



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**O ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA GESTÃO DA QUALIDADE
ASSISTENCIAL AO DOENTE CRÍTICO**

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

Por
Tânia Margarida de Sousa e Silva

Porto, Setembro de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**O ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA GESTÃO DA QUALIDADE
ASSISTENCIAL AO DOENTE CRÍTICO**

THE SPECIALIST NURSE IN THE MANAGEMENT OF QUALITY
ASSISTANCE TO THE CRITICAL PATIENT

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

Por
Tânia Margarida de Sousa e Silva

Sob Orientação de
Doutora Irene Oliveira

Porto, Setembro de 2018

Resumo

O presente documento tem como objetivo principal, servir como espelho do processo formativo desenvolvido ao longo do 10º curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem do Porto da Universidade Católica Portuguesa, e as competências desenvolvidas ao longo dos dois módulos de estágio realizados, no serviço de Cuidados Intensivos e Assistência Pré-hospitalar.

Para conseguir cumprir os objetivos propostos para este curso de mestrado, estabeleci objetivos específicos para cada módulo de estágio, adotei uma estratégia proativa na deteção de oportunidades de melhoria e, em consonância com as evidências mais atuais, procurei respostas e propus soluções. As atividades desenvolvidas ao longo destes dois módulos de estágio e a elaboração deste trabalho, basearam-se nos temas abordados no enquadramento teórico, nomeadamente, a gestão em enfermagem e a satisfação profissional dos enfermeiros como preditor da qualidade assistencial ao doente crítico e nas competências comuns do enfermeiro especialista nomeadamente nos seus domínios de responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O desenvolvimento de competências na área de cuidados intensivos envolveu a prestação direta de cuidados a adultos em situação crítica e falência orgânica, o desenvolvimento de competências de comunicação com o doente e família, melhoria da qualidade através do desenvolvimento de uma folha para o *briefing* na passagem de turno, prevenção da infeção com a participação nas auditorias diárias na prevenção da PAI, investigação com a participação na formação em serviço, realização de uma reflexão sobre um caso em cuidados intensivos e o desenvolvimento de um estudo exploratório descritivo, de natureza quantitativa, sobre a satisfação profissional dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico e a constante pesquisa bibliográfica e reflexão sobre os cuidados.

As competências desenvolvidas na assistência pré - hospitalar centraram-se na aquisição de competências técnicas específicas do contexto pré-hospitalar nomeadamente abordagem ao politraumatizado, melhoria contínua da qualidade com a participação na auditoria aos registos de enfermagem, melhoria no acondicionamento da medicação de uma ambulância e a realização de uma ação de formação com o objetivo de melhorar a comunicação e transmissão da informação entre os profissionais no momento da Triagem de Manchester.

Conclui-se que este percurso formativo proporcionou crescimento pessoal e profissional, tornando a praxis clínica especializada baseada em sólidos padrões de conhecimento, facilitou a aprendizagem na área da gestão e investigação, proporcionando o desenvolvimento de competências para a obtenção de grau de mestre em enfermagem.

PALAVRAS CHAVE: Doente Crítico, Enfermagem, Qualidade, Satisfação Profissional

Abstract

The main goal of the present document is to show the formative process developed over the 10th Nursing Masters with Medical-Surgical Nursing specialization of the School of Nursing at Oporto from Universidade Católica Portuguesa and the competencies developed through the two internship modules accomplished in Intensive Care and Pre-Hospital assistance.

In order to reach the proposed objectives for these masters, specific goals have established for each internship modules. For this, a proactive approach has been adopted in the detection of improvement opportunities and in line with the most actual evidence looked for answers and proposed solutions. The activities developed through this two internship modules and the elaboration of this work were based on the theoretical framework approached themes, namely, management in nursing and the nursing professional satisfaction as a predictor of the critical patient care quality.

The activities description in the present document where framed in the common competencies of the specialist nurse, namely in the domains of their ethical and legal professional responsibility, continuous quality improvement, care management and development of the professional learning.

The skills developed in the Intensive Care area involved the direct provision of care to adult patients in critical situation or organ failure, development of communicational skills both with the family and the patient, quality improvement with the development of a document for the hand over briefing, infection prevention by participating in the PAI's daily audits, research development by participating in the in-house training, completion of a reflection about an intensive care case and the development of an exploratory descriptive research study, of quantitative nature, about the nurses professional satisfaction in the critical patient care and the continuous bibliographic research and care reflection.

The skills developed in the pre-hospital assistance were focused in specific pre-hospital techniques such as the polytraumatized assessment, quality improvement by participating in the nursing notes audit, improvement of the ambulances medication storage and the development of a training program that will aim to improve communication and information transmission among professionals during the Manchester Triage.

It is concluded that this formative course provided a personal and professional growth, making the specialized clinical praxis based on solid knowledge standards, facilitated learning in the management field, and in research, providing the skills development needed to obtain a nursing master's degree.

Keywords: Critical Patient, Nursing, Quality, Professional Satisfaction.

“A obra no seu todo, é um processo em permanente evolução (e revolução), feito de idiosincrasias permanentemente reconstruídas e renovadas, sempre surpreendentes”

(Rui Chafes, 2015)

AGRADECIMENTOS:

Em primeiro lugar gostaria de agradecer aos meus Pais **António** e **Maria Augusta** por me ensinarem que independentemente do caminho escolhido a luta para a consecução dos nossos objetivos, só dependente da nossa força de vontade. Sem voçês não seria o que sou hoje.

Ao meu Irmão **Nuno** por estar sempre lá...

Agradeço à minha Madrinha **Noémia** pela paciência ao me acompanhar nas longas horas de estudo (tiramos o curso juntas!).

Agradeço à **Joana** e ao **Mário** pelo amor partilhado, por entenderem a minha ausência nos últimos meses e por me apoiarem ao longo deste percurso.

Agradeço à **Mafalda** e à **Magui** pela partilha ao longo deste curso de mestrado.

Agradeço à **Doutora Beatriz Araújo** e ao **Doutor Luís Sá** pelos conhecimentos paciência e ajuda nos vários momentos deste curso de mestrado.

Agradeço à minha orientadora **Doutora Irene Oliveira** pelo saber transmitido e pela forma serena e amável com que sempre me presenteou na orientação do melhor caminho rumo ao sucesso.

CHAVE DE SIGLAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AEM	Ambulância de Emergência Médica
BPS	Behavioral Pain Scale
CAM ICU	Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit
CAPIC	Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise
CIAV	Centro de Informação Anti Venenos
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DEMI	Departamento de Emergência e Medicina Intensiva
DGS	Direção Geral de Saúde
ECG	Eletrocardiograma
EEMC	Especialidade Enfermagem Médico –Cirúrgica
ERC	European Resuscitation Council
ESET	Escala de Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho
ICARE	Integrated Clinical Ambulance Record
ICN	International Council of Nurses
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MEM	Motociclos de Emergência Médica
OE	Ordem dos Enfermeiros
PAI	Pneumonia Associada à Intubação
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
SAV	Suporte Avançado de Vida
REPE	Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAV	Suporte Avançado de Vida
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
SHEM	Serviço de Helicópteros de Emergência Médica
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV	Suporte Imediato de Vida
SPCI	Sociedade portuguesa de Cuidados Intensivos
SPICI	Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TEPH	Técnico de Emergência Pre-hospitalar
TSV	Taquicardia Supraventricular
TIP	Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
TOTE	Técnico Operador de Telecomunicações de Emergência
UMIPE	Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência
VMER	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
WHO	World Health Organization

ÍNDICE GERAL

	Página
1- INTRODUÇÃO	19
2- CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA	23
3- A GESTÃO NA SAÚDE E A SATISFAÇÃO LABORAL COMO PREDITORES DA QUALIDADE DO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO	27
4- DESCRIÇÃO E REFLEXÃO CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	35
	36
4.1 –Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	
4.2 –Domínio da Melhoria Continua da Qualidade	41
4.3 –Domínio da Gestão de Cuidados	49
4.4 –Domínio das Aprendizagens Profissionais	55
5- CONCLUSÃO	73
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
7- APÊNDICES	89
7.1 APÊNDICE I – Acondicionamento de Medicação em Ambulância	91
7.2 APÊNDICE II – Revisão Protocolo Disritmias	105
7.3 APÊNDICE III – Formação “Triagem Manchester versão II”	133
7.4 APÊNDICE IV – Folha de Briefing para Passagem de Turno	145

7.5 APÊNDICE V – Evidencia de Experiência nos Meios INEM	161
7.6 APÊNDICE VI – Reflexão sobre um Caso em cuidados Intensivos	183
7.7 APÊNDICE VII – Formação “A Satisfação Profissional dos Enfermeiros no DEMI”	215
7.8 APÊNDICE VIII – Instrumento de Colheita de Dados	225
7.9 APÊNDICE IX – Pedidos de Autorização	235
8 – ANEXOS	243
8.1 ANEXO A – Escala de Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho (João et al, 2017)	245

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1: Percentagem de Ativações de Acordo com o Meio de Emergência	53
Gráfico 2: Percentagem de Ativações de Acordo com a Natureza da Ocorrência	54
Gráfico 3: Percentagem de Ativações Segundo Tipo de Emergência	54

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1: Caracterização da Amostra – variáveis sociodemográficas	61
Quadro 2: Caracterização da Amostra – variáveis profissionais	62
Quadro 3: Avaliação da Satisfação Profissional de Acordo com as Dimensões da ESET	63
Quadro 4: Itens da dimensão Satisfação com as Chefias	64
Quadro 5: Itens da dimensão satisfação com as Organização e Recursos	65
Quadro 6: Itens da dimensão Satisfação com Valorização Profissional	66
Quadro 7: Itens da dimensão Satisfação com Colegas de Trabalho	67
Quadro 8: Itens da dimensão Satisfação com Valorização e Remuneração	67
Quadro 9: Itens de Satisfação com Dotações	68

1- INTRODUÇÃO

A procura da qualidade dos cuidados tem sido o motor para o aperfeiçoamento da prestação de cuidados de saúde. Os enfermeiros, como parte integrante de uma equipa de saúde sentiram a necessidade de se fortalecer para que o cuidado evidenciasse qualidade, através do desenvolvimento da capacidade de diagnóstico, decisão clínica e competência especializada.

Com este sentimento de procura da qualidade nos cuidados a prestar, ingressei no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa. A opção pela escolha da especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica deve-se ao meu contexto de trabalho, exerço funções desde 2003 num serviço de urgência onde o cuidado ao doente crítico é diário e exigente em termos de competências especializadas nesta área.

Uma parte integrante deste curso de mestrado é a sua componente prática, designada por módulos de estágio. O estágio módulo I realizado num serviço de urgência, o Módulo II num serviço cuidados intensivos e o Módulo III como um estágio opcional pela possibilidade de escolha da área assistencial. Realizei dois dos três estágios preconizados no plano curricular, tendo obtido creditação ao módulo I por trabalhar há mais de 10 anos num serviço de urgência onde desempenho funções de responsável de equipa, participo na gestão de recursos humanos e materiais, bem como na melhoria da qualidade como interlocutora da qualidade do serviço a nível hospitalar, presto cuidados a doentes urgentes e emergentes em situação de instabilidade e acompanhamento da família. Assim, após apresentação de um relatório de experiência profissional, foi-me reconhecida e validada a competência técnica e científica correspondente ao Módulo de estágio I.

No período de 05/02/2018 a 07/04/2018 realizei o estágio Módulo II num serviço de cuidados intensivos e a escolha do local baseou-se no facto de

conhecer a instituição hospitalar onde está inserido além de ser um serviço dinâmico, com uma cultura organizacional de procura contínua da melhoria da qualidade, de referência, no qual se prestam cuidados a doentes com diferentes patologias desde o foro médico ao foro cirúrgico e que recebe doentes críticos de diversas origens.

O estágio módulo III realizou-se entre 09/04/2018 e 02/06/2018 no pré-hospitalar em meios SIV, VMER e CODU.

A escolha do pré-hospitalar como estágio do Módulo III baseou-se no facto de no meu percurso académico e profissional, ter diminuta experiência com o cuidado ao doente fora do ambiente hospitalar. Por outro lado, a imprevisibilidade de cenários, com meios diferenciados na área da emergência é algo que me suscita grande interesse, pela possibilidade de novas experiências e maior aquisição de conhecimento nesta área.

Nos dias de hoje, não basta apenas dizer que se prestam cuidados com qualidade, é imperativo que os cuidados prestados sejam evidenciados e reconhecidos como especializados em qualidade pelos recetores dos mesmos. Segundo a Ordem dos enfermeiros, o enfermeiro 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”* (OE 2010, pág 2).

As competências que considero ter desenvolvido ao longo deste curso de mestrado enquadram-se nas competências comuns do enfermeiro especialista preconizadas pela ordem dos enfermeiros (2010) ao longo dos seus quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A temática escolhida para este documento e explorada no enquadramento teórico, relaciona-se com o facto de ser um tema atual, de relevância na prática diária e com a minha inquietude em relação a uma realidade que me é desconhecida enquanto enfermeira generalista, para a qual ao longo deste curso de mestrado fui aprofundando conhecimento, e diz respeito à gestão,

nomeadamente, a gestão dos recursos humanos como impulsionador da qualidade nos cuidados a prestar.

No âmbito do domínio da gestão, uma das atividades desenvolvidas, foi a realização de um estudo exploratório e descritivo, de natureza quantitativa, em dois serviços que prestam cuidados ao doente crítico, procurando perceber o grau de satisfação dos enfermeiros com o seu trabalho. A natureza da realização deste estudo prende-se com a observação na minha prática diária, de situações de exaustão profissional e possível insatisfação dos enfermeiros que, por serem elementos fulcrais em qualquer serviço, num serviço de urgência e num serviço de cuidados intensivos assumem uma responsabilidade acrescida devido à necessidade de cuidados altamente diferenciados realizados sob constante pressão em termos de tempo e exigência. Para a realização deste estudo foi construído um instrumento de colheita de dados com recurso à ESET – Escala de Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho, validada para população portuguesa e após a autorização dos seus autores (João et al., 2017).

Surge assim o desenvolvimento deste relatório que pretende ser o espelho do processo formativo e da aquisição de competências de enfermeiro especialista ao longo dos módulos de estágio anteriormente referidos. O seu propósito é traduzir de uma forma objetiva capacidades para a aquisição do título de especialista em enfermagem e o grau académico de mestre.

Com a elaboração deste trabalho pretendo atingir os seguintes objetivos:

- Contextualizar os ambientes de prática onde foram desenvolvidos os módulos de estágio.
- Realizar o enquadramento teórico relativamente à gestão da qualidade em saúde, nomeadamente, na gestão de recursos humanos e na satisfação profissional dos enfermeiros que cuidam de doentes em situação crítica.
- Descrever as atividades realizadas para a consecução dos objetivos traçados inicialmente para ambos os módulos de estágio e refletir sobre os mesmos;
- Refletir acerca das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – vertente doente crítico, evidenciando as atividades desenvolvidas que demonstrem o desenvolvimento de competências nesta área;

Para a elaboração deste relatório, foi utilizada uma metodologia descritiva, reflexiva, recorrendo à observação direta nos locais de estágio, ao registo das atividades desenvolvidas relacionadas com prestação de cuidados, à reflexão individual e à pesquisa bibliográfica, relacionando a teoria com a prática para que os pressupostos subjacentes ao curso de mestrado sejam satisfeitos.

Com a intenção de facilitar a compreensão, apresentar clareza nas reflexões e simplificar a consulta, este documento foi organizado em cinco capítulos. Após a introdução, no segundo capítulo, é realizado um breve enquadramento dos locais de contexto da prática clínica. No terceiro capítulo é realizado o enquadramento teórico sobre o âmago do tema desenvolvido ao longo desta vertente prática do curso de mestrado, dando suporte teórico às atividades e competências desenvolvidas. De seguida no quarto capítulo, é realizada uma análise crítica e reflexiva dos objetivos, das atividades desenvolvidas e competências adquiridas, para responder aos pressupostos do curso de mestrado e aos objetivos específicos traçados inicialmente para cada campo de estágio. A estruturação deste último capítulo foi dividida em quatro subcapítulos correspondentes aos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista preconizadas pela ordem dos enfermeiros (2010), onde é feita a descrição das atividades desenvolvidas enquadradas em unidades de competência presentes em cada domínio.

Com a conclusão pretendo realizar um balanço sobre as competências desenvolvidas e as dificuldades sentidas para a consecução dos objetivos propostos e preconizados para a conclusão deste curso de mestrado, bem como as diferenças evidenciadas na minha prática diária após este período formativo.

2 – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA

A componente prática deste curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica decorreu num Serviço de Cuidados Intensivos e no Contexto Pre-hospitalar no INEM.

O Serviço de Cuidados Intensivos onde decorreu o II módulo de estágio teve a sua abertura em 2004, e a sua missão consiste na admissão de doentes críticos em que a sua situação se preveja reversível assim como, admissão de doentes no pós-operatório imediato que necessitem de monitorização/vigilância ou de suporte de função de órgão com meio técnico adequado. Distingue-se pela excelência nas áreas de follow-up e qualidade de vida pós cuidados intensivos, gestão da emergência médica intra-hospitalar e da sala de emergência, programa de desfibrilhação automática externa da Unidade de Saúde onde se insere; controlo da infeção, ensino e investigação clínica na área do doente intensivo e reanimação.

O serviço tem neste momento em funcionamento oito unidades, podendo a sua lotação ser de doze unidades de acordo com as necessidades de cuidados intensivos. Destas oito, três unidades são quartos de isolamento pressurizáveis e duas delas possuem uma antecâmara. A zona de trabalho é um “*open space*”, da qual faz parte o balcão de trabalho, e é em torno do balcão de trabalho, que se distribuem as camas dos doentes, separadas por cortinas.

Relativamente aos recursos humanos, estes distribuem-se por quatro categorias profissionais: os médicos, os enfermeiros, os assistentes operacionais e os assistentes técnicos. A equipa de enfermagem é constituída pelo enfermeiro chefe, e por três enfermeiros especialistas em exercício da sua especialidade, das quais dois enfermeiros são especialistas em reabilitação e um enfermeiro é especialista em enfermagem médico cirúrgica. A restante equipa é constituída por 21 enfermeiros generalistas.

A equipa de enfermagem está organizada em cinco equipas, com quatro ou cinco elementos cada, sendo um deles o responsável de equipa em cada turno. Este elemento responsável de equipa, na ausência da enfermeira chefe e na ausência de outro substituto, será o responsável pela tomada de decisões para o normal funcionamento do serviço.

A formação em serviço está implementada de uma forma organizada, sob a tutela de um enfermeiro responsável pela formação, e é realizada mensalmente de acordo com o plano de formação em serviço delineado e necessidades formativas da equipa.

O horário em vigor realizado pelos enfermeiros é realizado em turnos rotativos ao longo das 24h e a carga de trabalho dos enfermeiros, bem como a distribuição dos doentes está de acordo com a norma para o cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem previstos no regulamento nº 533/2014 de 2 de Dezembro publicado em Diário da República, ou seja, através do cálculo das horas de cuidados necessários, sendo o rácio habitual de dois doentes por cada enfermeiro.

A dinâmica assistencial do enfermeiro nesta unidade centra-se então na prestação de cuidados a doentes com necessidades de suporte de órgão, cujas funções vitais estão ameaçadas, nas quais se incluem ventilação mecânica invasiva e não invasiva, técnicas dialíticas, complicações pós-operatórias, entre outras.

Por último, os critérios de admissão nesta unidade incluem situações de doença aguda potencialmente reversíveis, no indivíduo com uma ou mais funções vitais em risco imediato, que podem resultar em - Falência respiratória ou hemodinâmica; - Complicações pós-cirúrgicas; - Politraumas, sem indicação neurocirúrgica; - Intoxicações agudas e potenciais dadores de órgãos.

O estágio opcional correspondente ao III Módulo de estágio decorreu na delegação norte do INEM em meios SIV, VMER e CODU.

O INEM define, organiza e coordena as atividades e o funcionamento do SIEM, assegurando a sua articulação com os serviços de urgência e ou emergência nas unidades de saúde a nível nacional. A sua área de atuação abrange a prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar, transporte inter-hospitalar de doentes em situação crítica, formação em emergência médica a todos os intervenientes do SIEM, ações de

sensibilização à população e uma rede de telecomunicações de emergência com aconselhamento médico, incluindo situações específicas, como embarcações (CODU MAR), centro antivenenos (CIAV) e aconselhamento psicológico (CAPIC).

Para o desempenho das suas atribuições o INEM dispõe de diferentes meios tais como: VMER e Ambulâncias SIV; Ambulâncias para transporte Inter-hospitalar pediátrico (TIP); Ambulância de Emergência Médica (AEM); Motociclos de emergência Médica (MEM); Ambulâncias de socorro sedeadas em entidades que são agentes de proteção civil e ou elementos do SIEM (Postos de Emergência Médica e Postos Reserva); Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE); Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM).

A viatura médica de emergência e reanimação (VMER) atua na dependência direta dos CODU, tem base hospitalar e, sendo um veículo composto com uma equipa de médico e enfermeiro, destina-se ao transporte rápido desta equipa de SAV (Suporte Avançado de Vida) ao local onde se encontra a vítima (INEM, 2017). Em cada ativação o médico assume a função de coordenador e responsável de equipa.

Neste módulo de estágio realizei cerca de 60 horas numa VMER sediada num hospital da zona Norte de Portugal, onde a equipa de enfermagem é constituída por 21 enfermeiros que realizam turnos rotativos ao longo das 24h, são habilitados e certificados pelo INEM com curso de VMER, composto por módulos teórico-práticos englobando: SAV adulto, SAV pediátrico, emergências médicas, emergências obstétricas, trauma, telecomunicações e curso de condução defensiva da VMER. Um dos elementos desta equipa exerce as funções de enfermeiro coordenador, simultaneamente com a prestação de cuidados.

Um outro meio, as ambulâncias SIV, têm como objetivo garantir cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida (INEM, 2017). Estas ambulâncias são tripuladas por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH). Neste módulo de estágio realizei cerca de 108 horas numa SIV do Norte de Portugal, sediada numa Unidade de Saúde Familiar, onde a equipa de enfermagem é constituída

por 6 enfermeiros, devidamente habilitados e certificados pelo INEM com curso de SIV e técnicas de emergência. Destes 6 elementos um exerce as funções de coordenador de meio simultaneamente com a prestação de cuidados.

Em ambos os meios, diariamente e em cada turno, é realizada a check list à carga. Na VMER pela equipa médico + enfermeiro, e na SIV pelo enfermeiro + TEPH, repondo possíveis falhas por forma a operacionalizar os meios, permitindo à equipa conhecer o conteúdo / material disponível na VMER e na ambulância SIV, para que numa situação de emergência a atuação seja rápida e eficiente.

Por último, um outro meio onde tive oportunidade de realizar cerca de 8 horas de estágio de observação foi o CODU. O Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), funciona desde agosto de 2011 com abrangência a nível nacional, subdividido em quatro regionalmente – CODU Porto, CODU Coimbra e CODU Lisboa e CODU Faro. O seu propósito é atender as chamadas de pedidos de auxílio médico pelo número europeu de emergência - 112, efetuar a triagem utilizando uma aplicação informática de atendimento designada por TETRICOSY® (*Telephonic Triage and Counseling System*) que perante uma chamada, e de acordo com a utilização dos fluxos de triagem específicos, atribuí uma prioridade à situação podendo as ocorrências ser classificadas como prioridades de P0 ao P9 do mais prioritário para o menos prioritário, disponibilizando os recursos adequados e disponíveis a cada situação, transferindo para Linha Saúde 24 as chamadas não urgentes.

3 – A GESTÃO NA SAÚDE E A SATISFAÇÃO LABORAL COMO PREDITORES DA QUALIDADE DO CUIDADO AO DOENTE CRÍTICO.

Munari e Bezerra (2004), definem gestão como uma arte de pensar, decidir e agir de forma a obter resultados.

Existem inúmeras definições na literatura para a palavra gestão. Após pesquisa bibliográfica e reflexão sobre a mesma, verifiquei que a gestão é um conjunto complexo de atividades que envolve a participação de recursos humanos físicos e financeiros, com vista à obtenção de um resultado passível de ser traduzido em ganhos, quer para uma empresa quer para as pessoas envolvidas em todo o processo (Kottter, 2016). Este conceito relaciona-se com a qualidade, como um requisito fundamental de qualquer setor de atividade e, na saúde, tornou-se uma exigência, uma vez que é o espelho de uma organização.

Uma organização com qualidade é aquela que consegue atingir os objetivos que foram definidos na sua estratégia, garantindo segurança e confiabilidade. Em Saúde, a qualidade está associada às necessidades das pessoas, pelo que não é entendida por todos do mesmo modo, ou seja, cada pessoa entende a qualidade nos cuidados de uma forma individual e, esta subjetividade nas suas múltiplas interpretações, é o reflexo da sociedade atual em constante evolução (Pisco e Biscaia, 2001).

Biscaia (2000, p.11) define qualidade como “*Um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo uma melhoria contínua.*” O mesmo autor relaciona a qualidade na saúde com efetividade, eficiência, aceitabilidade e equidade, manifestados por todos os intervenientes envolvidos na prestação de cuidados e não apenas pelos recetores dos mesmos.

De acordo com Hanefeld et al (2017) as políticas de saúde internacionais centradas apenas na expansão e no acesso aos serviços básicos de saúde, negligenciando a qualidade, têm vindo a modificar totalmente a seu paradigma. O mesmo autor, refere que a exigência não só de melhoria na qualidade técnica, mas também na identificação das necessidades e centralização no paciente através de um continuum de cuidado, obtidas através de uma avaliação da perceção da qualidade do cliente, e o desenvolvimento de indicadores de qualidade baseados nesta avaliação, são os fatores que impulsionam a procura do cuidado em determinada instituição.

A Organização Mundial de Saúde sugeriu em 2006 o modelo Plan, Do, Study, Act (WHO, 2006), onde através da reflexão sobre a prática se procura melhorar os cuidados de saúde às populações. Esta organização faz referência à importância do trabalho em equipa respeitando os 4 E's: Envolver, Educar (Formação), Executar, Estimar (Avaliar) (WHO, 2012). Este modelo de prática vai de encontro ao desenvolvimento de padrões de qualidade cada vez mais exigidos na prestação de cuidados de saúde.

Entre 1990 e 2015 a direção geral de saúde, participou num estudo longitudinal internacional envolvendo 195 países, relativo ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde – Índice de Acesso e Qualidade dos Serviços de Saúde (Healthcare Access and Quality Index), publicado na revista *The Lancet online*. Neste estudo, Portugal evidenciou melhoria nos indicadores de qualidade de saúde e acesso, tendo ficado em 31º lugar comparativamente com outros países de maior rendimento, como a Islândia, a Suíça e a Noruega (Barber et al, 2017). Também no nosso país, a estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio identifica a obrigação das instituições e dos profissionais de saúde em assegurar que os cuidados de saúde que prestam aos cidadãos respondam a critérios da qualidade, identificando um conjunto de prioridades e de ações para o seu reforço, no âmbito da melhoria da qualidade. As prioridades a reforçar são as seguintes:

Prioridade 1. Melhoria da qualidade clínica e organizacional

Prioridade 2. Aumento da adesão a normas de orientação clínica

Prioridade 3. Reforço da segurança dos doentes

Prioridade 4. Monitorização permanente da qualidade e segurança

Prioridade 5. Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde

Prioridade 6. Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Para cada uma destas prioridades são estabelecidas ações para o seu reforço.

No mesmo documento a administração central do sistema de saúde (ACSS), define uma lista de indicadores para a monitorização da qualidade e o Despacho n.º 5739/2015, de 29 de maio, determina a divulgação trimestral de indicadores de qualidade das entidades do Serviço Nacional de Saúde, como forma de alerta e reforço desta iniciativa. Desta forma, a evidência demonstra que a preocupação com a qualidade tem sido uma prioridade na nossa política de saúde, que se tem vindo a aperfeiçoar para que a mesma seja, não só implementada, como reconhecida por todos os intervenientes, nomeadamente os enfermeiros.

Segundo um parecer emitido pelo International Council of Nurses (ICN, 2000), intitulado “Management of Nursing and Health Care Services”, os enfermeiros, como relevantes intervenientes de qualquer sistema de saúde, devem contribuir para a melhoria da política de saúde a nível local, nacional e internacional, através de papéis de gestão e liderança, promovendo a satisfação no trabalho e melhorando a qualidade dos cuidados para os consumidores de saúde.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015b) reconhece a gestão como uma área de intervenção de enfermagem. No perfil de competências para o enfermeiro gestor, a OE ressalva no artigo 6º a competência do domínio da assessoria que visa a garantia da implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem através da elaboração e implementação de projetos e programas na área da qualidade.

O enfermeiro, neste caso que exerce funções de gestão, assume assim a responsabilidade na melhoria da qualidade dos cuidados, exercendo a sua atividade em concordância com as práticas mais atuais, refletindo sistematicamente sobre as mesmas e garantindo que os seus colaboradores correspondem em concordância com a qualidade exigida.

Relativamente ao enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, exige-se que este faça a diferença, que demonstre não só capacidade técnica de exercício e prestação de cuidados seguros ao doente

em situação crítica, como o empenho na melhoria do cuidado assistencial no que concerne à prevenção e controlo de infeção, organização dos cuidados, bem-estar, autocuidado e readaptação funcional do doente/família, prevenção de complicações, promoção da saúde e satisfação do cliente (OE, 2015c). Por conseguinte, a exigência desta melhoria da qualidade dos cuidados a prestar ao doente em situação crítica deve garantir uma assistência precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, sendo o enfermeiro especialista nesta área um arquétipo de qualidade, capaz de ajudar todo o núcleo a vivenciar processos complexos de doença.

O desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, permite ao enfermeiro o seu empoderamento, a melhoria da capacidade interventiva e eleva a qualidade dos cuidados prestados. Neste pensamento, para que o trabalho do enfermeiro especialista seja notado, o desenvolvimento de competências adquiridas durante o curso de especialidade devem ser diariamente aperfeiçoadas em consonância com a realidade da prática e, se possível, a existência de um enfermeiro especialista em cada turno deveria ser viável, acrescentando valor ao cuidado. Assim, a gestão da qualidade em enfermagem é uma atividade complexa, em constante mutação, onde o enfermeiro especialista na área do doente crítico assume um papel preponderante como um visionário, antecipando-se às mudanças, cultivando a sua equipa para a excelência dos cuidados.

Nesta ordem de ideias, o saber lidar com a complexidade da prática de enfermagem de hoje e conseguir motivar uma equipa de enfermagem para a sua satisfação laboral, é um importante desafio para o enfermeiro que gere. O termo satisfação é complexo e difícil de definir devido à sua subjetividade, mesmo assim, existem inúmeras definições para a satisfação no trabalho, por ser de elevado interesse para as organizações, este tema tem sido bastante estudado nos últimos anos.

Segundo Melo (2011), a satisfação no trabalho consiste em sentimento de bem-estar resultante da interação de vários aspetos ocupacionais, podendo influenciar a reação do trabalhador com a organização, clientes e família. Evangelista et al (2015) refere-se à satisfação laboral como um fenómeno complexo e subjetivo relacionado com aspetos do trabalho e influenciado por diversos fatores como autonomia, interação, status profissional, requisitos do

trabalho, normas organizacionais e remuneração. Graça (1999) reporta-se à satisfação no trabalho como o resultado da avaliação periódica que uma pessoa faz em relação aos seus valores, necessidades, preferências e expectativas profissionais.

Refletindo sobre este tema, entendo por satisfação no trabalho, a manifestação por parte de um colaborador de um ambiente de realização profissional, com oportunidades de crescimento e bem-estar geral, que permita o suscitar constante de interesse e atingimento do seu máximo potencial (Régis e Lopes, 2001).

Não raras vezes se confunde satisfação no trabalho com motivação. Segundo Batista et al (2005, p.85), a motivação consiste “no desejo inconsciente de obter algo ou como um impulso para a satisfação” sustentando o comportamento das pessoas, demonstrando assim a diferença entre as duas e ao mesmo tempo que, apesar de diferentes, ambas estão interligadas.

Os enfermeiros na sua maioria, desempenham a sua função integrados numa equipa e, um elemento fulcral e parte integrante de determinada equipa é o enfermeiro chefe, cuja responsabilidade assenta também na motivação do seu grupo a fim de juntos concretizarem os objetivos da organização. Carvalho et al (2006) no seu estudo, conclui que existem vários fatores que influenciam a satisfação no trabalho, entre eles o papel do líder. Existem no entanto diferenças entre um líder e um gestor, de acordo Melo e Santos (2017) o gestor direciona a sua atenção para o burocrático da organização, enquanto que o líder possui características relacionais e centra-se numa abordagem comportamental. Ambos, são importantes e espera-se que estas duas características se encontrem numa só pessoa. Deste modo, entende-se que um dos grandes desafios da gestão em enfermagem, consiste ter as pessoas certas nos locais certos, em maximizar o desempenho e qualidade de vida dos enfermeiros, ou seja, conseguir manter os enfermeiros satisfeitos com o seu trabalho, com as condições do seu trabalho, obtendo assim os melhores resultados em termos da qualidade dos cuidados prestados.

A competência de avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros faz parte do regulamento de perfil de competências do enfermeiro gestor (Regulamento n.º 101/2015), emanado pela ordem dos enfermeiros. (OE, 2015b). Também a Ordem dos Enfermeiros, no documento intitulado “padrões

de qualidade dos cuidados em enfermagem” faz referência à satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional como um importante elemento a ter em conta na organização dos cuidados de enfermagem, tendo em vista a máxima eficácia e a excelência no exercício da profissão (OE, 2001). Assim, conhecida a relação da satisfação dos profissionais com a qualidade do trabalho prestado, torna-se importante conhecer o nível de satisfação dos colaboradores, que em contexto de cuidado ao doente crítico deve ser criteriosamente analisada.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2008, p.9), define doente crítico como *“aquele em que, por disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”*. Entende-se nesta definição que o cuidado a prestar a estes doentes em situação de vulnerabilidade, exigem uma atuação imediata prestando cuidados com um elevado grau de complexidade envoltos em stress físico e emocional, partilhados por toda a equipa.

Este cuidado ao doente crítico, apesar da sua importante componente tecnicista não deve nunca descurar a essência da enfermagem enquanto ciência e arte de cuidar. De acordo com Sá et al (2015 p. 33) *“o paradigma do cuidado holístico e individualizado à pessoa em situação crítica e sua família requer dos enfermeiros uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar.”* Para este especial cuidado, tem sido imposto aos enfermeiros o desenvolvimento de um corpo de conhecimento cada vez mais fundamentado, ou seja, os enfermeiros têm desenvolvido cada vez mais investigação que fundamente a sua prática, tornando o cuidado ao doente em situação crítica mais humanizado e individualizado, sem esquecer o contexto onde o doente esta inserido e a sua família.

No regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2010, p.1) os cuidados de enfermagem a estas pessoas *“são cuidados altamente qualificados prestados de forma continua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades”*. Deste modo, os cuidados à pessoa em situação crítica terão de ser cuidados especializados, prestados por enfermeiros motivados,

satisfeitos com o seu trabalho, com um conhecimento atual e abrangente, prestados sem erro, evidenciando a qualidade da profissão e da instituição que representam.

4 – DESCRIÇÃO E REFLEXÃO CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A ordem dos enfermeiros nos seus estatutos, refere que os seus membros têm como deveres em geral contribuir para dignificação da profissão, promovendo a qualificação profissional através do desenvolvimento de competências especializadas e acrescidas, adotando medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (OE, 2015a).

O enfermeiro especialista define-se como um enfermeiro com certificação académica com um curso de especialização, a quem é reconhecido conhecimento científico, perícia técnica e habilidade humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (OE, 2010). Assim, pressupõe-se que as competências desenvolvidas ao longo de um curso de especialização, representem ganhos em saúde beneficiando os utentes com a prestação de cuidados individualizados e especializados de acordo com as diretrizes de cada especialidade.

No decorrer deste curso de mestrado foram propostos objetivos e ao longo da vertente prática foram desenvolvidas competências que se enquadram nos quatro domínios de competências especializadas emanadas pela ordem dos enfermeiros no seu documento de competências comuns de enfermeiro especialista (OE, 2010). Com a finalidade de tornar este documento congruente com as competências comuns do enfermeiro especialista, a descrição das atividades e as competências adquiridas estão organizadas nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

4.1 –Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

Independentemente da área de especialidade, o enfermeiro como provedor e cuidados à pessoa em situação de vulnerabilidade tem como responsabilidade maior a defesa da dignidade, a proteção dos direitos da pessoa, a salvaguarda da qualidade e a garantia de segurança nos cuidados. Segundo a ordem dos enfermeiros (2010), a ética profissional do enfermeiro especialista pressupõe o desenvolvimento de competências e habilidades de tomada de decisão sobre as melhores práticas suportadas por princípios, valores e normas deontológicas que garantam um exercício seguro da profissão.

Neste âmbito um dos principais objetivos transversais aos dois módulos de estágio relativos a este domínio era **tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e à responsabilidade ética e social**, tendo desenvolvido atividades e reflexões com vista à sua consecução.

De acordo com Watson, (2002) hoje a enfermagem é uma profissão com formação científica e uma prática de expressão humanista. Com este foco, tentei ao longo deste período demonstrar em cada situação complexa habilidades para cuidar a pessoa e família de uma forma holística, nas perturbações decorrentes da situação crítica de doença.

Ao longo deste processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, procurei sempre desenvolver uma metodologia de cuidado eficaz, que garantisse responsabilidade profissional e ética, procurando salvaguardar a privacidade, as crenças e vontade dos utentes.

De acordo com o artigo 9º do REPE, as *intervenções de enfermagem são autónomas e interdependentes*. Assim, todas as intervenções de enfermagem pressupõem uma prescrição, uma intensão e uma decisão para a sua realização, evidenciando a autonomia e a responsabilidade da nossa profissão (Nunes, 2016). A mesma autora defende ainda que autonomia da decisão em enfermagem reflete-se em qualquer decisão para o cuidar, inevitavelmente ligada à nossa obrigação profissional e ao compromisso que assumimos ao ingressar nesta profissão (Nunes, 2016).

Ao longo deste período de estágio, todas as minhas intervenções ao doente partiram de decisões fundamentadas, ou seja, apenas prestava cuidado ao doente com certeza que este seria o cuidado adequado e quando surgiam dúvidas estas foram sempre colocadas e esclarecidas com os elementos da equipa multidisciplinar, evidenciando responsabilidade e ao mesmo tempo refletindo sobre as mesmas por forma a evidenciar espírito crítico e o aperfeiçoamento da competência ao nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2010). Em concordância com esta prática, Benner et al (2011) defende que a prestação de cuidados a um doente em situação crítica exige um conjunto de competências, conhecimentos específicos, capacidade de antecipação e perspicácia na previsão de problemas e instabilidade. A mesma autora afirma que o enfermeiro deve estar capacitado de um julgamento crítico, decidindo e direcionando as intervenções conforme o contexto da prática clínica, alicerçando as suas decisões de cuidar numa prática reflexiva e em permanente aperfeiçoamento.

Na procura deste aperfeiçoamento, várias situações motivaram a minha reflexão e a pesquisa bibliográfica, sobre a melhor atuação baseada na ética e na deontologia profissional.

Ao longo de todo o percurso prático deste curso de mestrado uma questão de interesse foi o consentimento para os cuidados.

Em todos os recetores dos meus cuidados tentei respeitar a sua autonomia de decisão, sugerindo a sua participação, informando sobre os cuidados, com vista à obtenção do seu consentimento para a realização dos mesmos, atuando de acordo com a norma nº15/2013 atualizada em 04/11/2015 da DGS no que diz respeito à obtenção do consentimento numa *“lógica negocial, através de um processo comunicacional, de interação contínua e participada, prolongando-se num tempo útil, definido em cada caso, pela situação de saúde em apreço”* (DGS 2015a, p.5), tendo sempre presente que em qualquer momento existia a possibilidade de revogação deste consentimento.

No serviço de cuidados intensivos, a incapacidade de obter o consentimento informado da forma anteriormente descrita é frequente. Nestas situações a minha prática dos cuidados baseava-se na lógica de um

consentimento presumido fazendo prevalecer “*o dever de agir decorrente do princípio da beneficência consagrado na ética da saúde*” (DGS 2015a, p.6).

Em ambos os contextos da prática, um outro ponto de interesse foi o sigilo profissional na salvaguarda da intimidade dos recetores dos cuidados. No Regulamento n.º 338/2017 de 23 de Junho, emitido pela Ordem dos Enfermeiros, publicado em Diário da Republica, o segredo profissional tem como propósito “*respeitar e proteger o direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, bem como garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde*” (OE, 2017b, p.12770).

Durante a prestação de cuidados, o profissional de saúde tem acesso a um manancial de informação, atual e pregressa que envolve a espera pessoal de cada pessoa, onde o sigilo é moral e éticamente obrigatório. Atuando de acordo com os estatutos da ordem dos enfermeiros no seu artigo 106º uma das minhas preocupações foi na partilha de informação apenas com os implicados no plano terapêutico, salvaguardando o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos (OE, 2015a).

Por último, uma questão relevante que mereceu a minha reflexão em termos éticos prende-se com a decisão de suspensão de manobras em contexto de paragem cardiorrespiratória. Vivenciada sobretudo no contexto pré-hospitalar e com maior relevância em meio SIV, foram várias as situações para as quais foram adotadas medidas de reanimação até à chegada da equipa diferenciada (VMER) que culminaram na irreversibilidade do quadro em que foram suspensas as manobras de SAV. Pese embora seja uma decisão médica, enquanto enfermeira, refleti muitas vezes se as vontades dos doentes aquando da realização de manobras de SAV estaria a ser respeitada, ou seja, se a proporcionalidade dos cuidados iria de encontro com a preferência de cada doente. Numa situação de emergência e em meio pré-hospitalar, é muito difícil saber qual seria a vontade da pessoa e a atuação rege-se pelos princípios éticos da beneficência, não maleficência e diretivas antecipadas de vontade pela consulta do RENTEV – Registo Nacional de Testamento Vital. Após cada caso de reanimação, era realizado um briefing entre equipa com a reflexão sobre a atuação particular de cada interveniente, com a preocupação

constante de atuar da forma mais correta em termos de respeito pela dignidade e vontade da pessoa.

Como forma de garantir a responsabilidade profissional relacionada com a segurança dos cuidados, identificando práticas de risco, durante o estágio do pré-hospitalar em meio SIV, identifiquei uma situação de prática que poderia implicar risco, relacionada com o acondicionamento da medicação numa ambulância, que se traduziu numa oportunidade de melhoria.

A prestação de cuidados seguros, e adequados às necessidades dos doentes, são princípios orientadores que dignificam e notabilizam a prática de enfermagem (Rosa, et al, 2015). A qualidade na prestação de cuidados de saúde traduzida na segurança do doente, nomeadamente a segurança na administração de medicação, tem sido amplamente discutida, motivando o desenvolvimento de vários estudos sobre esta temática.

Uma revisão integrativa da literatura consultada, realizada durante o ano de 2017, que analisou estudos de 2012 a 2016, identificou sete tipos e fatores de erros envolvidos na administração de medicamentos, onde a falha humana é o fator que mais se destaca, quer na prescrição, organização, preparação e administração de medicação, aliados à falta de atenção e à sobrecarga de trabalho (Moreira et al, 2017).

No nosso país, um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 diz respeito à segurança na utilização da medicação. O mesmo documento faz referência a um conjunto concertado de ações com vista à melhor segurança na administração de medicação:

- 1-Publicar normas sobre práticas seguras da medicação.
- 2-Desenvolver sistema de informação para a reconciliação terapêutica das instituições do Serviço Nacional de Saúde.
- 3-Implementar a intercomunicação entre o Portal das Reações Adversas a Medicamentos e o Notific@.
- 4-Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.
- 5-Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco.
- 6-Implementar práticas seguras no âmbito da reconciliação terapêutica.
- 7-Assegurar informatização de sistema de alertas para reações medicamentosas.

8-Auditar, semestralmente, as práticas seguras da medicação (Ministério da Saúde, 2015).

No seguimento do 4º ponto do documento anterior, o Departamento da Qualidade na Saúde (DGS, 2015b) propõe na norma 020/2014 atualizada em 2015, que diz respeito à implementação de práticas seguras na organização e administração de medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA (“*Look-alike*” e “*Sound-alike*”), fundamentando que a existência de denominações (nomes) semelhantes entre medicamentos é uma das causas mais comuns associada aos eventos adversos relacionados com a medicação.

De acordo com esta norma estes medicamentos cujos nomes e/ou fonética e/ou aspecto são semelhantes devem ser diferenciados, por exemplo na sua identificação escrita, incluindo a rotulagem, através da alteração do grafismo na denominação, aplicando o método de inserção de letras maiúsculas e /ou utilização de cores, negrito ou outros por forma a serem facilmente distinguidos.

Também a DGS (2015c), na orientação 014/2015 relativa ao processo de gestão da medicação dá ênfase à seleção, aquisição e armazenamento dos medicamentos transmitindo a necessidade de se verificar periodicamente se as condições de armazenamento asseguram a integridade do medicamento (embalagem, rotulagem, validade e outros requisitos de boas práticas). Face ao exposto, a responsabilidade na utilização de medicamentos é um compromisso acrescido para todos os envolvidos no processo de preparação, armazenamento, organização e administração do medicamento, sendo por isso uma questão de importante reflexão não só porque determina a eficácia dos cuidados como influenciam a segurança e a qualidade dos mesmos.

