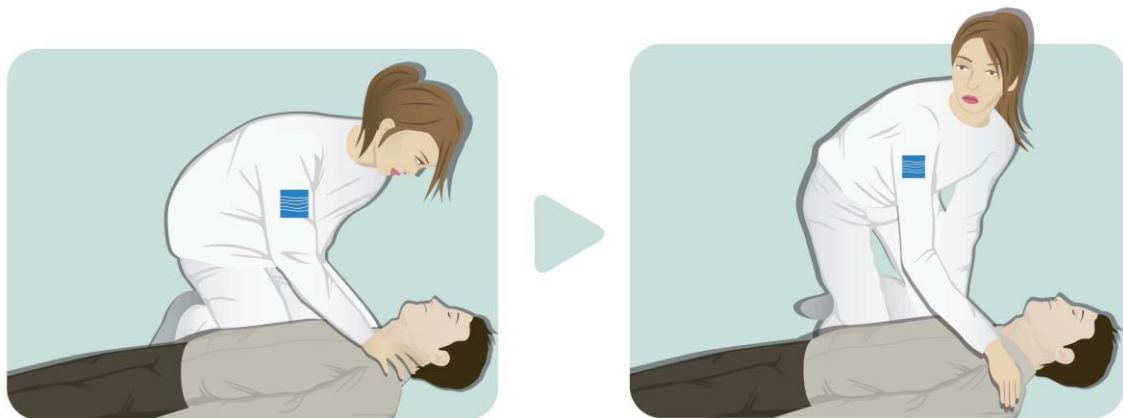
C – Circulação (circulation): As compressões torácicas são a única forma eficaz de manter uma suficiente perfusão tecidual, principalmente a nível cerebral.

B – Ventilação (breathing): A quantidade de ar oxigenado insuflado permite diminuir o risco de hipoxia.

Quando uma pessoa observa outra pessoa em aparente situação de inconsciência e/ou dificuldade respiratória, pode estar perante a eminência de uma PCR, pelo que deverá proceder da seguinte forma:

1. Assegure-se que as condições de segurança para si, a vítima e as pessoas junto ao local, estão mantidas.
2. Verifique o estado de consciência do doente, estimulando-o e tentando falar com ele; se não houver qualquer tipo de reação (doente inconsciente) grite por ajuda, se ainda o não tiver feito.

Se a vítima reagir, deixe-o na posição em que está, veja se é necessário pedir ajuda.



3. Coloque a vítima em decúbito dorsal e permeabilize a via aérea.

Extensão da cabeça e elevação do maxilar inferior:

Uma mão é colocada sobre a testa e dois dedos da outra mão ao nível do maxilar inferior, sobre a parte óssea e nunca fazendo pressão sobre os tecidos moles. Faça um movimento da cabeça para trás.

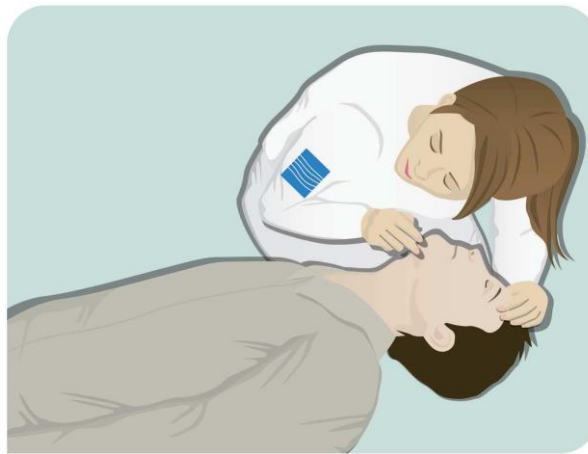


4. Mantendo a permeabilização da via aérea, verifique se tem ventilação espontânea, fazendo o VOS (Ver, Ouvir e Sentir), demorando no máximo, 10 segundos:

Ver se há movimentos da caixa torácica.

Ouvir através da boca da vítima o som da ventilação.

Sentir na face o ar expirado.



