



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Davide Jorge Dias Ferreira de Faria

Abril de 2013



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

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

Por Daide Faria

Sob orientação da Mestre Irene Oliveira

Abril de 2013

*“...probleme actuel est moins celui de la
qualité de la formation que celui de la qualité du processus
de production des competences individuelles et coletives...”*

Le Boterf 1996

Relatório de Estágio

Resumo

Este Relatório descreve o percurso de aprendizagem desenvolvido no Estágio, inserido no plano de estudos do Curso mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Realizado na Delegação do Porto do Instituto Nacional de Emergência Médica durante o período compreendido de 26 de abril e de 23 junho do ano de 2012 e na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Braga que decorreu entre 1 de outubro e 23 de novembro de 2012. O trabalho encontra-se estruturado segundo os domínios de competência do enfermeiro especialista defendidos pela Ordem dos Enfermeiros e adotou-se a metodologia crítico-reflexiva sobre as atividades realizadas, de forma a permitir a melhor compreensão dos objetivos planeados e competências adquiridas para o desenvolvimento pessoal e profissional.

No domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, aprofundou-se conhecimentos sobre técnicas de vigilância e atuação intensiva, comunicação e sistemas de informação em Enfermagem. Sistematizamos competências na atuação em situações de catástrofe. No domínio da Gestão da Qualidade, ampliou-se conhecimentos sobre conceção e monitorização da qualidade dos cuidados, e colaborou-se em auditorias. No domínio da Gestão de Cuidados, adquiriu-se saberes na gestão de cuidados e monitorização da carga de trabalho em unidades de cuidados intensivos. E por fim no domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, desenvolveu-se aprendizagens em pesquisa de conhecimentos em bases de dados e síntese. Propôs-se fazer a divulgação desses conhecimentos, quer a pares como à população.

Foram adquiridas e/ou desenvolvidas determinadas competências, tendo sido necessário para tal, adquirir outros saberes, que permitiram fazer a ligação entre a teoria e a prática, de forma a desenvolver um espírito crítico-reflexivo. As atividades desenvolvidas abrangeram as áreas da prestação de cuidados, gestão, formação e investigação.

Em suma, o Relatório acompanhou a evolução nas áreas do saber-saber, saber-fazer e saber-estar, permitindo a aquisição de competência clínica de elevada diferenciação na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Relatório de Estágio

Abstrat

This report describes the journey of learning developed in Stage inserted into the curriculum of the Master Specialist in Medical-Surgical Nursing. Held at Port Delegation of the National Institute of Medical Emergency during the period of April 26 to June 23 of the year 2012 and in the Intensive Care Unit of the Hospital de Braga between October 1 and November 23 of the same year. The work is structured according to the areas of competence of the nurse specialist defended by Ordem dos Enfermeiros and adopt a critical and reflective methodology of trow about the activities that we developed. In order to provide a better understanding of the objectives planned and acquired skills for our personal and professional development.

In the field of Professional, Ethics and Legal Responsibility, it deep knowledge about surveillance techniques and intensive work, communication and information systems in nursing. Also systematized in acting skills in disaster situations. In the field of Quality Management, it expand knowledge about conception and monitoring of quality of care, and collaborate on audits. In the field of Care Management, acquired knowledge on care management and monitoring of workload in intensive care units. And finally in the field of Development of Professional Learning, it developed in research knowledge in databases and synthesis. It set out to make the dissemination of knowledge, either as pairs to the population.

It acquired and developed certain important skills to acquire other knowledge, which allowed us to bridge the gap between theory and practice in order to develop a critical and reflective mentality. The activities covered the areas of care, management, training and research.

In short, the report accompanying our progress in the areas of know-know, know-how and know-being, allowing the acquisition of clinical competence of high differentiation in the area of Medical-Surgical Nursing.

Relatório de Estágio

ABREVIATURAS

Pág. - Página

SIGLAS

ABCDE	-	Airway; Breathing; Circulation; Disability; Exposition
APACHE	-	Acute Physiologic and Clinic Health Evaluation
BIS	-	Bispectral Index Score
CDE	-	Código Deontológico do Enfermeiro
CHKS	-	Comparative Health Knowledge System
CIPE	-	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	-	Direção Geral de Saúde
EECM	-	Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
ENQS	-	Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde
EPH	-	Emergência Pré-Hospitalar
GLINTT	-	Global Intelligent Technologies
HB	-	Hospital de Braga
HELICS	-	Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance
HIC	-	Hipertensão Intracraniana
IACS	-	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
INEM	-	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISO	-	International Organization for Standardization
NAS	-	Nursing Activities Score
NEMS	-	Nine Equivalents of Nurse Manpower use Score
OE	-	Ordem dos Enfermeiros