Assim, durante a realização do estágio curricular no Instituto Nacional de Emergência Médica, pude verificar que a medicação oral e retal que faz parte da carga de uma SIV estava acondicionada numa bolsa dentro do saco de medicação, presa por um velcro, composta por vários sacos iguais, de plástico transparente rotulados, constatando alguma inadequação na identificação dos fármacos e, também, no acondicionamento, tanto mais que a medicação nestas circunstâncias estava exposta a grandes variações de temperatura. No decorrer da identificação desta situação evidenciou-se a necessidade de

redução da possibilidade do erro com a sua administração, pelo que propus à equipa a organização da medicação oral e retal dentro de uma caixa rígida, com várias divisórias, diferenciadas com identificação por cores e letras, onde a medicação fica inclusive protegida da luz e parcialmente do calor – Ver Apêndice I.

Sendo a gestão do controlo da temperatura a grande dificuldade dentro de uma ambulância, após consulta com vários farmacêuticos, a solução encontrada consistiu na reposição / renovação frequente desta medicação com registo de validades e data de reposição, como forma de alerta e também para evitar que, estando exposta durante longos períodos de tempo a variações de temperatura, perca a sua eficácia.

Após autorização da enfermeira coordenadora da SIV, foi organizada a medicação na caixa e colocada dentro do saco de medicação da carga da ambulância, ficando a aguardar o feedback dos profissionais ao longo de duas semanas. Após esse tempo verificou-se que a solução apresentada obteve aceitação por parte dos profissionais da equipa SIV, ficando implementada a sua utilização.

4.2 – Domínio da melhoria contínua da qualidade:

A qualidade associada aos cuidados de saúde deve ser definida à luz das normas técnicas dos prestadores e das expectativas dos clientes (Dias, 2014). Para que os prestadores de cuidados, neste caso concreto os enfermeiros, desenvolvam as suas capacidades traduzidas em competências qualificadas, cada instituição de saúde tem-se apoiado em programas de melhoria contínua da qualidade, por forma a corresponder às necessidades dos seus consumidores de cuidados.

Também a ordem dos enfermeiros, tem desenvolvido esforços para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem ao definir os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, evidenciando a sua preocupação com a temática. Enquanto futura enfermeira especialista procuro desempenhar um papel dinamizador na concretização de projetos inovadores relacionados com a melhoria da qualidade, refletindo sobre as práticas e a segurança nos resultados dos cuidados que presto.

Neste âmbito ao longo dos módulos de estágio, foram definidos vários objetivos, dos quais destaco os seguintes: **Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; Desenvolver a capacidade de comunicação através da comunicação de aspetos complexos de âmbito profissional e académico tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.**

Ao longo das primeiras semanas, além do conhecimento da estrutura física dos vários locais e das diferentes equipas, foi-me permitido conhecer a dinâmica, e a composição das mesmas, incluindo as funções de cada interveniente da equipa multidisciplinar. A abertura e receção aprazível por todos os elementos das várias equipas facilitaram a minha integração eficaz, aumentando a motivação para o desempenho nos módulos de estágio.

No contexto pré-hospitalar o trabalho em equipa assume particular relevância. Pereira e Lima (2009, p.326) referem que “*o atendimento pré-hospitalar pressupõe o domínio do trabalho em equipa, além da formação técnica ou académica de cada profissional*”. Nas diferentes equipas constatei muitas vezes que a comunicação verbal era desnecessária pois cada um dos elementos assumia o seu papel atuando em cooperação ao cuidado à vítima.

Em cuidados intensivos, o trabalho em equipa é visto como uma estratégia de trabalho primordial que, aliada a uma comunicação eficaz, pode interferir na adequada assistência ao doente em situação crítica de doença. De acordo com Camelo e Chaves (2013), o enfermeiro, ao estar habilitado para trabalhar em equipa, consegue construir uma visão global de cada situação mediante a interlocução entre os diferentes profissionais envolvidos no processo do cuidado ao doente, favorecendo a implementação de um plano de cuidados abrangente e a melhoria do prognóstico dos doentes em unidades de cuidados intensivos.

Como já foi referido, a comunicação é um elemento central para o funcionamento de uma equipa. De acordo com Kreps (2015), a comunicação na saúde é um processo complexo que envolve diferentes níveis de comunicação, com numerosos canais em várias situações e contextos.

Nos vários contextos de cuidado hospitalar ou pré-hospitalar, as estratégias de comunicação têm de ser eficazes, não só entre os elementos da

equipa de saúde, mas também com o doente e família. No serviço de cuidados intensivos tive oportunidade de comunicar com alguns utentes que não necessitaram de ventilação invasiva e outros após extubação endotraqueal, transmitindo tranquilidade numa tentativa de propiciar um ambiente de segurança.

Também tive oportunidade de comunicar com os familiares, que me permitiram o desenvolvimento de uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, ao cuidar da pessoa e família a vivenciar processos de doença crítica e ou falência orgânica (OE, 2010). A comunicação com a família realizou-se nos momentos da visita que nesta unidade apesar de ter horário definido, este não é restrito, ou seja, de acordo com o caso particular de cada doente a visita de familiares é permitida mesmo fora do horário. Este procedimento vem de encontro com os resultados de um estudo desenvolvido nos Estados Unidos em 2012 publicado em 2016, onde uma mudança de um horário restrito de visitação familiar para um horário gerido de acordo com o caso do doente, preferências familiares e dinâmica do serviço, permitiu melhorar a satisfação da família, e não evidenciou qualquer impacto ou interferência nos cuidados a prestar ao doente, aumentando a aceitação e a capacitação familiar para lidar com situações complexas de doença (Chapman, 2016).

Ainda no âmbito da comunicação, esta unidade tem desenvolvido esforços para identificação da incidência do síndrome de pós internamento em cuidados intensivos, não só nos doentes após o internamento (SPICI) como nos seus familiares (SPICIF). Neste âmbito, está a decorrer um estudo de investigação nesta unidade que tem como objetivos: identificar a prevalência e os efeitos do síndrome pós-internamento em cuidados intensivos nos doentes e na família, descrever como mitigar o SPICI, e garantir uma transição eficaz do paciente e família após o internamento em cuidados intensivos e o hospital, em concordância com o preconizado por Davidson (2013). Para tal, ao terceiro dia de internamento, é pedido aos familiares após o seu consentimento escrito, o preenchimento de um inquérito caracterizando o familiar cuidador no momento. Após uma semana e após três meses da alta de cuidados intensivos, são realizadas consultas de follow-up na qual tive oportunidade de participar.

As consultas referidas servem para avaliar a recuperação do estado do doente (consulta médica), e a consulta de enfermagem para avaliar as dificuldades enfrentadas pelo prestador de cuidados, o seu nível de ansiedade e depressão, no sentido de o ajudar no desenvolvimento de estratégias para melhorar a sua qualidade de vida enquanto pessoa cuidadora, mas que também evidencia necessidade de ser cuidado. Ao participar nesta consulta de follow-up pode mais uma vez desenvolver competências na melhoria da relação terapêutica com a pessoa e família em situação crítica, na melhoria da qualidade assistencial e na criação de um ambiente terapêutico seguro preconizado no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista e também no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2010) (OE, 2015c).

Nos vários contextos de cuidado a doentes em situação crítica, pode verificar nestes módulos de estágio que, para várias situações, o trabalho está fundamentado em protocolos de atuação.

Uma oportunidade de melhoria identificada no contexto pré-hospitalar foi a contribuição para a revisão do protocolo das disritmias das SIV que, apesar de necessitar de contributos para validação médica, está em vigor desde 2007 e necessita de revisão de acordo com os conhecimentos mais atuais. Sendo o enfermeiro do pré-hospitalar, especificamente o enfermeiro da ambulância SIV, o primeiro a detetar a presença de uma alteração no ritmo cardíaco, torna-se imperativo que este esteja capacitado para interpretar sinais clínicos de gravidade, além de ser detentor de conhecimento sobre a interpretação de traçados eletrocardiográficos que exijam a sua intervenção imediata. Nesta perspetiva procedi a uma revisão da literatura acerca das evidências científicas recentes neste âmbito.

No adulto, as alterações de ritmo que mais frequentemente antecedem os ritmos de paragem, também designadas por disritmias peri-paragem, agrupam-se em: bradicardias; taquicardias de complexos QRS largos, regulares ou irregulares; e taquicardias de complexos de QRS estreitos, regulares ou irregulares. De acordo com Pereira, et al (2015) neste tipo de doentes existem dois princípios fundamentais a considerar: o estado clínico do doente – se doente estável ou instável, ou seja, presença ou ausência de

critérios de gravidade; e o tipo de disritmia, enquadrando a situação num dos grupos anteriormente mencionados.

A prevalência das arritmias na população varia de acordo com cada tipo específico, sendo a fibrilação auricular a arritmia sustentada mais prevalente na prática clínica, com prevalências globais nos países desenvolvidos na ordem de 1,5 a 2% (Gomes et al, 2015). A existência de protocolos de atuação pré-definidos e adequados ao tipo de arritmia e enquadrados em cada situação particular sob a validação médica torna a prestação de cuidados dos enfermeiros SIV ainda mais diferenciados.

Assim, após detetar esta necessidade traduzida numa oportunidade de melhoria, elaborei um documento composto por algoritmos de atuação para as taquiarritmias e bradiarrimias, fundamentados na literatura mais recente, nomeadamente, no manual SAV do ERC 2015 traduzido por Pereira et al (2015), com vista à melhor adequação e prestação de cuidados no contexto pré-hospitalar e em meio SIV a este tipo de doentes. No algoritmo de atuação elaborado para as taquidisritmias destaco a sugestão de adoção da manobra de Valsalva modificada. A manobra de Valsalva convencional é preconizada na presença de taquicardias de QRS estreito, com ritmo regular e na ausência de critérios de gravidade, juntamente com as manobras vagais, tais como a massagem do seio carotídeo. Contudo, a taxa de sucesso desta técnica (Valsalva convencional) é relativamente baixa (apenas 20-25%) (Almeida e Alves 2010).

Vários estudos sugerem a modificação da manobra de Valsalva, que consiste em aumentar o retorno venoso na fase de relaxamento e a estimulação vagal, através do posicionamento na posição supina com os membros inferiores elevados, imediatamente após aumentar a pressão intratorácica até cerca de 40mmHg ao soprar para uma seringa de 10cc tentando empurrar o embolo durante 15 segundos, melhorando a sua eficácia.

Um estudo randomizado controlado realizado no Reino Unido realizado em 2014 concluiu que uma modificação postural simples, sem custos e bem tolerada é altamente eficaz, revertendo mais de 40% dos pacientes a ritmo sinusal em comparação com 17% no grupo submetido à manobra de Valsalva convencional. Neste mesmo estudo, verificou-se que esta modificação da manobra de Valsalva convencional originou uma redução substancial no

número de pacientes que precisavam de outros tratamentos de emergência, particularmente o uso de fármacos como a adenosina (Appelboom et al, 2015).

Corroborando com este estudo, Gonzalez et al (2017) publicou um estudo de caso, onde foi testada a manobra de Valsalva modificada a uma paciente com taquicardia supraventricular paroxística, comprovando a sua eficácia e sugerindo esta técnica modificada como primeira linha de tratamento não farmacológico nas TSV. A revisão bibliográfica realizada e a proposta de algoritmo de atuação ficou a aguardar a análise e validação médica – Ver Apêndice II.

A oportunidade de tomar conhecimento sobre os vários protocolos em vigor, a metodologia de trabalho e as diferentes formas de registos de enfermagem, nomeadamente, os registos realizados na SIV através do uso do registo clínico eletrónico ICARE (Integrated Clinical Ambulance Record) ou em Verbete, serviram para refletir acerca do rigor técnico científico na implementação das intervenções especializadas preconizadas nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica (OE, 2015c) e a sua adequação ao contexto pré-hospitalar. Verifiquei na equipa SIV que existe uma preocupação constante com a documentação dos cuidados prestados, evidenciada pelas auditorias realizadas aos registos em ICARE, onde tive oportunidade de participar, nomeadamente na auditoria aos registos realizados às ativações onde foi aplicado o “Protocolo da Dor Torácica” e, posteriormente, na apresentação dos seus resultados, onde verifiquei que este projeto de melhoria dos registos que se encontra ainda numa fase inicial, será alargado aos restantes protocolos de atuação SIV, o que evidencia uma procura sublime de qualidade, onde a partir de falhas detetadas, foram identificadas oportunidades de melhoria, partilhadas e refletidas em equipa.

Mendes (2013), sugere que os registos e a documentação das intervenções de enfermagem, prescritas e realizadas, enquanto resposta profissional aos diagnósticos de enfermagem identificados, devem traduzir a qualidade dos cuidados de enfermagem. Ao longo de algumas semanas de estágio curricular num serviço de cuidados intensivos, constatei que a realidade da prestação de cuidados de enfermagem abrange uma variedade de

vigilâncias e focos de atenção que em linguagem Sclenic se torna difícil de traduzir.

Um das resistências encontradas nos registos de enfermagem Sclenic nesta unidade foi a documentação do registo da dor e do delirium no doente ventilado, uma vez que até ao momento a versão Sclenic disponível não dispõe as escalas apropriadas para a sua documentação nomeadamente a BPS (Behavioral Pain Scale) e CAM ICU (Confusion Assessment Method for the ICU) respetivamente.

Outro constrangimento detetado foi a avaliação de úlceras de pressão. Os doentes em cuidados intensivos sendo doentes em estado crítico, têm um elevado risco de desenvolvimento de úlceras de pressão associadas a dispositivos. A presente unidade hospitalar segue as orientações da DGS que em 2011 emite a orientação 017/2011 reforçada pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, em que dá ênfase à necessidade de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão em todos os doentes internados independentemente do contexto assistencial e diagnóstico clínico.

A orientação a DGS indica a Escala de Braden como a de eleição na avaliação de úlceras de pressão e reajusta a cronologia das reavaliações, nomeadamente na área de urgência e cuidados intensivos para cada 24 horas.

O que se verifica é que a escala de avaliação de úlceras de pressão instituída e disponível no Sclenic é pouco específica para os doentes de cuidados intensivos. Uma sugestão deixada no serviço foi o desenvolvimento de um projeto/estudo nesta unidade de avaliação e tratamento de úlceras de pressão, utilizando na avaliação de úlceras de pressão uma outra escala - a Escala de Cubbin & Jackson Revista, desenvolvida inicialmente em 1991 no Reino Unido, para adultos e idosos que, tratando-se de uma escala específica para doentes em estado crítico, está validada para a língua portuguesa (Sousa, 2013). Esta escala, num estudo realizado pelo mesmo autor, demonstrou melhores propriedades preditivas globais quando comparada com outras escalas nomeadamente a escala de Braden (preconizada pela DGS) e a escala de Sunderland.

Relativamente à transmissão da informação nos momentos da passagem de turno, no contexto pré-hospitalar, não existe uma passagem de

turno formal, a transmissão de informação é realizada verbalmente em momentos de rendez vous, ou no momento da Triagem de Manchester num serviço de urgência. A Triagem de Manchester é um algoritmo de decisão, cujo objetivo é priorizar os doentes conforme a gravidade com que se apresentam no serviço de urgência onde, mediante uma queixa apresentada é atribuída uma cor, que corresponde a tempo alvo para atendimento médico (Marques e Freitas, 2010). Vários estudos consultados, evidenciam uma relação estatística significativa entre as prioridades mais altas da Triagem de Manchester (vermelha e laranja), a taxa de internamento e a mortalidade (Pereira et al 2017), o que valida a sua importância para sobrevivência do doente que se dirige a um serviço de urgência.

Por constatar que existem por vezes constrangimentos no momento da passagem de informação aquando da realização da triagem do doente num serviço de urgência, realizei uma sessão de formação aos elementos da SIV sobre a versão atual da Triagem de Manchester, o que permitiu à equipa a aquisição de conhecimento acerca do Protocolo Triagem de Manchester versão II e, através da partilha de experiências, sugestões de melhoria para uma transmissão rigorosa de informações clínicas no momento da triagem hospitalar – Ver Apêndice III.

No serviço de cuidados intensivos, a passagem de turno de enfermagem é realizada em dois momentos. Inicialmente é realizado pelo enfermeiro responsável por cada doente um briefing geral sobre o doente para toda a equipa e, num segundo momento, ocorre a passagem efetiva, pormenorizada do doente pelo enfermeiro que está de saída de turno para o enfermeiro que o substitui. Após constatar que o briefing muitas vezes se torna demasiado pormenorizado, pois é difícil realizar a seleção de informação sobre cada doente em cuidados intensivos, neste serviço identifiquei como uma necessidade, a melhoria da transmissão da informação durante o briefing na passagem de turno, para o qual desenvolvi uma folha facilitadora desta comunicação – Ver Apêndice IV.

Em 2006 Chianca realizou um estudo exploratório-descritivo onde concluiu os enganos baseados na informação e as relações entre os profissionais são importantes determinantes para a ocorrência de erro. Chianca constatou ainda que a fase na qual ocorre o maior número de erros é a fase de

planeamento, ou seja, após a transmissão de informação na passagem de turno, sendo este o momento fulcral para a omissão de informações importantes desencadeadoras de erros que serão determinantes no prognóstico dos doentes. Em Portugal a DGS emitiu em 2017 a norma 001/2017 sobre comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, propondo a utilização de uma ferramenta padronizada de comunicação que demonstrou ser eficaz na promoção da segurança na transcrição dos cuidados que, a ser utilizada, funciona como auxiliar de memória para construções elaboradas de informação, para que nada de importante fique por ser transmitido, a partir de uma mnemónica – ISBAR que corresponde a: Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações) (DGS, 2017b). Fundamentada nesta norma, construí e propus ao serviço a folha de briefing para a passagem de turno (Apêndice IV).

Após uma semana do envio por correio eletrónico da folha aos profissionais para apreciação, foram realizadas alterações à mesma, de acordo com as sugestões propostas, foi impressa uma versão teste e colocada no serviço para ser utilizada na passagem de turno, verificando a sua funcionalidade e a adesão da mesma dos profissionais.

Face ao exposto pode-se constatar que longo destas semanas de contexto prático em diferentes locais de cuidado, foi-me permitido o desenvolvendo competências na área da análise e planeamento estratégico da qualidade, através da identificação de oportunidades de melhoria que se traduziram em inovações, no desenvolvimento de novas ferramentas de trabalho, efetivando minha atuação como dinamizadora na melhoria qualidade apresentando soluções eficazes em concordância com as competências comuns do enfermeiro especialista neste domínio (OE, 2010).

4.3 – Domínio da gestão de cuidados

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados emanados pela ordem dos enfermeiros (2001, p.18), *“a organização dos cuidados de enfermagem deve procurar a excelência no exercício profissional, através da utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem*

promotoras da qualidade.” Cunha e Neto (2006), referem que o enfermeiro, como gestor dos cuidados prestados ao utente, deverá deter o conhecimento, as habilidades e as atitudes que possibilitarão o exercício das suas funções, na procura da eficiência. Para tal, torna-se imperativo o desenvolvimento de estratégias pessoais e em equipa, promotoras de cuidados especializados e organizados para a melhor gestão do plano de cuidados de cada utente.

Ao nível do domínio gestão de cuidados definidas pelo regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, espera-se que o enfermeiro especialista adeque os recursos às necessidades de cuidados, utilizando métodos de organização de trabalho adequados, com uma liderança reconhecida e empenhada num ambiente positivo e favorável à prática de cuidados com qualidade (OE, 2010).

Enquadrados neste domínio, foram traçados os seguintes objetivos: **Realizar gestão de cuidados na área de EEMC; Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC; Colaborar na supervisão do cumprimento de procedimentos, normas e recomendações de boas práticas na prevenção e controlo de infeção na área de EEMC; Contribuir no cuidado à pessoa na vivência de processos complexos de doença e/ou falência orgânica através do desenvolvimento da capacidade de antecipação da instabilidade, respondendo de forma pronta e executando cuidados técnicos complexos, no âmbito do suporte básico e avançado e vida.**

Nos diferentes contextos da prática pode verificar diferenças em termos de gestão de cuidados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), a metodologia de organização do trabalho é um dos pontos essenciais na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem. Existem diversas metodologias de organização dos cuidados de enfermagem, cuja distinção se centra no foco de atenção dos mesmos, se são centrados na pessoa ou na tarefa (Marquis e Huston, 2009). Segundo Parreira (2005), verifica-se a nível das organizações inúmeras alterações e combinações entre os vários métodos de organização e gestão dos cuidados de enfermagem fruto da adaptação dos

mesmos às metas institucionais, aos recursos disponíveis, às características das equipas e dos clientes (Parreira, 2005).

A organização e a gestão de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar, concretamente no serviço de cuidados intensivos, está estreitamente relacionada com o trabalho em equipa, onde apesar de um enfermeiro ser responsável por determinado doente, trabalhando em equipa, os conhecimentos e sugestões dos restantes podem ser válidos e contribuir para a participação e gestão do melhor cuidado. No pré-hospitalar a gestão dos cuidados de enfermagem é realizada de uma forma mais solitária em termos de pares, geralmente o enfermeiro trabalha em equipa com um médico ou com um TEPH, ou seja, realiza a sua gestão de cuidados de uma forma individual, guiada por protocolos de atuação. Apesar das diferenças, em ambos os contextos, verifiquei um trabalho centrado no doente e não na tarefa, pormenorizado e adaptado à situação específica de cada um, num conceito de cuidado individualizado sem qualquer interferência da gestão do tempo numa metodologia assistencial eficaz.

Durante o estágio em cuidados intensivos tive oportunidade de observar o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em exercício neste serviço, tentando perceber a sua área de atuação e o seu papel interventivo nesta unidade. Com o objetivo de desenvolver competências ao nível da gestão dos cuidados, por forma a garantir segurança e qualidade nos cuidados (OE, 2010), tive oportunidade de colaborar com o enfermeiro especialista do serviço de cuidados intensivos na realização de algumas das atividades, nomeadamente na revisão dos planos de cuidados no SCLinic dos doentes internados e na realização da supervisão de cuidados, nomeadamente, na verificação da implementação da bundle de prevenção da PAI (Pneumonia Associada à Intubação) em vigor neste serviço, no cumprimento da norma 021/2015 da DGS. Atuando de acordo com esta norma diariamente participei na equação da possibilidade da redução da sonda e o desmame ventilatório, na manutenção da cabeceira das camas a 30º, na higiene oral dos doentes com cloro-hexidina três vezes ao dia e na substituição dos circuitos ventilatórios apenas quando sujos e/ou disfuncionantes (DGS, 2017a).

Numa procura constante de melhoria da qualidade dos cuidados, Cunha e Neto (2006) defendem uma gestão de cuidados centrada mais na satisfação

por parte dos recetores dos cuidados, em detrimento de uma prestação empírica e tecnicista (Cunha e Neto, 2006). Nesta linha de pensamento e, atuando como enfermeira especialista, realizei a gestão dos cuidados do doente ao meu cuidado, atenta a situações imprevistas de instabilidade, no cumprimento de procedimentos normas e protocolos em vigor, desenvolvendo competências ao nível da gestão eficiente dos recursos disponíveis como a seleção e organização de material necessário para o cuidado, pedidos de medicação à farmácia, encaminhamento de pedidos de exames, documentação dos cuidados realizados, estabelecendo uma comunicação adequada com os outros profissionais da equipa de saúde, delegando e supervisionando as tarefas delegadas, mais uma vez na procura de um cuidado seguro eficiente e com qualidade.

No contexto pré-hospitalar, o enfermeiro especialista em funções executa o papel de coordenador de meio além da prestação de cuidados. Ao nível da prestação de cuidados, neste ambiente, os enfermeiros além das competências próprias de um enfermeiro de cuidados gerais, tomam decisões sobre técnicas e meios adequados, rentabilizando recursos, com vista à manutenção ou recuperação das funções vitais do doente para além de demonstrar competências acrescidas e diferenciadas, definidas no regulamento 226/2018 (Regulamento de competência acrescida diferenciada em emergência pré-hospitalar), organizadas em dois domínios de atuação: 1- Prática profissional, ética e legal; 2- Prestação e gestão dos cuidados em emergência extra-hospitalar (OE, 2018).

No seguimento deste segundo domínio de atuação, é esperado que o enfermeiro que exerce funções em contexto pré-hospitalar, seja capaz de mobilizar selecionar e coordenar recursos cognitivos, relacionais, sociais, contextuais e tecnológicos, exercendo a sua atividade com o sentido de garantir uma contínua qualidade dos cuidados de enfermagem em emergência extra-hospitalar (OE, 2018). Estes profissionais além de elevados padrões de conhecimento, capacidade concentração, conseguem com recursos diminutos assegurar cuidados diferenciados com elevada qualidade e em contextos muitas vezes de angústia e intimidação. A prestação de cuidados de saúde em meio pré-hospitalar é como atuar no desconhecido, nunca se sabe o que vai

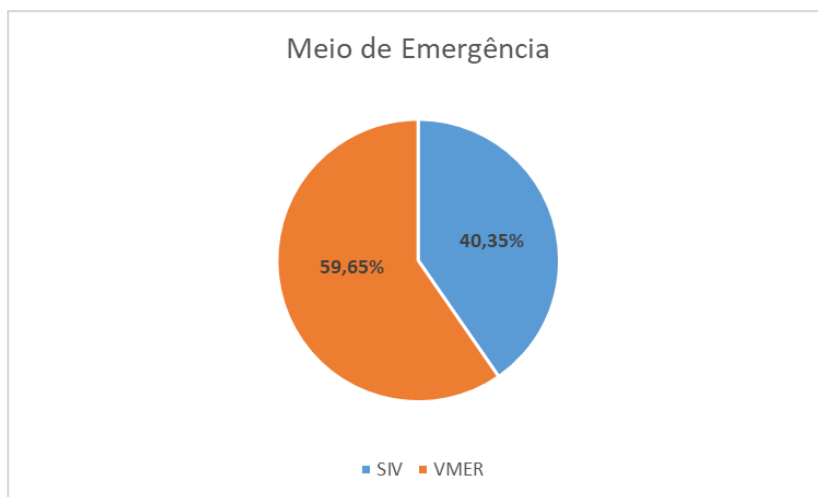
realmente encontrar no local, por mais adverso e hostil que possa ser e sem o suporte de uma vasta equipa e meio ambiente controlado.

Em todas as ativações ocorridas durante o estágio do pré-hospitalar participei na prestação e gestão de cuidados adequados à situação, em colaboração com as diferentes equipas, transmitindo sempre que oportuno sugestões fundamentadas e alternativas com vista ao melhor cuidado ao doente, demonstrando capacidade de antecipação da instabilidade em situações imprevistas e complexas.

Ainda no contexto pré-hospitalar, para conseguir atuar eficazmente nas várias situações imprevistas, foi importante o registo de todas as ativações e a reflexão acerca das mesmas, identificando necessidades de conhecimento, organização e adequação de informação pertinente, por forma a demonstrar uma atuação segura e fundamentada - Ver Apêndice V. A partir destes registos consegui analisar de uma forma geral a minha prática neste contexto.

No gráfico seguinte podemos verificar a percentagem de ativações ao longo do estágio nos diferentes meios (SIV e VMER), num total de 57 ativações.

Gráfico 1: Percentagem de ativações de acordo com o Meio de Emergência

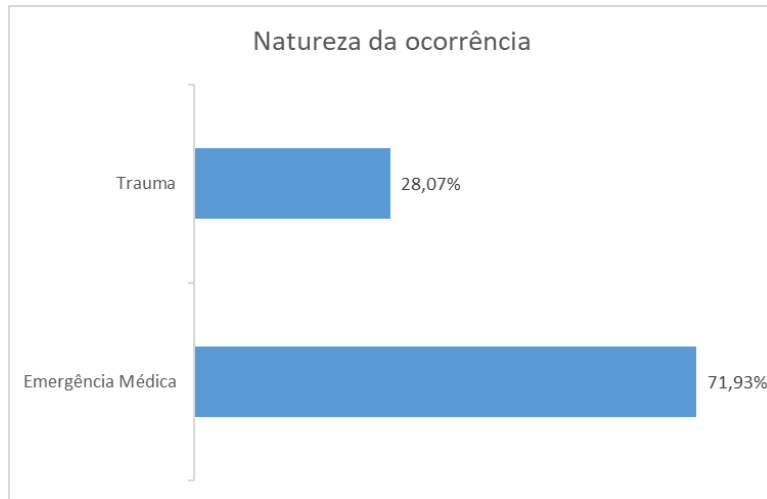


Neste gráfico pode-se constatar que apesar de ter realizado mais turnos em meio SIV (18 turnos), o maior número de ativações foi evidenciado no meio VMER (10 turnos).

No gráfico seguinte é possível verificar que das 57 ativações (100%), uma considerável percentagem esteve relacionada com emergências médicas

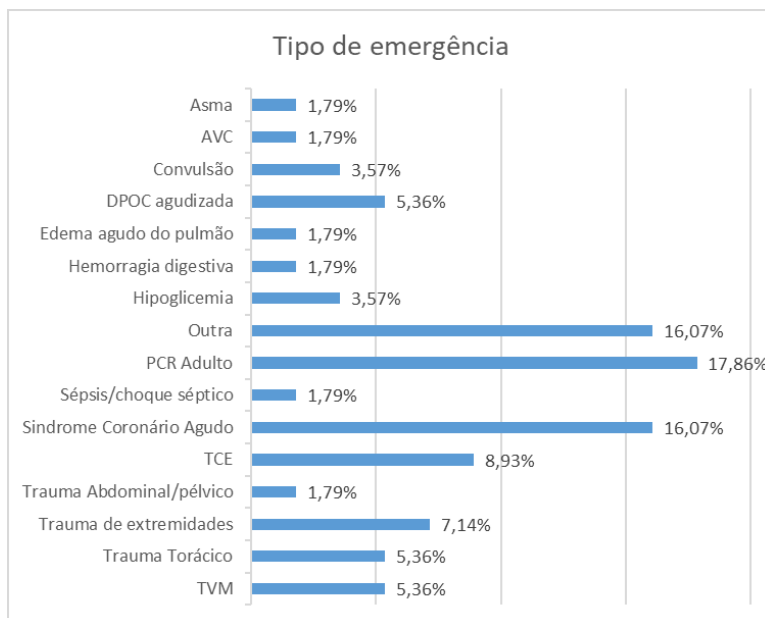
(71,3%), no entanto, o desenvolvimento de competências técnicas de abordagem ao politraumatizado também foi favorecido incluindo experiência em abordagem multi-vítimas (28,07%).

Gráfico 2: Percentagem de ativações de acordo com a Natureza da Ocorrência



O gráfico seguinte pormenoriza as ativações com tipo de emergência ou possível diagnóstico médico inicial.

Gráfico 3: Percentagem de ativações segundo tipo de emergência



Pode-se verificar com análise deste gráfico que a PCR no adulto foi o tipo de emergência que motivou maior número de ativações (17,08%), onde me

foi possível desenvolver competências técnicas específicas de abordagem da via aérea com a colocação de máscaras laríngeas (meio SIV) e prática do algoritmo de SAV adulto (SIV e VMER).

As ativações por dor pré cordial com ou sem alterações no ECG (16,07%), bem como, síncope recuperadas e casos de dispneia representados por “Outra” (16,07%), permitiram o alicerçar conhecimento na abordagem inicial em várias patologias do foro médico nas mais variadas situações imprevistas da emergência extra-hospitalar.

Ao analisar a minha prática em meio pré hospitalar verifico que obtive um manancial de experiencias únicas, enriquecedoras e, a realização desta análise com reflexões diárias da prática foram relevantes, pois permitiram uma melhor sistematização do conhecimento, que se traduziram numa prestação mais eficaz e assertiva.

Por último, ao nível da gestão, ambos os campos de estágio permitiram o desenvolvimento capacidades técnicas, e de conhecimento em termos de gestão de cuidados, quer de forma individual, quer em equipa, conhecimento em termos de gestão de recursos materiais e humanos, evidenciando criatividade, capacidade de tomada de decisão e organização, atuando de acordo com os valores preconizados para o enfermeiro especialista para este domínio (OE, 2010).

4.4 - Domínio das Aprendizagens Profissionais

Na procura do desenvolvimento de competências ao nível do auto - conhecimento, da assertividade e atuação clínica baseada em sólidos padrões de conhecimento (OE, 2010) foram estabelecidos os seguintes objetivos: **Gerir e interpretar de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada; Manter de forma autónoma e contínua o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC; e Participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC;**

A aprendizagem consiste num processo ativo pelo qual se altera o comportamento, que se realiza através da experiência, treino, exercício e estudo (Feldman, 2015).

Ao longo do exercício da profissão, e na vertente académica deste curso de especialidade, foram incorporadas estratégias que permitiram o desenvolvimento de ferramentas de pesquisa, seleção, organização e adequação de informação pertinente por forma a demonstrar conhecimento na área do doente crítico.

No serviço de cuidados intensivos, tive a oportunidade de contactar com um caso interessante pelas suas características específicas no tratamento, nomeadamente a colocação do doente em prone position para recuperação de *ARDS* (Acute Respiratory Distress Syndrome), o que motivou a realização de uma reflexão teórica aprofundada, juntamente com a análise do processo de enfermagem do doente e a elaboração de um plano de cuidados em conformidade com as melhores práticas clínicas – Ver Apêndice VI. A Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda, com o acrónimo *ARDS* caracteriza-se por uma lesão pulmonar aguda, de etiologia primariamente pulmonar em provável contexto de pneumonia ou aspiração de conteúdo gástrico, que origina danos no epitélio alveolar ou extra-pulmonar como consequência por exemplo de sépsis e/ou *SIRS* (Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica). (Taborda et al, 2014).

A *prone position* é uma técnica de posicionamento simples, segura e de baixo custo, desde que realizada por equipas treinadas, acoplado por algumas orientações e contraindicações. Alguns estudos consultados acerca da prone position, evidenciam os seus benefícios, sendo o efeito fisiológico mais importante associado a este posicionamento, a melhoria da oxigenação, devido à diminuição da atelectasia e à redistribuição da ventilação alveolar (Dalmedico et al, 2017). Sud et al (2010) realizaram uma revisão sistemática e meta análise sobre esta técnica e concluiu que a mesma se relaciona com uma redução da mortalidade em pacientes com hipoxemia grave.

Outro tratamento a que este doente tenha sido submetido, não no internamento descrito, mas no internamento anterior, foi o *ECMO* (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation). Sendo uma técnica com uma evolução recente, existem ainda poucos estudos que demonstrem a sua

eficácia com o *ARDS* e na pneumonia, no entanto a técnica de *ECMO* parece relacionar-se com uma redução da mortalidade e com a redução do tempo de permanência em cuidados intensivos (Bourke et al, 2017; Shashvat et al, 2017).

A grande dificuldade nesta reflexão sobre um caso em cuidados intensivos, foi o acompanhamento e a avaliação da implementação do plano de cuidados, uma vez que não pude acompanhar o doente até ao momento da sua transferência para outra unidade hospitalar.

Espera-se também, que um enfermeiro especialista demonstre um conhecimento aprofundado na sua área de especialidade, tendo por base o conhecimento da experiência, e a sua permanente atualização à luz dos mais recentes avanços do estado da arte. Assim, neste período de estágio, além do desenvolvimento da capacidade de autoconhecimento, investigação e pesquisa, tive oportunidade de participar na formação em serviço como formanda e como formadora. Como formanda no serviço de cuidados intensivos, participei na formação sobre a Prevenção de Infecção - 1º Curso da Higiene das mãos - 2ª série, na formação sobre Sedação e Delírium em Cuidados Intensivos e na formação sobre Reciclagem de SAV. No contexto pré-hospitalar participei na formação sobre os resultados das auditorias aos registos ICARE, anteriormente referidos, e ainda numa sessão de formação sobre comunicação eficaz em saúde. O contributo destas formações foi relevante, não só para o desenvolvimento de competências ao nível do curso de especialização, como para a minha prática diária num serviço de urgência

Como formadora, realizei duas ações de formação, a primeira já anteriormente referida sobre a triagem de Manchester na realidade pré-hospitalar e uma segunda decorrente da realização do estudo sobre a satisfação profissional dos enfermeiros no DEMI, apresentando os resultados iniciais do estudo e a sua fundamentação – Ver Apêndice VII, aperfeiçoando a capacidade de comunicação com a equipa multidisciplinar.

Com o exposto, pode-se verificar que ao longo desta componente prática do curso de mestrado, esforcei-me por fundamentar a minha atividade através de uma atualização constante, espelhando este conhecimento nas minhas intervenções diárias, desenvolvendo uma das competências comuns do enfermeiro especialista OE (2010) ao basear a práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Com o objetivo de desenvolver competências de enfermeira especialista sendo agente ativo no campo de investigação (OE, 2010), e conhecida a relação da satisfação dos profissionais com a qualidade do trabalho prestado, aliás considerada “*uma condição imprescindível para a melhoria do funcionamento das organizações*” (Dinis e Fronteira, 2015, p. 19), foi realizado um estudo exploratório, descritivo, de metodologia quantitativa, tendo como sujeitos os enfermeiros a exercer funções no departamento de emergência e cuidados intensivos da unidade de saúde onde realizei o módulo II do estágio, com o objetivo de identificar o nível de satisfação dos enfermeiros com o trabalho no cuidado ao doente crítico.

A ordem dos enfermeiros faz referência à satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional como um importante elemento a ter em conta na organização dos cuidados de enfermagem, tendo em vista a máxima eficácia e a excelência no exercício profissional (OE, 2015b).

Um conjunto de questões norteadoras guiaram a realização deste estudo:

Q1: Qual a satisfação com o trabalho percebida pelos enfermeiros no cuidado ao doente crítico?

Q2: Quais os fatores influenciadores da satisfação com o trabalho dos enfermeiros?

Assim, com este estudo pretendeu-se atingir os seguintes objetivos específicos:

-Conhecer a satisfação profissional dos enfermeiros na prestação de cuidado ao doente crítico.

-Identificar fatores influenciadores da satisfação com o trabalho nos enfermeiros no cuidado a doentes em situação crítica.

A população estudada é composta por 91 enfermeiros do departamento de emergência e cuidados intensivos de uma unidade de saúde. A amostra selecionada é uma amostra não probabilística por conveniência composta pelos enfermeiros em exercício de funções em dois serviços do departamento de emergência e cuidados intensivos da unidade de saúde que aceitassem participar no estudo, sendo este o critério para a sua inclusão neste estudo.

Para a concretização deste estudo, foi utilizada ESET – Escala de Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho, validada para população portuguesa por João et al (2017), publicada em 2017, e a quem foi pedida autorização - Ver anexo A. Esta escala é composta por 37 itens organizados em 6 fatores / dimensões e, tratando-se de uma escala muito recente, não existe até à data da colheita de dados, outros estudos com este instrumento de avaliação da satisfação. As dimensões que compõem a ESET são as seguintes: Satisfação com as chefias; Satisfação com a organização e recursos; Satisfação com a valorização profissional; Satisfação com os colegas de trabalho; Satisfação com a valorização e remuneração; Satisfação com as dotações

A partir da ESET foi construído um questionário – Ver Apêndice VIII. O instrumento de colheita de dados é composto por duas partes, sendo a primeira composta por questões sociodemográficas e profissionais dos sujeitos. Na segunda parte é avaliada a satisfação com o trabalho através da ESET onde cada um dos 37 fatores é traduzido numa escada de *likert* com 5 opções de resposta desde o 1 - discorda totalmente, 2 - discorda bastante, 3 - não concorda nem discorda, 4 - concorda bastante e 5 - concorda totalmente com cada uma das afirmações. Após a sua elaboração, foi realizado o pré teste com 3 enfermeiros que não participaram no estudo e feitas correções em duas questões da caracterização sociodemográfica que suscitaram dúvida na interpretação, tornando o questionário mais claro e objetivo para o seu propósito. -Ver Apêndice VIII.

Antes do lançamento do questionário foi realizado o pedido de autorização ao conselho de administração da unidade de saúde que foi concedido após o parecer favorável da comissão de ética do hospital – Ver Apêndice IX. No dia 17 de fevereiro iniciou-se o processo de colheita de dados, tendo sido o questionário *online* enviado para o endereço eletrónico dos enfermeiros dos dois serviços em estudo. No dia 23 de fevereiro foi enviado um email de incentivo ao preenchimento do formulário e no dia 27 de fevereiro foi terminada a colheita de dados. A confidencialidade dos dados foi salvaguardada e as respostas ao questionário foram voluntárias.

O tratamento dos dados decorreu nos meses seguintes com recurso ao programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 24.

Para que a investigação assuma a sua importância há que dar a conhecer e discutir os seus resultados. Da totalidade da população inquirida (91 enfermeiros), apenas 57 (63%) responderam ao questionário constituindo a amostra. Do total da amostra, 38,6% pertencem ao serviço de cuidados intensivos e 61,4% ao serviço de urgência.

No quadro 1 e 2 é apresentada a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.

Quadro 1 – Caracterização da amostra – variáveis sociodemográficas

Variáveis	N	%
1- Sexo		
Masculino	21	36,8
Feminino	36	63,2
2- Idade		
20-29 anos	5	8,8
30-39 anos	29	50,9
40-49 anos	18	31,6
+ 50 anos	5	8,8
3- Estado civil		
Solteiro	16	28,1
Casado	30	52,6
União facto	7	12,3
Viúvo	4	7,0
Divorciado	16	28,1
4- Número de Filhos		
0	21	36,8
1-2	34	59,6
3 ou mais	2	3,5
5- Habilitações Académicas		
Licenciatura	29	50,9
Pós- graduação	9	15,8
Especialidade	13	22,8
Mestrado	6	10,5

Da observação do quadro 1 constata-se que a generalidade da amostra estudada pertence ao sexo feminino (63,2%).

Relativamente à idade, uma percentagem diminuta dos enfermeiros inquiridos tem menos de 29 anos e mais de 50 anos, sendo o intervalo dos 30 aos 39 anos, aquele com maior representatividade nesta amostra (50,9%).

Os enfermeiros casados (52,6%) compõem a maioria dos inquiridos e os viúvos (7%), os que em menor percentagem foram representados.

No que concerne às habilitações académicas, a amostra, é representada na sua maioria por enfermeiros licenciados (50,9%), verificando-se uma baixa percentagem de enfermeiros com mestrado (10,5%).

Quadro 2 – Caracterização da amostra – variáveis profissionais

6- Categoria Profissional		
Enfermeiro	24	42,1
Enfermeiro Graduado	25	43,9
Enfermeiro Especialista	8	14,0
7- Vínculo com a Instituição		
Funcionário público	15	26,3
Contrato por tempo indeterminado (CTI)	38	66,7
Contrato de substituição (CS)	4	7,0
8- Tempo de Exercício Profissional		
Menor ou igual a 5 anos	5	8,8
6-10 anos	4	7,0
11-15 anos	14	24,6
16-20 anos	17	29,8
Mais de 20 anos	17	29,8
9- Tempo de exercício no serviço atual		
Menos de 2 anos	4	7,0
2-4 anos	10	17,5
5-7 anos	2	3,5
8 ou + anos	41	71,9
10- Está na prestação direta de cuidados		
Sim	56	98,2
Não	1	1,8
11- Carga horária semanal		
40 horas	25	43,9
35 horas	32	56,1
12- Tipo de horário		
Fixo	3	5,3
Por turnos	54	94,7
13- Realiza trabalho noturno		
Sim	52	91,2
Não	5	8,8
14- Serviço onde exerce funções		
Serviço de Cuidados Intensivos	22	38,6
Serviço de urgência	35	61,4
15- Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, escolheria a mesma profissão		
Sim	31	54,4
Não	26	45,6

Em relação à categoria profissional, a amostra é composta essencialmente por enfermeiros (42,1%) e enfermeiros graduados (43,9%), cujo vínculo com a instituição corresponde a um contrato por tempo indeterminado para o exercício do seu trabalho (66,7%).

Em relação ao tempo de exercício profissional, verifica-se uma maior percentagem e semelhante na amostra de enfermeiros que exercem a profissão desde há 16 ou mais anos (29,8%), evidenciando ainda uma elevada percentagem os enfermeiros que trabalham entre 11 e 15 anos (24,6%).

Os enfermeiros inquiridos trabalham na sua maioria há 8 ou mais anos no serviço atual (71,9%), estão na prestação direta de cuidados (98,2%), e realizam trabalhos por turnos (94,7%), incluindo turnos noturnos (91,2%), trabalhando cerca de 35 (56,1%) e 40 horas semanais (43,9%) na sua maior percentagem no serviço de urgência (61,4%).

Quando questionados sobre a possibilidade de voltar a escolher a profissão após anos de exercício, as percentagens das respostas foram muito aproximadas, apesar de maior relevância para os que voltavam a escolher ser enfermeiros (54,4%), existe a evidência de uma elevada percentagem de enfermeiros que está descontente com a opção tomada ao enveredar por esta profissão (45,6%).

Quadro 3 - Avaliação da Satisfação de acordo com as dimensões da ESET

Dimensões / Fatores	Satisfação com as chefias	Satisfação com a organização e recursos	Satisfação com a valorização profissional	Satisfação com os colegas de trabalho	Satisfação com a valorização e remuneração	Satisfação com as dotações
Itens	5,6,10, 14,17,19, 21,24,28, 29,33,35	12,13,18,22, 23,25,26,30	15,16,34, 36,37	1,2,4,9,20	3,8,27,31,32	7,11
Mínimo Possível	12	8	5	5	5	2
Máximo Possível	60	40	25	25	25	10
Média Obtida	36,35	23,58	13,11	16,89	8,23	5,18
Desvio Padrão	12,198	8,044	5,499	4,083	2,903	2,733

Em relação à resposta às questões de investigação, de seguida, apresenta-se a análise global das respostas nas várias dimensões da escala ESET com o objetivo de perceber em que dimensões se verificam maior descontentamento, que possa justificar esta opção de não escolher a profissão.

Pela análise do quadro anterior, relacionando as médias das respostas obtidas com o máximo possível, verifica-se que a média das respostas dos inquiridos é superior para o fator 4 ($\bar{x} = 16,89$) relativo à satisfação com os colegas de trabalho, sendo a satisfação com a valorização e remuneração ($\bar{x} = 8,23$) o fator com uma média de respostas mais baixo em termos de satisfação laboral. O valor de desvio padrão obtido nas dimensões relacionadas com a satisfação com as chefias ($s=12,198$) e com as organização e recursos ($s=8,044$) evidência uma grande dispersão nas respostas nestes dois fatores.