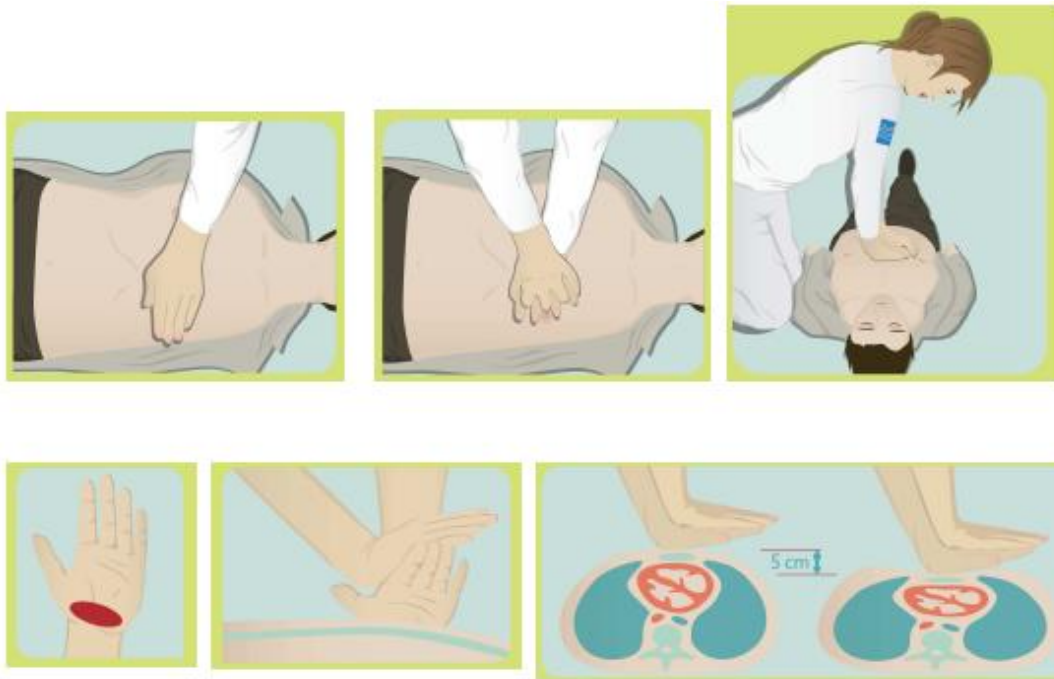
Não tome como ventilação eficaz, a ventilação do tipo “agônica”, em que os movimentos de expansão torácicas não são eficazes, são irregulares e a ventilação é lenta e ruidosa, podendo rapidamente cessar. Em caso de dúvida, se a ventilação é normal ou não, atue como se tratasse de uma ventilação ineficaz.

5a. Se a vítima estiver a ventilar eficazmente, coloque-a em Posição Lateral de Segurança (PLS) e peça para fazer o alerta para o 112. Mantenha-se a vigiar a vítima.

5b. Se não tiver ventilação espontânea, peça para alguém avisar de imediato o 112 e trazer um Desfibrilhador Automático Externo (DAE) se disponível no local. No caso estar sozinho faça você o alerta e tente não abandonar a vítima.

6. Inicie de seguida as compressões torácicas:

- Se a vítima estiver sobre uma superfície mole (colchão), coloque-a sobre uma superfície dura (chão) e ajoelhe-se junto ao tórax da vítima.
- Coloque a base de uma mão sobre o centro do tórax, na metade inferior do esterno.
- Coloque a outra mão por cima da primeira.
- Certifique-se que não está a fazer qualquer tipo de pressão sobre as costelas ou o apêndice xifoide.
- Coloque-se numa posição vertical (ombros do reanimador perpendiculares ao tórax da vítima) com os braços esticados e faça pressão sobre o esterno para que o tórax baixe pelo menos 5 a 6 cm, sem ultrapassar os 6cm.
- Após cada compressão, alivie por completo a pressão e mantenha sempre o contacto entre o tórax da vítima e as suas mãos.
- O tempo de compressão e descompressão são iguais.
- Mantenha as compressões a um ritmo de pelo menos 100/minuto (sem exceder 120/min), fazendo uma sequência de 30 compressões.



7. Após as 30 compressões. Coloque a cabeça em extensão, tape o nariz com a mão que está na testa e adapte a sua boca à boca da vítima, mantendo uma boa selagem. Mantenha a outra mão a elevar o queixo.

Faça a insuflação durante um segundo (uma expiração normal), enquanto olha para o tórax da vítima, que deve expandir. Afaste a sua boca da boca da vítima e faça nova insuflação após o tórax baixar.

A quantidade de ar deve ser a estritamente necessária para fazer o tórax subir.