Relatório de Estágio

PAV	-	Pneumonia Associada à Ventilação
PCR	-	Paragem Cardiorrespiratória
PIA	-	Pressão Intra-Abdominal
PIC	-	Pressão Intracraniana
PNAS	-	Plano Nacional de Acreditação em Saúde
PNCI	-	Plano Nacional Controlo e Prevenção da Infeção
PNS	-	Plano Nacional de Saúde
SAPS	-	Simplified Acute Physiology Score
SAPE	-	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SBV	-	Suporte Básico de Vida
SIV	-	Suporte Imediato de Vida
TAE	-	Técnico de Ambulância de Emergência
TCE	-	Traumatismo Crânio-Encefálico
TISS	-	Therapeutic Intervention Scoring System
UCIP	-	Unidade de Cuidados Intensivos
UCP	-	Universidade Católica Portuguesa
VMER	-	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
WHO	-	World Health Organization

Relatório de Estágio

INDICE

	Pág.
1 Introdução.....	13
2 Domínios das competências comuns do enfermeiro especialista.....	19
2.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	19
2.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	32
2.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	43
2.4 Competências do domínio das aprendizagens profissionais.....	47
3 Conclusão.....	59
4 Bibliografia.....	65
5 ANEXOS.....	71
Anexo I - Descrição da UCIP.....	73
Anexo II - Questionário: “ <i>Como se processa a melhoria continua no INEM?</i> ”.....	77
Anexo III - Proposta de reformulação do plano de higienização anual da UCIP.....	81
Anexo IV - Proposta de panfleto informativo à família.....	85
Anexo V - Certificado de formador: <i>Mass-training</i> em Chaves.....	89

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 Tipologia das ativações no pré-hospitalar.....	21
Quadro 2 O uso da solução salina hipertónica na redução da PIC.....	52

1- Introdução

O presente documento apresenta-se como relatório final do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Nele pretendemos descrever as experiências vividas, o trabalho desenvolvido e as atividades realizadas e de forma a evidenciar o processo de aquisição/desenvolvimento de competências na área de especialização.

O processo de Bolonha, pela diretiva 2005/36 da comissão europeia assinada pelos seus estados membros, tem como objetivos delineados que focavam a melhoria da qualidade e relevância da formação oferecida, fomentar a mobilidade dos estudantes e internacionalizar as formações. Esta diretiva foi ratificada para a legislação Portuguesa pela Lei 49/2005 de 30 de agosto, a qual veio alterar a Lei de Bases da Educação. Assistimos assim, ao nascer de uma nova filosofia de ensino baseado no desenvolvimento de competências, cabendo ao aluno um papel mais ativo na procura do conhecimento. O regulamento do Ministério da Educação 74/2006 de 24 de março e posteriormente com as alterações nele produzidas pelo decreto-lei 107/2008 de 25 de junho introduziram a regulamentação deste novo paradigma de ensino. A formação ministrada visa alcançar para os objetivos de aprendizagem, incluindo o desenvolvimento de competências profissionais.

Interessa clarificar o que se entende por competência e acima de tudo como operacionalizar a efetiva aquisição de competências numa determinada área. A Ordem dos Enfermeiros (OE) entende *“domínio de competência como uma esfera de ação que compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante a um conjunto de elementos agregados”* (OE, 2011_a). Para cada competência existem parâmetros com os respetivos critérios de avaliação. O processo de aquisição de competências não está, nem pode estar, desconectado de um processo de avaliação, pelo contrário, é uma condição para se validar a aquisição das respetivas competências. No seu desempenho, o enfermeiro tem que demonstrar evidências de que realmente está no patamar de enfermeiro

Relatório de Estágio

especialista. A estas evidências podemos chamar critérios de avaliação ou indicadores de desempenho se quisermos. Isto terá que ter repercussão e visibilidade na forma de trabalhar, na forma de prestar cuidados, seja sob a forma de resposta atempada e eficaz perante situações críticas ou na resolução de problemas de complexidade superior em tempo útil. Avaliar, medir o desempenho do que se faz, com o que se faz e para que se faz é um exercício que faz parte de quem partilha uma determinada atividade que, neste caso específico, é a enfermagem.

As competências definidas pela Universidade Católica Portuguesa (UCP) para que o enfermeiro seja detentor do título de especialista na respetiva área, estão explanadas no regulamento do mestrado de natureza profissional. As atividades desenvolvidas durante o estágio geraram evidências de uma prática organizada e fundamentada, dando sustentação à aquisição de competências nos vários domínios.