De seguida é feita a análise individual das respostas às questões em cada uma das dimensões de avaliação da satisfação com o trabalho pela ESET.

Quadro 4 – Itens da dimensão Satisfação com as Chefias

Satisfação com as Chefias	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
5- Sinto-me satisfeito com o esforço demonstrado pelas chefias no sentido de melhorar as minhas condições de trabalho.	1	5	2,70	1,28
6- Sinto-me satisfeito com a minha participação na tomada de decisões no meu local de trabalho.	1	5	2,93	1,07
10- Sinto-me satisfeito com o modo como as chefias me dão oportunidade de participar em formação / projetos.	1	5	3,11	1,29
14- Sinto-me satisfeito com o facto de o meu trabalho ser recompensado e/ou valorizado pelas chefias.	1	5	2,33	1,30
17- Sinto-me satisfeito por desempenhar funções de enfermagem neste serviço.	1	5	3,60	1,24
19- Sinto-me satisfeito com as oportunidades de formação proporcionadas pelo meu local de trabalho.	1	5	3,14	1,16
21- Sinto-me satisfeito com a possibilidade de colocar em prática novos conhecimentos no meu local de trabalho.	1	5	3,25	1,14
24- Sinto-me satisfeito com a liberdade que possuo, de acordo com as minhas competências de prestar cuidados adequados aos doentes.	1	5	3,54	1,12
28- Sinto-me satisfeito com as funções desempenhadas no meu serviço.	1	5	3,21	1,15

Quadro 4 – (continuação) Itens da dimensão Satisfação com as Chefias

Satisfação com as Chefias	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
29- Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelas chefias em relação ao trabalho que desenvolvo.	1	5	2,86	1,22
33- Sinto-me satisfeito com os momentos de diálogo e partilha de informação com as chefias.	1	5	2,89	1,18
35- Sinto-me satisfeito com o incentivo por parte das chefias no desenvolvimento de formação.	1	5	2,79	1,29

No quadro anterior pode-se verificar que a amostra se sente relativamente satisfeita por desempenhar funções no serviço onde se encontra atualmente ($\bar{x}=3,60$) e, apesar de uma elevada dispersão nas respostas ($s=1,30$), os enfermeiros sentem-se pouco recompensados / valorizados pelas chefias ($\bar{x}=2,33$).

Quadro 5 – Itens da dimensão satisfação com as Organização e Recursos

Satisfação com as Organização e Recursos	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
12- Sinto-me satisfeito com as condições existentes no espaço físico no qual presto cuidados.	1	5	2,30	1,31
13- Sinto-me satisfeito com as rotinas existentes no serviço.	1	5	2,89	1,14
18- Sinto-me satisfeito com as competências demonstradas pelos outros profissionais de saúde.	1	5	3,21	1,16
22- Sinto-me satisfeito com os equipamentos / materiais existentes no meu serviço.	1	5	2,77	1,05
23- Sinto-me satisfeito com a organização existente no meu local de trabalho.	1	5	2,77	1,20
25- Sinto-me satisfeito com o modo de organização e redação dos protocolos existentes no meu serviço.	1	5	3,05	1,23
26- Sinto-me satisfeito com a qualidade dos cuidados que presto tendo em consideração o contexto no qual desenvolvo funções.	1	5	3,68	1,09
30- Sinto-me satisfeito com o número de protocolos orientadores para o funcionamento do meu serviço.	1	5	2,89	1,22

Em relação à satisfação com a organização e recursos, a amostra demonstrou estar satisfeita com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, apesar do contexto específico do serviço onde exerce funções ($\bar{x} = 3,68$), no entanto, nesta dimensão, apesar de elevada dispersão nas respostas ($s = 1,31$), o item de que evidencia menor satisfação, corresponde às condições de espaço físico existentes em cada local de trabalho ($\bar{x} = 2,30$).

Quadro 6 - Itens da dimensão Satisfação com Valorização Profissional

Satisfação com Valorização Profissional	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
15- Sinto-me satisfeito com o facto de o meu trabalho ser recompensado e/ou valorizado pelos doentes.	1	5	2,70	1,31
16- Sinto-me satisfeito com o modo como sou valorizado pelos doentes e seus familiares.	1	5	2,75	1,30
34- Sinto-me satisfeito com a perceção dos doentes face à atividade que exerço.	1	4	2,32	1,02
36- Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelos doentes face à atividade que exerço.	1	4	2,53	1,15
37- Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelos outros profissionais de saúde face aos cuidados que presto.	1	5	2,81	1,22

No que concerne à satisfação com a valorização profissional, verifica-se que nenhum enfermeiro está totalmente satisfeito (Máximo 4) nos fatores relacionados com o reconhecimento público da profissão, nomeadamente pelos recetores dos cuidados ($\bar{x} = 2,32$), sendo o respeito entre colegas reconhecido e fator de maior satisfação ($\bar{x} = 2,81$), nesta amostra em estudada.

Quadro 7 - Itens da dimensão Satisfação com Colegas de Trabalho

Satisfação com Colegas de Trabalho	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1 - Sinto-me satisfeito com os momentos de dialogo e partilha de informação com os meus colegas de trabalho.	1	5	3,22	0,95
2 - Sinto-me Satisfeito com o espírito de colaboração existente entre mim e os meus colegas de trabalho.	1	5	3,39	1,00
4- Sinto-me satisfeito com o esforço demonstrado pelos meus colegas no sentido de prestar melhores cuidados.	1	5	3,21	1,08
9- Sinto-me satisfeito com a confiança que posso ter nos meus colegas de trabalho.	1	5	3,53	0,93
20- Sinto-me satisfeito pela competência demonstrada pelos colegas da mesma profissão.	1	5	3,54	0,89

Relativamente à dimensão da satisfação relacionada com os colegas de trabalho, os enfermeiros inquiridos sentem-se satisfeitos com a competência dos colegas ($\bar{x} = 3,54$) e confiam nos seus colegas de trabalho ($\bar{x} = 3,53$), evidenciando menor satisfação em relação aos momentos de dialogo e partilha de informação entre colegas de equipa ($\bar{x} = 3,22$), assim como, pelo esforço demonstrado pelos seus pares na prestação de melhores cuidados ($\bar{x} = 3,21$). Tal como anteriormente referido, esta é a dimensão com score mais elevado de satisfação.

Quadro 8 – Itens da dimensão Satisfação com Valorização e Remuneração

Satisfação com Valorização e Remuneração	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
3 - Sinto-me satisfeito com a carga horária no meu local de trabalho.	1	5	2,75	1,27
8- Sinto-me satisfeito com as oportunidades de progressão na carreira.	1	4	1,37	0,72
27- Sinto-me satisfeito com o tempo que tenho de esperar para ser promovido no meu local de trabalho.	1	5	1,46	0,80
31- Sinto-me satisfeito com o meu salário face às funções que exerço.	1	4	1,32	0,63
32- Sinto-me satisfeito com o meu salário face às minhas capacidades / conhecimentos	1	4	1,33	0,69

Da análise das respostas às questões relativas à dimensão valorização e remuneração, verifica-se que no item relacionando a satisfação com a carga horária existiu uma elevada variação nas respostas ($s=1,27$). Verifica-se também que, nenhum enfermeiro está totalmente satisfeito com as oportunidades de progressão na carreira nem com o salário auferido face às funções desempenhadas e face aos conhecimentos /capacidades (Máximo 4), sendo estes também os itens cuja média de respostas foi mais baixa ($\bar{x} = 1,37$; $\bar{x}=1,32$; $\bar{x} = 1,33$) respetivamente. Nesta dimensão, o item que suscita maior satisfação por parte dos inquiridos relaciona-se com a carga horária desempenhada no local de trabalho ($\bar{x}=2,75$). Esta é a dimensão com score mais baixo de satisfação

Quadro 9 – Itens de Satisfação com Dotações

Satisfação com Dotações	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
7- Sinto-me satisfeito com o número de enfermeiros relativamente ao número de doentes aos quais é necessário prestar cuidados num turno.	1	5	2,58	1,41
11- Sinto-me satisfeito com o número de enfermeiros existentes num turno relativamente ao número de tarefas a realizar.	1	5	2,60	1,39

Por último, na análise às respostas à dimensão da satisfação com as dotações, verifica-se uma média de respostas muito semelhantes, quer em relação à satisfação relacionada com número de enfermeiros para o número de doentes por turno ($\bar{x} = 2,58$) ou ao numero de enfermeiros necessários face ao número de tarefas por turno ($\bar{x}=2,60$), verificando-se ainda uma maior dispersão de respostas relativamente às dotações necessárias face ao numero de doente por turno ($s =1,41$).

Segundo Fortin (2009, p.477), *“a interpretação dos resultados é uma das etapas mais difíceis do relatório de investigação, pois implica uma reflexão intensa e análise profunda de todo o processo de investigação e a confrontação dos resultados com outros estudos”*.

O termo satisfação sendo subjetivo, é difícil de estudar ao mesmo tempo que, pode sofrer alterações ao longo do tempo. Por outro lado, neste estudo, podemos verificar que, apenas se obteve uma taxa de resposta de 63% e, dado o método de amostragem, os resultados apresentados apenas traduzem a amostra estudada, não se podendo fazer generalizações.

O instrumento e colheita de dados foi dividido em duas partes sendo a primeira parte, o espelho sociodemográfico e profissional dos inquiridos, onde se salienta que, a amostra estudada é maioritariamente do sexo feminino, o que vai de encontro com os dados estatísticos de membros ativos registados na ordem dos enfermeiros em Dezembro de 2017, onde 58939 são enfermeiros do sexo feminino e 12863 são do sexo masculino (OE, 2017a). E por enfermeiros experientes, estando no exercício profissional no mesmo serviço, há mais de 8 anos que, de acordo com Benner (2001), são considerados peritos ao prestar cuidados complexos, de forma global intuitiva e eficaz, sendo a sua competência reconhecida tanto pelos doentes como por outros profissionais. Quando questionados sobre a possibilidade de voltar ao princípio, os enfermeiros demonstraram que, apesar de uma grande parte da amostra estar descontente com a profissão escolhida, a maioria voltava a enveredar pela ciência e arte de cuidar que é a enfermagem, demonstrando assim, que continuam motivados para o desempenho da profissão.

A segunda parte do questionário consistiu na transcrição e adaptação da ESET, no entanto, devido à não existência de mais estudos com recurso à mesma escala, a interpretação dos resultados foi dificultada. Assim, optou-se por realizar uma análise descritiva pormenorizada às repostas de cada dimensão da ESET.

Alguns estudos consultados utilizando outro tipo de instrumento de avaliação da satisfação no trabalho dos enfermeiros, evidenciaram que os enfermeiros se encontram moderadamente satisfeitos com o trabalho (Sá, 2014; Dias, 2012), no entanto, neste estudo dado o instrumento utilizado, não é possível atribuir uma característica quantificável à satisfação.

A análise das respostas às dimensões da ESET, demonstraram uma maior satisfação com os colegas de trabalho e com as chefias, e menor satisfação com a remuneração e com as dotações, o que provavelmente pode estar relacionado com a sobrecarga de trabalho num serviço de urgência e que

converge com os resultados de um estudo realizado pelos autores da escala (João et al, 2017) que visava a avaliação da satisfação e a qualidade de vida dos enfermeiros de um hospital, cujos resultados evidenciaram menor satisfação com a valorização e remuneração e maior satisfação relativamente à dimensão da relação com os colegas, e vai de encontro aos resultados do estudo de Valente (2013) ao dizer que a satisfação profissional dos enfermeiros relaciona-se com vários fatores desde intrínsecos ao indivíduo como extrínsecos nomeadamente a organização e contexto social e político da atualidade.

A análise pormenorizada das respostas de cada uma das dimensões da ESET, permitiu perceber em que itens os enfermeiros estão menos satisfeitos, assim como, reconhecer fatores suscitadores de maior satisfação laboral. Apesar de gostarem de desempenhar funções no serviço atual, os inquiridos sentem-se pouco valorizados / recompensado pelas chefias, o que vai de encontro com um estudo realizado por Sprandel e Vagheti (2012), onde os enfermeiros inquiridos faziam referência à falta de reconhecimento e de reforço em atitudes positivas por parte da chefia ou direção hospitalar, sendo esta falta de valorização /reconhecimento identificada como um fator influenciador na motivação para o trabalho humanizado.

No que concerne à organização e recursos, apesar de a amostra evidenciar alguma satisfação relativamente à qualidade dos cuidados prestados no contexto onde exercem as suas funções, o espaço físico suscita insatisfação. As condições de trabalho são assim um fator condicionador de satisfação, nomeadamente a falta de recursos materiais, a existência de um ambiente físico desadequado para as necessidades e a elevada carga de trabalho (Lima et al, 2014).

Em relação à dimensão da satisfação relacionada com a valorização profissional, em qualquer organização, o reconhecimento profissional, representa um elemento de grande importância para o desempenho profissional (Batista et al, 2005). No presente estudo, a amostra evidenciou falta de reconhecimento público da profissão que se coaduna com os resultados de Amorim et al (2017), ao referir que os recetores dos cuidados, conhecem poucas atividades exclusivas dos enfermeiros, e poucas vezes conseguem identificar quem são os elementos da equipa de enfermagem,

tornando-se cada vez mais necessário a promoção de ações que evidenciem o trabalho do enfermeiro.

Lima (2014), refere que a satisfação no trabalho é fortemente influenciada por três fatores: o realizar um trabalho com o qual se tem afinidade, a satisfação dos usuários (utentes) e em terceiro lugar o trabalho em equipa. Relativamente à dimensão da satisfação com os colegas de trabalho, neste estudo, a amostra demonstrou necessidade de maiores momentos de dialogo e partilha de informação, que se podem provavelmente traduzir maiores necessidades de reuniões informais, formação em serviço que, eventualmente pode também estar relacionada com elevada carga de trabalho havendo assim, pouco tempo para o diálogo. Um fator identificado como motivo de menor satisfação, relaciona-se com a falta de esforço dos colegas para a prestação de melhores cuidados, ou seja, pode ser sinónimo de desmotivação da equipa. Por outro lado, o reconhecimento da competência dos colegas, o respeito e a confiança nos colegas de trabalho parecem sugerir satisfação.

Em relação à dimensão da satisfação relacionada com a valorização e remuneração, a amostra estudada demonstra menor satisfação com as oportunidades de progressão na carreira e com o salário auferido, corroborando com uma das conclusões de Batista et al (2005), onde a retribuição financeira é indicada como sendo um dos fatores de maior insatisfação no trabalho do enfermeiro.

Por último, uma das dimensões que evidência menor satisfação, são as dotações. O aumento da população mundial e o aumento da esperança média de vida, promove a exigência de maiores necessidades de cuidados de enfermagem, sobretudo a uma população já com várias comorbidades e cada vez mais dependente. O ICN e a Ordem dos enfermeiros definiram as dotações seguras em enfermagem e disponibilizaram vários instrumentos para o cálculo de dotações seguras para cada serviço particular, promovendo um cuidado seguro (OE, 2006). A mesma entidade, definiu através de um regulamento publicado em diário da república em 2014, a norma para o cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, procurando assim, atingir índices de segurança e qualidade nos cuidados dos enfermeiros no nosso país (OE, 2014). A amostra estudada, exerce funções em dois serviços revestidos de elevada imprevisibilidade, tanto em termos de número de doentes por

enfermeiro por turno (serviço de urgência), como em termos de numero de tarefas específicas a realizar (urgência e cuidados intensivos), o que pode justificar a evidência de menor satisfação com as dotações nesta amostra.

Em resposta às questões de investigação, pode-se inferir que os enfermeiros estudados, não estão totalmente satisfeitos com o trabalho que desempenham, no cuidado ao doente crítico, tendo-se identificado diversos fatores causadores de insatisfação, para os quais se espera análise e reflexão por parte dos enfermeiros com cargos de gestão, para que se possam definir estratégias promotoras de satisfação profissional e consequentemente uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Decorrente deste estudo seria pertinente alargar este estudo a outros serviços da mesma unidade de saúde, tal como unidades de cuidados intermédios, onde também o doente em situação crítica recebe cuidados que exigem especial qualidade, prestados por profissionais satisfeitos com o seu trabalho. No final desta etapa, com o desenvolvimento deste estudo adquiri competências no âmbito da investigação, no suporte da prática clínica baseada em conhecimento científico, abrindo a porta para a sua continuidade no futuro.

5 – CONCLUSÃO

Na etapa final deste percurso académico é importante refletir acerca da experiência do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado ao doente em situação crítica, realçando os pontos fortes e algumas limitações que senti ao longo do mesmo.

A prestação de cuidados em situações imprevistas de diferentes contextos de prática a doentes em situação crítica é desafiante, pelo que motivou a minha escolha do serviço de medicina intensiva e pré-hospitalar, como locais de estágio deste curso de mestrado profissional com especialização em enfermagem médico cirúrgica na sua vertente do doente crítico. O desconhecimento da realidade destes dois locais encorajaram ainda mais a minha prestação.

Como elemento fulcral na prestação de cuidados tanto em cuidados intensivos como no meio pré-hospitalar, destaco o trabalho em equipa e a satisfação com o trabalho. De acordo com Costa (2012), no seu livro sobre equipas de alto rendimento, os desafios constantes, exigem de uma equipa uma relação forte de interdependência onde o sucesso é traduzido no esforço constante de direcionar o seu empenho no sentido do alcance de objetivos comuns, neste caso na manutenção ou recuperação das funções vitais da pessoa em situação crítica. Nas várias equipas com as quais tive oportunidade de trabalhar, verifiquei um grande sentido de coesão, equipas funcionais onde as suas atuações de forma sincronizada, sem “atropelos” permitiam o melhor cuidado ao doente. Relativamente à satisfação com o trabalho, no estudo realizado, a generalidade da amostra demonstrou uma maior percentagem de satisfação sobretudo com os colegas de trabalho, mais uma vez valorizando o trabalho em equipa, demonstrado menor satisfação relativamente a valorização e remuneração da profissão, o que nos leva a concluir que provavelmente esta

insatisfação se relaciona com a realidade atual da falta de visibilidade da profissão de enfermagem.

A escolha do tema para este relatório relacionando a gestão com a satisfação e a qualidade no cuidado ao doente crítico vem no seguimento da minha inquietação sobre esta temática, e fundamenta-se nas palavras de Donabedian (1992), conferindo à qualidade do cuidado em enfermagem sete atributos: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, *ou* seja, a procura da qualidade do cuidado deve ser realizada no mais pequeno gesto de cuidado do enfermeiro a todos os doentes que consentem o seu cuidado de forma legítima, prestando os cuidados de modo eficiente e com reconhecida eficácia onde, a gestão dos recursos humanos assume primordial responsabilidade no desenvolvimento destes atributos ao investir na satisfação profissional dos colaboradores.

Durante a componente prática deste curso de mestrado assisti a exemplos de prestação de cuidados à pessoa em situação de vulnerabilidade prestados de uma forma única, fomentando a minha motivação e vontade de aquisição de conhecimento nesta área e na procura de um cuidado com qualidade, solidificado à luz do conhecimento atual.

Ao elaborar este relatório, procurei revelar as experiências vivenciadas nos estágios de cuidados intensivos e pré-hospitalar, sob o ponto de vista do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e Mestrando em Enfermagem, fazendo a ponte entre os objetivos inicialmente propostos e as atividades desenvolvidas durante os estágios para o seu cumprimento. Deste modo a realização deste documento veio permitir uma sistematização do conhecimento adquirido e das competências desenvolvidas ao longo de todo o percurso prático deste curso de mestrado.

Do enquadramento teórico concluo que o reconhecimento social pelo trabalho e o prestígio da função exercida enquanto enfermeiros dependem da satisfação com que se exerce a profissão e que, cada organização pode melhorar a sua eficiência se oferecer aos seus colaboradores condições favoráveis à satisfação profissional e conseqüentemente haverá melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Das competências adquiridas concluo que com a prática e com as atividades desenvolvidas ocorreu o desenvolvimento de conhecimento teórico

e prático no âmbito da responsabilidade ética profissional e legal, na melhoria da qualidade, na gestão dos cuidados e nas aprendizagens profissionais, ao identificar práticas de risco, na garantia da segurança na transmissão da informação, na identificação de oportunidades de melhoria dos sistemas de trabalho, na investigação desenvolvida, no desenvolvimento da capacidade de comunicação, na atuação em equipa e no desenvolvimento do próprio autoconhecimento através de revisões da literatura.

Algumas limitações foram identificadas, e sendo colmatadas com o decorrer dos turnos, com o auxílio das sugestões das orientadoras e com a pesquisa individual. No serviço de cuidados intensivos a maior dificuldade sentida relacionou-se com a gestão do tempo. Ainda neste modulo de estágio, ocorreu o desenvolvimento de um estudo de investigação sobre a satisfação profissional dos enfermeiros, onde se identifica como principal limitação a impossibilidade de generalização dos seus resultados, dado o método de amostragem escolhido e o tamanho da amostra. No entanto, dada relevância da satisfação profissional e a sua relação com a qualidade dos cuidados dos enfermeiros, seria pertinente, alargar o estudo aos enfermeiros do exercício pré-hospitalar, uma vez que são também profissionais envolvidos no cuidado ao doente crítico. Com os resultados deste estudo espera-se que o tema seja motivo de análise por parte das chefias, e um impulsionador de mudanças para que a qualidade dos cuidados saia favorecida.

Em relação ao estágio em contexto pré-hospitalar, o seu início foi marcado por uma certa apreensão juntamente com insegurança pois a incerteza dos cenários e o sentido de responsabilidade no cuidado imediato, tornaram este período de aprendizagem laborioso, mas, em pouco tempo esta limitação tornou-se pouco relevante.

Como contributos, em ambos os locais de estágio identifiquei necessidades e propus ações de melhoria que se traduziram num aperfeiçoamento da qualidade, promovendo o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica e mestre em enfermagem, pelo que, os objetivos inicialmente traçados e reformulados com o decorrer do contexto da pratica, foram cumpridos.

Como consideração final, este curso de mestrado permitiu o meu crescimento não só enquanto pessoa, mas sobretudo como enfermeira, ao sair

da minha zona de conforto, alarguei horizontes em termos de conhecimento, pensamento crítico, capacidade de tomada de decisão, competências de enfermeira especialista e aumentei o know how enquanto mestranda em enfermagem evoluindo de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica emanadas pela Ordem dos Enfermeiros em 2015.

“É preciso perder para depois se ganhar...” Gosto muito de ser enfermeira, e gosto sobretudo de desafios, pelo que a conclusão deste curso de mestrado é o cumprir de mais uma etapa da minha vida profissional com a certeza de que ganhei mais do que o que perdi.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

Almeida, S., & Alves, L. (2010). Disritmias peri-paragem : Abordagem e tratamento. *Rev Port Clin Geral*, 26, 295-302. Retrieved from <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11185/10911>

Amorim, L., Souza, N., Pires, A., Ferreira, E., Souza, M., Vonk, A.(2017). O trabalho do enfermeiro: Reconhecimento e valorização profissional na visão do usuário. *Rev enferm UFPE on line*. 11(5) p.1918-25.

Appelboam, A., Reuben, A., Mann, C., Gagg, J., Ewings, P., & Barton, A. et al. (2015). Postural modification to the standard Valsalva manoeuvre for emergency treatment of supraventricular tachycardias (REVERT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(10005), 1747-1753. doi: 10.1016/s0140-6736(15)61485-4

Barber, R., Fullman N., Sorensen, R., Alexander, L., Ali, R. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet Online*, 390(15), p.231-266. doi: doi.org/10.1016/ S0140-6736(17)30818-8.

Batista, A., Vieira, M., Cardoso, N., Carvalho, G. (2005). Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Revista Esc Enferm USP*. 39(1) p.85-91.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Benner, P., Kyriakidis, P., Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Intervention in Acute and Critical Care: A thinking-in-action approach*. Springer Publishing Company. New York: LLC

Biscaia, J. (2000). Qualidade em saúde uma perspectiva conceptual. *Revista qualidade em saúde pública* – Instituto de qualidade em saúde, pp. 6-10.

Bourke, W., Michelle, L., Alla, E., Ian, M., Nagpal, A. (2017). Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) as a treatment strategy for severe acute respiratory distress syndrome (ARDS) in the low tidal volume era: A systematic review. *Journal Of Critical Care Elsevier*, 41, 64-71.

Camelo, S.H., Chaves L.D.P. (2013). Teamwork as a nursing competence at Intensive Care Units. *Investigación Y Educación en Enfermería*. 31(1). p.107-115.

Carvalho, A., Fernandes, J., Oliveira, L., Zanberlan, C. (2006). Satisfação no Trabalho. *Jornada de pesquisa*, ULBRA.

Chafes, R., Matos, S. A. *Sob a Pele* (2015). *Conversas com Sara Antónia Matos*. Lisboa: Atelier Museu Júlio Pomar. ISBN 978-989-8833-00-6.

Chapman, D. K., Collingridge, D. S., Mitchell, L. A., Wright, E. S., Hipkins, R. O., Butler, J. M. Brown, S. M. (2016). Satisfaction with Elimination of all visitation. *Am J Crit Care*. 25(1) p.46-50.

Chianca, T. (2006). Nursing faults in the recovery period of surgical patients. In *Revista Latino-americana de Enfermagem*. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 14(6) pp.879-886.

Costa, R. (2012). *Equipas de Alto Rendimento - Saber Liderar Equipas de Trabalho* (1st ed.). Lisboa: Editora RH.

Cunha, I., Neto, F. (2006). Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. 15(3) p. 479-82.

[consultada em 20 de Junho de 2018]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a13.pdf>

Dalmedico M., Salas D., Oliveira A., Baran F., Meardi J., Santos M. (2017). Efetividade da posição prona na síndrome do desconforto respiratório agudo: Overview de revisões sistemáticas. *Journal of School of Nursing University of São Paulo*. 51: eo3251 p. 1-8.

Davidson B. J., Harvey, M. Schuller, J. (2013). Post Intensive Care Syndrome: What is and how to help prevent it. In *Revista American Nurse Today*, 8 (5), pp 32-37.

Dias, S. R.S. (2012). Influência dos traços de personalidade no Burnout nos enfermeiros. [Tese de Doutoramento]. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e ciências de Educação. Porto. [Consultada em 8 de Março de 2018].

Dias, L. J. (2014). Sistema de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Um Modelo Construtivo no Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*. 2(1). p39-40.

Dinis, L. I., Fronteira, I. (2015). A influência da rotação no trabalho na satisfação profissional dos enfermeiros num serviço de cirurgia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(5), p. 17-26. [consultada em 20 de Junho de 2018]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14008>

Direção Geral de Saúde. (2011). Orientação nº 017/2011 de 19 de Maio. *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Direção Geral da Saúde. Lisboa.

Direção Geral da Saúde. (2015a). Norma nº 015/2013 de 3 de Outubro atualizada em 04 de Setembro de 2015. *Consentimento Informado Esclarecido e Livre por escrito*. Direção Geral da Saúde. Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2015b). Norma nº 20 /2014 de 30 de Dezembro atualizada em Dezembro de 2015. *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Direção Geral de saúde. Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2015c). Norma nº 14/2015 de 6 de Agosto. *Medicamentos de alerta máximo*. Direção Geral de Saúde. Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2017a). Norma nº 021/2015 de 16 de Dezembro atualizada em 30 de Maio de 2017. *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Direção Geral da Saúde. Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2017b). Norma 001/2017 de 8 de Fevereiro. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde. Lisboa.

Direção Geral de Saúde. (2018). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020*. [consultada em 9 de Abril de 2018]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>.

Donabedian, A. (1992). The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. *QRB - Quality Review Bulletin*, 18(11), 356-360. doi: 10.1016/s0097-5990(16)30560-7.

Evangelista, B., Ferreira, B., Rocha, J., Costa, F., Carneiro, J. (2015). A Satisfação Profissional da equipa da enfermagem: uma revisão da literatura. *Revista Digital EFdeportes*, 202 (19). [Consultado em 10 Agosto 2018]. Disponível em: <http://www.Efdeportes.com/>.

Ferreira, C.; Fernandez, R.; Anes, E. (2017). Satisfação profissional dos enfermeiros do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (15), p. 109-120.

Feldman, R. (2015). *Introdução à Psicologia*. (10ª Edição). McGraw Hill.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-8075-18-5

Fraser, T. M. (1983). *Human stress, work and job satisfaction: a critical approach*. German: International Labour Office. ISBN 92-2-103042-3

Graça, L.(1999). *A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde*. Instrumentos para a Melhoria contínua da Qualidade. Lisboa: Direção de Saúde, Subdireção para a Qualidade. p.1-9.

Gomes, E., Campos, R., Morais, R., & Fernandes, M. (2015). FATA Study: Prevalence of Atrial Fibrillation and Antithrombotic Therapy in Primary Health Care in a Northern City of Portugal. *Acta Med Port*, (28(1), 35-43.

Gonzalez, E., Fernandez, C., Vasconer, S. (2017). Maniobra de Valsalva modificada aplicada a taquicardia paroxística supraventricular. *Revista Cubana De Medicina Intensiva Y Emergencias*, 16(4), 1-6. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2017/cie174a.pdf>

Hanefeld, J., Powell-Jackson, T., & Balabanova, D. (2017). *Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity*. [consultado em 8 de março 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/16-179309/en/>.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). *Plano Estratégico 2017-2019*. Lisboa. Disponível em: <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/07/Plano-Estrat%C3%A9gico-2017-2019-INEM-.pdf>.

International Council of Nurses (2000). *Management of Nursing and Health Care Services*. [consultado em 18 de Novembro 2017]. Disponível em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A08_Management_Nsg_Health_Care_Services.pdf

João, A.L., Alves, C. P., Silva, C., Diogo, F., Ferreira, N. (2017). Validação de uma Escala de Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho, para a população portuguesa. *Revista Enfermagem Referência*. Série IV (12) p. 117-130.

João, A.L., Moura, A., Alves, C., Silva, C., Diogo, F., Ferreira, N. (2017). Avaliação da satisfação e Qualidade de Vida dos Enfermeiros do Hospital de Santarém. *Rev HDS In Fôrma*. Ed. 63. p.9-12.

Lima, L., Pires, D., Forte, E., Medeiros, F. (2014). Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*. 18(1) p.17-24.

Kotter, J. (2016). O que os líderes realmente fazem. In D. Goleman & et al, *Liderança: HBR 10 artigos essenciais 2* (2nd ed.). Coimbra: Atual Editora. ISBN 978-989-694-166-6

Kreps, G.L. (2015). Health communication inquiry and health promotion: A state of the art review. *Journal of Nature and Science*, 1(2), e35, 1-12. Disponível em: <http://www.jnsoci.org/files/html/e35.htm>.

Maia, N. (2012). *Satisfação em enfermagem: comparação entre setor público e privado*, Aveiro: Universidade de Aveiro. [Dissertação de Mestrado].

Marques, A., Freitas, P. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formador* (23rd ed.). Amadora: Grupo Português de Triagem.

Marquis, B. L., Huston, C. J. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application*. (6^a ed). Lippincott Williams & Wilkins.

Martins, S. (2003). *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros. Estudo exploratório em enfermeiros de Centros de Saúde e de Hospitais*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde]. Porto: FPCEUP.

Melo, J., Santos, L. (2017). Estilos de Liderança: Um estudo de caso sobre a percepção de colaboradores de uma instituição de educação superior. *Revista Negócios em Projeção*. 8 (2) p. 98-110.

Melo M., Barbosa M., Souza P. (2011). Job satisfaction of nursing staff: integrative review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.19(4) p. 1047-55.

Mendes, O. M. L. D. V. (2013). *Modelo Clínico de Dados de Enfermagem: A pessoa dependente para se Erguer, Virar e Transferir*. (Dissertação de Mestrado não publicado). ESEP. Porto

Moreira, I., Paes, L., Araújo, L., Rocha, F., Almeida, C., & Carvalho, C. (2017). Erros na administração de medicamentos pela enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research – BJSCR*, 21(3), 95-99. Retrieved from https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180204_153400.pdf

Munari, Denize; Bezerra, Ana Lúcia (2004). Inclusão de competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. *Revista Brasileira*, Brasília, Jun-Ag. 57(4), p.484-6.

Nunes, L. (2016). Desafios da tomada de decisão autónoma em enfermagem. In *Workshop da área de urgência e cuidados intensivos – Partilha de Práticas e Saberes, 17 e 18 Fevereiro de 2016*. Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos Centro Hospitalar de Lisboa Central. Lisboa. pp. 1-13.

Oliveira, M. T. M. (1996). *A metáfora, a analogia e a Instrução do conhecimento científico no ensino e na aprendizagem. Uma abordagem didática. (1ª Ed)*. (Vols 1-2). Lisboa: Secção Autónoma de Ciências Aplicadas.

Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. (2001). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Edição Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Dotações seguras salvam vidas: Instrumentos de informação e Ação*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [consultado 18 de Maio de 2018]. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da Republica nº 35 - 2ª Série. *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Regulamento nº 533/2014 de 2 de Setembro. Diário da Republica nº 233 – 2ª Série. *Norma para o Calculo de Dotações Seguras dos Cuidados em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE* (pp. 95-112). Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento 101/2015 de 10 de Março. Diário da República - 2ª Série. *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2015c) Regulamento 361/2015 de 26 de Junho. Diário da Republica nº 123 – 2ª Série. *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *OEDATA em 31/12/2017, membros ativos*. [consultado em 20 de Junho 2018]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sala-de-imprensa/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

Ordem dos Enfermeiros (2017b). Regulamento nº 338/2017 de 23 de Junho. Diário da Republica nº 120 – 2ª Série. *Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros.(2018). Regulamento nº 226/2018 de 16 de Abril. Diário da Republica nº 74 – 2ª Série. *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Paiva, K., Beppu, O. (2005). Prone Position. *Jornal Bras Pneumol*. 31(4) p.332-40.
Parreira, P. (2005). Organizações. Coimbra: Formasau

Pereira, A., Santos, I., Gomes, E., & Gonçalves, P. (2015). *Suporte Avançado de Vida - Tradução para português das recomendações ERC 2015* (7th ed., pp. 189-202). Porto: Conselho Português de Ressuscitação.

Pereira, M., Guedes, H., Oliveira, L. and Martins, J. (2017). Association between the Manchester Triage System and the final outcome in stroke patients. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(13), pp.93-102.

Pereira, W., Lima, M. (2009). O trabalho em equipa no atendimento à vítima de acidente de transito. *Rev Esc Enferm USP*. 43(2) p.320-327.

Pinheiro, M. F. R. (1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe. *Revista Servir*, 42 (6) Nov. Dez, p.319- 331.

Pisco, L.; Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. ISSN 0870-9025. Volume Temático: 2, 43-51.

Polit, D.F., Beck, C.T., Hungler, B.P. (2004) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5 ed). Porto Alegre: Artmed.

Portugal (1996). Ministério da Saúde. Decreto Lei nº161/96 de 4 de Setembro. Diário da República nº 205/96 – I Série A. *Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portugal (2015a). Assembleia da Republica. Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro. Diário da Republica nº 181 – 1ª série. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa.

Portugal (2015b) Ministério da Saúde. Despacho nº 1400 – A /2015 de 10 de Fevereiro. Diário da Republica nº 28/2015 – 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portugal, Ministério da Saúde. Despacho nº 5613/2015 de 27 de Maio. *Diário da Republica nº 102/15 – 2ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portugal, Ministério da Saúde. Despacho nº 5739/2015 de 29 de Maio. *Diário da Republica nº 104/15 – 2ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

Régis F., Lopes, M. (2001). Qualidade de vida no trabalho: a empresa holística e a ecologia empresarial. *Revista de Administração*. São Paulo. 36(3) p.95-99.

Rosa, R., Gehlen, M., Ilha S., Pereira, F., Cassola, T., Backes, D. (2015). Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção de enfermeiros. *Chile: Ciência y Enfermaria*. 21(3). ISSN 0717- 9553.

Ruivo, M., Ferrito, C. (2010). *Metodologia de Projeto – Coletânea Descritiva de etapas* (Ed.Rev.).

Sá, A. I. G. (2014). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros do ACeS – Um indicador de gestão*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. [Consultada em 8 Março 2018].

Sá, F., Botelho, M., Henriques M. (2015). Cuidar da Família da pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Revista Pensar Enfermagem*. 19(1) p. 31-46.

Shashvat, S., Sethi, J., Ganesh, M., Villablanca, P., Malhotra, A., Ramakrishna, H. (2017). Extracorporeal Membrane Oxigenation in Severe Influenza Infection With Respiratory Failure: A systematic Review and Meta - analysis. *Revista Annals Of Cardiac Anaesthesia*, 20(1), 14-20.

Sousa, B. (2013). Tradução, adaptação e validação para o português da Escala de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson. *Rev Bras Ter Intensiva*. *Rev Bras Ter Intensiva*, 25(2), 106-114. [consultado em 8 de março 2018]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/v25n2a08.pdf>

SPCI, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos (2008). *Transportes de pacientes críticos: recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos [consultado em 18 de Novembro 2017]. Disponível em https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf.

Sprandel, L., Vaghetti, H. (2012). Valorização e motivação de enfermeiros na prespetiva da humanização do trabalho nos hospitais. *Revista Eletrónica de Enfermagem da UFG*. 14(4) p. 794-802.

Steuer, R. S. (1989). *Satisfação no trabalho, conflito e ambiguidade de papéis: estudo junto às enfermeiras de Maternidade Escola do Município de São Paulo*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. [Dissertação de mestrado].

Sud, S., Frieddrich J., Taccome, P., Polit, F., Adhikari, N., Latini, R., Pesenti, A., Guérin, C., Mancebo, J., Curley, M., Fernandez, R., Chan, MC., Beuret, P., Voggenreiter, G., Sud, M., Tognoni, G., Gattinoni, L. (2010). Prone Ventilation reduces mortality in patients with acute respiratory failure and severe hypoxemia: systemis review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*. 36 (4) p.585-589.

Taborda, L., Barros, F., Fonseca, V., Irimia, M., Carvalho, R., Diogo, C., & Ramos, A. (2014). ARDS – casuística de dois anos numa unidade de cuidados intensivos. *Acta Med Port*, 27(2), 211-217.

Tintinalli, J., Stapczynsk, J., Ma, O., Yealy, D., Meckler, G., & Cline, D. (1992). *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide* (5th ed.). United States of America: McGraw-Hill.

Valente, J. P. (2013). *Satisfação profissional dos enfermeiros de um hospital da zona centro*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Viseu. Portugal. [consultado em: 20/03/2018]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/2019>

Watson, Jean (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, 182p. ISBN: 972-8383-33-9.

World Health Organization (2006). *World Alliance for Patient Safety Forward program 2006-2007*. World Health Organization. [em linha]. 64p. [consultado em: 20/03/2018]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf.

World Health Organization (2012). *Investigação em Segurança do Paciente/Doente - Traduzir a evidência em Cuidados de Saúde mais Seguros*. [em linha]. 50p. [consultado em: 29/03/2018]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/Sessao7_PT.pdf.

7 - APÊNDICES

7.1 APÊNDICE I

Acondicionamento de Medicação em Ambulância



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado Profissional com Especialização em Enfermagem

médico-cirúrgica

Acondicionamento de Medicação em uma Ambulância

Estágio Módulo III – Instituto Nacional de Emergência Médica

Tânia Margarida de Sousa e Silva

Nº Aluno: 396416015

Maio de 2018

Índice	Página
Reflexão sobre Segurança para a Administração de Medicação	3
Bibliografia	9

Reflexão sobre Segurança para a administração de Medicação

O exercício de enfermagem em contexto extra-hospitalar é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência, até à unidade de saúde de referência, assegurando uma continuidade de cuidados (Regulamento 226/2018, Ordem dos Enfermeiros).

A prestação de cuidados seguros, e adequados às necessidades dos doentes, são princípios orientadores que dignificam e notabilizam a prática de enfermagem (Rosa, et al, 2015). Assim, a vulnerabilidade da pessoa em situação crítica, exige por parte dos enfermeiros em ambiente extra-hospitalar, a prestação de cuidados imediatos sem erro e onde a administração de medicação assume muitas vezes um papel preponderante para a rapidez na reversão de determinados sintomas.

A qualidade na prestação de cuidados de saúde traduzida na segurança do doente nomeadamente a segurança na administração de medicação tem sido amplamente discutida, motivando o desenvolvimento de vários estudos sobre esta temática. Já em 1963, Florence Nightingale escreveu em “*Notes on Hospitals*” as seguintes palavras “*Primum non Nocere*” que significa não cause dano, ou seja, a segurança do doente foi sempre uma preocupação dos enfermeiros. (Abreu, Rodrigues and Paixão, 2013).

Uma revisão integrativa da literatura consultada, realizada durante o ano de 2017, que analisou estudos de 2012 a 2016, identificou sete tipos e factores de erros envolvidos na administração de medicamentos, onde a falha humana é o fator que mais se destaca, quer na prescrição, organização, preparação e administração de medicação, aliados à falta de atenção e à sobrecarga de trabalho (Moreira et al, 2017).

No nosso país, um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 diz respeito à segurança na utilização da medicação. O mesmo documento faz referência a um conjunto concertado de ações com vista à melhor segurança na administração de medicação:

- 1-Publicar normas sobre práticas seguras da medicação.
- 2-Desenvolver sistema de informação para a reconciliação terapêutica das instituições do Serviço Nacional de Saúde.
- 3-Implementar a intercomunicação entre o Portal das Reações Adversas a Medicamentos e o Notific@.
- 4-Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.
- 5-Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco.
- 6-Implementar práticas seguras no âmbito da reconciliação terapêutica.
- 7-Assegurar informatização de sistema de alertas para reações medicamentosas.
- 8-Auditar, semestralmente, as práticas seguras da medicação.

No seguimento do 4º ponto do documento anterior, o Departamento da Qualidade na Saúde (DGS) propõe na norma 020/2014 que diz respeito à implementação de práticas seguras na organização e administração de medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes, designados por medicamentos LASA, fundamentando que a existência de denominações (nomes) semelhantes entre medicamentos é uma das causas mais comuns associada aos eventos adversos relacionados com a medicação. De acordo com esta norma estes medicamentos cujos nomes e/ou fonética e/ou aspecto são semelhantes devem ser diferenciados por exemplo na sua identificação escrita, incluindo a rotulagem, através da alteração do grafismo na denominação aplicando o método de inserção de letras maiúsculas e /ou utilização de cores, negrito ou outros por forma a serem facilmente distinguidos.

Também a DGS, na orientação 014/2015 relativa ao processo de gestão da medicação dá ênfase à seleção, aquisição e armazenamento dos

medicamentos transmitindo a necessidade de se verificar periodicamente se as condições de armazenamento asseguram a integridade do medicamento (embalagem, rotulagem, validade e outros requisitos de boas práticas).

Face ao exposto, a responsabilidade na utilização de medicamentos é um compromisso acrescido para todos os envolvidos no processo de preparação, armazenamento, organização e administração do medicamento, sendo por isso uma questão de importante reflexão não só porque determina a eficácia dos cuidados como influenciam a segurança e a qualidade dos mesmos.

Durante a realização do estágio curricular módulo III do 10º curso de Mestrado em enfermagem com especialização Médico-Cirúrgica da Universidade Católica do Porto a decorrer no Instituto Nacional de Emergência Médica, em meios SIV, VMER e CODU pude verificar que a medicação que faz parte da carga de uma SIV e VMER, está acondicionada dentro do saco de medicação, composta por Medicação EV, Oral, Inalatória e Retal. Neste contexto foi identificada uma oportunidade de melhoria, para uma ambulância SIV onde se constatou que a medicação oral e retal está acondicionada numa bolsa dentro do saco de medicação, presa por um velcro, composta vários sacos iguais, de plástico transparente, onde a identificação de cada saco de plástico é realizada pelo nome do medicamento escrito num adesivo.

No decorrer da identificação desta necessidade e fundamentada na necessidade de redução da possibilidade de erro com a administração de medicação via oral e retal, propus à equipa a organização da medicação oral e retal dentro de uma caixa rígida, com várias divisórias, diferenciadas com identificação por cores e letras, onde a medicação fica inclusive protegida da luz e parcialmente do calor.

Sendo a gestão do controlo da temperatura a grande dificuldade dentro de uma ambulância, após consulta com vários farmacêuticos, a solução encontrada consistiu na reposição / renovação frequente desta medicação com registo de validades e data de reposição, como forma de alerta e também para evitar que estando exposta durante longos períodos de tempo a variações de temperatura perca a sua eficácia.

No dia 30 de abril, após autorização da enfermeira coordenadora da SIV, foi organizada a medicação na caixa (ver fotos a seguir) e colocada dentro do saco de medicação da carga da ambulância, ficando a aguardar o feedback dos profissionais ao longo de duas semanas.