Se a primeira insuflação não fizer o tórax subir: verifique se há algum objeto na boca da vítima ou se a cabeça está na posição correta.

Não faça mais que duas tentativas, antes de retornar às compressões.

Após as 2 insuflações, que não devem demorar mais que 5 segundos, volte a colocar as mãos na posição correta, sobre o tórax da vítima e faça mais 30 compressões.

Apenas pare para reavaliar se a vítima fizer movimentos, abrir os olhos e respirar normalmente. Caso contrário não interrompa o SBV.

No caso de existirem dois reanimadores, devem se revezar a cada dois minutos.

No caso de não se poder ou querer fazer ventilação boca-a-boca, deve continuar a fazer apenas compressões torácicas, sem interrupção a uma frequência de pelo menos 100/min, sem exceder 120/min

Não interromper as manobras de reanimação até: a chegada das equipas de emergência, a vítima começar a acordar (fazer qualquer movimento, abertura dos olhos e ventilação normal) ou até o reanimador ficar exausto.

Suporte Básico de Vida do Adulto



*ou número de emergência nacional

5 - Obstrução da Via Aérea

A Obstrução da Via Aérea por um objeto pode ser causa de uma PCR. A situação mais comum está associada às refeições.

Numa obstrução parcial, a vítima consegue falar, tossir ou respirar com ruído (que poderá ser do tipo: gorgolejo, ronco, assobio). Na obstrução total, a vítima não consegue falar, não consegue respirar, apresenta esforço respiratório, não consegue tossir e pode ficar inconsciente.

Medidas a tomar:

No doente consciente, com obstrução parcial da via aérea (por corpo estranho ou alimento) e que ainda consegue tossir, deve ser encorajado a continuar a tossir. Se esta não for eficaz, e a vítima começar a apresentar sinais graves de obstrução, será necessário utilizar manobras de libertação da via aérea.

Pancadas interescapulares – aplicar 5 pancadas interescapulares nas costas, sobre a coluna dorsal, ao nível das omoplatas, com o tronco inclinado para a frente, se possível. Se não resultar, aplicar as compressões abdominais.

Compressões abdominais – aplicar 5 compressões abdominais na região abdominal, com uma mão fechada, acima do umbigo e a outra mão por cima desta, exercendo uma pressão para dentro e para cima, a vítima também deve ser inclinada para a frente.

Repetir alternadamente estas manobras até a obstrução se resolver ou o doente ficar inconsciente. Se o doente ficar inconsciente, grite por ajuda e inicie de imediato o SBV.

Tenha em atenção que as compressões abdominais não podem ser aplicadas em grávidas nem em bebés com idade inferior a 1 ano.

Sendo substituídas pelas compressões torácicas.

Compressões torácicas – executadas sobre a porção inferior do esterno, com as duas mãos sobrepostas, e as costas do doente bem encostadas ao tronco do elemento que executa as compressões.

Manobras de desobstrução



Pancadas Interscapulares ADULTO



Pancadas Interscapulares BEBÊ



Compressão Abdominal ADULTO



Compressões Torácicas BEBÊ

6 - Conclusão

A ciência não é estática e, no que se refere à Saúde, são constantes os estudos e a procura da evidência científica com vista à diminuição da mortalidade e morbidade dos doentes.

Deste “inconformismo” científico, resultam frequentemente alterações aos procedimentos, com vista à otimização dos resultados. É um dever de todos os profissionais de ensino, a permanente atualização, para que o resultado final da sua atuação possa efetivamente ser uma vida salva, e todo cidadão comum saber pedir ajuda.

Concluiu o Curso de Suporte Básico de Vida que lhe proporcionou a aquisição de competências adicionais e/ou a sua atualização – Parabéns!

Em nome de todos aqueles que certamente irão beneficiar da eficiência e eficácia dos seus conhecimentos – Obrigado.