Do percurso efetuado durante a vida adquirem-se saberes que se refletem na forma de atuar quer na vida pessoal quer na profissional. Tudo o que é adquirido não se desperdiça, pelo contrário junta-se ao todo para melhor cuidar. O enfermeiro especialista para além de demonstrar conhecimentos enquadrados num domínio específico demonstra “ *níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*” (OE, 2011_a, pág. 8648). No decorrer deste documento vamos enquadrar as competências adquiridas no decorrer deste estágio nos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, são elas: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais.

O presente trabalho, para além de servir de instrumento de avaliação, tem como objetivos:

- Documentar a aprendizagem durante este percurso formativo;

Relatório de Estágio

- Fomentar a discussão sustentada na reflexão crítica relativa à aprendizagem em contexto de prática clínica;
- Demonstrar capacidade descritiva e de síntese;
- Descrever atividades/estratégias desenvolvidas na aquisição/desenvolvimento de competências.

A metodologia utilizada será descritiva-crítica, para que mais facilmente possa haver uma correlação entre as atividades efetuadas e a aquisição de competências no âmbito da especialidade. O conhecimento deve ser construído na reflexão sobre as práticas desenvolvidas, avaliadas e reaprendidas, numa perspetiva integradora da teoria com a informação da prática (Schon, 1995), por sua vez Alarcão (Alarcão & Tavares, 2003) refere que os profissionais com a capacidade de interagir com o conhecimento de forma flexível, autónoma e criativa estão mais bem preparados para as exigências da atualidade.

O relatório encontra-se estruturado nos domínios de competência do enfermeiro especialista. Tendo como meta deste percurso, atingir e maximizar as competências de forma a nos serem reconhecidas, para obtenção do grau académico. Todo nosso trabalho ao longo deste período se desenrola na obtenção e maximização destas competências. Inicialmente enumera-mos os objetivos, a execução/operacionalização destes resultam na seleção das atividades desenvolvidas para atingir as referidas competências.

A disciplina, Estágio clínico está dividida em três Módulos, Módulo I - Serviço de Urgência, Módulo II – Cuidados Intensivos e Módulo III – Opcional (foi escolhido a área de pré- hospitalar). Ao primeiro Módulo tivemos creditação com base na nossa experiência profissional e nos outros módulos realizamos estágio tendo como linha orientadora os objetivos necessários para este nível de formação e por nós operacionalizados a cada local de estágio.

A nossa formação profissional sempre esteve voltada para o doente adulto, mais concretamente pessoa em situação crítica. A experiência profissional de quatro anos no serviço de urgência permitiu-nos obter certificação e creditação ao Módulo I - Serviços de Urgência. O trabalho diário com o doente crítico/emergente é uma constante. Neste período desenvolvemos competências nos cuidados

Relatório de Estágio

prestados à pessoa em situação crítica, como também competências de perito em todo o processo de enfermagem, nomeadamente a colheita de dados de forma organizada, planeando e executando os cuidados de modo rápido preciso e organizado, com juízo crítico, e avaliando os resultados esperados pelas intervenções realizadas. A deteção precoce de problemas de saúde é uma prática constante através das capacidades de diagnóstico desenvolvidas na triagem de doentes usando o protocolo de Manchester, bem como a vigilância desenvolvida na sala de emergência com doentes peri-paragem cardiorrespiratória. Muitas das atividades de suporte básico e avançado de vida, são por nós iniciadas até à chegada da equipa médica que está alocada na unidade de cuidados intensivos. A prestação de cuidados a doentes conectados a prótese ventilatória, com suporte de aminas e em que os procedimentos invasivos são comuns. Mais do que prestar cuidados de suporte avançado, é fundamental prevenir que os doentes necessitem dos mesmos, ou seja, efetuar uma vigilância ativa e permanente, assegurando sempre informação à pessoa significativa. Exercemos funções na equipa de emergência interna, ocorrendo dentro do hospital, a todos os serviços que ativem a equipa de emergência para prestar cuidados de suporte avançado ou acompanhamento para unidade de cuidados diferenciados. Nessas situações somos o elemento mais diferenciado da equipa de Enfermagem, desenvolvendo ação de *team-leader*. O acolhimento do doente e da família é uma prioridade da nossa prática, aliando as competências técnicas às humanas, sendo a comunicação e relação de ajuda, ferramentas que utilizamos diariamente. Participamos também na integração de novos colegas e assistentes operacionais na unidade de cuidados, bem como na supervisão de alunos em estágio clínico.