Foto 1: Apresentação da Caixa



Foto 2: Exterior da caixa

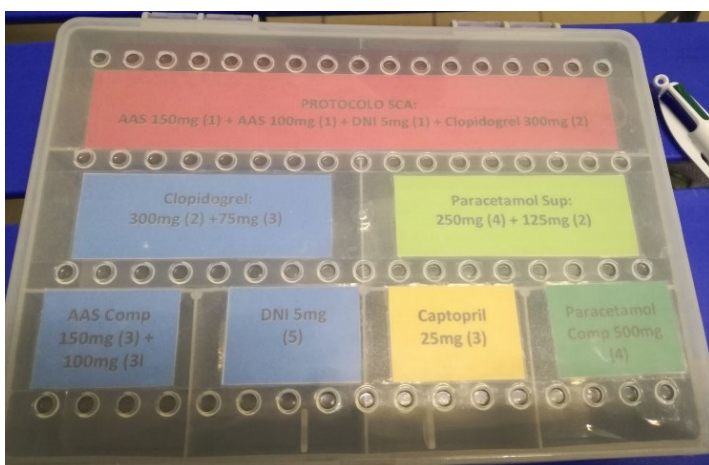


Foto 3: Exterior da Caixa identificação



Foto 4: A Medicação já dentro da caixa



Foto 5: Acondicionamento dentro do saco de medicação

Medicação:		Validades:		Reposição:					
Protocolo SCA:	AAS 150mg (1)	18/10/30		18/05/14					
	AAS100mg (1)	18/05/30		18/05/14					
	DNI 5mg (1)	21/08/30		18/05/14					
	Clopidogrel 300mg (2)	18/10/30	18/10/30	18/05/14	18/05/14				
	Clopidogrel 75mg (1)	18/08/30		18/05/14					
DNI 5mg (5)	19/12/28	19/12/28	23/02/30	21/08/30	27/09/30	18/05/14	18/05/14	18/05/14	18/05/14
Clopidogrel 300mg (2)	18/10/30	18/10/30	18/05/14	18/05/14					
Clopidogrel 75mg (3)	18/10/30	18/10/30	18/05/14	18/05/14	18/05/14				
Captopril 25mg (3)	18/10/30	18/10/30	18/05/14	18/05/14	18/05/14				
AAS 150mg (3)	18/10/30	18/10/30	18/05/14	18/05/14	18/05/14				
AAS 100mg (3)	18/05/30	18/05/30	18/05/14	18/05/14	18/05/14				
Paracetamol Comp 500mg (4)	10/21	10/21	10/21	10/21	18/05/14	18/05/14	18/05/14	18/05/14	
Paracetamol Sup 250mg (4)	05/21	05/21	07/21	07/21	18/05/14	18/05/14	18/05/14	18/05/14	
Paracetamol Sup 125mg (2)	12/13	04/13	18/05/14	18/05/14					

Foto 6: Registo de Validades e reposição de Medicação

Após esse tempo verificou-se que a caixa obteve aceitação por parte dos profissionais da equipa SIV, ficando implementada a sua utilização.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, C., Rodrigues, M., Paixão, M. (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (10), pp.63-68.

Despacho Diário da Republica (2015). *Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020*. (2.^a série Nº 28). Retrieved from <file:///C:/Users/UPc238/Downloads/i021834.pdf>

Moreira, I., Paes, L., Araújo, L., Rocha, F., Almeida, C., & Carvalho, C. (2017). Erros na administração de medicamentos pela enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal Of Surgery And Clinical Research – BJSCR*, 21(3), 95-99. Retrieved from https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180204_153400.pdf

Norma da DGS. (2015). *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes* (020/2014). Retrieved from <file:///C:/Users/UPc238/Downloads/i022010.pdf>

Norma da DGS. (2015). *Medicamentos de alerta máximo*. (014/2015). Retrieved from <file:///C:/Users/UPc238/Downloads/i021922.pdf>

Regulamento Diário da Republica. (2018). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar*. (226/2018). Retrieved from <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115116048/details/normal?l=1>

Rosa, R, et al (2015). Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção de enfermeiros. *Chile: Ciência y Enfermaria*. 21(3). ISSN 0717- 9553.

7.2 APÊNDICE II

Revisão Protocolo Disritmias



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado Profissional com Especialização em Enfermagem

médico-cirúrgica

Revisão Protocolo Disritmias

Estágio Módulo III – Instituto Nacional de Emergência
Médica

Tânia Margarida de Sousa e Silva

Nº Aluno: 396416015

Maio de 2018

ÍNDICE	Página
1- INTRODUÇÃO	3
2- AS PERTURBAÇÕES DO RITMO CARDÍACO	4
3- ATUAÇÃO	6
4- CONCLUSÃO	13
5- BIBLIOGRAFIA	14
APÊNDICES	16
APÊNDICE 1 – Representação esquemática da Manobra de Valsalva Modificada	17

1- INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde em meio pré-hospitalar é como atuar no desconhecido, nunca se sabe o que vai realmente encontrar no local, por mais adverso e hostil que possa ser e sem o suporte de uma vasta equipa e meio ambiente controlado.

Assim, os enfermeiros que exercem este tipo de funções têm de dispor de um grande equilíbrio emocional, conhecimentos técnicos e saber atuar em equipa evidenciando estas características na sua atuação concisa, e eficaz, sem nunca esquecer a essência da profissão.

Enquadrado no 10º curso de Mestrado em enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa surge a opção de realização de um estágio em contexto pré-hospitalar, onde me foi proposto a revisão do protocolo das disritmias para ambulâncias SIV, propondo novos algoritmos de atuação de acordo com evidências científicas recentes.

Assim após revisão da literatura sobre o tema foram elaborados novos algoritmos de atuação que implementados sob validação médica, evidenciam uma proposta de melhoria de acordo com evidências científicas atuais.

2- AS PERTURBAÇÕES DO RITMO CARDÍACO

As arritmias são um grupo patológico heterogénico que ocorrem com elevada frequência e, uma vez que podem ter impacto no prognóstico e sobrevida de um doente, exigem o seu rápido reconhecimento, uma correta avaliação do estado clínico do doente e o início de um tratamento adequado.

Algumas arritmias podem preceder a paragem cárdio-respiratória, ou agravamento do seu estado, pelo que a monitorização o mais rápida possível e a interpretação do ECG são essenciais. Mas não devemos ter só como foco de atenção a alteração no ECG mas enquadrá-la na situação global do doente, ou seja, o ritmo evidenciado no eletrocardiograma (ECG) deve ser interpretado individualmente, no contexto clínico apropriado.

A prevalência das arritmias na população varia de acordo com cada tipo específico, sendo fibrilação auricular a arritmia sustentada mais prevalente na prática clínica, com prevalências globais nos países desenvolvidos na ordem de 1,5 a 2% (Gomes et al, 2015).

Na criança a incidência de arritmias cardíacas relatadas é menor do que as observadas em adultos, e as emergências causadas por arritmias são raras (Magalhães et al, 2016).

No adulto as alterações de ritmo que mais frequentemente antecedem os ritmos de paragem, também designadas por disritmias peri-paragem agrupam-se em:

- Bradycardias;
- Taquicardias de Complexos QRS largos, regulares ou irregulares.
- Taquicardias de Complexos QRS estreitos, regulares ou irregulares.

De acordo com o ERC (2015) neste tipo de doentes existem dois princípios fundamentais a considerar:

- Estado clínico do doente – Se doente estável ou instável, ou seja, presença ou ausência de critérios de gravidade.
- O tipo de disritmia enquadrando a situação num dos grupos anteriormente mencionados.

Seja qual for a arritmia evidenciada, a abordagem a este tipo de doentes deve seguir as seguintes etapas:

- 1ºAvaliar o doente através da metodologia ABCDE
- 2ºAvaliar Critérios de Gravidade
- 3ºMonitorizar ECG, FC, TA e SpO2
- 3ºColocar acesso EV, se apropriado
- 4ºAdministrar O2 se apropriado (por objetivos e adequado ao caso clínico de cada doente)
- 5ºObter ECG 12 derivações (idealmente nos primeiros 10 min após contato com o doente).

A urgência e o tipo de tratamento a ser efetuado relaciona-se com a presença ou ausência de sinais de gravidade. São considerados Critérios de Gravidade (ERC, 2015):

- Choque – Hipotensão (pressão Sistólica < 90mmHg), palidez, sudorese, extremidades frias, confusão mental, ou alteração do estado de consciência.
- Sincope- perda transitória de consciência por diminuição global do fluxo sanguíneo cerebral.
- Insuficiência Cardíaca- edema pulmonar e/ou aumento da pressão venosa jugular.
- Frequências Cardíacas Extremas: Taquicardia extrema ou Bradicardia extrema:

Taquicardia extrema: FC >150bpm que provocam uma rápida redução do débito cardíaco causadas por uma diástole muito curta e incapacidade do coração encher adequadamente havendo uma diminuição do fluxo cardíaco.

Bradicardia extrema: FC <40bpm sobretudo em indivíduos com doença cardíaca já subjacente e com incapacidade de compensação pelo aumento do volume de ejeção.

3- ATUAÇÃO

De acordo a situação clinica do doente e a natureza da arritmia a intervenções devem ser ponderadas tendo em conta os objetivos da atuação, (ERC 2015):

- Eliminar/ e ou corrigir os fatores desencadeantes da arritmia (hipoxia, stress, dor... entre outros)
- Tratar instabilidade elétrica (cardioversão na taquiarrítmia, pacing na bradiarrítmia)
- Intervenções clinicas simples (manobras vagais, pacing de percussão)
- Farmacológico (cardioversão química ou apenas controlo de frequência com fármacos)
- Sem necessidade de intervenção (estabilidade e ausência de sinais de gravidade).

Tendo em conta a definição da estratégia da intervenção adequada a cada caso clinico devemos em todos os doentes sintomáticos e cuja situação evidencie a possibilidade de cursar com sinais de gravidade:

- Abordar a vítima de acordo com o definido no Protocolo Abordagem da Vítima;

Na criança com disritmia:

- Garantir uma oxigenação adequada SPO2 >95%, se necessário suportar a ventilação com mascara ou insuflador manual.
- Contactar CODU para garantir apoio diferenciado e /ou orientação da criança para hospital adequado.

No Adulto com disritmia:

- Pesquisar sinais de gravidade;
- Colocar acesso EV e iniciar NAACL 0,9% a “manter veia“, a 40 gotas/min;
- Administrar O2 se apropriado (por objetivos e adequado ao caso clinico de cada doente)

- Realizar ECG 12 derivações
- Transmitir dados ao CODU: Sexo e idade aproximada, circunstâncias do evento, antecedentes conhecidos, a avaliação clínica inicial incluindo o ECG 12 de modo a que o tipo de disritmia seja identificado e a estratégia de tratamento seja a mais adequada. Esta passagem de dados pressupõe a solicitação de apoio médico que deve ser reforçada sempre que não haja confirmação da sua ativação.

3.1 – Bradicardia:

É considerada bradicardia uma FC <60bpm em repouso.

A bradicardia pode ter várias causas e que devem ser tidas em consideração:

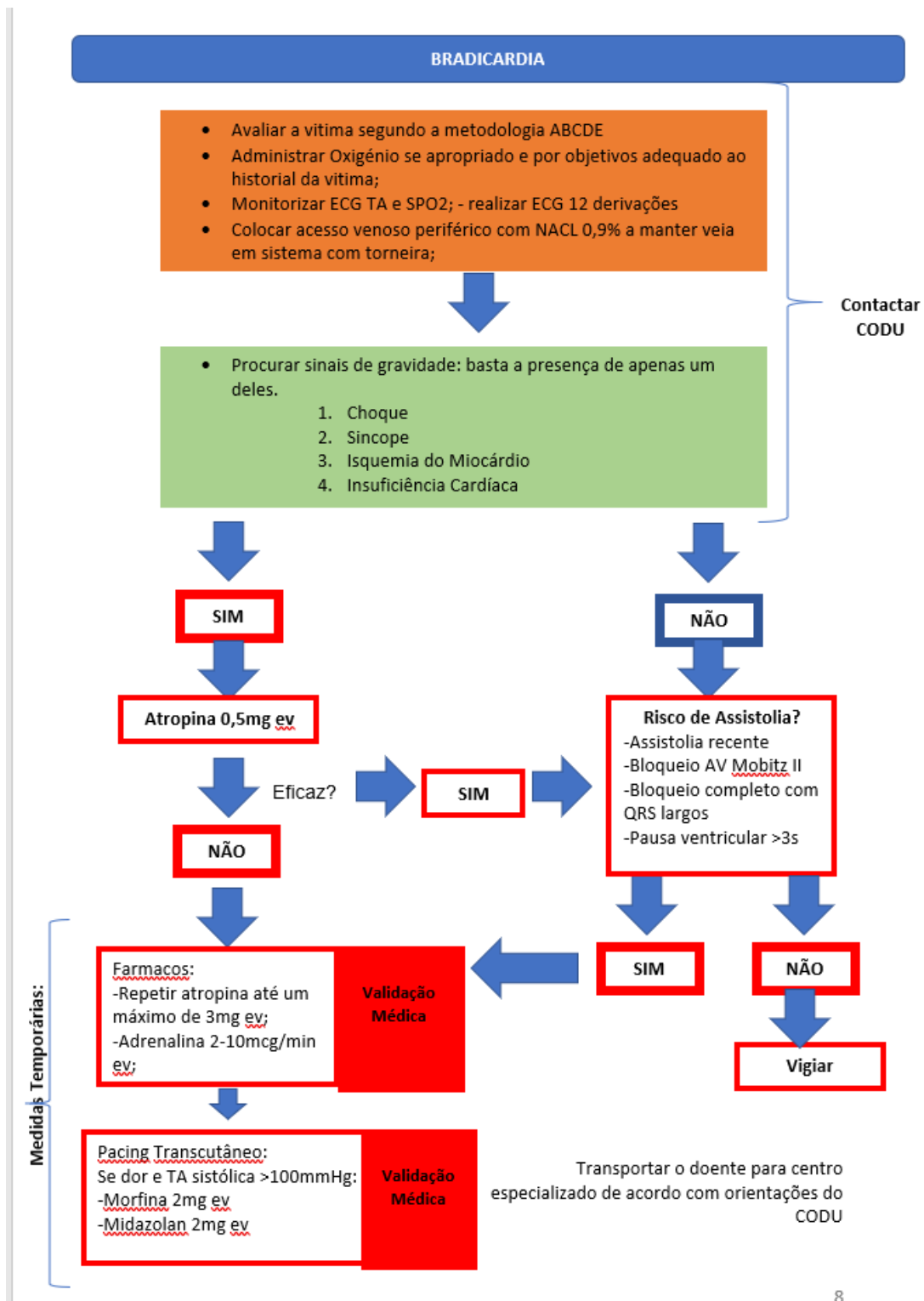
- Fisiológica (atletas)
- De origem cardíaca (por exemplo enfarte do miocárdio, isquemia miocardia hipotiroidismo, aumento da pressão intracraniana)
- Induzida por fármacos (por exemplo digoxina, antagonistas do cálcio).

Na presença de bradicardia, se se verificaram a existência de sinais de gravidade deve-se de imediato começar a tratar. O tratamento inicial é farmacológico: Atropina 0,5mg EV, e se necessário repetir a cada 3 a 5 min até um total de 3 mg.

O pacing é realizado nos casos de não resposta ao tratamento farmacológico e em doentes que apresentem fatores de risco para assistolia (assistolia recente, Bloqueio AV Mobitz II, bloqueio completo com QRS largos e pausa ventricular >3s).

Se o doente não apresenta critérios de gravidade deve-se monitorizar, vigiar e avaliar o doente tentando identificar a causa.

Assim numa vítima adulta com bradicardia sequencia de ações sugerida é a seguinte:



Fonte: Adaptado de Pereira, A., Santos, I., Gomes, E., Gonçalves, P. (2015). *Suporte Avançado de Vida - Tradução para português das recomendações ERC 2015* (7th ed., pp. 189-202). Porto: Conselho Português de Ressuscitação.

3.2 – Taquicardia:

A taquicardia é caracterizada por ritmos cardíacos com frequências rápidas acima dos limites normais para a idade.

As taquidisritmias podem ser classificadas de diferentes formas. Uma das classificações, a mais frequentemente utilizadas em contexto de urgência, tem por base a morfologia do complexo QRS. Num coração estruturalmente normal dificilmente uma FC inferior a 150 bpm resulta em compromisso hemodinâmico (Almeida e Alves, 2010).

De acordo com a morfologia dos QRS podemos classificar as taquiarritmias em taquicardia de complexos largos ou estreitos, ambas possivelmente regulares ou irregulares.

Independentemente da morfologia do QRS o princípio de abordagem inicial à vítima é o mesmo, ou seja, avaliação ABCDE e pesquisa de sinais de gravidade, avaliando se está estável ou instável. Na presença de instabilidade o tratamento imediato recomendado continua a ser a cardioversão sincronizada (até 3 tentativas) – Em contexto pré-hospitalar pedir apoio médico diferenciado.

Na presença de estabilidade importa perceber se o QRS é estreito (<12s) ou largo (>12s) e de seguida se é regular ou irregular.

Na presença de QRS Estreito, com ritmo regular e na ausência de critérios de gravidade, devemos iniciar a realização de manobras vagais tais como a massagem do seio carotídeo ou a manobra de valsalva. Contudo, a taxa de sucesso desta técnica (Valsalva convencional) é relativamente baixa (apenas 20-25%). (Almeida e Alves 2010).

Vários estudos sugerem uma modificação à manobra de valsalva, que consiste em aumentar o retorno venoso na fase de relaxamento e a estimulação vagal, através do posicionamento na posição supina com os membros inferiores elevados, imediatamente após aumentar a pressão intratorácica até cerca de 40mmHg ao soprar para uma seringa de 10cc tentando empurrar o embolo durante 15 segundos, melhorando efetivando a sua eficácia.

Um estudo randomizado controlado realizado no Reino Unido realizado em 2014 concluiu que uma modificação postural simples, sem custos e bem tolerada é altamente eficaz, revertendo mais de 40% dos pacientes a ritmo sinusal em comparação com 17% no grupo submetido à manobra de Valsalva convencional. Neste mesmo estudo, verificou-se que esta modificação da manobra de Valsalva convencional originou uma redução substancial no número de pacientes que precisavam de outros tratamentos de emergência, particularmente o uso de fármacos como a adenosina (Appelboam et al, 2015).

Corroborando com este estudo Gonzalez et al (2017), publicou um estudo de caso, onde foi testada a manobra de Valsalva modificada a uma paciente com taquicardia supraventricular paroxística, comprovando a sua eficácia e sugerindo esta técnica modificada como primeira linha de tratamento não farmacológico nas TSV.

No entanto de acordo com as recomendações ERC (2015), quando as manobras anteriormente descritas não forem eficazes, e não for um flutter auricular, deve-se optar por uma intervenção farmacológica nomeadamente a administração de adenosina um bólus intravenoso inicial rápido de 6 mg podendo ser repetida em dois bólus adicionais de 12 mg após 1 a 2 minutos de intervalo, registando simultaneamente em ECG de 12 o ritmo cardíaco. No caso de contraindicação para administração de adenosina, ou na presença de flutter auricular a opção deve ser por antagonista do cálcio nomeadamente Verapamil ou Diltiazem. (ERC, 2015).

Na presença de taquicardia irregular de complexos estreitos (FA ou Flutter AV variável e na ausência de instabilidade a recomendação do ERC consiste nas seguintes opções de tratamento:

- 1- Controlo da frequência cardíaca com fármacos nomeadamente com betabloqueador (Metoprolol 2-5mg ev em intervalos de 5 minutos até um total de 15 mg);
- 2- Controlo de Ritmo (cardioversão química) onde se deve ponderar a administração de Amiodarona (dose de carga 300mg /100cc Sg5% durante 30-60 min de acordo com estabilidade) ou Digoxina (0,25mg em bólus) na presença de insuficiência cardíaca. Crijs et al 2014 publicou um estudo

internacional sofre a eficácia e opções de tratamento em doentes com FA de início recente, demonstrando que o efeito da amiodarona aumenta a eficácia da cardioversão elétrica e a manutenção do ritmo sinusal.

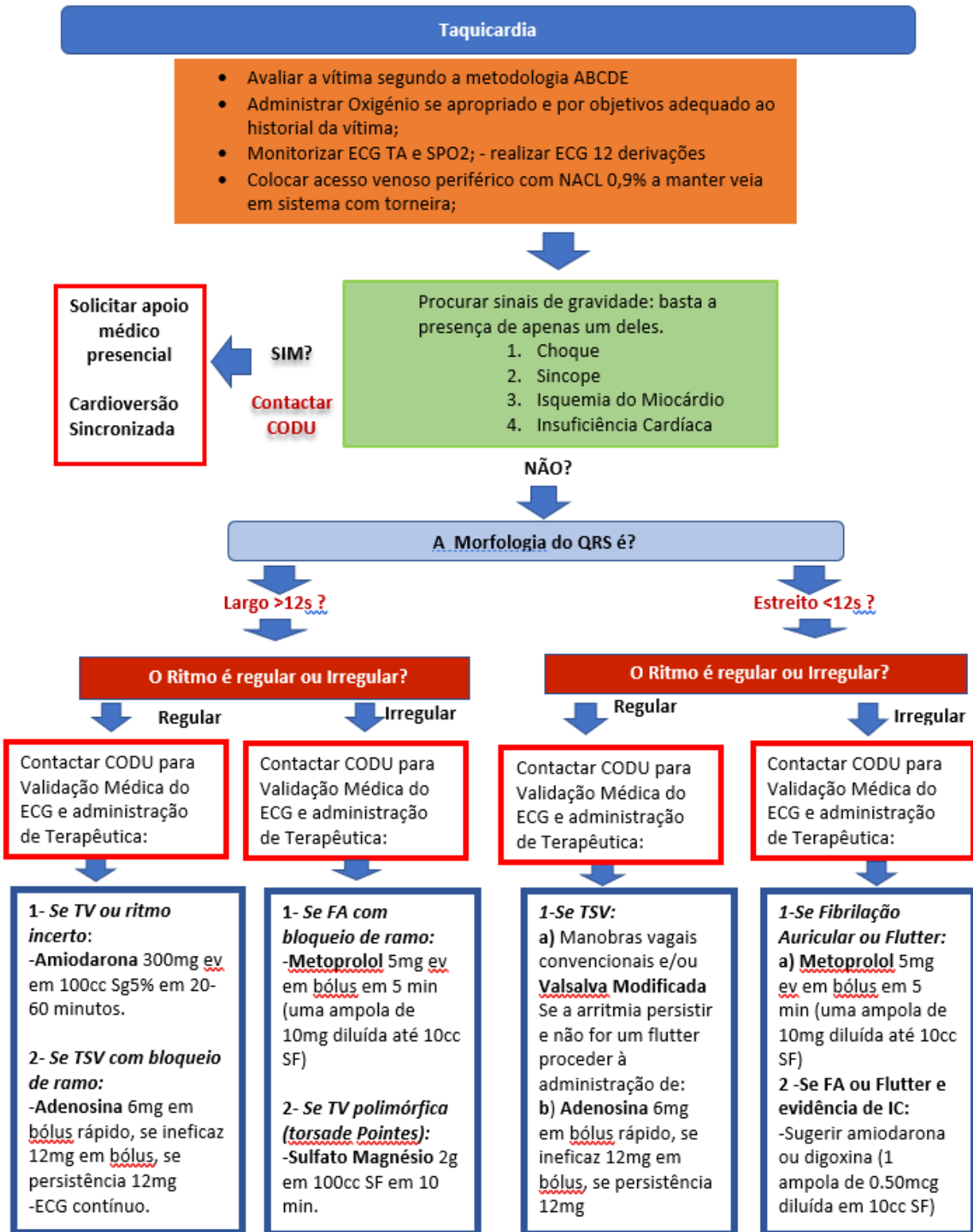
Por outro lado, a amiodarona esta associada a menor possibilidade de hipotensão quando comparada com BB como o Diltiazem em doentes cujo objetivo é o controlo do ritmo cardíaco (Chakraborty e Pande, 2017).

Segundo as recomendações ERC 2015, se a arritmia tiver evolução superior a 48 horas estes pacientes não devem ser tratados com cardioversão (elétrica ou química) até devidamente anti-coagulados devendo ser pedida ajuda especializada.

Na presença de QRS Largo, com ritmo regular, é possível tratar-se de uma taquicardia ventricular ou uma Taquicardia Supraventricular (TSV) com bloqueio de ramo ou mesmo um ritmo desconhecido ou não identificado. Na presença de taquicardia ventricular com estabilidade hemodinâmica, a opção de tratamento farmacológico recomendado é a amiodarona (300mg em 100cc SG5% em 20-60min), seguida de dose de manutenção 900mg em 500cc Sg5% em 24h. Na presença de ritmo desconhecido ou TSV com bloqueio de ramo, a opção farmacológica recomendada é a administração de bólus de adenosina (6mg – 12mg - 12mg) (ERC, 2015).

Na presença de QRS largo, com ritmo irregular, existe grande probabilidade de tratar de uma fibrilação auricular com bloqueio de ramo, ou uma taquicardia ventricular polimórfica (Torsade de Pointes). Na primeira, as recomendações do ERC são o tratamento semelhante à taquicardia irregular de complexos estreitos. Na presenta de TV polimórfica com estabilidade hemodinâmica a intervenção recomendada consiste na interrupção de todos os fármacos prolongadores do intervalo QT nomeadamente antiarrítmicos classe III como a amiodarona, a correção de distúrbios eletrolíticos (meio hospitalar) e a administração de sulfato de magnésio 2g endovenoso.

Assim numa vítima adulta com taquidistirmia a sequência de ações em contexto pré-hospitalar sugerida é a seguinte:



Fonte: Adaptado de Pereira, A., Santos, I., Gomes, E., Gonçalves, P. (2015). *Suporte Avançado de Vida - Tradução para português das recomendações ERC 2015* (7th ed., pp. 189-202). Porto: Conselho Português de Ressuscitação.

4- CONCLUSÃO:

Sendo o enfermeiro do pré-hospitalar especificamente o enfermeiro da ambulância SIV o primeiro a detetar a presença de uma alteração no ritmo cardíaco, torna-se imperativo que este esteja capacitado para interpretar sinais clínicos de gravidade além de ser detentor de conhecimento sobre a interpretação de traçados eletrocardiográficos que exijam a sua intervenção imediata.

A existência de protocolos de atuação pré-definidos e adequados ao tipo de arritmia e enquadrados em cada situação particular sob a validação médica tornarão a prestação de cuidados dos enfermeiros SIV ainda mais diferenciados.

As principais dificuldades na realização deste trabalho consistiram na revisão da literatura e na adequação de algoritmos dependentes de prescrição médica para algoritmos de atuação em enfermagem, mesmo que dependentes de validação.

Ao rever este protocolo de disritmias cardíacas espero de alguma forma ter contribuído para que a atuação do enfermeiro em contexto pré-hospitalar seja cada vez mais envolto em conhecimento à luz do mais avançado estado da arte, demonstrando a competência que lhes é devida.

5- BIBLIOGRAFIA

Almeida, S., & Alves, L. (2010). Disritmias peri-paragem : Abordagem e tratamento. *Rev Port Clin Geral*, 26, 295-302. Retrieved from <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11185/10911>

Appelboam, A., Reuben, A., Mann, C., Gagg, J., Ewings, P., & Barton, A. et al. (2015). Postural modification to the standard Valsalva manoeuvre for emergency treatment of supraventricular tachycardias (REVERT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(10005), 1747-1753. doi: 10.1016/s0140-6736(15)61485-4

Chakraborty, R., & Pande, A. (2017). Amiodarone in Atrial Fibrillation. In H. Chopra, G. Wander, P. Chandra & V. Kumar, *Atrial Fibrillation Update: A Textbook of Cardiology*, (1st ed., pp. 527-34). London: HK Chopra.

Crijns, H., Weijs, B., Fairley, A., Lewalter, T., Maggioni, A., & Martín, A. et al. (2014). Contemporary real life cardioversion of atrial fibrillation: Results from the multinational RHYTHM-AF study. *International Journal Of Cardiology*, 172(3), 588-594. doi: 10.1016/j.ijcard.2014.01.099

Gomes, E., Campos, R., Morais, R., & Fernandes, M. (2015). FATA Study: Prevalence of Atrial Fibrillation and Antithrombotic Therapy in Primary Health Care in a Northern City of Portugal. *Acta Med Port*, (28(1), 35-43.

Gonzalez, E., Fernandez, C., & Vasconer, S. (2017). Maniobra de Valsalva modificada aplicada a taquicardia paroxística supraventricular. *Revista Cubana De Medicina Intensiva Y Emergencias*, 16(4), 1-6. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2017/cie174a.pdf>

Magalhães, L., Guimarães, I., Melo, S., Mateo, E., & Andalaft, R. (2016). Diretriz de Arritmias Cardíacas em Crianças e Cardiopatias Congênitas SOBRAC e DCC - CP. *Sociedade Brasileira De Cardiologia*, (107 n°1), 1-71. Retrieved from http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/03_DIRETRIZ_DE_ARRITMIAS_CARDIACAS_EM_CRIANCAS.pdf

Pereira, A., Santos, I., Gomes, E., Gonçalves, P. (2015). *Suporte Avançado de Vida - Tradução para português das recomendações ERC 2015* (7th ed., pp. 189-202). Porto: Conselho Português de Ressuscitação.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Representação esquemática da Manobra de Valsalva Modificada

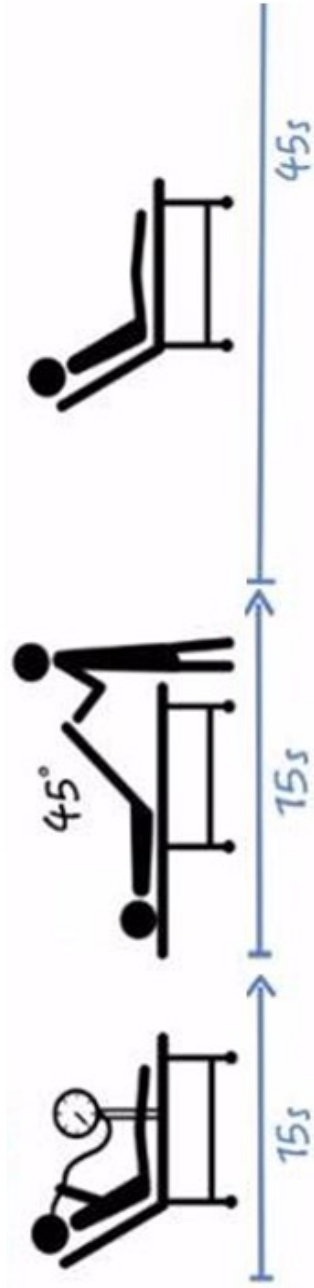
MANOBRA VALSAVA

Seringa de 20cc

STANDARD



MODIFICADA




7.3 APÊNDICE III

Formação “Triagem Manchester versão II”


Plano de Sessão

A Triagem de Manchester Versão II					
Tema	Instituto Nacional de Emergência Médica				
Local	30 minutos				
Tempo Previsto	Sensibilizar promovendo a aquisição de conhecimento acerca do protocolo de Triagem de Manchester.				
Objetivo Geral	<ul style="list-style-type: none"> Promover a aquisição de conhecimento acerca do Protocolo triagem de Manchester. Promover a partilha experiências relacionadas com a triagem de Manchester. Obter sugestões / propostas de melhoria para que a transmissão de informações clínicas no momento da Triagem de Manchester seja rigorosa. 				
Objetivos Específicos					
Conteúdos	Metodologia	Recursos Materiais	Avaliação	Tempo	
Introdução	A evolução da Triagem de Manchester e a sua implementação em Portugal.	Computador Projektor		10 min	
Desenvolvimento	Exploração do conceito da Triagem de Manchester e os seus pressupostos. A Investigação científica acerca da Triagem de Manchester. Sessão Prática de Triagem com casos clínicos	Computador Projektor		10 min	
Conclusão	Reflexão sobre estratégias promotoras de melhoria para um adequado e rigoroso método de triagem.	Computador Projektor	Não aplicável	10 min	



Triagem de Manchester versão II

ENFERMEIRA TÂNIA SILVA



1

OBJETIVOS

- Promover a aquisição de conhecimentos acerca do protocolo de Triagem de Manchester.
- Promover a partilha de experiências acerca deste domínio.
- Obter sugestões / propostas de melhoria para que a transmissão de informações clínicas no momento da Triagem de Manchester seja rigorosa.



2

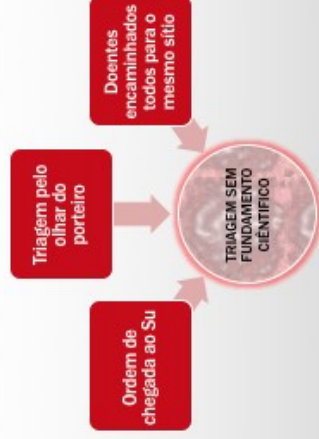


"As Urgências são confrontadas diariamente com um grande numero de doentes que apresentam uma vasta gama de problemas" (Jones, 1996).

"A sobrecarga de trabalho dos serviços varia de hora para hora e depende do numero de doentes que se ocorrem e do estado que apresentam. É absolutamente essencial que exista um sistema de triagem implementado para assegurar que estes doentes sejam classificados por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada" (Jones, 1996).

"A Triagem no Serviço de Urgência tem como objetivo único priorizar os doentes conforme a gravidade clínica com que se apresentam no serviço" (Freitas, 2003).

Anteriormente...





★

6

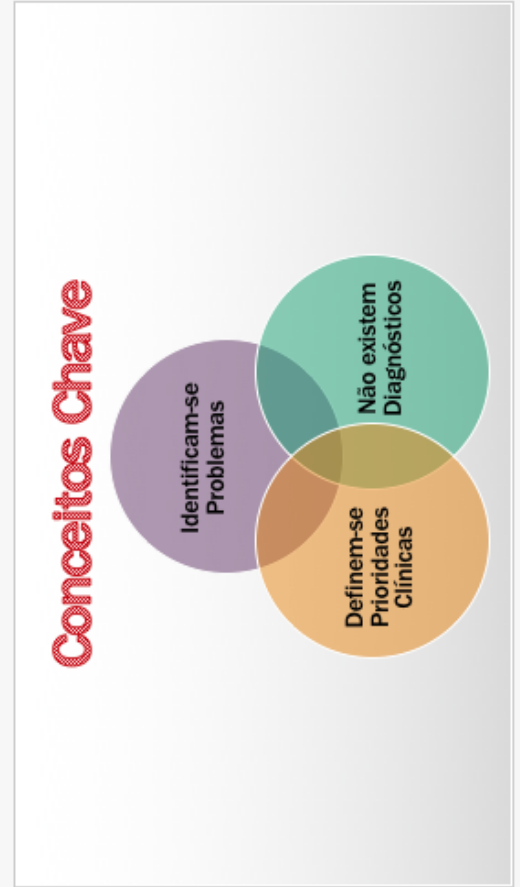


5

Revisão da Literatura

Artigos	Informação Bibliográfica	Objetivos	Conclusões
<p>2012 Portugal</p> <p>Revisão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Doentes em doentes com AVC e o desfecho final (alta/débito/internamento).</p>	<p>Relacionar a prioridade atribuída pelo Sistema de Triagem de Manchester para doentes com AVC e o desfecho final (alta/débito/internamento).</p>	<p>Doentes internados e os que faleceram foram triados com prioridades mais elevadas, existindo relação estatística significativa entre as prioridades mais altas (vermelha e laranja), a taxa de internamento e a mortalidade.</p>	
<p>2013 Portugal/Brazil</p> <p>Outcome assessment of patients classified through the Manchester Triage System in emergency units in Brazil and Portugal</p>	<p>O objetivo foi avaliar os resultados do tratamento dos pacientes classificados de acordo Manchester Triage System (MTS) em três grandes hospitais em dois países distintos.</p>	<p>Verificada significância estatística entre o tempo de permanência/ internamento e cores MTS.</p> <p>MTS pode ser considerado um bom preditor para tempo de internamento hospitalar de pacientes de alta prioridade quando comparados aos de baixa prioridade.</p>	

★



Responsabilidade Médica na Triage

Sendo a triagem efetuada por **delegação de competência médica,** **cumprimento dos tempos alvos propostos pela Triage de Manchester.**

Todo o ato de triagem é assumido como tendo **controlo médico** no protocolo assinado entre as direções dos hospitais e a do Grupo Português de Triage.

★

10

Questões a Identificar

Queixa de Apresentação

- Motivo da ida à Urgência

Fluxograma

- Pertinente entre as hipóteses

Discriminador

- Questão Positiva ou que não se possa excluir

Prioridade

- Designada por cor e com tempo alvo

★

9

Revisão da Literatura

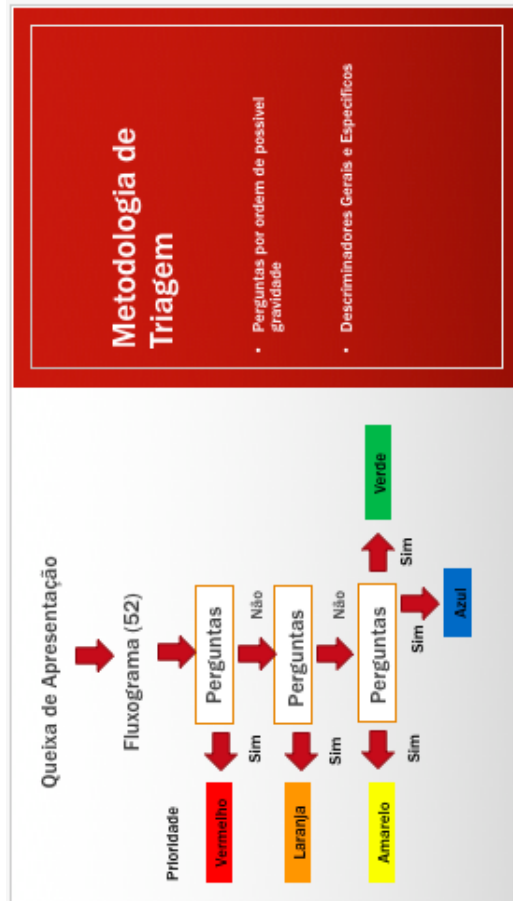
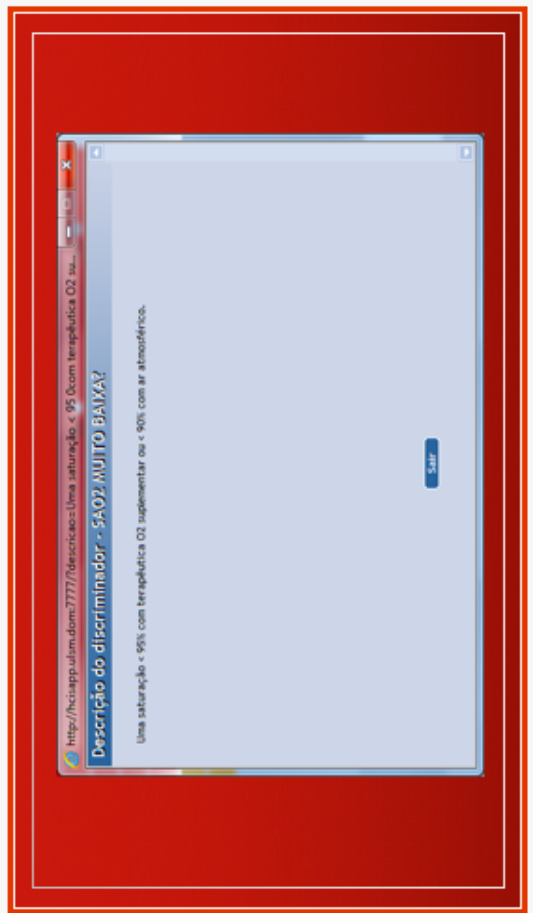
Artigos	Informação Bibliográfica	Objetivos	Conclusões
	<p>Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study</p>	<p>Determinar a validade do Sistema de Triage de Manchester (MTS) no atendimento de emergência para a população geral de pacientes atendidos no departamento de emergência, para crianças e idosos, e nos fluxogramas e discriminações em três diferentes locais de atendimento de emergência.</p>	<p>Este estudo mostra que a validade do MTS é de moderada a boa, com pior desempenho nas populações de pacientes mais vulneráveis: jovens e idosos. Além disso, o estudo revela que é importante avaliar um sistema de triagem, pois os resultados são altamente variáveis entre os diferentes contextos clínicos.</p>

A Identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até à 1ª observação médica.

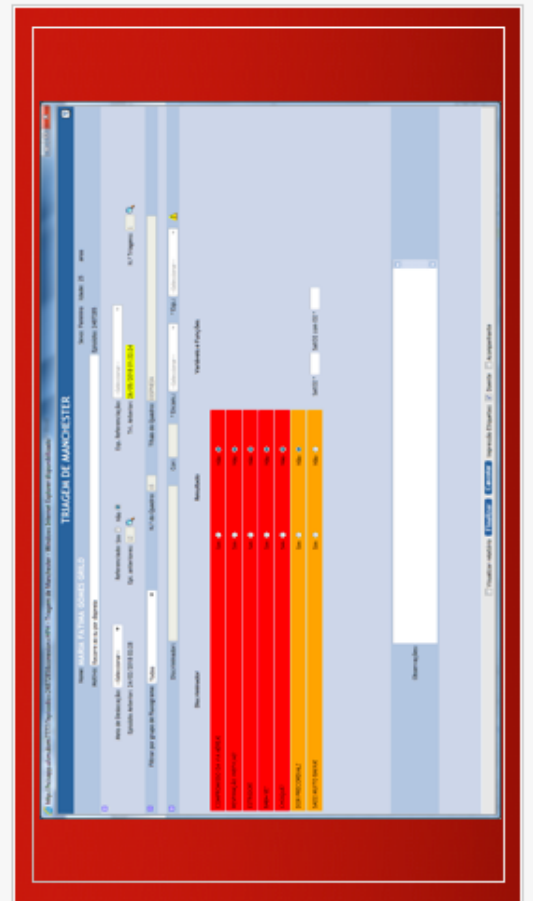
Número	Cor	Nome	Tempo alvo
<ul style="list-style-type: none"> Primeiro Segundo Terceiro Quarto Quinto 	<ul style="list-style-type: none"> Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Branco 	<ul style="list-style-type: none"> Emergente Muito Urgente Urgente Pouco Urgente Não Urgente Não Classificável 	<ul style="list-style-type: none"> 0 10 min 30 min 60 min 120 min 240 min Não quantificável



14



13



O processo de Tomada de decisão e a Triage

- Identificação do Problema
- Coleta e análise de informações relacionadas com a solução
- Avaliação das alternativas e seleção de uma delas
- Implementação da alternativa selecionada
- Monitorização da implementação e avaliação dos resultados

**A tomada de decisão baseada na evidência é um importante elemento na qualidade dos cuidados em todos os domínios da intervenção de enfermagem. (Nunes 2007)*

**Como um exemplo típico de algoritmos de decisão temos o Sistema de Triage de Manchester, que através da recolha de dados sintómicos e simples estabelece uma prioridade de atendimento, bem como define qual o serviço que atenderá o doente quando ele acorre ao Serviço de Urgência. (Nunes 2007).*

18

O que podemos e devemos melhorar?

Para Além da Priorização...

Processo dinâmico


- Executado periodicamente
- Enquanto esperam pela observação ou tratamento
- Alteração da situação clínica

Processo de Retriage

17

Fatores que podem afetar as prioridades: (externos ao PTM)

- Encaminhamentos
- Comunicação com os utentes e com as equipas Pré hospitalar

<p>21</p> <p>★</p> <h3>Caso Clínico n° 1</h3> <p>Uma Mulher de 22 anos que desmaiou num supermercado, é trazida ao hospital por bombeiros.</p> <p>Aparentemente teria contactado uma empregada e perguntado se não haveria um sítio onde se pudesse sentar porque não se sentia bem.</p> <p>A empregada foi buscar a cadeira e ao regressar encontrou-a deitada no chão "toda a tremer", e estava molhada (Incontinência esfinteriana).</p> <p>Informação adicional: Encontra-se sonolenta mas conversa normalmente. Queixa-se de cefaleias.</p> <p>Informação adicional: Apresenta hematoma na região occipital direita.</p>	<p>22</p> <p>★</p> <h3>Conclusão</h3> <p>"Somos aquilo que fazemos consistentemente. Assim, a excelência não é um ato, mas sim um hábito"</p> <p>Aristóteles</p> 
<p>22</p> <p>★</p> <h3>Caso Clínico n° 2</h3> <p>Homem de 33 anos, trazido ao SU pela SIV Gondomar por dispneia.</p> <p>Informação adicional: Ele tem dor tipo facida no hemitórax direito que piora com a tosse e com a inspiração profunda. O aparecimento desta sintomatologia foi súbito.</p> <p>Informação adicional: A Oximetria de pulso demonstra uma saturação de 94% (ar ambiente)</p>	<p>23</p> <p>★</p> 

Bibliografia

- Queiroz, H., Araújo, F., Pinto Júnior, D., Martins, J. and Chianca, T. (2017). Outcome assessment of patients classified through the Manchester Triage System in emergency units in Brazil and Portugal. *Investigación y Educación en Enfermería*, 35(2), pp.174-181.
- Marques, A., & Freitas, P. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência -Manual do Formador* (23rd ed.). Amadora: Grupo Português de Triagem.
- Nunes, F. (2007). Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. Retrieved from <http://www.fornumfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/2802-tomada-de-decisao-de-enfermagem-em-emergencia?tmpl=component&print=1>
- Pereira, M., Queiroz, H., Oliveira, L. and Martins, J. (2017). Association between the Manchester Triage System and the final outcome in stroke patients. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(13), pp.93-102.
- Zachariasse, J., Seiger, N., Rood, P., Alves, C., Freitas, P., Simk, F., Roukema, G. and Mull, H. (2017). Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. *PLOS ONE*, 12(2), pp.0170811.

7.4 APÊNDICE IV

Folha de Briefing para a Transmissão Segura de Informação



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado Profissional com Especialização em Enfermagem

médico-cirúrgica

Folha de Briefing para a Transmissão Segura de Informação

Estágio Módulo II

Tânia Margarida de Sousa e Silva

Nº Aluno: 396416015

Março de 2018

Índice	Página
Reflexão sobre Comunicação com Segurança em Saúde	3
Bibliografia	7
Apêndice 1- Folha de Briefing para Passagem de Turno	8

Reflexão sobre Comunicação com Segurança em Saúde

Até o silêncio é uma forma de comunicação.

De acordo com Phaneuf (2005), a comunicação consiste num processo, consciente ou inconsciente, de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha, e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. Comunicar é assim algo inerente ao nosso quotidiano, relevante em todos os atos de vida que, quando é abordado em termos de transmissão de informação clínica, assume grande relevância uma vez que envolve a segurança do doente.