José Paulo de Moura Machado, sobre a orientação da Prof^o Amélia Ferreira

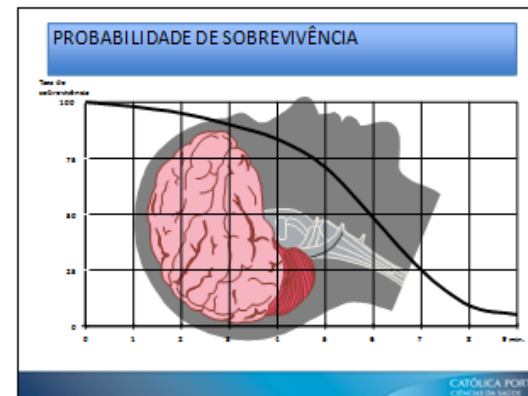
Anexo II

B – Diapositivos da Secção de Formação



OBJECTIVOS

- Conhecer os riscos para o reanimador
- Identificar a cadeia de sobrevivência
- Saber como e quando pedir ajuda
- Executar as compressões e as ventilações com sucesso
- Como atuar em contexto hospitalar




ALGORITMO

- Aproximar do doente
- Verificar resposta
- Pedir ajuda
- Abrir via aérea
- Verificar a ventilação
- Ligar 112
- 30 CT
- 2 Insuflações

APROXIMAR DO LOCAL

- Cenário – Perigos de acidente
- Profissionais – Medidas de proteção
- Vítima – condições de segurança
- Visitas - afastar

PEDIR AJUDA




Se não responder:

- No caso de estar sozinho não deve abandonar a vítima.
- Gritar alto para que alguém o ouça.

CATÓLICA PORTO
CENTRO DA SAÚDE


ABRIR VIA AERIA



- Colocar uma mão na testa do doente
- Outra mão no queixo
- Fazer um movimento de inclinação da cabeça para trás

CATÓLICA PORTO
CENTRO DA SAÚDE

ABRIR VIA AERIA



- Face junto à face da vítima
- Ver, ouvir e sentir (VOS) para verificar a ventilação
- Não confundir ventilação "agónica" com ventilação normal

Até 10 segundos


CATÓLICA PORTO
CENTRO DA SAÚDE

VENTILAÇÃO AGONICA

- Ocorre pouco tempo após a paragem cardíaca em cerca de 40% dos casos
- Descrita como fraca, com esforço, ruidosa ou "gasping"
- Reconhecida como sinal de paragem cardíaca

CATÓLICA PORTO
CENTRO DA SAÚDE

CHAMAR AJUDA



Se respira normalmente:


- PLS
- Peça ou chame a EEM

Se não respira ou respiração ineficaz:

- Peça ou chame a EEM
- Inicie de imediato as CT

CATÓLICA PORTO
CENTRO DA SAÚDE

30 COMPRESSÕES TORÁICAS



- Colocar a base de uma mão sobre o centro do tórax
- Colocar a outra mão sobre a anterior
- Entrelaçar os dedos
- Compressões torácicas:
- Ritmo pelo menos de 100 a 120 min⁻¹ sem exceder as 120 min⁻¹
- Compressão de pelo menos 5 a 8 cm sem exceder os 6 cm
- Igual tempo de compressão e descompressão

CATÓLICA PORTO
CENTRO DA SAÚDE

30 COMPRESSÕES TORÁCIAS



- Colocar-se junto ao tórax da vítima
- Braços esticados
- Ombro na perpendicular em relação ao ponto de compressão
- Quando possível alternar com outro elemento de 2 em 2 minutos

CATÓLICA PORTO
FACULDADE DE SAÚDE

2 VENTILAÇÕES



- Coloque a cabeça em extensão
Faça a ventilação através de um dos métodos:
- Boca-a-boca
 - Máscara-boca
 - Insuflador manual/balão
- Verifique a expansão e retração torácica em cada ventilação
Se não resultar, observe a boca

CATÓLICA PORTO
FACULDADE DE SAÚDE

2 VENTILAÇÕES

boca-máscara



- Vantagens:
- Previne o contacto boca a boca;
 - Diminui o potencial de infeções cruzadas;
 - Permite adicionar O₂
- Limitações:
- Por vezes é difícil selar a máscara e impedir a fuga de ar;
 - Distensão gástrica com o ar insuflado

CATÓLICA PORTO
FACULDADE DE SAÚDE

2 VENTILAÇÕES

insuflador: vantagens



- Previne o contacto interpessoal
- Permite enriquecimento com O₂ até 85%
- Pode ser associado a máscara facial ou laríngea, "Combitube" e tubo traqueal.