Realizamos estágio a dois módulos, num total de 360 horas de contacto, às quais foram adicionadas 140 horas de estudo individual. Neste período fomos sempre orientados por professor da escola e nos locais de estágio fomos tutorados por um enfermeiro especialista ou perito na área.

No módulo II - cuidados intensivos, foi realizado o estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital de Braga (HB), que decorreu entre 1 de outubro e 23 de novembro de 2012 (ANEXO I). Esta unidade recebe doentes com variados focos de atenção, concretamente, doentes operados a

Relatório de Estágio

cirurgias de maior risco do foro abdominal e vascular, politraumatizados especialmente do foro neurocirúrgico, doentes com patologia de causa cardíaca e todos os doentes do foro respiratório com necessidades de aporte ventilatório mecânico (HB, 2012). Consideramos que esta diversidade de causas de internamento nesta unidade foi uma mais-valia na realização deste estágio.

No módulo III – Opcional, escolhemos a área de pré-hospitalar, pois é uma área de grande interesse individual. Como referimos anteriormente, é importante para o nosso desenvolvimento profissional conhecer o fluxograma do doente crítico desde o domicílio até sua entrada numa unidade de cuidados diferenciada. O estágio foi realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) na Sub-região Norte com o centro no Porto, durante o período compreendido de 26 de abril e de 23 junho do ano de 2012. Realizamos estágio de observação no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e em meio ambulância de Suporte Básico de Vida (SBV). Nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) tivemos uma participação ativa com a supervisão do enfermeiro presente nos meios. Esta a atuação permitiu-nos fazer a operacionalização dos conhecimentos teóricos à prática clínica em todo o processo de enfermagem. Identificamos situações de melhoria dos cuidados com as respetivas sugestões de melhoria dos mesmos.

2 - Domínios das competências comuns do enfermeiro especialista

No decurso deste capítulo e dos seguintes, vamos descrever o processo de aquisição de competências, através do relato de situações/problema, das reflexões e pesquisa realizada, da aprendizagem de novas técnicas com a consequente mudança de comportamentos. Iremos descrever o processo decorrente nos dois campos de estágio em simultâneo, referentes a cada competência.

2.1 - Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A responsabilidade profissional, ética e legal esteve sempre presente na forma de cuidar e de estar, desde a solicitação do consentimento ao respeito pela dignidade da pessoa, mesmo quando este não interagiu connosco. Aí, demonstrou-se a essência da enfermagem no respeito pela pessoa com uma identidade, com um passado, com família, com um lugar neste tempo, a terminar um percurso e a transitar para uma nova fase.

Neste patamar de formação a tomada de decisão não deve, mas só pode, ser tomada tendo por base as evidências científicas atuais (OE, 2012_a). Toda a decisão na prestação de cuidados tem repercussão no estado do doente. A própria não decisão é uma forma de decidir, pois a ausência da mesma também se reflete nos cuidados prestados.

Estes foram os objetivos com os quais partimos para aquisição de competências deste domínio:

- *Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada.*

Relatório de Estágio

- *Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;*
- *Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da Especialização em Enfermagem Medico- Cirúrgica (EEMC).*
- *Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas;*
- *Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.*

Toda a nossa atuação teve por base os direitos humanos, responsabilidades profissionais, princípios de autodeterminação, autonomia, privacidade e respeito pelos valores individuais de cada pessoa. Como enfermeiros estamos obrigados a cumprir os preceitos éticos e legais que derivam do próprio título de enfermeiro explicitados nos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro que procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). Margarida Vieira (2007) refere que o enfermeiro tem que ter *“uma forma de ser compassiva, um saber teórico específico, um fazer técnico próprio e capacidade para tomar decisões em situação de complexidade ética na relação permanente com outras pessoas”* (Vieira, 2007, pág. 8). Neste seguimento, o artigo 76º 1/a do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) que os enfermeiros têm que *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem – estar da população...”* (OE, 2009, pág.65462). Mais que uma obrigação, a responsabilidade profissional, ética e legal tem que estar presente de uma forma natural na prática diária (OE, 1998).

O Estágio de pré-hospitalar esteve dividido por vários meios. Foi de observação no CODU do Porto e Ambulância de SBV e na ambulância de SIV e VMER, desenvolvemos uma atuação com supervisão do enfermeiro da equipa. Neste período, tivemos um total de 42 ativações, sendo o meio VMER o meio em que ocorreram mais ativações, 18 no total, com uma média de 2 ativações por turno.