Em 1963, Florence Nightingale escreveu em "*Notes on Hospitals*" as seguintes palavras "*Primum non Nocere*" que significa não cause dano, ou seja, a segurança do doente foi sempre uma preocupação dos enfermeiros (Abreu, Rodrigues and Paixão, 2013).

A ocorrência de falhas na transmissão de informação sobre os cuidados de saúde é por isso uma questão importante e de reflexão não só porque determinam a segurança dos utentes como influenciam a qualidade dos cuidados prestados.

A comunicação na saúde é então um ponto central na prestação de cuidados e na promoção do bem-estar, porém é um processo complexo que envolve diferentes níveis de comunicação, com numerosos canais em várias situações e contextos. A qualidade nos processos de comunicação na saúde está diretamente relacionada com a realização dos resultados esperados e pode, muitas vezes, fazer a diferença entre a vida e a morte ou entre o bem-estar e o sofrimento (Kreps, s.d.).

Sendo os enfermeiros os profissionais que mais tempo passam junto do doente, estes são a fonte primordial de informação acerca do doente, assumindo importância não só a passagem de turno com a comunicação eficaz entre enfermeiros como também na passagem de informação aos outros profissionais de saúde.

Vários estudos têm sido desenvolvidos na área da segurança da transmissão de informação em saúde: Donchin [et al.] (2003) realizaram um estudo de incidência num Hospital de Israel na procura da natureza e causas do erro humano numa UCI, e concluíram que a maioria dos erros cometidos se devia a falhas de comunicação entre médicos e enfermeiros (37%), sendo que 29% desses erros poderiam estar na origem de potenciais danos significativos no estado do doente ou mesmo da sua morte e que, em média, são cometidos mais erros por hora durante o dia do que à noite.

Um outro estudo exploratório-descritivo, Chianca (2006, p.885) concluiu os enganos baseados na informação e as relações entre os profissionais foram outros aspetos identificados como importantes determinantes do erro. Chianca constatou ainda que a fase na qual ocorre o maior número de erros é a fase de planeamento ou seja, a passagem de turno, é o momento fulcral para a omissão de informações importantes desencadeadoras de erros que serão determinantes no prognóstico dos doentes.

Podemos assim referir que cada vez mais se verifica uma preocupação com a qualidade em saúde nomeadamente com a segurança do doente motivando o desenvolvimento de estudos, iniciativas na área de segurança, fornecendo informação, orientações, checklists, que adaptadas a cada instituição podem contribuir para a redução da possibilidade de erro. Em Portugal, esta preocupação é evidenciada na norma 001/2017 sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, esta emite as orientações para uma comunicação em saúde tendo em vista a segurança do doente, onde é sugerida uma técnica para que esta transmissão de informação decorra sem erro, é incentivada a realização de formação sobre o tema a nível das instituições e incrementada a necessidade de monitorização da implementação

desta norma através de auditorias, propondo inclusive um instrumento de auditoria para ser utilizado a nível das organizações.

A técnica proposta pela DGS consiste numa ferramenta padronizada de comunicação que demonstrou ser eficaz na promoção da segurança na transcrição dos cuidados que, a ser utilizada funciona como auxiliar de memória para construções elaboradas de informação, para que nada de importante fique por ser transmitido, a partir de uma mnemónica - ISBAR. Decompondo esta mnemónica:

I – Identificação (Identify): Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação, bem como o doente a quem diz respeito a comunicação.

S – Situação atual (Situation): Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.

B – Antecedentes (Background): descrição de fatos clínicos, de enfermagem e outros relevantes.

A – Avaliação (Assessment): Transmissão de informação acerca do estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, estratégias de tratamento e alterações do estado de saúde significativas.

R – Recomendações (Recommendation): Consiste na descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

No serviço de cuidados intensivos (SCI) onde decorre o presente estágio, a passagem de turno de enfermagem é realizada em dois momentos. Inicialmente é realizado pelo enfermeiro responsável por cada doente um briefing geral sobre o doente para toda a equipa, para que em momentos provável ausência do enfermeiro responsável por determinado doente, todos os outros enfermeiros de serviço naquele turno saibam de uma forma não muito aprofundada, mas geral o que se passa com todos os doentes do SMI. Num segundo momento, ocorre a passagem efetiva e pormenorizada do doente pelo enfermeiro que está de saída de turno para o enfermeiro que o substitui.

Ao longo da realização do estágio curricular Módulo II do 10º curso de Mestrado em enfermagem com especialização Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem – Porto da Universidade Católica Portuguesa, tive oportunidade de assistir a várias passagens de turno, tendo verificado que apesar de ter sido desenvolvida anteriormente uma folha de passagem de turno, esta não foi adotada por todos os elementos da equipa, verificando-se que os vários elementos da equipa de enfermagem passam o turno não de uma forma padronizada, transmitindo maior ou menor informação no briefing inicial de acordo com critérios individuais de cuidado.

Neste contexto foi identificada a necessidade de desenvolvimento de uma folha de briefing para a uniformização do momento de briefing na passagem de turno que se apresenta no Apêndice 1. O desenvolvimento desta folha teve por base técnica proposta pela DGS descrita anteriormente e algumas informações sobre necessidades transmitidas pelos enfermeiros do serviço.

No dia 21 de março foi enviado por correio eletrónico aos enfermeiros do serviço a folha elaborada para apreciação, ficando a aguardar o feedback dos profissionais durante uma semana.

Após uma semana, foram realizadas alterações à folha de acordo com as sugestões propostas, e a folha foi colocada em versão teste, impressa no serviço, para começar a ser utilizada na passagem de turno, verificando a sua funcionalidade e a adesão da mesma dos profissionais.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, C., Rodrigues, M. and Paixão, M. (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(10), pp.63-68.

Chianca, T. (2006). Nursing faults in the recovery period of surgical patients. In *Revista Latino-americana de Enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(6), pp.879-886.

DGS Norma 001/2017 (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde.

DGS Norma 005/2018 (2018). *Avaliação da cultura de segurança doente nos Hospitais*. Departamento de qualidade em Saúde.

Donchin, Y. et al (2003). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Quality and Safety in Health Care*, [online] 12, pp.143–148. Available at: <http://www.qshc.bmj.com> [Accessed 10 Mar. 2018].

Kreps, G.L. (2015). Health communication inquiry and health promotion: A state of the art review. *Journal of Nature and Science*, 1(2), e35, 1-12. (Available online at: <http://www.jnsoci.org/files/html/e35.htm>).

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

APÊNDICE 1
Folha de Briefing para Passagem de Turno

Folha de Briefing para Passagem de Turno

[IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE]	
Unidade nº	Nº de dias
Diagnóstico Admissão SMI	Problemas Atuais
Antecedentes	Plano
Alergias	Alertas segurança

Respiratório	VE	OT	TQ
Modo Ventilatório	Controlado	Assistido	
VNI	S	N	
FI02	/		
Rácio PaO2/FiO2	/		
SPO2	/		
Desmame Ventilatório?	Secreções		

Neurológico	
RASS	
CAM-ICU	
BIS	
Glasgow	
Pupilas	
Fármacos SNC	
Glicemia/Perfusão Insulina	

Digestivo	VO	Disfagia	S
Entérica	SNG	Ostomia	N
			NT
Parentérica			
Tolerância			
Eliminação Intestinal			

Família	
Contato Familiar	
Diário	
SPICIF	

Cardio-Vascular	
Hemodinamicamente	
Eletricamente	
PICCO	
Sinais de Má Perfusão	BPS
Dor	Numérica
PIA	
Fármacos Vasoativos	
Outros fármacos	

Cutâneo-Mucoso				
CVC	CVC/HD	CA	CEpi	CVP
Ostomia	Eliminação			
Controlo	Temperatura			

Renal	
Sonda Vesical	
DU/hora	
Volume/BH	
Técnica Dialítica	

7.5 APÊNDICE V

Evidência de Experiência nos Meios INEM

Evidência de experiências / análise crítica

	1	2	3
Meio de Emergência	SIV	SIV	SIV
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Emergência Médica	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	PCR Adulto	Hipoglicemia	PCR Adulto
Circunstância da situação	Chamada para PCR, masculino encontrado caído ao lado da cama por familiares, morava sozinho, já com rigidez cadavérica, não foram iniciadas manobras de SBV, imediatamente após a nossa chegada, chega a VMER HSI que confirma o óbito.	Rendez vous com BV Valbom, para vítima com hipoglicemia de 38mg/dl. À nossa chegada, a hipoglicemia já estava revertida, apresentava 128mg/dl após um frasco de compota administrada pelos bombeiros.	Chamada para PCR, feminino de 50 anos, mãe de enfermeira que iniciou manobras de SBV, à nossa chegada já estava presente a VMER HGSA, em manobras há cerca de 40min. Dadas as comorbilidades (Neoplasia com metastização difusa), decidido não entubar e suspender medidas.
Sexo	MASCULINO	Feminino	Feminino
Idade	81 - 90 anos	81 - 90 anos	51 - 60 anos
Antecedentes	IC, FLUTTER, INSUF AORTICA, SEQUELAS DE TP, RIM ÚNICO, GLAUCOMA	DM (tentativa de substituição de insulina por ADOS com uma semana de evolução), Hepatite B.	Neoplasia - Melanoma Ocular com metastização hepática e pulmonar. Internada no HSI até à cerca de 2 dias, teve alta para medidas de conforto.
Terapêutica habitual	O2 CONTINUO, PRADAXA, PRAVASTATINA, BISOPROLOL, LASIX, SYMBICORT, HIDROXIZINA, LACTULOSE, TRAMADOL, SPIRIVA, AMLODIPINA	Desconhece-se	Desconhece-se
A - Via Aérea	COMPROMETIDA	Patente, sem adjuvantes	Comprometida
B- Ventilação	NÃO RESPIRA	Eupneica, MV simétricos, em ar ambiente SPO2 100%	Não respira
C- Circulação	SEM SINAIS DE CIRCULAÇÃO	Bem perfundida, 144/74mmHg., FC 68 em Rs, TPC <2sg.	Sem sinais de circulação
D- Disfunção neurológica	GLASGOW 3	Glasgow 14, PGC 128mg/dl	Glasgow 3
E - Exposição	PELE FRIA, RIGIDEZ CADAVERICA	Sem alterações da integridade cutânea evidentes, normotérmica.	Cianose global
Vítima crítica	Sim	Não	Sim
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	PCR	Hipoglicemia revertida, doente em recuperação ao seu estado de consciencia normal, necessário enquadrar e rever o contexto da hipoglicemia, para ajuste de ADOS.	PCR
Procedimentos instituídos	APÓS CHEGADA DA VMER HSI, VERIFICADO O ÓBITO E CONTACTADO MÉDICO DE FAMILIA.	avaliação sinais vitais, avaliação de PGC.	Verificado óbito pela Médica VMER HGSA, contactado médico de família.
Intervenção terapêutica			
A - Via Aérea			
B- Ventilação			
C- Circulação			
D- Disfunção neurológica			
E - Exposição			
Evolução clínica	Morte	Positiva	Morte
Via Verde	Não Aplicável	Não Aplicável	Não Aplicável
Resultado triagem hospitalar			
Observações/análise crítica da situação particular		Por indicação do CODU a doente segue para o HGSA apenas com acompanhamento do BV Valbom.	163

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	4	5	6
Meio de Emergência	SIV	VMER	VMER
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Trauma	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	Trauma Abdominal/pélvico	PCR Adulto	Síndrome Coronário Agudo
Circunstância da situação	Chamada para atropelamento no Metro, provável embate lateral esquerdo a baixa velocidade, a vítima estava a falar ao telemóvel e não viu o Metro, apresentava amnesia para o sucedido, quando acordou já estava deitada no chão (SIC), referia dor abdominal flanco esquerdo e lombar.	Chamada para vítima de 92 anos, acamada em PCR	Chamada para vítima de 56 anos, com dor torácica. Acordou de manhã com dor torácica retroesternal em aperto e intermitente, sem irradiação. Foi trabalhar e por manutenção da dor, contactou 112.
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	21 - 30 anos	91 - 100 anos	51 - 60 anos
Antecedentes	Sem antecedentes conhecidos	HTA, FA	Sem antecedentes conhecidos
Terapêutica habitual	Pílula	Varfine, Lisinopril	Sem medicação habitual
A - Via Aérea	Patente sem adjuvantes	Comprometida	Patente, sem adjuvantes
B- Ventilação	Eupneica, MV simétricos, sem dor à inspiração profunda, em ar ambiente SPO2, 99%	Não respira	Eupneica, em ar ambiente SPO2 98-99%
C- Circulação	Pálida, mas mormotensa, normocardica, TPC <2sg	Sem sinais de circulação	Normotensa (136/67mmHg), Normocardica, ECG 12 derivações sem sinais de isquemia em RS, com FC ~99-100bpm, bem profunda
D- Disfunção neurológica	Glasgow 15, não foi avaliada PGC, última refeição há cerca de 1 hora	Glasgow 3	Glasgow 15
E - Exposição	Sem alterações da integridade cutânea visíveis. Normotermica		Sem alterações da integridade cutânea visíveis. Normotermica
Vítima crítica	Não	Sim	Não
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Atropelamento a baixa velocidade, embate lateral, vítima não apresentava sinais de gravidade.	PCR	Hemodinamicamente estável, ECG sem supra ST
Procedimentos instituídos	Foi colocada em plano duro e com colar cervical, transportada para ambulância. Colocado acesso venoso periférico. Por referir dor no flanco esquerdo e dor lombar, após validação médica do CODU, administrado Tramadol + metoclopramida ev.	Doente já cadáver à nossa chegada, não foram iniciadas manobras de SBV por indicação médica assumido quadro irreversível, doente já sem vida de relação, acamada. Verificado o óbito, por impossibilidade de contactar o médico de família, aguardamos a chegada da autoridade (PSP).	Após avaliação inicial, a doente seguiu para HPH apenas acompanhada pelos Bombeiros Matosinhos Leça.
Intervenção terapêutica	Tramadol + Metoclopramida ev		
A - Via Aérea	Patente sem adjuvantes		
B- Ventilação	Eupneica, em ar ambiente SPO2, 99%		
C- Circulação	Normotensa, normocardica, TPC <2sg		
D- Disfunção neurológica	Glasgow 15		
E - Exposição	Sem alterações. Normotérmica		
Evolução clínica	Positiva	Morte	Positiva
Via Verde	Não Aplicável	Não Aplicável	Não Aplicável
Resultado triagem hospitalar	Amarelo		
Observações/análise crítica da situação particular	Após chegada ao SU do HGSA, ainda sem qualquer exame radiológico, e apesar da referencia a dor lombar, o plano duro foi retirado ficando a doente apenas com colar cervical.		

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	7	8	9
Meio de Emergência	VMER	VMER	SIV
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Trauma	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	Trauma de extremidades	DPOC agudizada	Outra
Circunstância da situação	Chamada para criança, vítima de atropelamento	Chamada para masculino de 81 anos, com alteração do estado de consciencia e dor torácica	Chamada para síncope recuperada
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	7 - 12 anos	81 - 90 anos	41 - 50 anos
Antecedentes	Trombocitopenia em estudo	DPOC, HTA, DCV, Epilepsia, Aneurisma AO,	Ansiedade, pneumotorax, Cx a joelho dto (ex jogador de futebol)
Terapêutica habitual	Sem medicação habitual	Ramipril, Carbamazepina	Diazepam 5m em SOS
A - Via Aérea	Patente, sem adjuvantes	Patente, sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes
B- Ventilação	Eupneico, MV simétricos, sem dor à inspiração profunda, em ar ambiente, SPO2 99%	Com ligeira cianose labial + periférica, períodos de dispneia em repouso, em ar ambiente SPO2 95%	Eupneico, em ar ambiente SPO2 99%
C- Circulação	Normotenso, normocárdico. Sem sinais de hemorragia ativas.	Hipertenso, normocárdico, ECG em RS.	Normotenso (127/68mmHg), bem perfundido (TPC <2sg), bradicárdico (FC 52.58bpm) ECG 12 mostra bradicardia sinusal
D- Disfunção neurológica	Glasgow 15. Não teve perda de consciencia. Recorda-se do sucedido.	Glasgow 14	Glasgow 15, pupilas N, sem défices motores, PGC 98mg/dl
E - Exposição	Apresenta hematoma no nariz. Apresenta várias escoriações e abrasões em face interna braço e perna esquerdas, flanco dto, face anterior joelho dto e lateral externa braço dto.	Sem alterações visíveis da integridade cutânea	sem alterações da integridade cutânea, normotermico
Vítima crítica	Não	Não	Não
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Vítima de atropelamento por um veículo de 4 rodas a baixa velocidade, circulada com bicicleta e o carro embateu na roda da bicicleta motivando a queda. Levava capacete de protecção, não teve perda de consciencia. Com escoriações e sem hemorragias ativas. Hemodinamicamente estável.	De acordo com enfermeira do centro de dia, teve perda de consciencia com recuperação espontanea e ao acordar referiu dor torácica. Na avaliação realizado ECG 12 derivações que não apresentava sinais de esquemia.	À nossa chegada, vítima deitada, glasgow 15, refere não ter tido perda de consciencia apenas uma tontura quando se levantou e caiu, refere andar muito stressado com o trabalho e portanto mais ansioso. Tomou 2 comprimidos de diazepam após o evento, pelo que se sente com mais sono. Não apresenta qualquer sinal de gravidade excepto a bradicardia que provavelmente já seria conhecida uma vez que se trata de um desportista. não refere qualquer dor,
Procedimentos instituídos	Após avaliação primária e secundária, a vítima seguiu para HGSA apenas acompanhada pelos Bombeiros Matosinhos Leça.	Após avaliação inicial, a doente seguiu para HSI apenas acompanhada pelos Bombeiros Matosinhos Leça.	Glicemia capilar, ECG 12. Após validação do ECG pelo médico CODU, pela presença da bradicardia, o doente foi acompanhado ao CHP pela SIV
Intervenção terapêutica			
A - Via Aérea			
B- Ventilação			
C- Circulação			
D- Disfunção neurológica			
E - Exposição			
Evolução clínica			Positiva
Via Verde	Trauma	Não Aplicável	Não Aplicável
Resultado triagem hospitalar			Laranja
Observações/análise crítica da situação particular			165

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	10	11	12
Meio de Emergência	SIV	SIV	SIV
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Emergência Médica	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	Síndrome Coronária Aguda	Outra	PCR Adulto
Circunstância da situação	Chamada para vítima com dor torácica	Chamada para vítima com dor torácica	Chamada para vítima de 90 anos em PCR
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino
Idade	51 - 60 anos	81 - 90 anos	81 - 90 anos
Antecedentes	Síndrome depressiva, ansiedade, diabetes insulino dependente,	SCA com supra ST e hx de alta há 1 dia do serviço de cardiologia do HGSA (fez ICP e STENT), insuficiência valvular DM II, Dislipidemia.	Dislipidemia, HTA
Terapêutica habitual	Fluoxetina, Januvio, Langue, Cido3, Risidon, ácido acetilsalicílico	Atorvastatina, pantoprazol, AAS100, Furosemida, Copalia, Bisoprolol, Ticagrelor, Diamicron, Triticum, Rivotril,	Ciamemazina, Zilpen, Atorvastatina, Dutasterida, Alopurinol, Furosemida, Adalgur
A - Via Aérea	Patente sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes	Comprometida
B- Ventilação	Eupneica em ar ambiente SPO2 - 98%	Eupneica em ar ambiente SPO2 - 98%	Não respira
C- Circulação	Normotensa, normocardica, ECG 12 em RS, sem sinais de isquemia	Normotensa, normocardica, ECG 12 com supra de ST nas derivações II e III.	Sem sinais de circulação
D- Disfunção neurológica	Glasgow 15, muito anisocora, chorosa, sem qualquer défice motor e /ou sensitivo. PGC 128mg/dl	Com hipoacusia marcada, Glasgow de 15. Pálida, com TPC <2sg, PGC ...	Glasgow 3
E - Exposição	Sem alterações da integridade cutânea, normotérmica.	Normotérmica, com equimoses dispersas em ambos os MS (alta há 1 dia do serviço de cardiologia do HGSA)	Pele fria, com equimoses dispersas, abdome distendido.
Vítima crítica	Não	Sim	Sim
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	ECG 12 sem sinais de isquemia, evidente quadro de ansiedade relacionada com patologia depressiva / ansiosa, seguida em psiquiatria e no último mês alterou medicação para depressão nervosa.	Vítima hemodinamicamente estável. Em momento nenhum referiu dor torácica. Apresentava queixas de cefaleia com tonturas, hx de 1 vomito alimentar após o almoço e 1 episódio de diarreia no dia anterior. Com dor abdominal à palpação. Após validação do Médico do CODU, o ECG era sobreponível ao realizado no dia anterior, realizado aquando da alta hospitalar.	Vítima em PCR última hora visto bem, ao pequeno almoço (8h). À nossa chegada em manobras de SBV com os bombeiros de Gondomar. Foi monitorizado, sempre em assistolia, sem indicação de choque, com pás multifunções ligadas. Teve 2 vómitos, após aspiração foi assegurada a permeabilidade da VA inicialmente com guedel e posteriormente foi colocada máscara laríngea. Felts cerca de 5 ciclos de SAV, após a chegada da VMER Pedro Hispano e por indicação médica foram suspensas as manobras.
Procedimentos instituídos	PGC, ECG 12. Após validação médica pelo CODU, a vítima é transportada apenas com bombeiros para CHP.	Cateter venoso periférico e SF em curso. ECG.	Cateter venoso periférico. Aspiração de secreções / vômito. Gedell, Compressões torácicas, Colocação de pás externas. Colocação de Mascara laríngea.
Intervenção terapêutica		Metoclopramida 10mg, Morfina 2mg, SF 100ml	Adrenalina 2 ampolas; SF 500cc
A - Via Aérea		Patente sem adjuvantes	
B- Ventilação		Eupneica em ar ambiente SPO2 - 98%	
C- Circulação		Normotensa, normocardica, ECG 12 com supra de ST nas derivações II e III.	
D- Disfunção neurológica		Com hipoacusia marcada, Glasgow de 15. Pálida, com TPC <2sg, PGC ...	
E - Exposição		Normotérmica, com equimoses dispersas em ambos os MS	
Evolução clínica	Igual	Positiva	Morte
Via Verde	Não Aplicável	Não Aplicável	
Resultado triagem hospitalar		Laranja	
Observações/análise crítica da situação particular			

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	13	14	15
Meio de Emergência	SIV	VMER	VMER
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Emergência Médica	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	Outra	Síndrome Coronário Agudo	Síndrome Coronário Agudo
Circunstância da situação	Chamada para quadro de respiração ruidosa	Rendez vous com bombeiros Moreira Maia para assistência a masculino com dor torácica	Chamada para feminino com dor torácica. No local referia dor torácica inframamária com irradiação para as costas.
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	81 - 90 anos	41 - 50 anos	61 - 70 anos
Antecedentes	DM NID dislipidemia, Neoplasia renal, HTA, Insuficiência Cardíaca FA RVR, ITU	HTA, DM2	Hepatite C crónica, HTA
Terapêutica habitual	Vildagliptina, Bromazepam, Citaloprol, Losartan, Furosemida, Simvastatina, Pantoprazol,		
A - Via Aérea	Patente, sem sinais de obstrução	Patente sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes
B- Ventilação	Polipneica, respiração abdominal com uso de musculatura acessória, ruídos na auscultação pulmonar diminuídos nas bases e com alguma pieira associada.FR 24	Polipneico, FR 20cpm em ar ambiente SPO2 99%.	Eupneica em ar ambiente SPO2 - 98%
C- Circulação	À nossa primeira avaliação com tendenciapara a hipertensão arterial (157/75mmHg) provavelmente compensatória, FC 63bpm arritmica. TPC <2sg	160/80mmHg FC 82bpm, TPC <2sg. ECG, em ritmo sinusal e sem sinais de isquemia aguda.	180/100mmHg, FC 99bpm TPC <2sg. ECG, em ritmo sinusal e sem sinais de isquemia aguda.
D- Disfunção neurológica	Glasgow 15, já dependente de terceiros para AVDs. PGC 175mg/dl	Glasgow15.	Glasgow15.
E - Exposição	Sem aparentes alterações da integridade cutânea, subfebril (37,5º)	Sem alterações da integridade cutânea. Normotermico	Sem alterações da integridade cutânea. Normotermica
Vítima crítica	Sim	Não	Não
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Hemodinamicamente instável, com francos sinais de dificuldade respiratória.	Quadro de aparente ansiedade, doente com hx de problemas familiares, a hiperventilar, referindo parestesias nas extremidades. Não foi administrada qualquer medicação para controlo da dor. Doente seguiu apenas com bombeiros Moreira Maia para HPH.	Apesar da hipertensão constatada (HTA já conhecida), ECG apresentava-se em RS, com FC regular. Não foi administrada qualquer medicação para controlo da dor. Doente seguiu para o hospital apenas com Cruz vermelha Vila do Conde.
Procedimentos instituídos	Cateter venoso periférico, Oxigenoterapia, Inaloterapia	ECG	ECG
Intervenção terapêutica	SF 100ml, O2 6l/m, Hidrocortisona 200mg, Furosemida 20mg, Brometo Ipatropio. Paracetamol	Não foi administrada qualquer medicação.	Não foi administrada qualquer medicação.
A - Via Aérea	Patente sem adjuvantes		
B- Ventilação	Apesar de melhor, ainda polipneica FR 20		
C- Circulação	Após administração de paracetamol ev+ furosemida, repercussão hemodinamica com hipotensão arterial (101/74 mmHg) e bradicardia (FC 59bpm) aintomaticas		
D- Disfunção neurológica	Mais sonolenta glasgow 14		
E - Exposição	Sem alterações		
Evolução clínica	Positiva		
Via Verde	Não Aplicável		
Resultado triagem hospitalar	Laranja		
Observações/análise crítica da situação particular			167

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	16	17	18
Meio de Emergência	VMER	VMER	VMER
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Emergência Médica	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	Síndrome Coronário Agudo	Síndrome Coronário Agudo	Outra
Circunstância da situação	Chamada para CS de Gemunde para masculino com doe retro esternal com 1 hora de evolução.	Chamada para agravamento do padrão habitual de dispneia, hipotensão e dor torácica.	Chamada para dor torácica inespecífica, com início por volta das 13h, não irradiada, referindo também dor muscular no braço dto.
Sexo	Masculino	Masculino	Feminino
Idade	31 - 40 anos	71 - 80 anos	81 - 90 anos
Antecedentes	Sem antecedentes conhecidos	ICC Valvular com estenose aortica severa, obesidade, dislipidemia, HTA, Flutter auricular, Neoplasia renal com nefrectomia à dta, AIT em 2012, Patologia Osteoartricular, Cataratas, hx de internamento recente em cuidados intermédios por síncope cardiogénica com instabilidade.	HTA, DM, Pace maker
Terapêutica habitual	Sem medicação habitual	AAS100mg 1d, rosuvastatina 10mg 1d, Trimetazidina 10mg 1d, Varfine, Epironalactona, Lisinopril 5mg	Polimedicada
A - Via Aérea	Patente sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes	Patente, sem adjuvantes
B- Ventilação	Eupneico em ar ambiente SPO2 - 98%	Com lábios e extremidades cianosadas, com aporte de O2 suplementar por máscara facial a 6l/m, apresentava-se polipneico e com respiração abdominal e SPO2 98%. Reduzido FI O2 para 3l/m, mantendo SPO2 97-98%	Eupneica, em ar ambiente com SPO2 de 99%
C- Circulação	103/62mmHg, FC 100bpm, bem perfundido. TPC <2sg	106/70mmHg FC 58bpm. ECG, sem sinais de isquemia aguda, não se sabe se a bradiardia já era antiga.	Bem perfundida, TA: 112/75mmHg, ECG 12 com ritmo de pace e períodos de ritmo próprio, tendencialmente bradicardia, FC 50bpm
D- Disfunção neurológica	Glasgow 15	Glasgow 15. PGC 143mg/dl.	Glasgow 15, PGC 126mg/dl
E - Exposição	Sem alterações da integridade cutânea. Normotermico	Sem alterações da integridade cutânea. Normotermico	Sem alterações da integridade cutânea visíveis. Normotermica
Vítima crítica	Não	Sim	Não
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	À nossa chegada, o doente já tinha sido medicação com AAS 250mg e DNI 5mg pela médica de família, que começava a surtir efeito pois o mesmo referia alívio da dor. Foi realizado ECG que não evidenciou sinais de isquemia aguda. Doente seguiu para o hospital apenas com Cruz Vermelha Moreira Maia.	À nossa chegada, doente sudoretico hipotenso, bradicardico, referindo dor torácica, cansaço fácil e dispneia. Respondeu positivamente à administração de oxigenoterapia e elevação da cabeceira da cama. Não foi administrada qualquer medicação para controlo da dor / dispneia. Por indicação médica seguiu para o hospital APENAS com acompanhamento da Cruz Vermelha de Vila do Conde.	Doente hemodinamicamente estável, o ECG não evidencia sinais de isquemia aguda. Não foi administrada qualquer medicação analgésica. Por indicação médica a doente vai para o hospital apenas com acompanhamento de bombeiros.
Procedimentos instituídos	ECG	ECG	ECG
Intervenção terapêutica	Não foi administrada qualquer medicação.	Não foi administrada qualquer medicação.	Não foi administrada qualquer medicação
A - Via Aérea			
B- Ventilação			
C- Circulação			
D- Disfunção neurológica			
E - Exposição			
Evolução clínica			
Via Verde		Coronária	
Resultado triagem hospitalar		Laranja	
Observações/ análise crítica da situação particular		Abordagem muito restritiva a este doente: não foi administrada qualquer medicação analgésica, broncodilatadora, e ou outra que melhorasse a sintomatologia apresentada. Estando o doente sintomático, com hx de doença cardíaca importante, não deveria ter sido acompanhado até ao hospital por equipa mais diferenciada?! No mesmo dia fui fazer noite ao hospital e encontrei o senhor no serviço de urgência. Ao consultar o processo, verifiquei que foi triado com um laranja como sendo uma via verde coronária e ficou internado com o diagnóstico de PAC e LRA.	

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	19	20	21
Meio de Emergência	VMER	VMER	VMER
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Emergência Médica	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	PCR Adulto	Outra	Hemorragia digestiva
Circunstância da situação	Chamada para PCR em feminino de 82 anos. No local (centro social Padre Ramos) a vítima encontrava-se com crise convulsiva TCG, segundo informação da enfermeira do lar foram efetuados cerca de 6 minutos de SBV tendo revertido.	Chamada para alteração do estado de consciencia. Segundo informação da esposa, habitualmente disartrico, hoje terá acordado mais confuso que o habitual, com discurso verbal inapropriado, respondendo sem nexos às questões que lhe eram colocadas. Terá tido também vários vômitos de cor amarelada.	Chamada para vítima inconsciente e hematemeses. A nossa chegada em PLS, referia náusea e dor abdominal. Segundo informação dos presentes, apresentou vômito com sangue escuro misturado com sangue vivo em abundante quantidade.
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino
Idade	81 - 90 anos	81 - 90 anos	71 - 80 anos
Antecedentes	Demencia, amputação MID por dça arterial periferica, HTA, DM, anemia, alta há 1 dia do hospital onde deu entrada por hemorragia digestiva	AVC com disartria sequelar, HTA, FA, Dislipidemia	Neoplasia gástrica diagnosticada hoje (terá feito EDA hoje de manhã e feita colheita de células para biopsia), HTA, DM, HBP, Diverticulite.
Terapêutica habitual	Polimedicada	Levetiracetam, Xarelto, Folicil, Paroxetina.	Polimedicado, não insulino dependente, a fazer AAS.
A - Via Aérea	VA patente e protegida com tubo de guedel	VA patente sem adjuvantes	VA patente sem adjuvantes
B- Ventilação	Inicialmente otimizada ventilação com ambu, e necessidade de aspiração de secreções na orofaringe. SPO2 inicial de 70%. Após desobstrução da VA, com O2 por máscara de venturi a 4l/m, SPO2 96-98%.	Eupneico, em ar ambiente SPO2: 98%	Eupneico em ar ambiente SPO2 97-98%.
C- Circulação	Apresentava equimoses dispersas pelo tronco e membros. TA 128/83mmHg, FC 70bpm.	Sem sinais de má perfusão periférica, TA: 185/94mmHg FC 84-85bpm.	Pálido, suado, extremidades frias, TA: 115/78mmHg, FC 85bpm.
D- Disfunção neurológica	Status Pós Ictal : O1V1M1	Glasgow 13 (habitualmente com Glasgow 14-15, apesar de disartrico). PGC 138mg/dl.	Glasgow 15, PGC 152mg/dl.
E - Exposição	Apresenta equimoses dispersas. Hipotermica, foi colocada manta de aquecimento.	Sem alterações da integridade cutânea visíveis. Normotermico.	Em PLS à nossa chegada, sem alterações da integridade cutânea evidentes.
Vítima crítica	Sim	Não	Sim
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Na chegada ao local vítima em CTGC. A ser ambulada por enfermeira do Lar com ambu não conectado a oxigénio. Segundo informação da mesma a vítima esteve em PCR e após 6 min de SBV recuperou. Conosco, foi otimizada a ventilação com aspiração de secreções e O2. Foi colocado CVP no dorso mão esq e foram administrados 8mg de diazepam ev que surtiu efeito. Acompanhada pela VMER ao HPH	Uma vez que já acordou com a sintomatologia descrita, não sabemos a hora do início dos sintomas, logo, não seria VV AVC. A alteração do estado de consciência será de provavel causa infecciosa? (vômitos). Aparentemente não apresentava dor abdominal. Foi para o hospital apenas com acompanhamento dos bombeiros.	Doente muito sintomático (palidez + sudorese), apesar de eletricamente estável (não estava taquicárdico), estava com TA mais baixa que o seu habitual, (habitualmente hipertenso).
Procedimentos instituídos	CVP, Oxigenoterapia, aspiração de secreções	PGC. Avaliação de sinais vitais.	Monitorização ECG, TA e SPO2; Colocação de CVP. Avaliação de PGC.
Intervenção terapêutica	8mg de diazepam ev	Não foi administrada qualquer medicação.	Uma ampola de metoclopramida ev, SF 100ml.
A - Via Aérea	VA patente e protegida com tubo de guedel		Sem alterações desde a avaliação inicial
B- Ventilação	Eupneica, com aporte de O2 por máscara de venturi a 4l/m, SPO2 97-98%.		Sem alterações desde a avaliação inicial
C- Circulação	TA: 110/70mmHG, FC 60-70bpm. Extremidades frias.		Melhor da perfusão periférica, menos suado. 120/69mmHg FC 88bpm.
D- Disfunção neurológica	Manteve o mesmo estado neurológico durante o transporte. O1 V1 M1 - estado de mal, pós ictal prolongado(?), Status pós PCR (?) a decidir provavel DNR.		Sem alterações desde a avaliação inicial
E - Exposição	Sem alteração desde a avaliação inicial.		Sem alterações desde a avaliação inicial
Evolução clínica	Igual		Igual
Via Verde			
Resultado triagem hospitalar	Laranja		Laranja
Observações/análise crítica da situação particular			169

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	22	23	24
Meio de Emergência	VMER	SIV	SIV
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Trauma	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	TCE	PCR Adulto	Convulsão
Circunstância da situação	Chamada para acidente multivítimas. Embate de um ligeiro com um autocarro de passageiros. No local 5 feridos ligeiros que vão para o hospital apenas acompanhados pelos bombeiros e 1 ferido grave (terá sido projetado cerca de 2-3 metros e efetuado TCE ao embater com a cabeça no banco do condutor do autocarro). Já se encontrava imobilizado com colar cervical, plano duro e com imobilizadores laterais. Já apresentava capacete de proteção por ferida profunda no couro cabeludo.	Chamada para dispneia. Segundo informação da enfermeira do lar, foi encontrada com dispneia a tentar sair da cama, e terá tido pequeno vômito, subitamente teve perda de consciencia e constatada PCR. À chegada ao local já estavam a ser realizadas manobras de SBV pelas funcionárias do Lar.	Chamada para crise convulsiva numa criança de 3 anos. Estaria com 38,9º de temperatura axilar.
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino
Idade	71 - 80 anos	91 - 100 anos	1 - 6 anos
Antecedentes	HTA, DM, Dislipidemia, Depressão.	# ança, HTA, Insuficiência Cardíaca	Otites de repetição, hx de crise convulsiva no contexto de febre há cerca de 1 ano, foi estudada nessa altura, criança saudável.
Terapêutica habitual	Polimedicado.	Polimedicada. A fazer Lovenox após alta hospitalar onde esteve internada após # ança	Nasomet
A - Via Aérea	VA patente e permeável sem adjuvantes. Sem desvios da traqueia, nem engurgitamento.	VA comprometida	Patente, sem necessidade de adjuvantes
B- Ventilação	Com O2 por máscara facial a 4l/m, SPO2 100%. Ventila bilateralmente. Sem enfizema subcutâneo.	Não respira	A chorar vigorosamente pelo que ligeiramente polipneica. SPO2 97-98%. No entanto optou-se por colocar O2 por canula nasal a 1l/m que cumpriu por períodos.
C- Circulação	Pálido, muito queixoso referindo cefaleia. De acordo com a descrição dos bombeiros no local, apresenta sinais de # com afundamento da calote e provável exteriorização de massa encefálica /gordura (descrito pelos bombeiros e uma médica presente no momento inicial - publico).	Sem sinais de circulação, em PCR	Pulso cheio, FC ~130-140bpm. Não foi monitorizado ECG nem TA. Criança bem, perfundida, sem sinais de má circulação.
D- Disfunção neurológica	Glasgow 15. PGC 100mg/dl.	O1 V1 M1	Glasgow 15
E - Exposição	Apresentava abrações dispersos nos membros superiores. Apresenta ferida em forma de L e sinais de # com afundamento da calote com provável exteriorização de massa encefálica /gordura (informação transmitida pelos bombeiros - que já tinham tentado controlar hemorragia e com capacete de proteção já realizado). Externamente ao capacete realizado não se observam sinais de hemorragia ativa.		À nossa chegada sem roupa, o pai estava presente e deu-lhe um banho com água fria. Estava enrolada numa toalha já dentro da ambulância. Temperatura axilar 38,6º.
Vítima crítica	Sim	Sim	Sim
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Vítima com TCE importante, onde é necessário vigiar de forma adequada o estado de consciencia e sinais de choque dada a cinemática do acidente.	À nossa chegada ao Lar, já em manobras de SBV pelas funcionárias. Foram colocadas Pás para DAE, analisado ritmo, sempre em assistolia. Foi colocado acesso venoso no sangradouro esq e administrada adrenalina (total de 3 adrenalinas em ciclos alternados). Foi assegurada a VA com a colocação de máscara laríngea nº 4. Com a chegada da VMER, foram suspensas manobras por indicação do médico, declarado o óbito.	Pelo facto de ainda estar com febre, havia o risco de nova crise convulsiva, foi acompanhada à urgência pediatria do HSJ tendo o transporte decorrido sem intercorrências.
Procedimentos instituídos	Monitorização contínua ECG TA e SPO2; CVP. Oxigenoterapia.	Uso do DAE, colocação de CVP, Colocação de máscara laríngea.	Vigilância do estado de consciencia; Vigilância de crises convulsivas;
Intervenção terapêutica	Morfina 3mg ev, SF 100cc+ 500cc	Adrenalina 3 ampolas, SF 100cc	A avó da criança administrou 30 minutos antes da nossa chegada 250mg de paracetamol retal.
A - Via Aérea	Sem alterações desde a avaliação inicial		Sem alteração, mantendo o mesmo estado
B- Ventilação	Sem alterações desde a avaliação inicial		Sem alteração, mantendo o mesmo estado
C- Circulação	Tendencia para a hipertensão hoje 190/100mmHg FC 76mg/dl.		Sem alteração, mantendo o mesmo estado
D- Disfunção neurológica	Sem alterações desde a avaliação inicial- PGC 100mg/dl		Adormeceu durante o transporte.
E - Exposição	Sem alterações desde a avaliação inicial		Reavaliada temperatura mantinha 38,7º
Evolução clínica	Positiva	Morte	Positiva
Via Verde	Trauma		
Resultado triagem hospitalar	Laranja		
Observações/análise crítica da situação particular			Desconhecemos a cor atribuída na triagem, foi transmitida informação ao enfermeiro de triagem, mas só posteriormente seria triada. Ficou acompanhada pela mãe.