CATÓLICA PORTO
FACULDADE DE SAÚDE

2 VENTILAÇÕES

insuflador: limitações



- se for usado com máscara facial:*
- A ventilação corre o risco de ser ineficaz
 - Há risco de distensão gástrica;
 - Para ser eficaz necessita de dois operadores

CATÓLICA PORTO
FACULDADE DE SAÚDE

CONTINUE RCP



Não pára até:

- Chegada de ajuda especializada
- Reacção por parte da vítima
- Exaustão

CATÓLICA PORTO
FACULDADE DE SAÚDE



112

- Aproximar do doente
- Verificar resposta
- Pedir ajuda
- Abrir via aérea
- Verificar ventilação
- Ligar 112
- 30 CT
- 2 Ventilações

CATÓLICA PORTO
CENTRO DE SAÚDE

Obstrução da via aérea

Estimular a tosse
Se não resultar ou vítima demasiado cansada:





Pancadas interescapulares Compressões abdominais

CATÓLICA PORTO
CENTRO DE SAÚDE

Posição lateral de segurança

Na vítima inconsciente e que respire normalmente



CATÓLICA PORTO
CENTRO DE SAÚDE

QUESTÕES



CATÓLICA PORTO
CENTRO DE SAÚDE

Práticas

SBV
PLS
Desobstrução da via aérea

CATÓLICA PORTO
CENTRO DE SAÚDE

Bibliografia

www.erc.edu - European Resuscitation Council
www.pressuscitacao.pt - Conselho Português de Ressuscitação

CATÓLICA PORTO
CENTRO DE SAÚDE

Anexo II

C- Panfleto de Divulgação da Formação

Queres aprender a SALVAR UM VIVA?



Então inscreve-te para a formação que se vai realizar dia 20 de Junho de 2012 na Escola Básica e Secundária Dr. Bento da Cruz em Montalegre as 17:30h com a duração de 1:30h.

Formação a realizar pelo Enfermeiro José Paulo Moura Machado*

Realização de uma sessão de formação de Suporte Básico de Vida a todos os Professores e Auxiliares de Ação Educativa.

Inscribe-te conto contigo para SALVAR VIDAS:

*Aluno do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da Profª Amélia Ferreira.

Anexo II

D – Artigo de Jornal Referente a Formação

Será difícil SALVAR UMA VIDA?

**José Paulo de Moura
Machado***

Salvar uma vida pode ser mais fácil do que se imagina. Ao contrário do que se pensa, salvar vidas não é tarefa única de médicos, enfermeiros e técnicos de emergência. Qualquer pessoa o pode fazer, desde que saiba pedir ajuda complementar e tenha formação na área de Suporte Básico de Vida. Essa ajuda permitirá "ganhar tempo", até que a equipa de emergência chegue ao local para poder socorrer a pessoa com os meios necessários.

O primeiro passo é conhecer e saber utilizar o meio de ajuda correto. Deve usar-se a linha 112 para o efeito. Após este momento, deve ser iniciado o suporte básico de vida dando começo à combinação

de compressões torácicas e insuflações numa relação de 30:2. Deste modo haverá maior probabilidade de sobrevivência aquando da chegada da ajuda diferenciada ao local. Chegada ao local, a equipa de emergência procederá de acordo com a situação visionada, podendo passar pelo choque, para que o coração possa voltar a realizar a sua função normal.

É essencial que toda a população esteja alertada para a importância de saber pedir ajuda, e de conhecer os mecanismos que permitem salvar vidas. A morte súbita, de causa cardíaca, é uma das doenças mais frequentes em Portugal a ajuda, por vezes, revela-se tardia, dado o isolamento de alguns lugares, e a distância dos mesmos.

Torna-se evidente a

necessidade de combater a lacuna que existe na nossa sociedade relativamente a este assunto. É imprescindível que alguém dê o primeiro passo.

Por esse facto, considero



que como futuro especialista os contributos dados na Escola Básica e Secundária, de Montalegre, foram de extrema importância. Acredito poder

contribuir para colmatar as dificuldades evidenciadas pela população em geral, nomeadamente os professores e toda a comunidade educativa

em geral.

Estou certo, que depois desta formação na escola, os professores estarão mais preparados para responder

a situações inesperadas. E os pais também ficarão mais tranquilos por saberem que os professores têm formação nessa área, podendo atuar em conformidade com a situação.

Apelo à participação de todos em ações que promovam "salvar vidas", levadas a cabo pelo Conselho Português de Ressuscitação, pelo Instituto Nacional de Emergência Médica ou a título individual, como foi o meu caso. Estas ações farão toda a diferença num momento de emergência. A formação é necessária para poder agir, poder salvar vidas!

**Aluno do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, sob a orientação da ProP Amélia Ferreira.*