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	25	26	27
Meio de Emergência	SIV	VMER	VMER
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Emergência Médica	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	TCE	PCR Adulto	Outra
Circunstância da situação	Chamada para queda com TCE numa escadaria interior em formato de L. Terá escorregado no último degrau de um patamar intermédio, o chinelo estava com a sola descolada e embateu com a cabeça na parede em frente. Teve perda de consciencia momentânea e recuperado espontaneamente ao fim de uns segundos (descrição da filha). Neste momento com amnesia para o sucedido.	Chamada para PCR. Vítima idosa já dependente, caquética (pesava 23Kg), já com rigidez cadavérica.	Chamada para dispneia
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino
Idade	81 - 90 anos	81 - 90 anos	81 - 90 anos
Antecedentes	HTA, DM, HBP	DRC, HTA	Insuficiência cardíaca, Insuficiência venosa MI, HTA, DM.
Terapêutica habitual	Lantus, Perindopril + Indapamida, Tansulosina, Enalapril, Tecnosal.	Lepicortinolo, Bactrin Forte (profilático), perindopril,	Poli medicada. Não se recorda da sua medicação habitual.
A - Via Aérea	Patente, sem desvios da traqueia e sem engurgitamento da jugular	Comprometida	Patente sem adjuvantes
B- Ventilação	Eupneico, SPO2 98%. AP com aparente diminuição murmúrio vesicular à esquerda, e a quando da expansão torácica com crepitações no hemitorax esquerdo, sugerindo provável # arcos costais. Sem enfizema subcutâneo.	Não Repira	Ligeiramente polipneica, em ar ambiente SPO2: 97%
C- Circulação	Hemodinamicamente estável, TA 160/63mmHg, Eletricamente estável, FC 74bpm, ECG com bloqueio de ramo esquerdo. TPC <2sg. Sem feridas, apenas pequenas escoriações sem sinais de hemorragia. Com dor no hemitorax esquerdo >8.	Sem sinais de circulação	TA: 120/70mmHg, FC 110-120, com edemas em ambos os MI.
D- Disfunção neurológica	Glasgow 15 (sem alterações da mímica facial, sem alterações da fala, sem défices motores ou sensitivos). PGC 247mg/dl.	Em PCR	Glasgow 15
E - Exposição	Apresenta pequeno hematoma na região frontal esq, escoriação no nariz e refere dor na grade costal hemotorax esquerdo. Normotermico.	Pele fria, com caquexia marcada com rigidez cadavérica.	Corada, hidratada, sem alterações da integridade cutânea. Com sinais de insuficiência venosa em ambos os MI
Vítima crítica	Sim	Sim	Não
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Doente anti agregado, com sinais de TCE e trauma da grade costal, com amnesia para o sucedido. Feito acompanhamento até ao CHP, tendo decorrido sem intercorrências.	Terá sido encontrada em PCR por volta das 9h pelas funcionárias da casa de acolhimento, estava fria e com total rigidez pelo que decretado o obito pela médica presente.	Embora polipneica FR ~20c/m, será em provável contexto ansioso. Hemodinamicamente estável, em ar ambiente SPO2 97%. Foi transportada apenas com bombeiros de Leixões para HPH
Procedimentos instituídos	CVP, monitorização ECG TA e SPO2; Vigilancia do estado de consciencia. Vigilancia da dor; vigilancia de SDR.		
Intervenção terapêutica	Metoclopramida 1 ampola ev, Morfina 3mg ev, SF 100cc	Não foi administrada qualquer medicação	Não foi administrada qualquer medicação.
A - Via Aérea	Sem alteração mantendo o mesmo estado		
B- Ventilação	Sem alteração mantendo o mesmo estado		
C- Circulação	Hemodinamica e eletricamente estável.		
D- Disfunção neurológica	Sem alteração mantendo o mesmo estado		
E - Exposição	Sem alteração mantendo o mesmo estado. Analgesia surtiu efeito, menos queixoso		
Evolução clínica	Positiva		
Via Verde	Trauma		
Resultado triagem hospitalar	Amarelo		
Observações/análise crítica da situação particular			171

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	28	29	30
Meio de Emergência	VMER	VMER	VMER
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Trauma	Emergência Médica	Trauma
Tipo de emergência	Trauma de extremidades	Sépsis/choque séptico	Trauma de extremidades
Circunstância da situação	Chamada para fratura exposta.	Chamada para crise convulsiva	Vítima de acidente de viação, era condutor de veículo de 2 rodas e foi projetado
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	41 - 50 anos	21 - 30 anos	21 - 30 anos
Antecedentes	DM, HTA, DRC.	Bypass gástrico em 2011 com pós op complicado, Polineuropatia axonal aguda grave. Desde há 4 dias com diarreia	Sem antecedentes conhecidos
Terapêutica habitual	Bisoprolol, Excitalopran, Clopidogrel, Fenofibrato.	Estaria a tomar laxantes (Bisacodilo) para a perda de peso. Segundo a mãe terá iniciado chá de canela com limão associado a laxantes desde há 4 dias (receita retirada da internet). Alprazolam, quietiapina e Vit B12	Sem medicação habitual
A - Via Aérea	Patente sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes	Patente, sem adjuvantes
B- Ventilação	Eupneico, em ar ambiente. Sem qualquer sinal de dificuldade respiratória.	Polipneica, cianosa labial e periférica, SPO2 80%. Colocado O2 por máscara a 6l/m, com melhoria para 95-96%. Auscultação pulmonar sem alterações	Eupneico, em ar ambiente SPO2 97%.
C- Circulação	Não foram avaliados sinais vitais. Apresentava-se corado, hidratado, bem perfundido.	Muito má perfusão periférica, TA: 100/80mmHg FC 100-110bpm.	TA: 120/70mmHg FC 70-90bpm.
D- Disfunção neurológica	Glasgow 15	Glasgow 15, algo obnubilada, responde coerentemente às questões colocadas. Sem défices motores aparentes.	Glasgow 15, não teve perda de consciência no momento do acidente. Sem défices motores.
E - Exposição	Apresenta deformidade, edema e pequena alteração da integridade sem hemorragia ativa e sem exposição óssea no pé dto.	Apresenta cicatriz abdominal e inframamaria. Sem outras alterações da integridade cutânea.	Apresenta esfacelo na face interna maleolar dta, refere dor na face anterior da perna dta, mas sem deformidade ou ferida.
Vítima crítica	Não	Sim	Sim
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Não apresentava sinais de gravidade. Não apresentava fratura exposta. Foi acompanhado ao hospital apenas com bombeiros.	Hemodinamicamente instável, com sinais de má perfusão periférica, cianosada. Uma vez que estávamos a cerca de 5 min do hospital mais próximo, foi monitorizada e feito transporte para a sala de emergência do HPH.	Ferido ligeiro, sem sinais de gravidade, hemodinamicamente estável.
Procedimentos instituídos		Monitorização contínua, ECG TA e SPO2; Tentativa de colocação de acesso venoso periférico (doente obesa, mal perfundida). Oxigenoterapia por máscara de venturi	Foi imobilizado com colar cervical imobilizadores e plano duro com aranha. Foi apenas com acompanhamento de bombeiros para CHP.
Intervenção terapêutica		Não foi administrada qualquer medicação.	Não foi administrada qualquer medicação.
A - Via Aérea		Patente sem adjuvantes	
B- Ventilação		Polipneica, SPO2 96-98%. Mantinha cianose labial	
C- Circulação		109/70mmHg, FC 80-100bpm, manteve sinais de má perfusão periférica ao longo do transporte	
D- Disfunção neurológica		Manteve o mesmo estado	
E - Exposição		Já descrito anteriormente	
Evolução clínica		Igual	
Via Verde		Sépsis	
Resultado triagem hospitalar		Laranja	
Observações/análise crítica da situação particular			172

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	31	32	33
Meio de Emergência	VMER	SIV	SIV
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Trauma	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	TVM	PCR Adulto	Síndrome Coronário Agudo
Circunstância da situação	Vítima de acidente de viação, conduzia veículo de 2 rodas e sofreu embate na traseira e lateral em veículo ligeiro, foi projetado cerca de 5 metros, não teve perda de consciência e retirou por sua iniciativa o capacete.	Chamada para dispneia. À nossa chegada vítima em PCR, em manobras de SBV pela Cruz Vermelha	Chamada para dor torácica retroesternal com início por volta das 15h, tomou o SOS (nitromint) que aliviou por momentos. Por regresso da dor contactou 112.
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	31 - 40 anos	71 - 80 anos	41 - 50 anos
Antecedentes	Sem antecedentes conhecidos	DM, Dça Alzheimer	FRCV: Tabagismo ativo, HTA; SCA há ceca de 1 ano, cateterismo cardíaco, FA paroxística. Alcoolismo
Terapêutica habitual	Sem medicação habitual	Omeprazole, Furosemida, Levodopa-carbidopa, Sertralina, Quetiapina, Rivotril.	Furosemida, AAS, Rivaroxabano, Atorvastatina, Amiodarona, Espironalactona, Bisoprolol, Ramipril, pantoprazol, oxazepam, Neurobion, Champix.
A - Via Aérea	Patente sem adjuvantes. Sem desvios da traqueia.	Comprometida por vômito abundante. Feita aspiração de secreções continua e logo que foi possível foi colocada máscara laríngea nº 4, para proteção da VA.	Patente sem adjuvantes.
B- Ventilação	Eupneico, com O2 por máscara de venturi a 6l/m SPO2 96-97%. Ventila bilateralmente, AP normal, Sem enfizema	Não respira espontaneamente	Eupneico em ar ambiente SPO2 97-98%
C- Circulação	TA 100/66mmHg FC 70bpm. Com hemorragia ativa em varios pontos do MID.	Em PCR, ligado DAE, em ritmo de assistolia e depois em AESP	TA 147/88mmHg, FC 67bpm, ECG sem evidentes sinais de isquemia. Bem perfundido.
D- Disfunção neurológica	Recorda-se do acidente, sem perda de consciência. Abre os olhos espontaneamente, discurso verbal aparentemente orientado, colaborante. Última refeição há cerca de uma hora.	O1V1M1	Glasgow 15.
E - Exposição	Apresenta, hematoma coxa dta, apresenta ferida incisa no joelho dto, apresenta ferida corto contusa na região do gêmeo com exposição de fascia, apresenta deformidade do pé e calcâneo, com fratura exposta no calcâneo dto.	Pele fria, pálido.	Sem alterações da integridade cutânea, corado hidratado.
Vítima crítica	Sim	Sim	Sim
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Ferido grave, mecanismo do trauma evidencia embate a elevada velocidade havendo a possibilidade de lesões orgãos nobres, e possibilidade de choque. Acompanhado até à sala de emergência do HSJ.	Vítima de PCR, em manobras de SAV	Pela persistência da dor retroesternal.
Procedimentos instituídos	Mantendo imobilização cervical manual. Feita avaliação inicial ABCDE, foram colocados 2 acessos venosos de grande calibre no MSE, foi analgesiado. Foi feita a exposição, limpeza e proteção de todas as feridas. Imobilizado o MID com talas de madeira. Após estes procedimentos, feito rolamento, colocado em plano duro, colocado o colar cervical e estabilizadores laterais, colocada a aranha e segue para a ambulância.	Colocado acesso venoso no MSE, feitos cerca de 10-12 ciclos de SAV até à chegada da VMER HGSA que deu indicação para suspensão das manobras de SAV.	Monitorização ECG TA e SPO2;
Intervenção terapêutica	Metoclopramida 1 ampola ev, Fentanil 50+150mcg, SF 500cc	5 ampolas de Adrenalina, SF 500cc.	DNI 5mg SL
A - Via Aérea	Sem alterações		Sem alterações
B- Ventilação	Sem alterações		Sem alterações
C- Circulação	TA: 120/780mmHg FC 75bpm. TPC <2s. Sem agravamento do hematoma da coxa dta. Aumento da hemorragia pé dto		TA: 152/70mmHg FC 71bpm. Sem alterações de ritmo. Refere alívio da dor após toma de DNI
D- Disfunção neurológica	Sem alterações		Sem alterações
E - Exposição	Aparente aumento da hemorragia no pé dto, visível na ligadura de protecção.		Sem alterações
Evolução clínica	Igual		Positiva
Via Verde	Trauma		Coronária
Resultado triagem hospitalar	Laranja		Laranja
Observações/análise crítica da situação particular			173

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	34	35	36
Meio de Emergência	SIV	SIV	SIV
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Trauma	Trauma	Trauma
Tipo de emergência	Trauma de extremidades	TCE	TVM
Circunstância da situação	Chamada para agressão com arma branca. No local família de etnia cigana composta por 3 elementos todos vítimas de agressão, apenas um com ferimento por arma branca.	Chamada para agressão. Família de etnia cigana composta por 3 elementos todos vítimas de agressão, esta vítima levou com um ferro no couro cabeludo	Chamada para vítima que sofreu queda de um telhado com cerca de 5-6 metros de altura
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	41 - 50 anos	31 - 40 anos	61 - 70 anos
Antecedentes	Desconhece antecedentes	Desconhece antecedentes	Dislipidemia, Hernia Discal
Terapêutica habitual	Sem medicação habitual	Sem medicação Habitual	Atorvastatina
A - Via Aérea	Patente sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes
B- Ventilação	Eupneico em ar ambiente, SPO2 98%	Eupneica em ar ambiente, SPO2 98%	Glanosado, SPO2 89-90% colocado O2 por mascara a 6l/m inicialmente. AP mV diminuído à esq
C- Circulação	TA:123/74mmHg FC 105bpm.	TA:110/70mmHg FC 99bpm.	TA 98/53mmHg FC 86bpm, Frio, mal perfundido. Colocados 2 acessos venosos de grande calibre no MSD.
D- Disfunção neurológica	Glasgow 15, não teve perda de consciencia.	Glasgow 15, teve perda de consciencia no momento da agressão.	Sem amnesia para o sucedido, Glasgow 14, discurso confuso.
E - Exposição	Apresenta ferimento no ombro esq com cerca de 5 cm, provavel grande profundidade, sem hemorragia ativa. Consegue mobilizar o MSE, apresenta abrasões nas costas.	Apresenta ferida corto contusa parietal dta, escoriação fronto parietal.	Refere parestesias no MIE, diminuição da força perna e braço esquerdos, dor na região lombar, dor na anca (sem instabilidade evidente), apresenta dor à palpação no abdome à esq e grade costal anterior e posterior à esquerda.
Vítima crítica	Sim	Sim	Sim
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Pelo risco de hemorragia e choque.	Pelo TCE sofrido e risco de alteração do estado de consciencia	Pela cinematica do trauma - queda em altura de 6 metros, TCE, TVM, Trauma da bacia, Trauma grade costal, Trauma abdominal e lombar.
Procedimentos instituídos	Monitorização ECG TA e SPO2; Feita limpeza e colocada protecção na ferida do ombro. Feito transporte e acompanhamento até ao HSJ.	Monitorização ECG TA e SPO2; Realizada limpeza das feridas e feito capacete de protecção. Feito transporte e acompanhamento até ao HSJ.	À nossa chegada já estava imobilizado com colar cervical e na maca de vacuo. Feita avaliação ABCDE, foram colocados 2 acessos venosos de grande calibre no MSD, foi analgesiado. Apresentava-se instável hemodinamicamente, hipotenso, manteve estado de consciencia 14-15 obnubilado. Feito acompanhamento até à sala de emergência do CHP.
Intervenção terapêutica			Morfina 4+3+3mg; Metoclopramia 10mg ev, SF 500cc + 500cc.
A - Via Aérea	Sem alterações	Sem alterações	Sem alterações
B- Ventilação	Sem alterações	Sem alterações	Referia agravamento da dor na grade costal à esq com a respiração,, aumento O2 para mascara de alto debito SPO2 98%
C- Circulação	TA: 120/67mmHg FC 100bpm.	TA: 110/67mmHg FC 105bpm.	TA 96/60mmHg FC 86bpm.
D- Disfunção neurológica	Sem alterações	Sem alterações	Manteve o mesmo estado de consciencia durante o transporte
E - Exposição	Sem alterações de novo.	Sem alterações de novo.	Detetada a presença de sangue no meato urinário
Evolução clínica	Igual	Igual	Igual
Via Verde			Trauma
Resultado triagem hospitalar	Amarelo	Amarelo	Vermelho
Observações/análise crítica da situação particular			174

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	37	38	39
Meio de Emergência	VMER	VMER	VMER
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Emergência Médica	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	Outra	Convulsão	PCR Adulto
Circunstância da situação	Chamada para vítima com dispneia. Residente no lar dos pescadores, terá acordado afásica, com dispneia e teve um episódio de diarreia.	Chamada para alteração de estado de consciência em provável contexto de pós crise convulsiva. Chegada ao local vítima em PLS. Glasgow 15, referia dor torácica e dispneia. De seguida inicia movimentos repetidos com os 4 membros, evidenciando uma crise conversiva - Sem qualquer perda de consciência.	Chamada para PCR em masculino de 66 anos residente em lar
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino
Idade	81 - 90 anos	31 - 40 anos	61 - 70 anos
Antecedentes	Demência HTA	Neoplasia Colon já tratada. Ex toxicodependente, a residir na Cadeia de Santa Cruz do Bispo	Doença Alzheimer, acamado, sem vida de relação.
Terapêutica habitual	Polimedicada	Ansiolíticos, Protetor gástrico (Informação da enfermeira da cadeia)	Polimedicado
A - Via Aérea	Patente sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes	Comprometida
B- Ventilação	Cianosada, polipneica, SpO2 em ar ambiente 88-89%. Colocado O2 por canula nasal a 3l/m.	Eupneico em ar ambiente SPO2 99%	Não respira
C- Circulação	TA: 89/50mmHg FC 78bpm.	TA: 120/80mmHg FC 70bpm. ECG Sem sinais de isquemia	Em PCR, não sabemos há quanto tempo, não estavam a ser realizadas manobras de SBV. Foi monitorizado, em assistolia, dados os antecedentes, por indicação médica não foram iniciadas medidas de reanimação cardiorespiratória.
D- Disfunção neurológica	Abre os olhos espontaneamente, não fala, não cumpre ordens, (já anteriormente acamada)	Abre os olhos espontaneamente, discurso verbal apelativo mas orientado T/E, mobiliza os 4 membros ativamente.	O1V1M1
E - Exposição	Sem alterações da integridade cutânea.	Sem alterações evidentes da integridade cutânea.	Muito emagrecido, pálido.
Vítima crítica	Não	Não	Não
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Doente já dependente e demente. Como não sabemos a hora do início dos sintomas não é VVAVC. A dispneia melhorou com a colocação de aporte de O2 suplementar. Foi para o HPH apenas com acompanhamento de TAEs.	Crise conversiva, hemodinamicamente estável. Por referir dor torácica, apesar do ECG não apresentar sinais de isquemia, vai acompanhado apenas com bombeiros para o HPH para avaliação médica e provável seriação de marcadores cardíacos.	Acamado sem vida de relação, reanimar seria um ato de "distanásia".
Procedimentos instituídos	Avaliação sinais vitais TA FC e SPO2. Colocado O2 por canula nasal a 3l/m.	ECG 12	
Intervenção terapêutica	Não foi administrada qualquer medicação.	Não foi administrada qualquer medicação.	
A - Via Aérea			
B- Ventilação			
C- Circulação			
D- Disfunção neurológica			
E - Exposição			
Evolução clínica			
Via Verde			
Resultado triagem hospitalar			
Observações/análise crítica da situação particular			175

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	40	41	42
Meio de Emergência	VMER	VMER	VMER
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Emergência Médica	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	Outra	Hipoglicemia	Edema agudo do pulmão
Circunstância da situação	Chamada para Dispneia. Chegada ao local, vítima deitada com a cabeça baixa, apenas com uma almofada, com cianose labial.	Chamada para hipoglicemia. Chegada ao local vítima sentada na sanita a vomitar.	Chamada para dor torácica
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino
Idade	71 - 80 anos	61 - 70 anos	61 - 70 anos
Antecedentes	Neoplasia com metastização pulmonar, gástrica e óssea. Já parcialmente dependente para as AVDs.	HTA Dislipidemia, obesidade, DM, IC, FA, CA Endométrio	Dça coronária, ICC, HTA, DM, Hipotireoidismo, SAOS, Obesidade,
Terapêutica habitual	Polimedicado	Hipocoagulada e digitalizada	Polimedicada
A - Via Aérea	Permeável.	VA Permeável, sem necessidade de adjuvantes	Patente, sem adjuvantes.
B- Ventilação	AP com dominância do MV na base à esq, SPO2 em ar ambiente de 77%. Colocado O2 por máscara de alta concentração e otimizada ventilação com elevação do tronco, foi sentado na beira da cama, obtendo SPO2 de 96%.	Eupneica, em ar ambiente SPO2 98%.	Polipneica, uso de músculos acessórios, SPO2 em ar ambiente 92%. Colocado O2 por máscara de venturi a 31% Obtendo SPO2 99%.
C- Circulação	TA:147/70mmHg, FC 100bpm. Não Referiu qualquer dor.	TA: 134/78mmHg FC: 78bpm, ECG 12, com bloqueio de ramo direito. TPC <2sg	TA: 200/100mmHg, FC 104bpm, com edemas em ambos os MI até aos joelhos. Referia dor torácica pleurítica. ECG 12 sem sinais de isquemia aguda.
D- Disfunção neurológica	O4 V5 M6	O4V5M6, PGC 191mg/dl, consegue mobilizar os 4 membros.	O4V5M6, sem défices motores. PGC 100mg/dl.
E - Exposição	Aspecto emagrecido, pele seca, desidratado.	Sem alterações da integridade cutânea evidentes.	Edemas em ambos os MI até aos joelhos. Sem alterações da integridade cutânea.
Vítima crítica	Não	Não	Sim
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Vítima com história de doença respiratória conhecida, hoje com agravamento do seu padrão habitual de dispneia. Após otimização da ventilação obteve melhoria imediata das saturações e reversão do quadro de dificuldade respiratória inicial. Foi apenas com bombeiros para HPH	Hemodinamicamente estável, não apresentava hipoglicemia. Segundo informação de familiares, durante o almoço, referiu indisposição (comeu muito e misturou muitas coisas - SIC), pelo que foi para o WC e começou a vomitar. Foi para o hospital apenas acompanhada por bombeiros.	Vítima em pre edema agudo do pulmão /IC descompensada, com sinais de sobrecarga, além da otimização da ventilação, foi colocado acesso venoso periférico e administrado diuretico furosemida 60mg ev, vasodilatador - DNI 5+5 ev, Morfina 5mg ev, metoclopramida 10mg ev. Após ligeira melhoria sintomática, foi transportada em cadeira de rodas até à ambulância e acompanhada até ao HSI.
Procedimentos instituídos	Elevação da cabeça/tronco; Oxigenoterapia com máscara de alta concentração	Administração de diazepam 10mg SL	O2 por máscara de venturi a 31%, posicionamento com elevação do tronco para otimização da ventilação. Acesso venoso periférico.
Intervenção terapêutica	Não foi administrada qualquer medicação.	Diazepam 10mg SL	Furosemida 60mg ev, DNI 1 a mpola ev, Morfina 5mg ev, Metoclopramida 1 a mpola ev.
A - Via Aérea			Sem alterações
B- Ventilação			Melhor da dificuldade respiratória, SPO2 97% com aporte de O2 suplementar a 31%
C- Circulação			TA: 178/99mmHg, FC 88bpm.
D- Disfunção neurológica			sem alterações
E - Exposição			sem alterações
Evolução clínica			Positiva
Via Verde			
Resultado triagem hospitalar			Laranja
Observações/análise crítica da situação particular			176

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	43	44	45
Meio de Emergência	VMER	VMER	VMER
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Trauma	Emergência Médica	Trauma
Tipo de emergência	TCE	PCR Adulto	TCE
Circunstância da situação	Chamada para queda com alteração do estado de consciencia.	Chamada para PCR.Trabalhador da construção civil, estava a trabalhar e colapsou. Um colega de trabalho iniciou SBV. À nossa chegada, colocado LUCAS, Monitorizado em constante mudança de ritmo compatível ou incompatível com vida (1 ciclo em Assistolia, 4 ciclos de FV e necessidade de choque, 1 ciclo de Aesp), Foi entubado com TET 7,5, Colocado acesso e administradas drogas de SAV (adrenalina, amiodarona)	Chamada para queda na via publica com alteração do estado de consciencia. No local vítima com glasgow 15, caiu por ter tropeçado tendo embatido com a face e ombro esquerdo.
Sexo	Masculino	Masculino	Feminino
Idade	61 - 70 anos	51 - 60 anos	31 - 40 anos
Antecedentes	Doença Neurodegenerativa (seguido no HGSA), já com vida de relação comprometida e dependente para AVDs (mas conseguia caminhar)	Desconhecidos	Artropatia ombro
Terapêutica habitual	Polimedicado	Desconhecida	Xanax em SOS
A - Via Aérea	Patente sem adjuvantes	Compometida, colocado TET 7,5	Patente sem adjuvantes
B- Ventilação	Eupneico, em ar ambiente SPO2, 98%. Iniciado O2 pr canula nasal a 4l/m.	Não respira, TET conectado aoambu e O2	Eupneica em ar ambiente SPO2 100%.
C- Circulação	TA: 143/81mmHg FC 85bpm. Com laceração na região parieto temporal esq sangrante e hematoma periorbitário esq.	Em PCR, realizadas manobras de SAV durante cerca de 50 - 60 minutos tendo recuperado pulso.	TA: 160/89mmHg FC 77bpm. TPC <2sg. Sem feridas e/ou hemorragias evidentes. Referid dor no ombro esq.
D- Disfunção neurológica	O1, V2, M6 (Estado neurológico idêntico ao habitual)	Em PCR	Sem alteração de estado de consciencia. Segundo informação do publico teve perda de consciencia momentânea após a queda, mas a vítima não valoriza.
E - Exposição	Com laceração na região parieto temporal esq sangrante e hematoma periorbitário esq.	Aspecto emagrecido	Pequena escoriação /abrasão no MSE
Vítima crítica	Sim	Sim	Não
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Pelo TCE, apesar de ser difícil avaliar a degradação do estado de consciencia neste doente, existia o risco de afundamento do estado de consciencia e a eventual necessidade de protecção da via aérea. Não era possível perceber se tinha dor.	PCR, seguido algoritmo de SAV e com sucesso, o doente deu entrada na SE do HSI com vida.	Hemodinamicamente estavel, sem alteração do estado de consciencia.
Procedimentos instituidos	Imobilização cervical com colar cervical, plano duro, aranha. 2 avessos venosos periferico curto e grossos.	Utilização do LUCAS, Colocação de TET, Colocação de acesso venoso periferico, Desfibrilação.	Imobilizada com colar cervical, plano duro e aranha. Avaliação de sinais vitais.
Intervenção terapêutica	Fentanil 10mcg ev, SF 500cc	Adrenalinhas 6 ampolas, amiodarona, SF 500cc.	Não foi administrada qualquer medicação.
A - Via Aérea	Sem alterações além das já anteriormente descritas.	Protegida com TET	
B- Ventilação	Sem alterações	A ser ambulado	
C- Circulação	TA: 130/78mmHg FC 90bpm. TPC >2sg	89/48 (após recuperação de sinais de circulação), FC 50bpm, evidenciando no ECG 12 enfarte extenso na parede antero lateral	
D- Disfunção neurológica	Manteve o mesmo estado de consciencia durante o transporte.	TET	
E - Exposição	Hemorragia aparentemente controlada na ferida parietotemporal esq	sem alterações	
Evolução clinica	Igual	Positiva	
Via Verde	Trauma	Não Aplicável	
Resultado triagem hospitalar	Laranja	Vermelho	
Observações/análise crítica da situação particular			177

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	46	47	48
Meio de Emergência	VMER	VMER	VMER
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Emergência Médica	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	Asma	DPOC agudizada	Síndrome Coronário Agudo
Circunstância da situação	Chamada para adolescente de 14 anos asmática com dificuldade respiratória após aula de educação física.	Chamada para agravamento do padrão habitual de dispneia	Chamada para dor torácica. No local vítima refere dor epigástrica com irradiação dorsal e pre cordial.
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino
Idade	13 - 20 anos	61 - 70 anos	51 - 60 anos
Antecedentes	Asma	DPOC, OLD e VNI, Cardiopatia Isquémica	HTA, HBP, Ansiedade, Dislipidemia
Terapêutica habitual	Aerosol que não sabe especificar o nome.	Polimedicado	Lozartan + HCTZ, Escitalopram, Alufosina, Stugeron, Beta histina
A - Via Aérea	Patente sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes
B- Ventilação	Muito chorosa, polipneica, SPO2 em ar ambiente 97%.	Taquipneico, a fazer o seu O2 habitual a 2l/m, SPO2 88%. Colocado O2 por máscara de venturi a 31% - SPO2 92%	Polipneico (ansioso) SPO2 em ar ambiente 100%. (Incentivado a "cheirar a flor e soprar a vela")
C- Circulação	TA: 137/98mmHg FC 107bpm	TA: 126/70mmHg FC 80bpm	TA: 144/99mmHg FC 63. ECG 12 Sem sinais de isquemia aguda
D- Disfunção neurológica	Glasgow 15	Glasgow 15	Glasgow 15
E - Exposição	Sem alterações	Emagrecido. Sem alterações da integridade cutânea	Obeso, sem alterações da integridade cutânea. Sem febre
Vítima crítica	Não	Não	Sim
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Asmática que após esforço e em provável contexto de crise emocional, desenvolve quadro de dispneia mas sem qualquer sinal de gravidade. Melhoria rápida após nebulização de salbutamol. Foi para o hospital apenas acompanhada com bombeiros.	vítima com agravamento do padrão habitual de dispneia mas que melhorou após aumento FIO2 e nebulização com combivent. Foi para o hospital apenas acompanhado com bombeiros	Apesar de todo o quadro sugerir crise ansiosa e ECG 12 sem alterações, dadas as características da dor não se pode excluir a presença de SCA pelo que foi acompanhado até ao HPH.
Procedimentos instituídos			Avaliação de sinais vitais; ECG 12.
Intervenção terapêutica			Diazepam 10mg SI
A - Via Aérea			Sem alterações
B- Ventilação			Sem alterações
C- Circulação			Hemodinamicamente estável.
D- Disfunção neurológica			sem alterações
E - Exposição			sem alterações
Evolução clínica			Igual
Via Verde			Coronária
Resultado triagem hospitalar			Laranja
Observações/análise crítica da situação particular			178

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	49	50	51
Meio de Emergência	VMER	VMER	VMER
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Trauma	Trauma	Trauma
Tipo de emergência	Trauma Torácico	Trauma Torácico	TVM
Circunstância da situação	Chamada para acidente multi vítimas com capotamento na A28 sentido Porto Viana. Vítima 1 - Viajava ao lado direito do condutor, levava cinto de segurança. Não teve perda de consciência.	Chamada para acidente multi vítimas com capotamento na A28 sentido Porto Viana. Vítima 2 - Condutora, levava cinto de segurança. Não teve perda de consciência.	Chamada para acidente multi vítimas com capotamento na A28 sentido Porto Viana. Vítima 3 - Sem cinto de segurança viajava no banco de trás.
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	51 - 60 anos	51 - 60 anos	51 - 60 anos
Antecedentes	desconhecidos	Desconhecidos	Desconhecidos
Terapêutica habitual	Desconhecida	Desconhecida	Desconhecida
A - Via Aérea	Patente sem adjuvantes. Sem desvios da traqueia.	Patente, sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes
B- Ventilação	Ligeiramente polipneico, em ar ambiente SPO2 99%. AP com sinais de crepitação à dta.	Eupneica em ar ambiente SPO2 99%	Ligeiramente polipneico, SPO2 em ar ambiente 99%. AP sem alterações
C- Circulação	TA: 144/76mmHg FC 88bpm. Refere dor à palpação na grade costal dta.	TA: 162/55mmHg FC 82bpm. Refere dor no ombro esq.	TA: 132/73mmHg, FC: 73bpm, com escoriações dispersas nos MS e face. TPC <2sg. Refere dor cervical
D- Disfunção neurológica	Glasgow 15. Não teve perda de consciência. Mobiliza ativamente os 4 membros.	Glasgow 15. Mobiliza os 4 membros	Glasgow 15. Pupilas isocóricas e foto-reativas. Lembra-se do acidente, refere ter sentido uma pressão na região cervical e neste momento no consegue mexer o MIE.
E - Exposição	Abrasões dispersos face e MS	Apresenta ferida com hemorragia controlada no cotovelo esq.	Escoriações dispersas nos MS e face.
Vítima crítica	Sim	Sim	Sim
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Apesar de não apresentar lesões major, dada a cinemática do trauma (capotamento e viagem provavel a alta velocidade em auto estrada), considero uma vítima crítica. Em contexto de triagem de catastrophe e cenário multivítimas, esta vítima foi para o hospital apenas com bombeiros -havendo apenas a suspeita de trauma toracico (# grade costal) estava estavel hemodinamicamente. e não apresentava qualquer sinal de gravidade.	Apesar de não apresentar lesões major, dada a cinemática do trauma (capotamento e viagem provavel a alta velocidade em auto estrada), considero uma vítima crítica. Em contexto de triagem de catastrophe e cenário multivítimas, esta vítima foi para o hospital apenas com bombeiros -havendo apenas a suspeita de trauma MSE (ombro estava estavel hemodinamicamente. e não apresentava qualquer sinal de gravidade.	Esta vítima apresentava suspeita de TVM, não conseguia mobilizar o MIE, viajava sem cinto de segurança e dada a cinemática do trauma (capotamento e viagem provavel a alta velocidade em auto estrada), considero uma vítima crítica. Houve uma grande dificuldade de comunicação com este doente, só falava Françês.
Procedimentos instituídos	Avaliação de sinais vitais; ECG 12; Cateter venoso periferico. Imobilizada com colar cervical, plano duro e aranha	Avaliação de sinais vitais; ECG 12; Cateter venoso periferico. Imobilizada com colar cervical, plano duro e aranha.	Avaliação de sinais vitais; ECG 12; Cateter venoso periferico. Imobilizada com colar cervical, plano duro e aranha.
Intervenção terapêutica			Fentanil ev, SF 500cc.
A - Via Aérea			Sem alterações
B- Ventilação			Sem alterações
C- Circulação			Sem alterações
D- Disfunção neurológica			Sem alterações
E - Exposição			Sem alterações
Evolução clínica			Igual
Via Verde			Trauma
Resultado triagem hospitalar			Laranja
Observações/ análise crítica da situação particular			179

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	52	53	54
Meio de Emergência	SIV	SIV	SIV
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Trauma	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	Trauma Torácico	AVC	Síndrome Coronário Agudo
Circunstância da situação	Chamada para acidente de viação, condutor embateu contra um poste e muro, com deformidade do veículo e volante.	Chamada para alteração do estado de consciencia (afasia) em senhora de 100 anos. Hx de queda recente com abrasão na face esq.	Chamada para dor toracica. Início de dor retroesternal com irradiação para MSE quando acordou por volta das 8h, à hora do almoço ficou nauseada tendo vomitado. Por manutenção dos sintomas recorreu ao CS.
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino
Idade	21 - 30 anos	91 - 100 anos	51 - 60 anos
Antecedentes	HTA	HTA, Patologia osteoarticular, DM, Anemia.	HTA, dislipidemia, obesidade
Terapêutica habitual	Anti hipertensor que não sabe especificar.	Polimedicada	Atorvastatina, dafion, bisoprolol, dlobasan, cloreto de tropsio, fenofibrato, sertralina, monometasona, micardis, tramadol +paracetamol.
A - Via Aérea	Patente sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes
B- Ventilação	Eupneico em ar ambiente SPO2 99%. AP sem alterações.	Eupneico em ar ambiente SPO2 99%. AP sem alterações.	Ligeiramente polipneica em ar ambiente SPO2: 98%
C- Circulação	TA: 123/58mmHg FC:78bpm. TPC <2sg. Refere dor no esterno.	TA:138/56mmHg, FC 80bpm. ECG 12 sem sinais de isquemia.	Pele suada, TA: 170/88mmHg FC 59bpm. ECG 12, sem supra de ST.
D- Disfunção neurológica	Glasgow 15. Sem perda de consciencia. PGC: 112mg/dl.	Abre os olhos espontaneamente discurso verbal confuso, mas cumpre ordens simples. (Glasgow 14 anteriormente Glasgow 15), a queda foi durante a manhã e a assistência foi por volta das 17h - já fora do tempo janela para ser VVAVC. PGC 198mg/dl	Glasgow 15. PGC 90mg/dl
E - Exposição	Refere dor no esterno, mas sem deformidade evidente.	Apresenta ferida abrasiva na face lado esq. Sem outras alterações da integridade cutanea.	Sudoretica.
Vítima crítica	Sim	Não	Sim
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Pela cinematica do trauma, acidente com grande impacto história de deformidade do volante, referindo dor toracica anterior - suspeita de # esterno?).	Apesar da alteração do Glasgow, o tempo de evolução dos defices/confusão já estava fora do tempo janela para VVAVC. Hemodinamicamente estável. Foi apenas acompanhada com bombeiros para HGSA.	Pela presença de dor pre cordial típica, estava bradicárdica e apresentava-se suada, desconfortável. Possível SCA sem tradução em tira de ritmo.
Procedimentos instituídos	Avaliação de sinais vitais; ECG 12; Cateter venoso periferico.Imobilizada com colar cervical, plano duro e aranha.	Avaliação de sinais vitais; ECG 12.	Avaliação de sinais vitais; ECG 12; Cateter venoso periferico.
Intervenção terapêutica	Morfina 5mg ev, SF 500cc		Por volta das 18h o médico administrou 250mg de AAS + 5mg de DNI.
A - Via Aérea	Sem alterações		Sem alterações
B- Ventilação	Sem alterações		Sem alterações
C- Circulação	Sem alterações		TA:182/95mmHg FC: 70bpm. Sem alterações de ritmo. Mantem dor pre cordial.
D- Disfunção neurológica	Sem alterações		Sem alterações
E - Exposição	Refere melhoria da dor após analgesia.		Sem alterações
Evolução clínica	Positiva		Igual
Via Verde	Trauma		Coronária
Resultado triagem hospitalar	Laranja		Laranja
Observações/análise crítica da situação particular			180

O Enfermeiro Especialista na Gestão da Qualidade Assistencial ao Doente Crítico

	55	56	57
Meio de Emergência	SIV	SIV	SIV
Missão	Primário	Primário	Primário
Natureza da ocorrência	Trauma	Emergência Médica	Emergência Médica
Tipo de emergência	Outra	DPOC agudizada	
Circunstância da situação	Rendez Vous com bombeiros. Vitima encontrada caída na berm da estrada, estava chover, desconhece se há quanto tempo estaria caído, estava todo molhado. Provavelmente será sem abrigo, apresentava muitos maus cuidados de higiene. Já se encontrava dentro da ambulancia dos bombeiros à nossa chegada.	Chamada para agravamento do padrão habitual de dispneia	Chamada para acidente de viação. 1 vitima, condutor de veiculo de 2 rodas a baixa velocidade.
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	51 - 60 anos	51 - 60 anos	51 - 60 anos
Antecedentes	Desconhece-se	Fumadora ativa,DPOC, bronquiectasias. Infeção respiratoria medicada há cerca de 1 semana.	Sem antecedentes conhecidos
Terapêutica habitual	Desconhece-se	Polimedicada	Não toma qualquer medicação
A - Via Aérea	Patente sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes	Patente sem adjuvantes. Sem desvios da traqueia.
B- Ventilação	Eupneico em ar ambiente SPO2 99%. AP sem alterações	Taquipneica, respiração com ruidos, e uso de musculos acessórios. Em ar ambiente SPO2 88%. Colocado O2 inicialmente a 4l/m que posteriormente fica a 1l/m apresentado SPO2 95%	Eupneico, em ar ambiente SPO2 95%. Sem sinais de enfizema subcutâneo. Refere dor no torax anterior dto que agrava com a respiração profunda
C- Circulação	TA: 143/70mmHg FC 75bpm, PGC 110mg/dl. ECG 12 - Sem alterações.	TA: 138/70mmHg FC 100bpm. ECG 12 sem sinais de isquemia. Cianose labial. Edemas em ambos os Ml.	TA: 150/82mmHg, FC 87bpm. Apresenta pequena escoriação no dorso mão esq e perna dta.
D- Disfunção neurológica	Glasgow 15	Glasgow 15. Sem defices motores.	Não teve perda de consciencia, retirou por sua iniciativa o capacete antes da chegada dos meios. PGC 162mg/dl
E - Exposição	Pele fria - estava todo molhado, provavelmente caído há algumas horas. Colocada manta de aquecimento.	Sem alterações da integridade cutânea.	Sem sinais de hemorragia ativa, já descrito anteriormente, apresenta Apresenta pequena escoriação no dorso mão esq e perna dta.
Vítima crítica	Não	Sim	Não
Motivo pelo que considerou crítica e /ou não	Hemodinamicamente estável. Vai apenas com bombeiros para hospital.	Vitima em pre edema agudo do pulmão, admnistrado Oxigenoterapia por VM, nebulização com combivent. Colocado acesso venoso periferico e administrado 200mg hidrocortisona ev com melhoria sintomatica após estas medidas. Poderia ainda ter sido administrado furosemida e morfina.	Ferido ligeiro, viajava a baixa velocidade, não foi projetado, apenas tombou para o lado dto com o embate no carro. Apresenta dor no torax à dta, mas SPO2 OK. Sem alterações auscultatórias, sem sinais de enfizema subcutâneo. Ligeiramente hipertenso mas sem antecedentes de hipertensão, provavelmente relacionado com a situação. Foi para o Hospital apenas acompanhado pelos bombeiros de Rio Tinto.
Procedimentos instituidos		Avaliação de sinais vitais; ECG 12. Oxigenoterapia, Broncodilatação, administração de corticoide endovenoso.	
Intervenção terapêutica		200mg hidrocortisona ev;Nebulização com combivent;	
A - Via Aérea		Sem alterações	
B- Ventilação		Melhoria sintomatica com redução da frequencia ventilatoria mantendo respiração ruidosa e melhoria das saturações O2 perifericas para 95% após as medidas anteriormente descritas.	
C- Circulação		sem alterações	
D- Disfunção neurológica		sem alterações	
E - Exposição		sem alterações	
Evolução clínica		Positiva	
Via Verde			
Resultado triagem hospitalar		Laranja	
Observações/análise crítica da situação particular			181

7.6 APÊNDICE VI

Reflexão sobre um Caso em Cuidados Intensivos



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Mestrado Profissional com Especialização em Enfermagem

médico-cirúrgica

Reflexão Sobre um Caso Em Cuidados Intensivos

Estágio Módulo II Serviço de Cuidados Intensivos

Tânia Margarida de Sousa e Silva
Nº Aluno 396416015

Março de 2018

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	2
2 – COLHEITA DE DADOS	3
3 – REFLEXÃO TEÓRICA	7
4 – PROCESSO DE ENFERMAGEM e PLANO DE CUIDADOS	9
5 – CONCLUSÃO	21

1. INTRODUÇÃO

Se no tempo de Florence Nightingale se começaram a realizar registos acerca de casos considerados extraordinários, com o evoluir da profissão, refletir sobre um caso tornou-se numa importante ferramenta para os estudantes e para os enfermeiros na prática diária, tornando o trabalho do enfermeiro sustentado em ciência e conseqüentemente mais relevante.

No âmbito do estágio correspondente ao módulo II do 10º curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica do Porto realizado num serviço de Cuidados Intensivos, surge a realização de um estudo de caso com o intuito refletir de forma fundamentada acerca de um caso da prática diária em cuidados intensivos.

Com a realização deste trabalho pretendo descrever, e refletir acerca de uma situação real (um caso) observado num turno em cuidados intensivos, para que esta aquisição de conhecimento sejam uma mais-valia para uma prestação de cuidados e tomadas de decisão em enfermagem à luz da evidência científica atual.

2. COLHEITA DE DADOS

Na prática clínica, a colheita de dados, consiste em rever eventos relacionados com a saúde, na identificação dos sintomas e sinais atuais, com o intuito principal de entender, com a maior precisão possível, a história da doença atual que motiva o estado do doente e a vinda da pessoa ao hospital, sendo, portanto, peça integrante e de elevada relevância para a construção do processo de enfermagem (Patine e Pinto, 2004).

2.1 -IDENTIFICAÇÃO

Nome: SPASB

Idade: 35 anos

Sexo: XXXX

Estado Civil: Divorciado

Naturalidade: XXXX

Residência atual: XXXX

Profissão: Feirante – Inativo desde dezembro por maior limitação funcional

2.2-QUEIXA PRINCIPAL

Recorreu ao serviço de urgência de um Centro Hospitalar na sua área de residência por prostração de agravamento progressivo e vômitos caracterizados com 24 h de evolução.

2.3– HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Foi admitido serviço de urgência de um Centro Hospitalar no dia X de fevereiro por prostração de agravamento progressivo, hipoglicemias e dois episódios de vômito no dia anterior. Referência a tosse escassa.

À admissão descrito como desorientado, agitado SPO2 81% em ar ambiente TA 136/106mmHg FC 74bpm, hipotérmico (T- 31°).

Com aporte de O₂ suplementar a 35% apresentava os seguintes valores de gasometria: PH – 7.3, P_{CO2} 39, P_{O2} – 57, HCO₃ – 19, Lactatos – 8. Portanto com acidose metabólica como tentativa de compensação do sistema respiratório com valores de P_{CO2} normais e manifestação de hipoxia. Os lactatos muito aumentados demonstrando sofrimento celular e tecido hipóxico. No estudo analítico leucipenia com neutropenia, hiponatremia grave (109mEq/L), hipoglicemia hipocaliémia e PCR 160mg/L.

RX Totax com infiltrado difuso à esquerda e parahilar à direita.

Assumido quadro séptico com ponto de partida respiratório, colheu culturas e iniciou empiricamente antibiótico de largo espectro - associação de penicilina com inibidores de β-lactamase (Piperacilina – tazobactam).

Após é transferido para um Serviço de Urgência Médico Cirúrgico, ou seja, mais diferenciado, onde é admitido na sala de emergência.

À admissão na SE:

- A- Via aérea permeável,
- B- Sob VNI (IPAP18mmHg, EPAP 7mmHg), polipneica, SPO₂ 80%
- C- Hipotensa (TA 73/38mmHg, FC 63bpm em ritmo sinusal, pele suada e TPC >2sg, lactatos 7,9.
- D- Glasgow 12, glicemia 71mg/dl, Na107mEq/L e K 2,3mEq/L.
- E- Temperatura não mensurável, pele com sinais de eritema generalizado.

De imediato assumido quadro de choque, inicia ressuscitação volêmica aquecimento e correção de distúrbios iônicos já conhecidos. Iniciou também suporte vasopressor com Noradrenalina a 8mg/h (NA), mas com fraca resposta às medidas adotadas.

Por quadro de evolução desfavorável do ponto de vista respiratório com falência ventilatória e necessidade de EOT (TOT n^o7), é realizado procedimento de entubação sob midazolam, ketamina, fentanil e rocurônio.

Colocada linha arterial na radial direita e cateter central na subclávia direita.

É admitido num serviço de Medicina Intensiva com o diagnóstico inicial de choque distributivo em doente imunocomprometido.

2.4 HISTÓRIA PREGRESSA e ANTECEDENTES

2.4.1-Vasculite sistêmica /Imunodeficiência comum variável

- Hemorragia alveolar
- Infeções respiratórias de repetição: História de vários internamentos, com necessidades de realização de ECMO num deles.

2.4.2-Status pós exérese de craniofaringioma

- Pan- hipopituitarismo
- Diabetes insipida central
- Hipotireoidismo
- Insuficiência da supra renal
- Défice da hormona de crescimento
- Síndrome hipotalâmico
- Atrofia ótica bilateral com hemianopsia esquerda e défice campimétrico do olho direito
- Epilepsia Secundária

2.4.3-Estado de portadora de estirpe produtora de Carbapenemas.

2.5 MEDICAÇÃO HABITUAL DOMICILIÁRIA

2.5.1-Pantoprazol 20mg 1d

2.5.2-Levotiroxina 100mcg 1d,

2.5.3-Minirin (desmopressina 0.06mg bid,

2.5.4-Levetiracetan 500mg bid,

2.5.5-Sertralina 50mg 1d,

2.5.6-Prednisolona 5mg 1d.

2.6 LISTA DE PROBLEMAS / DIAGNOSTICOS MÉDICOS:

2.6.1 Doença respiratória invasiva por influenza não B com pneumonia e insuficiência respiratória grave traduzida numa imagem de RX com infiltrados bilaterais tendo tido necessidade de ventilação invasiva e

por evolução para ARDS realizou sessão de decúbito ventral – prone position.

- 2.6.2 Choque Séptico e Pan – Hipopituitarismo já previamente conhecido: Diabetes insípida e choque adrenal neste internamento traduzidos por hiponatremia, hipoglicemia e hipotermia a acompanhar a hipotensão.
- 2.6.3 Bradicardia Sinusal: Sem causa identificada e sem repercussão hemodinâmica importante.
- 2.6.4 Anemia, trombocitopenia crónicas e hemorragia alveolar previamente conhecida: Sem manifestações hemorrágicas importantes, mas com necessidade de 1 unidade de GR.
- 2.6.5 Imunodeficiência adquirida: Infeções graves de repetição a sugerir imunodeficiência primária subjacente. Seguida nas consultas de imunologia clínica do Centro Hospitalar do Porto.
- 2.6.6 Epilepsia sequelar: Sem epipódios convulsivos neste internamento.
- 2.6.7 Isolamento de Contacto: Rastreio de EPC (Enterobacterias produtoras de carbapenemas) positivo em janeiro de 2018 no Centro Hospitalar do Porto.
- 2.6.8 Risco de SPICI (Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos): História de depressão prévia, com apatia e lentificação descritas pela família. História de vários internamentos em unidades de cuidados intensivos.

3. REFLEXÃO TEÓRICA

O craniofaringioma é um tumor benigno de origem embrionária, associada a elevadas taxas de sobrevivência, mas com um forte impacto na qualidade de vida, devido às sequelas decorrentes do envolvimento hipotalâmico e hipofisário. No que se refere à qualidade de vida, em doentes com envolvimento hipotalâmico estes apresentam muitas vezes menor capacidade física, menor motivação e maior fadiga física e outras sequelas patológicas comparativamente àqueles sem envolvimento hipotalâmico (Sterkenburg 2015, Cit por Miguel 2016).

O caso em análise, vem comprovar os dados anteriormente apresentados, constatando-se que após a manifestação e início do tratamento da doença ocorreu uma redução da qualidade de vida traduzida numa maior limitação física e psíquica, descrita na anamnese inicial, levando mesmo à incapacidade em exercer a sua atividade profissional.

Decorrente do tratamento com elevadas doses de corticoides, surgiu um agravamento de uma provável imunodeficiência primária subjacente, que se manifestou no desenvolvimento infeções graves de repetição, que tem motivado vários internamentos em cuidados intensivos, estando por este motivo em estudo na consulta de imunologia clínica do Centro Hospitalar do Porto para onde a utente foi transferida após estabilização.

Dadas as infeções graves de repetição, e os vários internamentos em cuidados intensivos, esta utente foi submetida a vários tratamentos à luz das mais recentes evidências científicas e em conformidade com as melhores práticas clínicas até ao momento com resultados satisfatórios.

No internamento descrito, foi realizada a técnica de prone posicion como técnica de recrutamento alveolar da ARDS identificada que permitiu uma rápida evolução positiva e culminou com o desmame e a rápida extubação da doente. A Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda, com o acrónimo ARDS caracteriza-se por uma lesão pulmonar aguda, de etiologia primariamente

pulmonar em provável contexto de pneumonia ou aspiração de conteúdo gástrico, que origina danos no epitélio alveolar ou extra-pulmonar como consequência por exemplo de sépsis e/ou SIRS. (Taborda et al, 2014).

A abordagem terapêutica convencional no ARDS consiste na utilização da ventilação por pressão positiva intermitente, que frequentemente agrava a lesão pulmonar causada pela doença de base. A prone position surgiu em 1974, suscitando interesse científico por evidenciar efeitos benéficos em doentes ventilados sedados curarizados, posicionados em decúbito ventral, contribuindo para a exibição de melhor expansão das regiões dorsais do pulmão com conseqüente melhoria na oxigenação. Vários estudos realizados evidenciam os benefícios desta técnica que apenas é realizada por enfermeiros experientes, sendo o efeito fisiológico mais importante deste posicionamento a melhoria da oxigenação, que ocorre em cerca de 70% a 80% dos pacientes com ARDS (Paiva e Beppu, 2005).

Outro tratamento a que esta doente já foi submetida, não no internamento descrito, mas no internamento anterior foi o ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation).

Sendo uma técnica com uma evolução recente, existem ainda poucos estudos que demonstrem a sua eficácia com o ARDS e na pneumonia, no entanto a técnica de ECMO parece relacionar-se com uma redução da mortalidade e com a redução do tempo de permanência em cuidados intensivos (Bourke et al, 2017) (Shashvat et al, 2017).

Tratando-se de uma técnica de suporte vital extracorporeal que neste caso por falência respiratória ao substituir temporariamente a função pulmonar, que estava a ser renitente e refratária ao tratamento convencional, demonstrou evidentes resultados positivos. Em Portugal não existe ainda uma rede formal de ECMO. O acesso a este tipo de técnica ainda é diminuto, sendo o HSJ pioneiro e o centro de referência desta técnica. Após ter sido submetida a ECMO esta doente recuperou do internamento de cuidados intensivos anterior sem qualquer sequela.

4. PROCESSO DE ENFERMAGEM e PLANO DE CUIDADOS

O processo de enfermagem é a base científica que sustenta as ações de enfermagem, sendo considerado a organização do agir do enfermeiro e a sua implementação apresenta várias vantagens: facilita a documentação dos dados, subsidia o levantamento de problemas, permite a elaboração de intervenções de enfermagem de forma sistemática, permite a utilização de uma linguagem comum que facilita a comunicação e o desenvolvimento de meios de avaliação da assistência prestada. (Aquino, 2004)

Assim, o processo de enfermagem é no fundo a esquematização dos cuidados de enfermagem a prestar ao doente, com uma linguagem perceptível a todos os profissionais, e a avaliação dos mesmos que ao ser registada em suporte informático ou em suporte de papel vai permitir a documentação dos cuidados. Na Instituição Hospitalar onde esta doente se encontra, o processo de enfermagem nos doentes internados é realizado na plataforma informática SCLinic.

O SCLínico Hospitalar é um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pela SPMS, a partir de duas anteriores aplicações: o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).

No Serviço de Medicina Intensiva onde decorre o presente estágio, a utilização desta ferramenta de apoio à atividade diária do enfermeiro, está implementada desde há vários anos e facilita através da utilização de uma linguagem standardizada a prestação de cuidados padronizados refletindo qualidade.

Tratando-se de uma unidade de referência, que presta cuidados a uma variedade de doentes com patologias desde o foro médico ao foro cirúrgico e que recebe doentes críticos de diversas origens assim, os focos de atenção da prática de enfermagem são vastos.

No caso descrito anteriormente esta doente dá entrada no SCI (Serviço de Cuidados Intensivos) já ventilada e os focos de atenção de enfermagem identificados na admissão foram: Limpeza das vias aéreas, Perfusão dos Tecidos, Edema, Membrana mucosa, Dor, Úlcera de Pressão, Alimentar-se, Autocuidado higiene, Autocuidado uso sanitário, Posicionar-se, Transferir-se, Queda, Maceração.

Após reflexão sobre o caso, proponho alguns focos de atenção que poderiam ser acrescentados a este plano de cuidados tais como: *Ventilação, Aspiração, Comunicação, Suporte, Perda Sanguínea, Ingestão Nutricional* e por último o *Auto controlo: Infecção*. De seguida procede-se à análise justificativa da escolha destes focos como complemento do plano de cuidados elaborado inicialmente.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de enfermagem Versão 2 o Foco ventilação define-se por:

“Processo do sistema respiratório, deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmos respiratórios determinados, profundidade inspiratória e força expiratória. “

No caso descrito, a ventilação ficou comprometida, pois devido à fraca resposta às medidas instituídas ocorreu falência respiratória e houve necessidade de entubação traqueal e suporte com ventilação artificial. Com o passar dos dias, foi possível reduzir a sedação e iniciar o processo de desmame ventilatório e ao X dia de internamento a doente foi extubada.

O processo de desmame ventilatório realiza-se em dois momentos distintos: inicialmente há uma tentativa de diminuição do suporte ventilatório e um teste de ventilação e acordar espontâneos em segundo ocorre a efetiva extubação do doente. De acordo com o protocolo de desmame ventilatório instituído neste serviço os critérios clínicos para início do desmame são: Resolução / melhoria da situação que motivou o início da ventilação mecânica, Estabilidade hemodinâmica sem suporte vasopressor ou com suporte mínimo, Oxigenação adequada (PEEP <5-8cmH20; PaO2/FiO2 >200 e FiO2<0,5), Drive respiratório espontâneo e por último estar consciente e colaborante sem sedação ou com sedação mínima. – Ver Protocolo de Desmame Ventilatório SMI (Serviço de Medicina Intensiva) no anexo D.

O Foco Aspiração define-se por:

“Processo do sistema respiratório comprometido: inalação de substâncias gástricas ou externas para a traqueia ou os pulmões”.

A presença de tubo endotraqueal propicia a colonização da árvore traqueobrônquica podendo originar infecção associada à ventilação invasiva, assim, neste caso, a presença da prótese ventilatória é um fator de traduzido

num elevado risco de aspiração. De acordo com a DGS, a pneumonia associada à intubação é a infeção adquirida em UCI mais frequente, sendo responsável por aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade (DGS,2017). Após a retirada do TET, o risco de aspiração manteve-se pela possibilidade de aspiração secreções/vômito, no entanto num nível mais reduzido.

O Foco Comunicação define-se por:

“Comportamento Interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face, ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.”

Após intubação e necessidade de sedação/curarização da doente numa fase inicial o processo de comunicação está alterado e a comunicação efetiva ficou comprometida uma vez que a doente não apresentava qualquer tipo de estímulo comunicacional, induzida pela sua condição. Após extubação a comunicação ficou inicialmente ainda comprometida mas ao fim de algumas horas restabeleceu-se o processo comunicacional.

O foco Suporte define-se por:

“Suporte é um tipo de Interação Social com as seguintes características específicas: acções de promoção do bem-estar da pessoa; oferecer ajuda, assistência fiável, confiança, tempo de contacto, trabalho ou bens materiais.”

No caso descrito, o surgimento de um craniofaringioma com envolvimento hipotalâmico, numa pessoa previamente assintomática/autónoma provocou uma mudança na sua realidade pessoal retratada numa maior dependência de familiares pela incapacidade em exercer uma profissão ativa, ocorrência de divórcio e neste caso tendo a mãe como seu único apoio. Assim, o suporte familiar deve ser avaliado e vigiado pela possível necessidade de apoio social e económico.

O FOCO Perda sanguínea define-se por:

“Processo vascular comprometido: perda de sangue externa ou internamente associada a lesões nos vasos sanguíneos ou alteração dos fatores de coagulação.”

A necessidade do foco perda sanguínea relaciona-se com anemia, trombocitopenia crónicas e hemorragia alveolar previamente conhecidas, incrementadas pela necessidade de administração de uma unidade de GR neste internamento, tornando evidente a necessidade de vigilância de perdas hemáticas.

O Foco Ingestão nutricional é definido como:

“Quantidade e qualidade de nutrientes introduzidos no corpo.”

No doente crítico, o estado nutricional é o fator chave na função imunitária e na capacidade de criar uma resposta ao stress metabólico que, no caso descrito, se encontra francamente aumentado.

Nesta doente, após colocação de sonda nasogástrica, houve a possibilidade de alimentação entérica com tolerância e que após extubação passou para alimentação por via oral, numa tentativa de obter uma ingestão nutricional adequada. Diariamente a equipa de nutrição do HPH faz uma avaliação das necessidades individuais dos doentes internados na unidade de cuidados intensivos. Não tenho acesso a estudos realizados neste âmbito nesta unidade, mas um estudo desenvolvido por Kan Mee-Nin et al , demonstrou que apenas 25 a 32% dos doentes internados numa UCI estavam a receber um aporte nutricional adequado, com uma variação de 10% em relação às suas necessidades energéticas. Embora este estudo revele uma maior percentagem de doentes (37%) que eram alimentados adequadamente, 28% encontravam-se subnutridos e 35% sobrenutridos. (Kan Mee-Nin et al, 2003), o que justifica a necessidade de vigilância do enfermeiro e o levantamento deste foco.

O Foco Auto controlo: Infeção define-se por:

“É um tipo de auto controlo com as características específicas: disposições tomadas para limitar em si próprio os comportamentos que levam à transmissão de infeções, controlar ou monitorizar sinais e sintomas de infeção, para promover o tratamento da infeção.”

Seguindo a norma comissão de controlo de infeção da Unidade Hospitalar onde decorre o presente estágio, na presença de colonização por Bacilos Gram-negativo produtores de β lactamases de espectro alargado e/ou

resistentes aos carbapenemes (E. coli, Klebsiella, Serratia, Enterobacter, Proteus, Providencia, Morganella e Citrobacter) é instituído isolamento de contacto, com a sinalização do quarto do doente com placa indicativa do tipo de isolamento e a implementação de medidas que previnam a propagação de microorganismos problema, não só pelos profissionais como pelas visitas e ou outros - Ver Anexo A. A informação prévia de que esta doente é portadora de estirpe produtora de Carbapenemases, detetada no último internamento justificou a instituição destas medidas e o levantamento deste foco.

Ao longo de algumas semanas de estágio curricular, constato que a realidade da prestação de cuidados de enfermagem numa unidade de cuidados intensivos abrange uma variedade de vigilâncias e focos de atenção que em linguagem Sclenic se torna difícil de traduzir.

Sendo a qualidade na transição dos cuidados de saúde um elemento fundamental na segurança do doente e um dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, a melhoria da prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado com o aumento da segurança da comunicação (Norma 001/2017 da DGS), no SMI (Serviço de Medicina Intensiva) a utilização da folha de registo manual continua a assumir um importante contributo na transmissão de informação e documentação dos cuidados prestados.

Um das resistências encontradas nos registos de enfermagem Sclenic nesta unidade foi a documentação do registo da dor e do delirium no doente ventilado que até ao momento a versão Sclenic disponível não dispõe as escalas apropriadas para a sua documentação nomeadamente a BPS (Behavioral Pain Scale) e CAM ICU (Confusion Assessment Method for the ICU) respetivamente.

Outro constrangimento detetado foi a avaliação de úlceras de pressão. Os doentes em cuidados intensivos sendo doentes em estado crítico, têm um elevado risco de desenvolvimento de úlceras de pressão associadas a dispositivos. A presente unidade hospitalar segue as orientações da DGS que em 2011 emite a orientação 017/2011 reforçada pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, em que dá ênfase à necessidade de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão em todos os doentes internados independentemente do contexto assistencial e diagnóstico

clínico. Nesta orientação a DGS indica a Escala de Braden como a de eleição na avaliação de úlceras de pressão e reajusta a cronologia das reavaliações, nomeadamente na área de Urgência e Cuidados Intensivos para cada 24 horas.

O que se constata é que a escala de avaliação de úlceras de pressão instituída e disponível no Sclenic é pouco específica para os doentes de cuidados intensivos. Uma sugestão seria o desenvolvimento de um projeto/estudo nesta unidade de cuidados intensivos de avaliação e tratamento de úlceras de pressão, utilizando na avaliação de úlceras de pressão uma outra escala - a Escala de Cubbin & Jackson Revista, desenvolvida inicialmente em 1991 no Reino Unido, para adultos e idosos que, tratando-se de uma escala específica para doentes em estado crítico está validada para a língua portuguesa (Sousa, 2013) – Ver Anexo C e o estudo realizado pelo mesmo autor demonstrou melhores propriedades preditivas globais quando comparada com outras escalas nomeadamente a escala de Braden (preconizada pela DGS) e a escala de Sunderland.

A documentação das intervenções de enfermagem, prescritas e realizadas, enquanto resposta profissional aos diagnósticos de enfermagem identificados, devem traduzir a qualidade dos cuidados de enfermagem. (Mendes, 2013). Após reflexão acerca dos focos de atenção, torna-se necessário analisar as atitudes e intervenções de enfermagem.

Múltiplas atitudes terapêuticas e intervenções de enfermagem foram implementadas e documentadas no caso descrito, de salientar a atitude terapêutica - protocolo da PAVI. Enquanto aluna de especialidade, verifico nesta unidade de cuidados intensivos uma preocupação na prevenção da pneumonia associada à ventilação, pela implementação rigorosa do feixe de intervenções e, a auditoria diária à sua implementação pela equipa demonstra um envolvimento de todos os elementos, cujos resultados traduzem excelência e qualidade. A fundamentação desta prática está descrita na norma da DGS 021/2015 e foi atualizada em 2017.

Em relação ao caso descrito devo ressaltar a experiência dos profissionais que realizaram a prone position, colocar um doente em ventilado, instável, em posição ventral, requer treino e perícia. Mais uma vez foi o reflexo do trabalho

desta equipa de enfermagem, que culminou com o sucesso da recuperação da doente e a rápida extubação.

De seguida apresenta-se o plano de cuidados elaborado para este caso clínico no momento da entrada na UCI e baseia-se na CIPE, versão 2.0.

Focos / Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem / Horários	
4.1 Limpeza das vias aéreas comprometida, em grau elevado.	Elevar cabeceira da cama	Sem horário
	Aspirar secreções	Sem horário
	Executar inaloterapia	X em X horas (de acordo com hora prescrita pelo médico)
	Otimizar dispositivos respiratórios	Sem horário
	Vigiar secreções	SOS
	Avaliar limpeza das vias aéreas	SOS
	Incentivar a tossir	Sem horário
4.2 Perfusão dos Tecidos: risco de compromisso de perfusão dos tecidos.	Avaliar perfusão dos tecidos	SOS
	Aumentar a temperatura das extremidades	SOS
4.3 Maceração: risco de maceração.	Aplicar protetor cutâneo	Sem horário
	Avaliar pele	SOS
	Manter a pele seca	Sem horário
	Avaliar risco de maceração	SOS
4.4 Edema: edema [todo].	Elevar parte do corpo	Sem horário
	Avaliar o edema	Turno Fixo (MTN)
4.5 Queda: alto risco de queda.	Avaliar risco de queda – Escala de Morse	2/2 dias
	Referir queda	Sem horário
	Gerir ambiente	Sem horário
	Elevar grades da cama	Sem horário

4.6 Membrana mucosa: membrana mucosa comprometida.	Avaliar membrana mucosa	Turno Fixo (MTN)
4.7 Dor	Vigiar dor	SOS
	Monitorizar dor	Sem horário
4.8 Úlcera de Pressão: Alto risco de úlcera de pressão.	Avaliar risco de úlcera de pressão – Escala de Braden	2/2 dias
	Providenciar dispositivos para prevenção de úlcera de pressão	Horário Fixo 3/3horas
	Aliviar zona de pressão através de dispositivos	Horário Fixo 3/3horas
	Vigiar sinais de úlcera de pressão	Horário Fixo 3/3horas
4.9. Alimentar-se: alimentar-se dependente em grau elevado	Avaliar o alimentar-se	SOS
4.10 Autocuidado higiene: higiene dependente em grau elevado	Dar banho	Turno fixo (M)
	Lavar a boca	Turno Fixo (MTN)
	Aplicar creme	Sem horário
	Avaliar autocuidado higiene	SOS
4.11. Autocuidado uso sanitário: uso sanitário dependente em grau elevado	Trocar fralda	SOS
	Otimizar fralda	Sem horário
	Avaliar autocuidado uso sanitário	SOS
4.12. Posicionar-se: dependente em grau elevado	Posicionar (DD DLD DLE DV)	Horário fixo 3 em 3 horas
	Avaliar o posicionar-se	SOS
4.13. Transferir-se: dependente em grau elevado	Avaliar o transferir-se	SOS
4.14 Comunicação: Comunicação comprometida	Avaliar comunicação	SOS

4.15 Autocontrolo: Infecção: Auto controlo: infecção comprometido.	Avaliar auto controlo: infecção	2/2 dias
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da contaminação	Turno Fixo: MT
	Gerir isolamento [portadora de estirpe produtora de Carbapenemases]	Sem horário
	Vigiar medidas de segurança	Sem horário
4.16 Ventilação: Ventilação Comprometida	Avaliar ventilação	SOS
	Vigiar adaptação ao ventilador	SOS
4.17 Aspiração: Risco de aspiração	Avaliar risco de aspiração	Sem horário
	Monitorizar conteúdo gástrico	Turno Fixo: MTN
	Elevar a cabeceira da cama	Sem horário
4.18 Suporte: suporte comprometido [Família]	Avaliar processo familiar	Sem Horário
	Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes	Sem Horário
	Incentivar o apoio / suporte da família	Sem horário
4.19 Ingestão Nutricional: Ingestão nutricional comprometida.	Vigiar conteúdo gástrico	Hora Fixa (horário refeições)
	Alimentar através de sonda	Hora Fixa (horário refeições)
4.20 Perda Sanguínea: Sem perda sanguínea	Avaliar perda sanguínea	SOS

Atitudes Terapêuticas	Intervenções de Enfermagem/ Horários	
Algáliação para registo de diurese	Monitorizar eliminação urinária	Hora fixa (1 em 1 hora)
	Otimizar cateter urinário	Sem horário
	Trocar cateter urinário	10/10dias
Entubação nasogástrica: Alimentação entérica	Alimentar através de sonda	Hora Fixa (horário refeições)
	Otimizar sonda gástrica	Sem horário
	Vigiar conteúdo gástrico	Hora Fixa (horário refeições)
	Trocar sonda gástrica	10/10 dias
Balanço Hídrico	Monitorizar entrada e saída de líquidos	Turno Fixo: MTN
Cateterismo central	Executar tratamento ao local de inserção de cateter	5/5dias
	Otimizar cateter venoso central	SOS
	Trocar dispositivos de perfusão	4/4dias
Cateterismo arterial	Executar tratamento ao local de inserção do cateter arterial	2/2dias
	Otimizar cateter arterial	SOS
	Trocar dispositivo de pressão invasiva	4/4dias
Isolamento de contacto	Ensinar a família sobre medidas de segurança	Turno Fixo: MT
	Gerir isolamento	Sem horário
	Manter a prevenção de contaminação	Sem horário

Protocolo de PAI	Elevar a cabeceira da cama	Sem horário
	Lavar a boca	Horário Fixo: 3 em 3 horas
	Monitorizar pressão do dispositivo (cuff)	Horário Fixo: 3 em 3 horas
Ventilação artificial	Otimizar dispositivos respiratórios	Sem horário
	Otimizar tubo traqueal	Sem horário
	Trocar dispositivo	Horário Fixo: 3 em 3 horas

5. CONCLUSÃO

Uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica consiste em cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2015), assim, este trabalho, permitiu o aprofundar de novos conhecimentos para que esta competência seja efetiva.

A escolha deste caso para reflexão deveu-se à multiplicidade de diagnósticos profícuos, tratamentos médicos e cuidados de enfermagem na vanguarda da investigação, em relação a um caso mais simples. Um dos constrangimentos na elaboração desta reflexão consistiu na dificuldade em realizar a avaliação do plano de cuidados elaborado, a doente foi transferida ao fim de 5 dias tendo o horário de estágio não coincido com a minha presença no SMI e realização de cuidados de forma continuada à doente.

Refletir acerca de um caso clínico de um doente em cuidados intensivos é um meio privilegiado de formação, é percorrer uma estrada com vários desafios onde existe um ponto de partida mas não existe um ponto de chegada pois a partir de um tema surgem sempre novas inquietações e necessidades de conhecimento.

Analisando o trabalho desenvolvido, considero que foi muito importante pois permitiu criar o paralelismo entre o conhecimento e o cuidado, promovendo qualidade e rigor aos cuidados, numa perspectiva holística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aquino, D. (2004). *Construção e implantação da prescrição de enfermagem informatizada na UTI*. Rio Grande: Fundação Universidade Federal Rio Grande.

Bourke, W., Michelle, L., Alla, E., Ian, M., & Nagpal, A. Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) as a treatment strategy for severe acute respiratory distress syndrome (ARDS) in the low tidal volume era: A systematic review. *Journal Of Critical Care Elsevier*, 41, 64-71.

Bravo, M., & Eisman, L. (1998). *Investigación Educativa* (3rd ed.). Sevilla: Ediciones Alfar.

Bryan, A. (1974). Conference on the scientific basis of respiratory therapy. Pulmonary physiotherapy in the pediatric age group. Comments of a devil's advocate. *Am Rev Respir Dis.*, 110(6 Pt 2), 143-144.

CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2011). *Ordem dos Enfermeiros*. Retrieved 21 March 2018, from

Cristiana, Miguel. (2015/2016). *Craniofaringioma, obesidade hipotalâmica e suas limitações terapêuticas*. (Artigo de Revisão Não publicado). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa.

DGS Norma 001/2017 (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde.

Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. (2017). *Direção Geral da Saúde*. Retrieved 21 March 2018, from <http://file:///C:/Documents%20and%20Settings/formacao/Os%20meus%20documentos/Downloads/i023710.pdf>

Kan MN, Chang HH, Sheu WF, Cheng CH, Lee BJ, Huang YC. (2003) Estimation of energy requirements for mechanically ventilated, critically ill patients using nutritional status. *Crit Care* 7:108-115

Mendes, O. M. L. D. V..(2013). *Modelo Clínico de Dados de Enfermagem: A pessoa dependente para se Erguer, Virar e Transferir*. (Dissertação de Mestrado não publicado). ESEP. Porto

Gomez, G., Flores, J., & Jimenez, E. (1996). *Metodologia de la Investigacion Cualitativa* (p. 378). Málaga: Ediciones Aljibe.

Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011, Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). (2011). www.dgs.pt. Retrieved 17 March 2018, from <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02070238AAAAAAAAAAAAAAAA>

Patine, F., Barboza, D., & Pinto, M. (2004). Ensino do exame físico em uma escola de enfermagem. *Arq Ciênc Saúde*, 11(2).

Punch, Keith (1998). *Introduction to Social Research: Quantitative & Qualitative Approaches*. London: SAGE Publications.

Shashvat, S., Sethi, J., Ganesh, M., Villablanca, P., Malhotra, A., & Ramakrishna, H. (2017). Extracorporeal Membrane Oxigenation in Severe Influenza Infection With Respiratory Failure: A systematic Review and Meta - analysis. *Revista Annals Of Cardiac Anaesthesia*, 20(1), 14-20.

Sterkenburg, A. (2015). Survival, hypothalamic obesity, and neuropsychological/ psychosocial status after childhood-onset craniopharyngioma: newly reported long-term outcomes. *Neurooncology*, 17(7), 1029–1038.

Sousa, B. (2018). Tradução, adaptação e validação para o português da Escala de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson; *Rev Bras Ter Intensiva*. *Rev Bras Ter Intensiva*, 25(2), 106-114. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/v25n2a08.pdf>

Taborda, L., Barros, F., Fonseca, V., Irimia, M., Carvalho, R., Diogo, C., & Ramos, A. (2014). ARDS – casuística de dois anos numa unidade de cuidados intensivos. *Acta Med Port*, 27(2), 211-217. Retrieved from <http://file:///C:/Documents%20and%20Settings/formacao/Os%20meus%20documentos/Downloads/4266-9394-1-PB.pdf>

Yin, Robert (1994). *Case Study Research: Design and Methods* (2ª Ed) Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

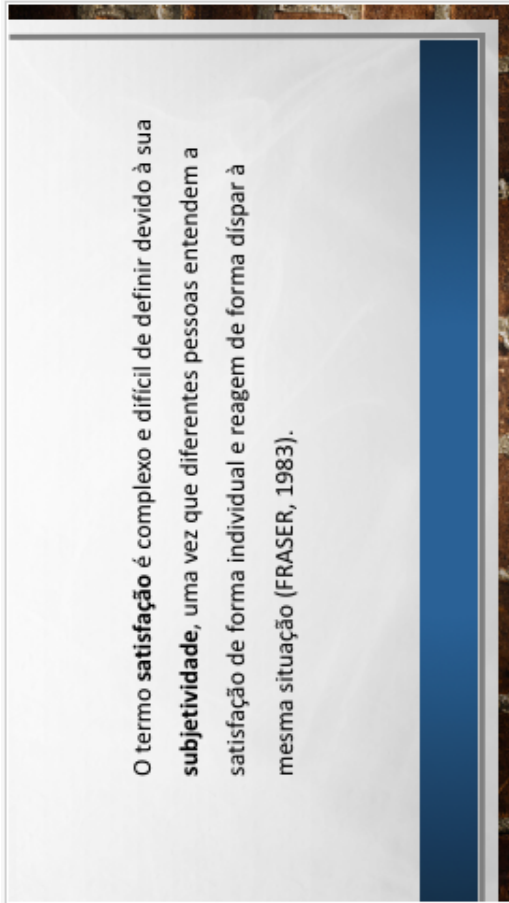
7.7 APÊNDICE VII

Ação de Formação

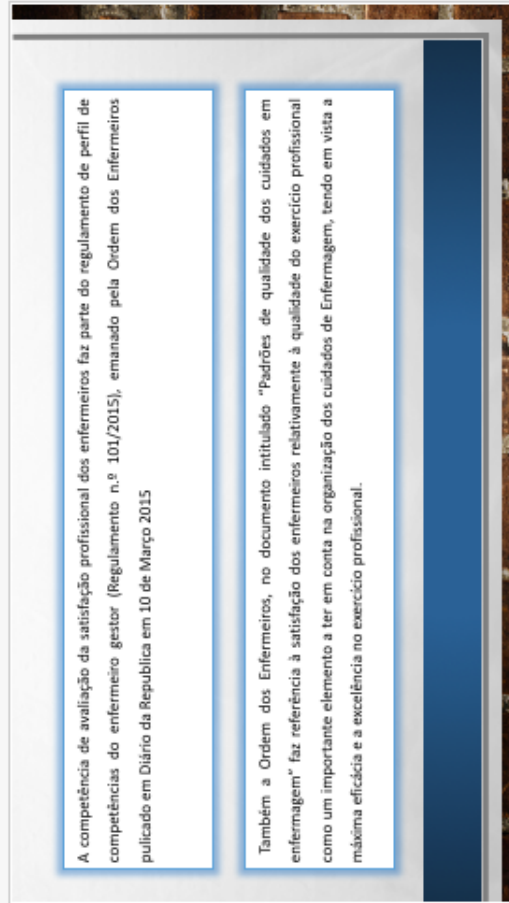
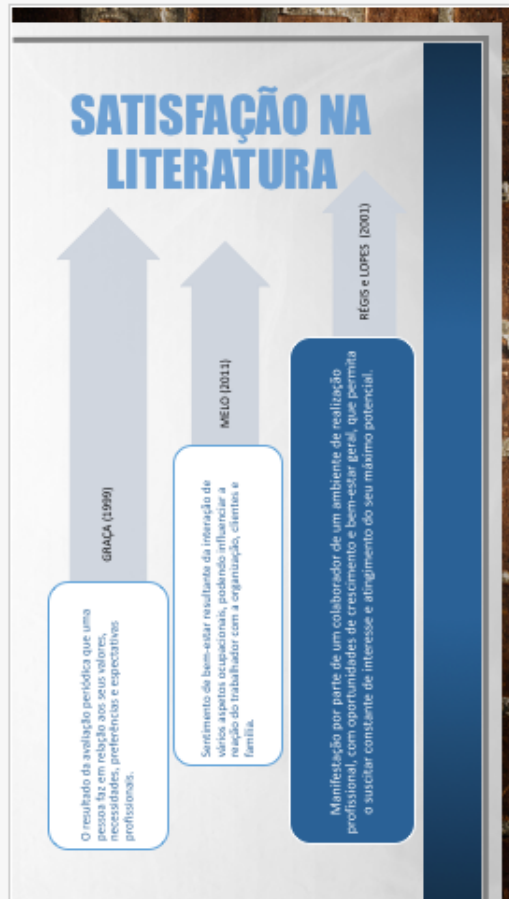
“A satisfação profissional dos enfermeiros no DEMI”

Plano de Sessão



A Satisfação Profissional dos Enfermeiros no DEMI						
Tema	A Satisfação Profissional dos Enfermeiros no DEMI					
Local	Centro de Formação					
Tempo Previsto	1 hora					
Objetivo Geral	Apresentação dos resultados do estudo sobre satisfação profissional dos enfermeiros realizado no SMI					
Objetivos Específicos	Identificar a Satisfação profissional como promotor da qualidade de um serviço de saúde. Apresentar o estudo de investigação realizado. Identificação de estratégias promotoras de satisfação.					
	Conteúdos	Metodologia	Recursos Materiais	Avaliação	Tempo	
Introdução	Definição de Satisfação. Exploração do conceito de satisfação em estudos de investigação.	Método Expositivo participativo	Computador Projetor		15 min	
Desenvolvimento	Apresentação do estudo de investigação Apresentação dos resultados do estudo de investigação	Método Expositivo participativo	Computador Projetor		30 min	
Conclusão	Reflexão sobre estratégias promotoras de satisfação. Avaliação da sessão	Método Expositivo participativo	Computador Projetor	Formativa através de questionário	15 min	





2



Na última década, inúmeros estudos teóricos e empíricos tiveram a satisfação profissional como o seu principal pano de fundo, sendo esta considerada “uma condição imprescindível para a melhoria do funcionamento das organizações” (Dinis & Fronteira, 2015, p. 19).


Artigo	Informação Bibliográfica	Conclusões
 <p>2015 Dinis & Fronteira</p>	<p>A relação entre as percepções dos pacientes sobre a qualidade do cuidado e três fatores: satisfação no trabalho da equipe de enfermagem, características organizacionais e idade do paciente.</p>	<p>Na generalidade uma equipa de enfermagem com elevado nível de satisfação relaciona-se com um elevado nível de qualidade de cuidado, quando avaliado pelos pacientes.</p> <p>O contínuo desenvolvimento profissional aumenta a satisfação profissional e aumenta a confiança dos pacientes no cuidado prestado e assegura a manutenção de profissionais qualificados numa equipa.</p>
 <p>2015 Dinis & Fronteira</p>	<p>Gestão da equipa de enfermagem: fatores associados à satisfação no trabalho</p>	<p>Na análise dos fatores relacionados à satisfação no trabalho, ocorreu similitude nas prioridades atribuídas para a maioria dos fatores, tais como: recursos materiais, salário e relacionamento com colegas de trabalho e liderança, reconhecimento do trabalho realizado.</p> <p>Investir na equipa de enfermagem, a fim de elevar o nível de satisfação no trabalho, é essencial aumentar a produtividade e a qualidade na assistência.</p>

5

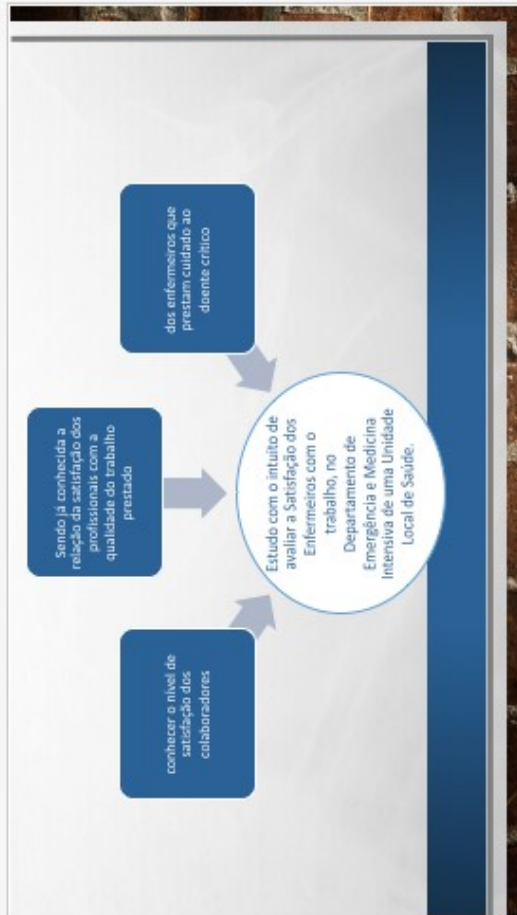
Artigo	Informação Bibliográfica	Conclusões
 <p>2017 Dinis & Fronteira</p>	<p>Empoderamento no local de trabalho e satisfação no trabalho em enfermeiros portugueses: Um estudo exploratório</p>	<p>Os resultados mostram a relação positiva e significativa entre o acesso a oportunidades, recursos, informações e suporte e a satisfação com o trabalho. Quanto mais capacitados os profissionais sentirem o ambiente de trabalho, maior a satisfação que percebem no trabalho.</p> <p>O acesso a oportunidades é o mais poderoso preditor de satisfação no trabalho.</p> <p>A oportunidade de aprender, crescer e se desenvolver profissionalmente é um elemento-chave da realização profissional, que gera sentimentos positivos em relação ao trabalho, com consequente satisfação profissional.</p>
 <p>2011 Dinis & Fronteira</p>	<p>Satisfação no trabalho entre o pessoal do departamento de emergência</p>	<p>Os resultados deste estudo demonstram que a satisfação no trabalho dos profissionais de saúde em um DE não é especialmente alta, sendo menor entre enfermeiros e médicos que evidenciam trabalhar sob pressão, elevada carga de trabalho e burnout quando comparados com a equipa de administrativos.</p>

★

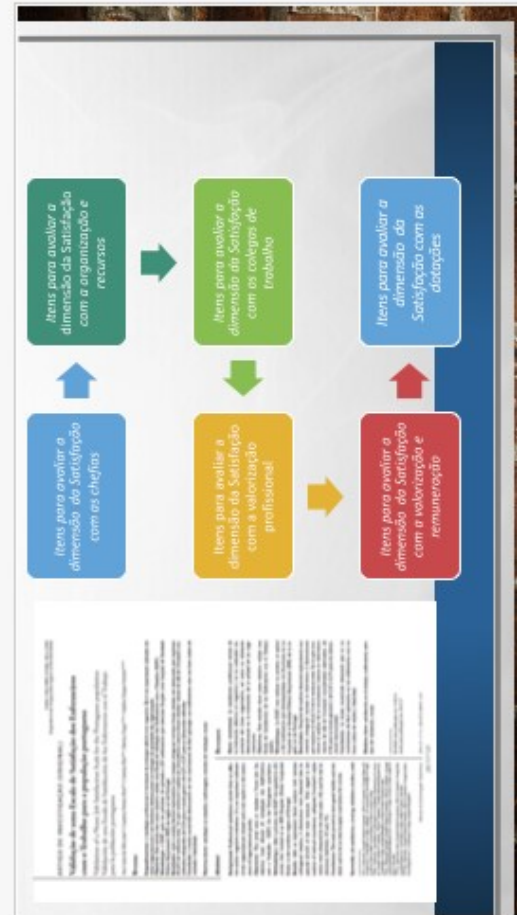
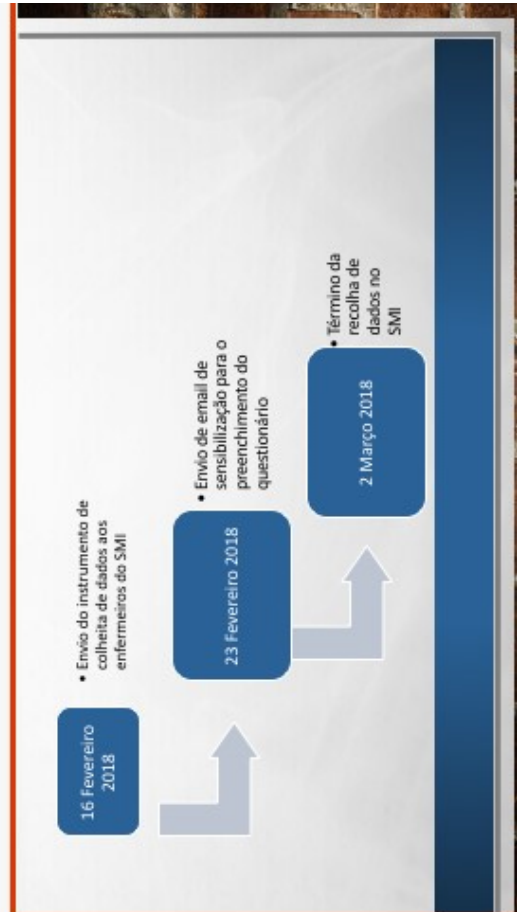
6

Artigo	Informação Bibliográfica	Conclusões
 <p>2011 Dinis & Fronteira</p>	<p>Satisfação profissional dos enfermeiros em unidades hospitalares do norte de Portugal</p>	<p>A avaliação da satisfação dos profissionais é fundamental para qualquer organização de saúde, sendo um elemento crucial para avaliar o desempenho dos profissionais, a qualidade das instituições e dos cuidados prestados aos indivíduos.</p> <p>Os resultados permitem concluir que a satisfação profissional dos enfermeiros se relaciona com os fatores organizacionais (salário e grau académico) profissionais (tempo de serviço, unidade hospitalar, serviço e remuneração).</p> <p>A avaliação deste indicador é de extrema relevância ao nível do gestão e da tomada de decisão, dada a relação direta da satisfação profissional com a qualidade dos cuidados prestados.</p>

DESENHO DO ESTUDO



★ 10



9

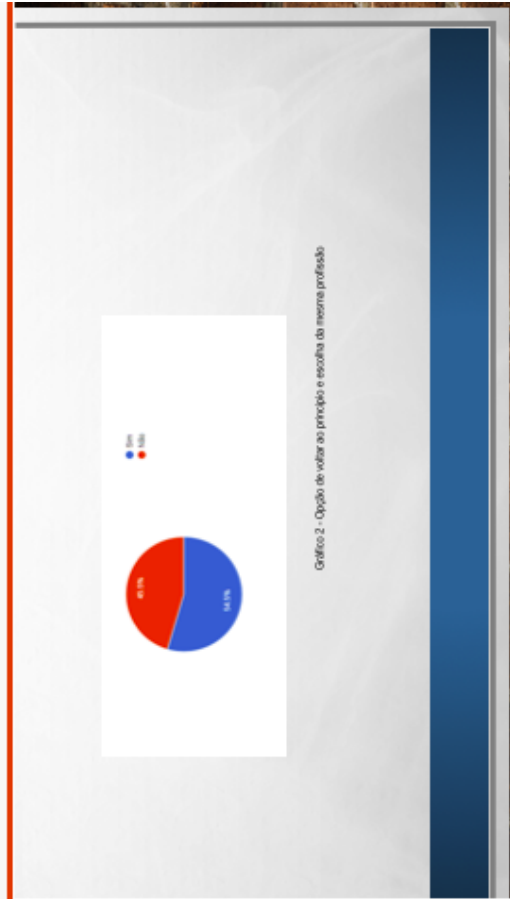
RESULTADOS

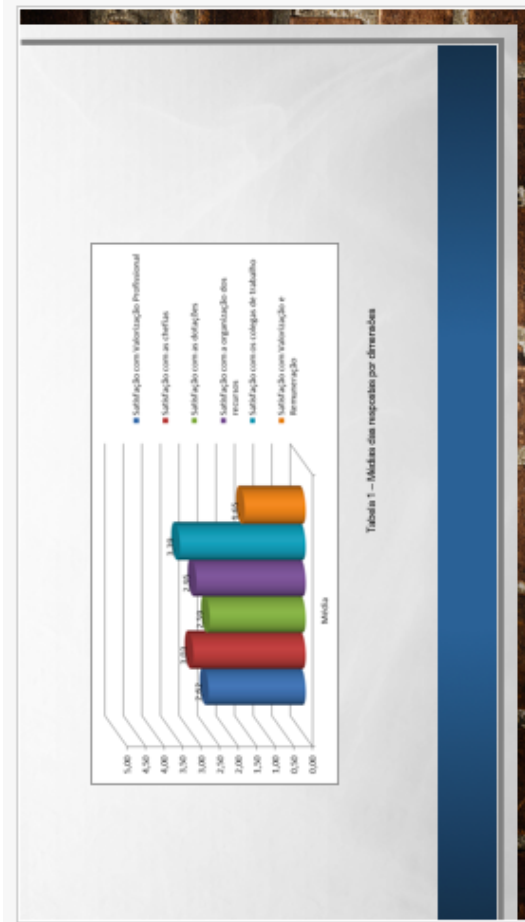
13

Caracterização da Amostra

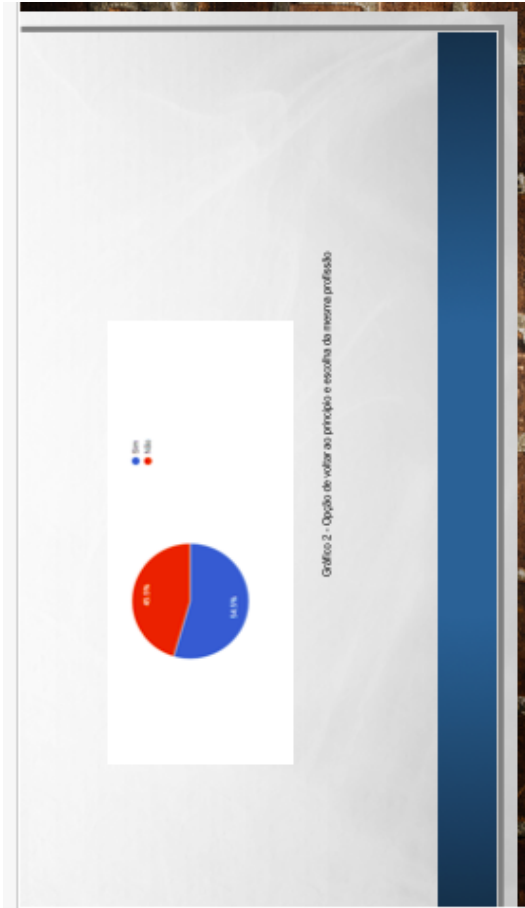
Feminino (59,1%)
40-49 anos (45,5%)
Casados (54,5%)
1-2 Filhos (77,3%)
7-12 anos (47,9%)
Licenciatura (50%) Especialidade (31,8%)
Enfermeiro Graduado (50%)
CTI (59,1%) FP (40,9%)
+ 20 anos (45,5%) 16-20 anos (36,4%)
> 8 anos (95,5%)
Prestação direta de cuidados (95,5%)
35 horas semanais (68,2%)
Horário por turnos (90,9%)
Trabalho Noturno (95,5%)

14





15



16

CONCLUSÕES

- Ambiente agradável
- Interação além do trabalho
- Crescimento pessoal
- Regalias do bem

“My job is not to be easy on people. My job is to take these great people we have and to push them and make them even better”

(Steve Jobs cit in Costa 2012)

BIBLIOGRAFIA

- FRASER, T. M. - Human stress, work and job satisfaction: a critical approach. German: International Labour Office.
- Diário da República Regulamento n.º 101/2015, Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. (2015). [consultado em 18 Novembro 2017]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66699805/details/6/maximized?serie=if%2Fen%2Fen&dreid=66693599>
- DINIS, L.I.C.; FRONTEIRA, I.- A influência da rotação no trabalho na satisfação profissional dos enfermeiros num serviço de cirurgia. Revista de Enfermagem Referência. Abril-Junho Série IV nº 5: (2015) p. 17-26.
- Graça, L. (1999).. In Instrumentos para a melhoria da qualidade (pp. 1-9). Lisboa, Portugal: Direcção Geral de Saúde. A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde
- MEIO MB, BARBOSA MA, SOUZA PR. - Job satisfaction of nursing staff: integrative review. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Review Article] July-Aug. 19(4): (2011) p. 1047-55.
- OE - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual Enunciados descritivos - Ordem dos Enfermeiros. Dezembro 2001. [consultado em 18 Novembro 2017]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- RÉGIS FILHO, G. I.; LOPES, M. C. Qualidade de vida no trabalho: a empresa holística e a ecologia empresarial. Revista de Administração, São Paulo, 36:3, jul./set., 2001, p.95-99.

7.8 APÊNDICE VIII

Instrumento de Colheita de Dados



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Questionário

Tânia Margarida de Sousa e Silva, enfermeira, a realizar um estudo de investigação sobre a satisfação profissional dos enfermeiros que prestam cuidados ao doente crítico, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na Universidade Católica do Porto sob a orientação da Doutora Irene Oliveira, solicita a sua participação voluntária para o preenchimento deste questionário assegurando que os dados obtidos são confidenciais e o seu preenchimento é totalmente anónimo. Em nenhum tipo de relatório ou publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes. O objetivo deste estudo consiste em avaliar a sua satisfação com o seu trabalho ao cuidar do doente crítico tentando identificar fatores facilitadores e limitadores para a mesma. Para qualquer esclarecimento adicional, queira por favor utilizar o seguinte email: taniamargaridass@gmail.com.

Muito Obrigada

Tânia Silva

I – Parte

1- Sexo: Masculino Feminino

2- Idade:

20 - 29 Anos

30 - 39 Anos

40 - 49 Anos

> 50 Anos

3- Estado Civil:

Solteiro

Casado

União de Facto

Viúvo

Divorciado

4- Tem filhos: Sim Não

4.1 – Número de filhos:

4.2 – Se sim, que idades/s tem/têm?

- <1 Ano
- 1-3 Anos
- 4-6 Anos
- 7-12 Anos
- 13-18 Anos
- >18 Anos

5- Habilitações Académicas:

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Graduação
- Especialidade
- Mestrado
- Doutoramento

6- Categoria Profissional:

- Enfermeiro
- Enfermeiro Graduado
- Enfermeiro Especialista

7- Vínculo com a Instituição:

- Funcionário público
- Com contrato tempo indeterminado (CTI)
- Com contrato a termo certo (CTC)
- Contrato de substituição (CS)

8- Tempo de Exercício Profissional:

- ≤ 5 Anos
- 6 - 10 Anos
- 11 - 15 Anos
- 16 - 20 anos
- > 20 Anos

9- Tempo de exercício no serviço em que se encontra atualmente:

- < 2 Anos
- 2 - 4 Anos
- 5 - 7 Anos
- ≥ 8 anos

10- Está na prestação direta de cuidados de enfermagem: Sim Não

11- Horário Semanal:

- Horário de 40 horas
- Horário de 35 horas
- Horário de amamentação
- Outro tipo de horário

12- Tipo de Horário: Fixo Por turnos

13- Realiza Trabalho noturno: Sim Não

14- Serviço onde exerce funções:

- Serviço de Medicina Intensiva
- Serviço de Urgência

15- Se tivesse a possibilidade de voltar ao princípio, escolheria a mesma profissão:

- Sim
- Não

II – Parte

De seguida, para cada afirmação assinale em que medida concorda ou discorda com as mesmas sendo que se assinalar:

- 1- Discorda totalmente com a afirmação
- 2- Discorda bastante com a afirmação
- 3- Nem concorda nem discorda com a afirmação
- 4- Concorda bastante com a afirmação
- 5- Concorda totalmente com a afirmação

	1	2	3	4	5
1- Sinto-me satisfeito com os momentos de diálogo e partilha de informação com os meus colegas de trabalho.					
2- Sinto-me Satisfeito com o espírito de colaboração existente entre mim e os meus colegas de trabalho.					
3- Sinto-me satisfeito com a carga horária no meu local de trabalho.					
4- Sinto-me satisfeito com o esforço demonstrado pelos meus colegas no sentido de prestar melhores cuidados.					
5- Sinto-me satisfeito com o esforço demonstrado pelas chefias no sentido de melhorar as minhas condições de trabalho.					
6- Sinto-me satisfeito com a minha participação na tomada de decisões no meu local de trabalho.					
7- Sinto-me satisfeito com o número de enfermeiros relativamente ao número de doentes aos quais é necessário prestar cuidados por turno.					
8- Sinto-me satisfeito com as oportunidades de progressão na carreira.					
9- Sinto-me satisfeito com a confiança que posso ter nos meus colegas de trabalho.					
10- Sinto-me satisfeito com o modo como as chefias me dão oportunidade de participar em formação / projetos.					
11- Sinto-me satisfeito com o número de enfermeiros existentes num turno relativamente ao número de tarefas a realizar.					
12- Sinto-me satisfeito com as condições existentes no espaço físico no qual presto cuidados.					
13- Sinto-me satisfeito com as rotinas existentes no serviço.					

	1	2	3	4	5
14- Sinto-me Satisfeito com o facto de o meu trabalho ser recompensado e/ou valorizado pelas chefias.					
15- Sinto-me satisfeito com o facto de o meu trabalho ser recompensado e/ou valorizado pelos doentes.					
16- Sinto-me satisfeito com o modo como sou valorizado pelos doentes e seus familiares.					
17- Sinto-me satisfeito por desempenhar funções de enfermagem neste serviço.					
18- Sinto-me satisfeito com as competências demonstradas pelos outros profissionais de saúde.					
19- Sinto-me satisfeito com as oportunidades de formação proporcionadas pelo meu local de trabalho.					
20- Sinto-me satisfeito pela competência demonstrada pelos colegas da mesma profissão.					
21- Sinto-me satisfeito com a possibilidade de colocar em prática novos conhecimentos no meu local de trabalho.					
22- Sinto-me satisfeito com os equipamentos / materiais existentes no meu serviço.					
23- Sinto-me satisfeito com a organização existente no meu local de trabalho.					
24- Sinto-me satisfeito com a liberdade que possuo, de acordo com as minhas competências de prestar cuidados adequados aos doentes.					
25- Sinto-me satisfeito com o modo de organização e redação dos protocolos existentes no meu serviço.					
26- Sinto-me satisfeito com a qualidade dos cuidados que presto tendo em consideração o contexto no qual desenvolvo funções.					
27- Sinto-me satisfeito com o tempo que tenho de esperar para ser promovido no meu local de trabalho.					
28- Sinto-me satisfeito com as funções desempenhadas no meu serviço.					
29- Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelas chefias em relação ao trabalho que desenvolvo.					
30- Sinto-me satisfeito com o número de protocolos orientadores para o funcionamento do meu serviço.					
31- Sinto-me satisfeito com o meu salário face às funções que exerço.					
32- Sinto-me satisfeito com o meu salário face às minhas capacidades / conhecimentos					

	1	2	3	4	5
33- Sinto-me satisfeito com os momentos de diálogo e partilha de informação com as chefias.					
34- Sinto-me satisfeito com a perceção dos doentes face à atividade que exerço.					
35- Sinto-me satisfeito com o incentivo por parte das chefias no desenvolvimento de formação.					
36- Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelos doentes face à atividade que exerço.					
37- Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelos outros profissionais de saúde face aos cuidados que presto.					

Muito obrigada.

7.9 APÊNDICE IX

Pedidos de Autorização

Exmo. Sra. Enfermeira Ana Lúcia da Silva João

A Enfermeira Tânia Margarida de Sousa e Silva, vem por este meio pedir autorização para a aplicação da Escala de Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho (ESET), aos enfermeiros a exercer funções no departamento

no âmbito da realização de um estudo de investigação sob a orientação da Professora Doutora Irene Oliveira, enquadrado no estágio de enfermagem Médico-cirúrgica módulo II do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem do Médico-cirúrgica da Universidade Católica do Porto que decorrerá de 05/02/2017 a 07/04/2017 no Serviço de Cuidados Intensivos deste hospital.

Matosinhos 24 Outubro de 2017

Tânia Margarida de Sousa e Silva



tania silva <taniamargaridass@gmail.com>

Pedido de Autorização para a aplicação da ESET

Ana Lúcia João <alsjoao@hotmail.com>
Para: tania silva <taniamargaridass@gmail.com>

24 de outubro de 2017 às 14:54

Boa tarde,

Na sequência do email enviado, autorizo a utilização da Escala de Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho (ESET), no vosso estudo de investigação sob a orientação da Professora Doutora Irene Oliveira, enquadrado no estágio de enfermagem Médico Cirúrgica módulo II do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem do Médico Cirúrgica da Universidade Católica do Porto.

Os votos de um bom trabalho e teria muito gosto, se possível, de conhecer os vossos resultados.

Os melhores cumprimentos,

Ana Lúcia João

De: tania silva <taniamargaridass@gmail.com>
Enviado: 24 de outubro de 2017 11:41
Para: Alsjoao@hotmail.com
Cc: Irene Oliveira
Assunto: Fwd: Pedido de Autorização para a aplicação da ESET

[Citação ocultada]

Exmo. Presidente do Conselho de administração da

Enfermeira Tânia Margarida de Sousa e Silva nº mecanográfico 4459, a exercer funções no Serviço de Urgência o, vem por este meio pedir autorização a realização de um estudo de investigação e para aplicar um questionário aos enfermeiros a exercer funções no (DEMI) deste hospital, sob a orientação da Professora Doutora Irene Oliveira, no âmbito da realização do estágio de enfermagem Médico-cirúrgica módulo II do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica da Universidade Católica do Porto que decorrerá de 05/02/2017 a 07/04/2017 no Serviço de Cuidados Intensivos.

Pede deferimento

Matosinhos 13 Novembro de 2017

	INFORMAÇÃO	Nº 2/18/RS Data: 2018/01/15
--	-------------------	--------------------------------

Para: Conselho de Administração
De: Serviço de Gestão de Conhecimento

Assunto: Autorização de estudo

DESPACHO / DELIBERAÇÃO

Autorizado

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE CONHECIMENTO

16/01/18

[Assinaturas]

PARECER

À RCA com o meu
acordo

16/01/18

[Assinatura]

018 01530 ENT

	INFORMAÇÃO	Nº 04/CE/JAS Data: 12-01-2018
--	-------------------	--

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento
De: Comissão de Ética

Assunto: Apreciação ao pedido de autorização para realização de estudo intitulado "**Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho: um desafio para a Gestão**"

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética analisou o pedido de autorização para realização de estudo intitulado "**Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho: um desafio para a Gestão**", Proponente Tânia Margarida Sousa Silva, Enfermeira a exercer funções. Este estudo é realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Decidido nada opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos

8 - ANEXOS

8.1 ANEXO A

Escala de Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho
(João et al, 2017)

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Validação de uma Escala de Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho para a população portuguesaValidation of a Nurse Job Satisfaction Scale for the Portuguese population
Validación de una Escala de Satisfacción de los Enfermeros con el Trabajo para la población portuguesa

Ana Lúcia da Silva João*; Catarina Pereira Alves**; Cristina Silva***; Fátima Diogo****; Nadine Duque Ferreira*****

Resumo

Enquadramento: A satisfação profissional é resultante da avaliação afetiva e/ou cognitiva. Ela é um importante indicador do clima organizacional e um elemento determinante na avaliação da qualidade das organizações.

Objetivos: Este estudo tem como objetivo validar uma Escala de Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho (ESET).

Metodologia: A ESET, após um pré-teste, foi aplicada a 382 enfermeiros que exerciam funções num hospital de Entidade Pública Empresarial (EFE) da região sul de Portugal.

Resultados: Após a análise fatorial exploratória com rotação ortogonal varimax foram obtidas seis dimensões que explicam 68,63% da variância total. No que concerne à análise da consistência interna foram obtidos valores de alfa de Cronbach considerados adequados de 0,96 para a escala geral e de 0,85 a 0,95 para as dimensões referidas.

Conclusão: A escala construída demonstrou ser um instrumento de fácil aplicação nos enfermeiros com um bom índice de validade e fiabilidade.

Palavras-chave: satisfação no trabalho; enfermagem; estudos de validação; escala**Abstract**

Background: Professional satisfaction results from an affective and/or cognitive evaluation. It is an important indicator of the organizational climate and a key aspect in the assessment of organizational quality.

Objectives: This study aims to validate a Nurse Job Satisfaction Scale (*Escala de Satisfação dos Enfermeiros com o Trabalho* - ESET) for the Portuguese population.

Methodology: After a pre-test, the ESET was applied to 382 nurses who worked at an EFE Hospital (Public Corporate Entity) in the southern region of Portugal.

Results: After an exploratory factor analysis with varimax orthogonal rotation, 6 dimensions were obtained that explained 68.63% of the total variance. With regard to the analysis of internal consistency, adequate Cronbach's alpha values were obtained for the total scale (.96) and for the dimensions (between .85 and .95).

Conclusion: The scale proved to have good validity and reliability and to be an easy-to-apply instrument for nurses.

Keywords: job satisfaction; nursing; validation studies; scale

*Ph.D., Enfermeiro Hospital Distrital de Setúbal, 2002/26, Setúbal, Portugal (Alucio@hdsul.dss.pt). Contribuição no artigo: recolha de componentes metodológicas do artigo, recolha de dados, análise e interpretação dos dados e escrita do artigo.

**MSc., Enfermeira, especialista em enfermagem de reabilitação, Departamento de ortopedia, Hospital Distrital de Setúbal, 2002/26, Setúbal, Portugal (Catarina@hdsul.dss.pt). Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, recolha de dados e escrita do artigo.

***MSc., Enfermeira Graduada, Hospital Distrital de Setúbal, 2002/26, Setúbal, Portugal (jcris@hdsul.dss.pt). Contribuição no artigo: recolha de dados, análise de dados e escrita do artigo.

****MSc., Enfermeira Chefe, Hospital Distrital de Setúbal, 2002/26, Setúbal, Portugal (fad@hdsul.dss.pt). Contribuição no artigo: análise de dados e escrita do artigo.

*****MSc., Enfermeira, Hospital Distrital de Setúbal, 2002/26, Setúbal, Portugal (nduque@hdsul.dss.pt). Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica.

Resumen

Marco contextual: La satisfacción profesional resulta de la evaluación afectiva y/o cognitiva y es un indicador importante del clima organizativo, así como un elemento determinante en la evaluación de la calidad de las organizaciones.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo validar una Escala de Satisfacción de los Enfermeros con el Trabajo (ESET).

Metodología: La ESET, tras realizar un pretest, se aplicó a 382 enfermeros que desempeñaban sus funciones en un hospital de la Entidad Pública Empresarial (EFE) de la región sur de Portugal.

Resultados: Después del análisis factorial exploratorio con rotación ortogonal varimax se obtuvieron 6 dimensiones que explican el 68,63 % de la varianza total. En lo que concierne al análisis de la consistencia interna se obtuvieron valores de alfa de Cronbach considerados adecuados, de 0,96 para la escala general y de 0,85 a 0,95 para las dimensiones mencionadas.

Conclusión: La escala construída demostró que es un instrumento de fácil aplicación en los enfermeros con un buen índice de validez y fiabilidad.

Palabras clave: satisfacción en el trabajo; enfermería; estudios de validación; escala

Recebido para publicação em: 14/09/16

Aceite para publicação em: 20/01/17

Introdução

Nas organizações é importante a avaliação não só das necessidades dos clientes, mas também do grau de satisfação e participação dos trabalhadores, fazendo com que estes se sintam satisfeitos no desenvolvimento das suas atividades.

A saúde e a segurança são dois dos pilares que sustentam a produtividade, assim, as organizações devem oferecer aos seus trabalhadores condições favoráveis para que estes possam desenvolver as suas atividades, assegurando o seu bem-estar físico e mental (Chiavenato, 2008). As investigações a nível global sugerem que as boas práticas de socialização levam os indivíduos a compreenderem mais claramente o seu papel, envolvendo-se mais no trabalho e na organização, conduzindo a uma maior satisfação, pois de acordo com Gomes et al. (2008) nas fases iniciais da vida do indivíduo na organização, importa que o novo colaborador disponha de boas oportunidades para interagir e socializar com os seus pares e líderes.

Os enfermeiros partilham um atributo que os define, serem profissionais empenhados que abraçam uma filosofia holística de cuidados o que, por sua vez, vai moldar as suas expectativas (Baumann, 2007).

Tendo como ponto central a preocupação com a satisfação dos enfermeiros no local de trabalho, foi construída uma Escala de Satisfação dos Enfermeiros no Trabalho (ESET), com base na pesquisa bibliográfica e na análise crítica de outras escalas existentes sobre a satisfação laboral.

O presente trabalho de investigação tem como intuito contribuir com a construção e validação de mais um instrumento que poderá ser utilizado por outros investigadores na avaliação do grau de satisfação dos enfermeiros em Portugal.

Enquadramento

A satisfação profissional segundo Baumann (2007) está relacionada com a forma como os enfermeiros se sentem no que respeita à sua vida laboral. A ausência de adequação entre o trabalho exigido aos enfermeiros e aquele que estes conseguem realizar em tempo razoável,

põe em causa a saúde dos enfermeiros e dos próprios doentes. As pressões de tempo, interrupções, exigências contraditórias, défices de aptidões e de conhecimentos, recursos insuficientes ou indisponíveis são agravados pelas cargas laborais excessivas. Segundo o mesmo, a ausência de remuneração adequada é uma das razões fundamentais para a migração em muitas partes do mundo.

Os aspetos mais relevantes de gerarem stress dentro das organizações (são as alterações no horário, o prolongamento do horário habitual de trabalho, o trabalho por turnos, as tarefas com tempos-limite curtos e outras situações em que a atividade profissional decorra submetendo-se à pressão do tempo (Camara, Guerra, & Rodrigues, 2007).

O modo como está estruturada a organização, a sobrecarga de trabalho, a sobrecarga de responsabilidade, a remuneração salarial, a impossibilidade de progressão na carreira, as funções com elevado nível de complexidade, a ausência de autonomia e as más relações de trabalho, podem ser aspetos a considerar como potenciadores de gerar stress (Camara et al., 2007).

Em estudos relativos à satisfação na vida profissional dos enfermeiros Baumann (2007), João (2013) e Siqueira (1995) constataram que a liderança, a autonomia e o trabalho em equipa eram aspetos importantes que contribuíam para a satisfação dos enfermeiros.

As fontes de satisfação no trabalho dos enfermeiros de acordo com Lu, Barrilal, Zhang, e While (2011) são: as condições de trabalho; a interação; a relação com os utentes, com os colegas de profissão, com os gestores e a relação com o próprio trabalho; a carga de trabalho; os colegas de trabalho; o horário e os turnos; o desafio que o trabalho representa, as rotinas, os requisitos para realização de tarefas e exigências psicológicas do trabalho; a remuneração; o crescimento pessoal e a promoção; o treino profissional; a oportunidade de progredir na carreira; a promoção no trabalho e a realização pessoal; as recompensas psicológicas; o controlo e a responsabilidade; a autonomia e a participação no processo de decisão; a segurança no trabalho; o estilo de liderança e as políticas organizacionais.

Uma gestão com um controlo excessivo pode originar sintomas físicos, como cansaço, depressão ou agressividade (Alves, 2007). Com-

pete às chefias, estimularem os seus colaboradores de forma a realizarem as tarefas como desafiantes, melhorando a sua produtividade (Camara et al., 2007).

Pode-se dizer que as expectativas dos trabalhadores representam um papel no modelo tradicional de satisfação no trabalho e que por sua vez, a satisfação está relacionada com o desempenho (Lu et al. 2011).

A satisfação profissional é uma condição indispensável para a melhoria do funcionamento das organizações, tendo os gestores um papel determinante, através da promoção de estratégias que levam ao aumento da satisfação laboral dos trabalhadores, com vista a obterem resultados ao nível da criatividade, empenho e produtividade (Castro et al., 2011; Oliveira, 1999).

Questão de Investigação

Como tornar mensurável a satisfação dos enfermeiros que exercem funções em contexto hospitalar?

Metodologia

Processo de construção da escala

A construção da escala teve por base uma revisão bibliográfica, um estudo de investigação sobre a satisfação nos enfermeiros de João (2013), no qual foi efetuado o estudo de validação da Escala de Satisfação no Trabalho, de Siqueira (1995) e o formulário desenvolvido pela Comissão do Observatório Regional da Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros para os Cuidados de Saúde Primários coordenado por Raposo (2011), o que resultou em 40 itens.

Esses itens são expressos em afirmações, nas quais o enfermeiro assinala o grau de satisfação relativamente ao seu local de trabalho. Deste modo, a presente escala visa avaliar a satisfação dos enfermeiros relacionada com aspetos da dinâmica laboral, tais como chefias, organização, recursos, valorização profissional, colegas de trabalho, remuneração e dotações.

Trata-se de uma escala tipo *likert* com cinco opções de resposta: "absolutamente nada", "um pouco", "moderadamente", "muito" e "extremamente".

Posteriormente, realizou-se um pré-teste do questionário com 30 enfermeiros que não participaram no estudo. Após a aplicação do pré-teste foram removidas três afirmações que segundo a amostra ($n = 30$) eram sucetíveis de causar dúvida na resposta. Deste, modo, a ESET é composta por 37 itens.

Instrumentos e procedimento

Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário entregue a todos os enfermeiros ($n = 508$) que exerciam funções num hospital EPE pertencente à região sul do país. A colheita de dados decorreu de 14 de setembro a 14 de outubro de 2015.

O questionário utilizado foi organizado em duas partes. Na primeira parte foram colocadas questões visando a obtenção de elementos de caracterização sociodemográfica e profissional dos sujeitos. Na segunda parte do questionário, foi introduzido um instrumento para estudo da satisfação, nomeadamente a ESET.

Após a obtenção dos questionários foi efetuado o tratamento de dados estatísticos no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 21.

Considerações éticas

O estudo foi realizado após ter sido obtida a autorização da instituição hospitalar.

Na aplicação do questionário foi garantida a confidencialidade e anonimato dos dados e salientado que os mesmos se destinavam apenas a fins de investigação. Foi também informado que os sujeitos em estudo não obteriam qualquer ganho remuneratório e que poderiam desistir a qualquer momento, sem penalização de qualquer natureza.

População e amostra

Em cada serviço hospitalar, de um hospital EPE pertencente à região sul de Portugal, foram entregues a todos os enfermeiros chefes o número exato de questionários em formato papel correspondente ao número de elementos que constituía a equipa de enfermagem ($n = 508$), durante o período de realização do estudo.

A amostra total é constituída por 382 sujeitos, o que corresponde a uma taxa de resposta de 75,2%. Os enfermeiros que compuseram a amostra eram maioritariamente do sexo feminino (83,3%), com estado civil de casados (50,7%)

e possuíam como habilitação académica a licenciatura (72,3%). No que concerne à faixa etária 30,8% tinham idades compreendidas entre os 30 a 39 anos, 25,8% entre 40 a 49 anos, 23,2% entre 20 a 29 anos e 19,3% entre 50 a 59 anos. Quanto ao vínculo laboral, 49,6% possui contrato de trabalho em funções públicas (CTFP) e 49,9% contrato por tempo indeterminado (CTI), o que revela um vínculo laboral estável em todos os trabalhadores em análise. Da amostra em estudo, 93,2 % encontram-se a desempenhar funções na prestação de cuidados diretos. O tipo de horário laboral mais praticado pela amostra é o *roulement* com

79,1% dos sujeitos a realizarem o regime de turnos.

Resultados

No presente estudo constatou-se que as respostas dos enfermeiros percorrem todos os pontos da escala ou seja de 1-5.

Nos valores da média, moda e mediana obtidos também se verificou uma distribuição dos resultados pelos diversos pontos da escala de resposta, demonstrando existir adequação da estrutura da escala para avaliar o construto em análise (Tabela 1).

Tabela 1

Análise Descritiva dos itens da ESET

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana	Moda
1 - Sinto-me satisfeito com os momentos de diálogo e partilha de informação com os meus colegas de trabalho.	1	5	3,34	0,79	3	3
2 - Sinto-me satisfeito com o espírito de colaboração existente entre mim e os meus colegas de trabalho.	1	5	3,48	0,85	4	4
3 - Sinto-me satisfeito com a carga horária no meu local de trabalho.	1	5	1,92	0,95	2	1
4 - Sinto-me satisfeito com o esforço demonstrado pelos meus colegas de trabalho no sentido de prestar melhores cuidados.	1	5	3,46	0,82	4	4
5 - Sinto-me satisfeito com o esforço demonstrado pelas chefias no sentido de melhorar as minhas condições de trabalho.	1	5	3,03	0,97	3	3
6 - Sinto-me satisfeito com a minha participação na tomada de decisões no meu local de trabalho.	1	5	3,01	0,89	3	3
7 - Sinto-me satisfeito com o número de enfermeiros relativamente ao número de doentes aos quais é necessário prestar cuidados num turno.	1	5	2,57	1,13	3	3
8 - Sinto-me satisfeito com as oportunidades de progressão na carreira.	1	5	1,57	0,88	1	1

9 - Sinto-me satisfeito com a confiança que posso ter nos meus colegas de trabalho.	1	5	3,52	0,81	4	4
10 - Sinto-me satisfeito com o modo como as chefias me dão a oportunidade de participar em formação/projetos.	1	5	3,13	1,01	3	3
11 - Sinto-me satisfeito com o número de enfermeiros existentes num turno relativamente ao número de tarefas a realizar.	1	5	2,58	1,10	3	3
12 - Sinto-me satisfeito com as condições existentes no espaço físico no qual presto cuidados.	1	5	2,66	0,99	3	3
13 - Sinto-me satisfeito com as rotinas existentes no serviço.	1	5	3,14	0,79	3	3
14 - Sinto-me satisfeito com o facto do meu trabalho ser recompensado e/ou valorizado pelas chefias.	1	5	2,79	1,00	3	3
15 - Sinto-me satisfeito com o facto do meu trabalho ser recompensado e/ou valorizado pelos doentes.	1	5	3,27	0,97	3	3
16 - Sinto-me satisfeito com o modo como sou valorizado pelos doentes e seus familiares.	1	5	3,24	1,00	3	3
17 - Sinto-me satisfeito por desempenhar funções de enfermagem neste serviço.	1	5	3,69	0,88	4	4
18 - Sinto-me satisfeito com as competências demonstradas pelos outros profissionais de saúde.	1	5	3,20	0,78	3	3
19 - Sinto-me satisfeito com as oportunidades de formação proporcionadas pelo meu local de trabalho.	1	5	2,94	0,93	3	3
20 - Sinto-me satisfeito com a competência demonstrada pelos colegas da mesma profissão.	1	5	3,49	0,72	4	4
21 - Sinto-me satisfeito com a possibilidade de colocar em prática novos conhecimentos no meu local de trabalho.	1	5	3,19	0,90	3	3
22 - Sinto-me satisfeito com os equipamentos/materiais existentes no meu serviço.	1	5	2,99	0,96	3	3
23 - Sinto-me satisfeito com a organização existente no meu local de trabalho.	1	5	3,17	0,95	3	3
24 - Sinto-me satisfeito com a liberdade que possuo, de acordo com as minhas competências de prestar cuidados adequados aos doentes.	1	5	3,52	0,86	4	4

25 - Sinto-me satisfeito com o modo de organização e redação dos protocolos existentes no meu serviço.	1	5	3,10	1,01	3	3
26 - Sinto-me satisfeito com a qualidade dos cuidados que presto tendo em consideração o contexto no qual desenvolvo funções.	1	5	3,68	0,81	4	4
27 - Sinto-me satisfeito com o tempo que tenho de esperar para ser promovido no meu local de trabalho.	1	5	1,63	0,92	1	1
28 - Sinto-me satisfeito com as funções desempenhadas no meu serviço.	1	5	3,51	0,86	4	4
29 - Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelas chefias em relação ao trabalho que desenvolvo.	1	5	3,22	0,98	3	3
30 - Sinto-me satisfeito com o número de protocolos orientadores para o funcionamento do serviço.	1	5	2,98	0,99	3	3
31 - Sinto-me satisfeito com o meu salário face às funções que exerço.	1	5	1,38	0,74	1	1
32 - Sinto-me satisfeito com o meu salário face às minhas capacidades/conhecimentos.	1	5	1,41	0,80	1	1
33 - Sinto-me satisfeito com os momentos de diálogo e partilha de informação com as chefias.	1	5	3,00	0,92	3	3
34 - Sinto-me satisfeito com a perceção dos doentes face à atividade que exerço.	1	5	2,99	0,99	3	3
35 - Sinto-me satisfeito com o incentivo por parte das chefias no desenvolvimento de formação.	1	5	3,01	0,99	3	3
36 - Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelos doentes face à atividade que exerço.	1	5	3,15	0,95	3	3
37 - Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelos outros profissionais de saúde face aos cuidados que presto.	1	5	2,97	0,91	3	3

Validade e fiabilidade da ESET

A legitimidade da aplicação da análise fatorial foi avaliada pela medida de adequabilidade de Kaiser-Meyer-Olkin *of Sample Adequacy* (KMO). O valor obtido foi de 0,94; considerado como excelente, de acordo com Marôco (2010).

O teste de Bartlett apresenta um valor de $\chi^2(666) = 11259,487$ com significância estatística ($p < 0,000$), o que significa que as variáveis se encontram correlacionadas significativamente (Tabela 2). Deste modo, poder-se-á assegurar que com a amostra disponível, a escala é passível de análise fatorial.

Tabela 2

KMO e teste de Bartlett para a ESET

Medida de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy)		0,939
Teste de Bartlett (Teste de Esfericidade)	Qui-quadrado	11259,487
	df	666
	Sig.	0,000

Análise fatorial da ESET

Foi realizada a análise fatorial exploratória, tendo-se obtido seis fatores com valor próprio superior a 1 que explicam 68,63

% da variância total (Tabela 3). Os valores obtidos demonstraram, segundo Marôco (2010), serem aceitáveis para a persecução do estudo.

Tabela 3

Matriz de componentes rodada da ESET

	Valor		% Variância		Valor		% Variância	
	Próprio	% de Variância	Acumulada	Próprio	% de Variância	Acumulada		
1	15,515	41,932	41,932	7,019	18,971	18,971		
2	2,871	7,759	49,691	4,544	12,281	31,252		
3	2,524	6,822	56,514	4,438	11,993	43,245		
4	1,898	5,129	61,642	3,893	10,522	53,767		
5	1,357	3,668	65,310	3,559	9,619	63,386		
6	1,228	3,319	68,628	1,940	5,243	68,628		

A Tabela 4 apresenta a matriz de fatores principais, obtidos pelo método de rotação *varimax*. Na análise fatorial não foi excluído

nenhum item, apresentando todos um valor de correlação superior a 0,30.

Tabela 4

Análise de componentes principais da ESET

Itens da ESET	Fatores					
	1	2	3	4	5	6
10	0,806					
35	0,780					
29	0,725	0,315				
33	0,711					
19	0,710					
6	0,703					
14	0,689					
5	0,660					
21	0,581	0,383				
28	0,545	0,313	0,342			
24	0,530	0,473				
17	0,477	0,346	0,437			
25	0,408	0,707				
30	0,336	0,683				
22		0,664				
12		0,612				0,301

23	0,424	0,603		0,303
13	0,394	0,576		
18		0,533	0,373	
26	0,395	0,427	0,347	
16			0,879	
15			0,874	
36			0,848	
34			0,802	
37		0,409	0,482	
9				0,809
4				0,768
2	0,326			0,751
1	0,327			0,736
20				0,691
32				0,901
31				0,866
27				0,740
8				0,670
3				0,562
7				0,788
11	0,308			0,777

Após a obtenção dos seis fatores foi efetuada a designação dos mesmos, foi tido em consideração o referencial teórico. Deste modo, as dimensões que compõem a ESET foram denominadas: Satisfação com as chefias, Satisfação com a organização e recursos, Satisfação com a valorização profissional, Satisfação com os colegas de trabalho, Satisfação com a valorização e

remuneração e Satisfação com as dotações. A Satisfação com as chefias foi a primeira dimensão obtida, após ter sido efetuada a análise fatorial da ESET. É constituída por 12 itens que fazem referência à satisfação com o relacionamento estabelecido entre o trabalhador e as chefias. Este primeiro fator explica 41,93% da variância total (Tabela 5).

Tabela 5

Itens e pesos da dimensão Satisfação com as chefias

Itens	Fator 1 – Satisfação com as chefias (41,93% da Variância)	Pesos
10	Sinto-me satisfeito com o modo como as chefias me dão a oportunidade de participar em formação/projetos.	0,806
35	Sinto-me satisfeito com o incentivo por parte das chefias no desenvolvimento de formação.	0,780
29	Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelas chefias em relação ao trabalho que desenvolvo.	0,725
33	Sinto-me satisfeito com os momentos de diálogo e partilha de informação com as chefias.	0,711
19	Sinto-me satisfeito com as oportunidades de formação proporcionadas pelo meu local de trabalho.	0,710
6	Sinto-me satisfeito com a minha participação na tomada de decisões no meu local de trabalho.	0,703
14	Sinto-me satisfeito com o facto do meu trabalho ser recompensado e/ou valorizado pelas chefias.	0,689

5	Sinto-me satisfeito com o esforço demonstrado pelas chefias no sentido de melhorar as minhas condições de trabalho.	0,660
21	Sinto-me satisfeito com a possibilidade de colocar em prática novos conhecimentos no meu local de trabalho.	0,581
28	Sinto-me satisfeito com as funções desempenhadas no meu serviço.	0,545
24	Sinto-me satisfeito com a liberdade que possuo, de acordo com as minhas competências de prestar cuidados adequados aos doentes.	0,530
17	Sinto-me satisfeito por desempenhar funções de enfermagem neste serviço.	0,477

A segunda dimensão Satisfação com a organização e recursos é composta por oito itens que explicam 7,76% da variância. Os mesmos itens fazem referência à estrutura organizacional do local de trabalho e aos recursos. Nesta dimensão são tidos em consideração a existência de protocolos, equipamentos/materiais e ao espaço físico laboral (Tabela 6).

Tabela 6

Itens e pesos da dimensão Satisfação com a organização e recursos

Itens	Fator 2 – Satisfação com a organização e recursos (7,76% da Variância)	Pesos
25	Sinto-me satisfeito com o modo de organização e redação dos protocolos existentes no meu serviço.	0,707
30	Sinto-me satisfeito com o número de protocolos orientadores para o funcionamento do serviço.	0,683
22	Sinto-me satisfeito com os equipamentos/materiais existentes no meu serviço.	0,664
12	Sinto-me satisfeito com as condições existentes no espaço físico no qual presto cuidados.	0,612
23	Sinto-me satisfeito com a organização existente no meu local de trabalho.	0,603
13	Sinto-me satisfeito com as rotinas existentes no serviço.	0,576
18	Sinto-me satisfeito com as competências demonstradas pelos outros profissionais de saúde.	0,533
26	Sinto-me satisfeito com a qualidade dos cuidados que presto tendo em consideração o contexto no qual desenvolvo funções.	0,427

A terceira dimensão obtida após realização de análise fatorial foi denominada de satisfação com a valorização profissional. O nome atribuído está relacionado com a natureza dos itens, associado à pesquisa bibliográfica, que remetem para aspetos relacionados com a valorização profissional pelos doentes/familiares e colegas de trabalho e com a atividade profissional. Esta dimensão é constituída por cinco itens que explicam 6,82% da variância (Tabela 7).

Tabela 7

Itens e pesos da dimensão Satisfação com a valorização profissional

Itens	Fator 3 – Satisfação com a valorização profissional (6,82% da Variância)	Pesos
16	Sinto-me satisfeito com o modo como sou valorizado pelos doentes e seus familiares.	0,879
15	Sinto-me satisfeito com o facto do meu trabalho ser recompensado e/ou valorizado pelos doentes.	0,874
36	Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelos doentes face à atividade que exerço.	0,848
34	Sinto-me satisfeito com a percepção dos doentes face à atividade que exerço.	0,802
37	Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelos outros profissionais de saúde face aos cuidados que presto.	0,482

A dimensão Satisfação com os colegas de trabalho é composta por cinco fatores que explicam 5,13% da variância (Tabela 8). Todos os itens fazem referência a aspetos relacionados com a satisfação com o relacionamento estabelecido com os colegas de trabalho.

Tabela 8

Itens e pesos da dimensão Satisfação com os colegas de trabalho

Itens	Fator 4 – Satisfação com os colegas de trabalho (5,13% da Variância)	Pesos
9	Sinto-me satisfeito com a confiança que posso ter nos meus colegas de trabalho.	0,809
4	Sinto-me satisfeito com o esforço demonstrado pelos meus colegas de trabalho no sentido de prestar melhores cuidados.	0,768
2	Sinto-me satisfeito com o espírito de colaboração existente entre mim e os meus colegas de trabalho.	0,751
1	Sinto-me satisfeito com os momentos de diálogo e partilha de informação com os meus colegas de trabalho.	0,736
20	Sinto-me satisfeito com a competência demonstrada pelos colegas da mesma profissão.	0,691

A Satisfação com a valorização e remuneração foi a quinta dimensão obtida após execução de análise fatorial. É composta por cinco itens que explicam 1,36% da variância (Tabela 9). Esta dimensão é composta por itens que remetem para a satisfação com a remuneração e com a progressão a nível profissional na instituição.

Tabela 9

Itens e pesos da dimensão Satisfação com a valorização e remuneração

Itens	Fator 5 – Satisfação com a valorização e remuneração (1,36 % de Variância)	Pesos
32	Sinto-me satisfeito com o meu salário face às minhas capacidades/conhecimentos.	0,901
31	Sinto-me satisfeito com o meu salário face às funções que exerço.	0,866
27	Sinto-me satisfeito com o tempo que tenho de esperar para ser promovido no meu local de trabalho.	0,740
8	Sinto-me satisfeito com as oportunidades de progressão na carreira.	0,670
3	Sinto-me satisfeito com a carga horária no meu local de trabalho.	0,562

A última dimensão obtida Satisfação com as dotações é composta apenas por dois itens que explicam 1,23 % da variância total (Tabela 10). Estes itens fazem referência à satisfação com o número de enfermeiros face ao número de doentes.

Tabela 10

Itens e pesos da dimensão Satisfação com as dotações

Itens	Fator 6 - Satisfação com as dotações (1,23% de Variância)	Pesos
7	Sinto-me satisfeito com o número de enfermeiros relativamente ao número de doentes aos quais é necessário prestar cuidados num turno.	0,788
11	Sinto-me satisfeito com o número de enfermeiros existentes num turno relativamente ao número de tarefas a realizar.	0,777

Correlação entre fatores

As correlações entre os fatores apresentam-se como positivas e estatisticamente significativas, sendo

um indicador de consistência entre as dimensões do construto e também argumento de validade ou de fidelidade da medida (Tabela 11).

Tabela 11
Correlação entre fatores

		Satisfação Chefias	Satisfação Organização Recursos	Satisfação Valorização Profissional	Satisfação Colegas	Satisfação Valorização Remuneração	Satisfação Dotações
Satisfação Chefias	Pearson Correlation	1	0,79*	0,54*	0,62*	0,41*	0,55*
	Sig. (2-tailed)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Satisfação Organização Recursos	Pearson Correlation	0,79*	1	0,54*	0,59*	0,41*	0,54*
	Sig. (2-tailed)	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00
Satisfação Valorização Profissional	Pearson Correlation	0,54*	0,54*	1	0,45*	0,36*	0,45*
	Sig. (2-tailed)	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00
Satisfação Colegas	Pearson Correlation	0,62*	0,59*	0,45*	1	0,27*	0,30*
	Sig. (2-tailed)	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
Satisfação Valorização Remuneração	Pearson Correlation	0,41*	0,41*	0,36*	0,27*	1	0,40*
	Sig. (2-tailed)	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
Satisfação Dotações	Pearson Correlation	0,55*	0,54*	0,45*	0,30*	0,40*	1
	Sig. (2-tailed)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Nota. * Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

Fiabilidade da ESET

Na ESET foi então efetuado o estudo da consistência interna através do coeficiente alfa de Cronbach. O valor da totalidade dos itens da escala é de 0,96 o que segundo Hill e Hill (2009), é considerado excelente.

Na primeira, terceira e sexta dimensões foram obtidos valores de alfa de Cronbach considerados excelentes. Nas restantes dimensões os valores do alfa de Cronbach são muito bons, de acordo com Matóco (2010). Assim, tendo em consideração o referido anteriormente, poder-se-á dizer que os valores demonstram uma consistência interna apropriada à consecução do estudo (Tabela 12). Verificou-se que no item 37 da terceira dimen-

são se excluído aumentaria o valor do alfa de Chronbach de 0,77 para 0,78. Porém optou-se pela manutenção do item "Sinto-me satisfeito com o respeito demonstrado pelos outros profissionais de saúde face aos cuidados que presto.", pois a sua contribuição para o aumento seria de apenas de 0,01.

No que concerne à sexta dimensão o valor de consistência interna obtido foi de 0,95, considerado excelente. Porém como a dimensão apenas possui dois itens não foi avaliado o valor de alfa de Cronbach se o item for excluído.

Todos os itens apresentaram correlações significativas e maiores que 0,40 com o score total da respetiva dimensão (Tabela 12).

Tabela 12
Coeficientes alfa de Cronbach das dimensões do ESET e correlações item-total

Dimensão	Itens	Poder discriminativo do Item (Correlação de item/total)	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Dimensão 1 (alfa = 0,94)	10	0,77	0,94
	35	0,79	0,94
	29	0,81	0,94
	33	0,79	0,94
	19	0,70	0,94
	6	0,75	0,94
	14	0,79	0,94
	5	0,76	0,94
	21	0,72	0,94
	28	0,67	0,94
24	0,67	0,94	
17	0,66	0,94	
Dimensão 2 (alfa = 0,89)	25	0,80	0,86
	30	0,72	0,87
	22	0,65	0,88
	12	0,58	0,89
	23	0,77	0,87
	13	0,72	0,88
Dimensão 3 (alfa = 0,92)	18	0,61	0,88
	26	0,52	0,89
	16	0,83	0,89
	15	0,84	0,88
Dimensão 4 (alfa=0,89)	36	0,88	0,88
	34	0,82	0,89
	37	0,55	0,94
	9	0,75	0,86
	4	0,76	0,85
Dimensão 5 (alfa = 0,85)	2	0,72	0,86
	1	0,73	0,86
	20	0,67	0,87
	32	0,79	0,78
Dimensão 6 (alfa = 0,95)	31	0,74	0,80
	27	0,65	0,82
	8	0,62	0,83
	3	0,53	0,85
7	—	—	
11	—	—	

Discussão

No presente estudo, foi validada a aplicação da ESET numa população de enfermeiros portugueses, pertencente a um Hospital EPE da região sul de Portugal. Verificou-se que os valores da média, mediana e moda se encontram distribuídos pelos intervalos da escala de resposta, revelando sensibilidade na avaliação do construto. O valor obtido de KMO foi de 0,94, sendo o mesmo considerado excelente. Comparado com a escala de satisfação (EST) elaborada pela autora Siqueira (1995), validada em Portugal por João (2013) o valor de KMO (0,941) é ligeiramente mais baixo.

No que concerne à totalidade dos itens o valor de alfa de cronbach foi de 0,960, superior valor obtido pelo autor Ng (1993) na aplicação do instrumento denominado de Escala Multifacetada de Satisfação na Profissão de Enfermagem (0,86) e valor também superior ao obtido por João (2013) com a aplicação da Escala de Satisfação no Trabalho (0,93) de Siqueira (1995).

Relativamente à fiabilidade do instrumento da escala de satisfação no trabalho, de Siqueira (1995) aplicado por João (2013), nas diversas dimensões, os valores de alfa de Cronbach variaram de 0,86 a 0,95, valores superiores aos da escala ESET. Mediante o referido, poder-se-á afirmar que os resultados obtidos se

demonstraram satisfatórios em todas as dimensões à persecução do estudo.

Foi realizada uma análise fatorial exploratória com rotação *varimax*. Após a mesma, os 37 itens da ESET agruparam-se em seis dimensões denominadas, de acordo com a pesquisa bibliográfica por: 1) Satisfação com as chefias; 2) Satisfação com a organização e recursos; 3) Satisfação com a valorização Profissional; 4) Satisfação com os Colegas de Trabalho; 5) Satisfação com a valorização e remuneração e 6) Satisfação com as dotações. As dimensões que constituíram a versão final do instrumento (ESET) explicam 68,63% da variância total, valor superior ao obtido pela autora Ferreira e Sousa (2006) na validação da sua Escala de Satisfação Global, aplicada a 303 enfermeiros que exerciam funções num hospital de Portugal.

No presente estudo, o facto de o delineamento de pesquisa ter sido transversal, poderá ser apontado como uma limitação, pois não nos permitiu testar a estabilidade do instrumento, ou seja a sua capacidade de produzir os mesmos resultados em aplicações sucessivas.

Conclusão

A satisfação dos trabalhadores está correlacionada com a produtividade das organizações. Deste modo, torna-se importante avaliar a satisfação dos trabalhadores no sentido de promover condições de trabalho baseadas nas suas necessidades e simultaneamente assegurar o seu bem-estar físico e mental.

A realização do presente estudo teve como intuito apresentar a construção e validação da ESET. A mesma escala constituída por 37 itens que se agrupam em seis fatores, permite avaliar a satisfação dos enfermeiros a nível laboral.

A ESET demonstrou ser fácil de aplicar e apresentou um bom índice de fiabilidade e validade, pelo que poderá ser uma ferramenta valiosa para estudos que pretendam efetuar a avaliação da percepção da satisfação laboral dos enfermeiros.

Referências Bibliográficas

- Alves, C. (2007). *Comportamento organizacional: A gestão de crise nas organizações*. Lisboa, Portugal: Escolar editora.
- Baumann, A. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho = cuidados de qualidade*. Genebra, Switzerland: Internacional Council of Nurses.
- Camara, P., Guerra, P., & Rodrigues, J. (2007). *Humanizar: Recursos humanos & sucesso empresarial*. Lisboa, Portugal: Publicações Dom Quixote.
- Castro, J., Lago, H., Fornelos, M., C., Novo, P., Soleiro, R., M., & Alves, O. (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos. *Revista portuguesa de saúde pública*, 22(9), 157-172.
- Chiavenato, I. (2008). *Recursos humanos: O capital humano das organizações*. São Paulo, Brasil: Atlas.
- Ferreira, M., & Sousa, L. (2006). Satisfação no trabalho e comportamentos estratégicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 6, 37-46.
- Gomes, J., Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cabral, Cardoso, C., & Marques C. (2008). *Manual de gestão de pessoas e do capital humano*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Hill, M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- João, A. (2013). *Mobbing: Agressão psicológica na profissão de enfermagem*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Lu, H., Barrilal, K., Zhang, X., & While, A. (2011). Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 1017-1038. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.11.00
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Ng, S. (1993). A job satisfaction scale for nurses. *New Zealand Journal of Psychology*, 22, 46-53. Recuperado de <http://www.psychology.org.nz/wp-content/uploads/NZJP-Vol221-1993-5-Hung-Ng.pdf>
- Oliveira, S. (1999). *Sociologia das organizações*. São Paulo, Brasil: Editora Pioneira.
- Raposo, M. S. (Coord.). (2011). *A satisfação dos enfermeiros que exercem as suas funções em centros de saúde da Região Autónoma dos Açores*. Recuperado de <http://www.ordenenfermeiros.pt/sites/acores/informacao/Documents/estudo%20CROOECSP.pdf>
- Siqueira, M. (1995). *Antecedentes de comportamentos de cidadania organizacional: Análise de um modelo pós-cognitivo* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Brasília, Brasil.