Relatório de Estágio

As ambulâncias SIV foram os meios ao qual destinamos mais horas de estágio e nos quais tivemos a mais baixa taxa de ativação, uma média de uma ativação por cada 12h. Estes resultados não são corroborados pelas estatísticas oficiais do INEM, onde estes meios têm uma taxa de ativação mais elevada. Em termos de tipologias destas, ocorrem mais situações de doença súbita do que de trauma, na ordem de 6 situações de doença súbita para uma de trauma, sendo a dispneia a causa da maioria das ativações. O quadro número 1 pode ser verificado as ativações em cada meio e sua tipologia.

Quadro 1 – Tipologia das ativações no pré-hospitalar

<i>Meios</i>	<i>CODU</i>	<i>SBV</i>	<i>SIV</i>	<i>VMER</i>	<i>Total</i>
<i>Turnos</i>	1	2	15	10	
<i>Doença súbita</i>	8	6	7	13	34
<i>dispneia</i>	4	1	4	6	15
<i>dor torácica</i>		1	1	3	5
<i>dor abdominal</i>	2	1			3
<i>PCR</i>		2	1	1	4
<i>hipoglicemia</i>			1	1	2
<i>lipotimia</i>				1	1
<i>inconsciência</i>	2	1		1	4
<i>Trauma</i>	1	1		4	6
<i>acidente de viação</i>	1			4	5
<i>acidente domestico</i>					
<i>agressão</i>		1			1
<i>Abortadas</i>		1		1	2
<i>Ativações totais</i>	9	8	7	18	42

No CODU Porto, percebemos como funciona todo o sistema de emergência, desde a triagem até acompanhamentos dos meios em situação de emergência. Neste centro, operam técnicos operadores, médicos e psicólogos. Deparámo-nos com a inexistência de enfermeiros neste processo de emergência. Como

Relatório de Estágio

situações/problema detetamos áreas populacionais mais carenciadas de informação sobre a importância da chamada para a linha 112, contactando em primeiro lugar os bombeiros, dificultando a rápida triagem da situação e o precoce envio dos meios mais adequados. No meio ambulância SBV Braga, acompanhamos os seus elementos em 2 turnos de 6 horas, com um total de 8 ativações. Este período de observação foi importante para a deteção de situações/problema na área de controlo da infeção nomeadamente com a triagem de resíduos, que descreveremos posteriormente.

A nossa atuação no pré-hospitalar consolidou-se na atuação dentro dos deveres legais e deontológicos do campo de competências da profissão. Garantimos a manutenção das funções vitais e o acompanhamento e vigilância do doente durante o transporte até às unidades de saúde. Assegurando a continuidade de cuidados e informação e prestando a informação e apoio adequados ao doente e à família tal como preconizado pela OE (2007a).

O respeito pela privacidade em todos os procedimentos que expunham a pessoa foi um cuidado atendido. Esta preocupação foi maior nas situações quando cuidamos o doente em contexto da assistência pré-hospitalar. O respeito pela intimidade da pessoa torna-se uma tarefa árdua em contexto numa situação de paragem cardiorrespiratória na rua. A preocupação com as questões de segurança e de proteção da intimidade física do doente. Logo que possível procedemos à transferência do doente para a ambulância de forma a protegermos a sua intimidade física e de identidade, como prescrito no artigo nº 86 do CDE (OE, 2009).

Na nossa prática atendemos sempre ao princípio de autodeterminação dos doentes, quando solicitávamos seu consentimento para todos cuidados realizados. Quando possível este consentimento era informado, em situações de inconsciência dos doentes o consentimento era presumido.

A aprendizagem é um percurso e como tal tudo o que vamos adquirindo ao longo da vida influi na forma de ser e estar. Competências adquiridas noutros contextos formativos dão sempre um contributo para completar o todo, o qual está sempre inacabado.

Relatório de Estágio

A nossa atuação no pré-hospitalar apoiou-se em *guidelines* e protocolos internacionais com as recentes orientações científicas. Estes são adaptados ao grau de qualificação e autonomia dos seus intervenientes, isto é, os protocolos de atuação de um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE) são diferentes de um enfermeiro. As avaliações de focos de instabilidade, a adequação e gestão de protocolos complexos, a gestão da dor, a transmissão da informação na passagem do doente na urgência hospitalar foram práticas por nós realizadas sem dificuldade.

A nossa atuação teve como pilares fundamentais os conhecimentos e experiências profissionais reforçados pela parte teórica do curso. Nesta área de atuação a mobilização de conhecimentos e de competências de suporte avançado de vida, na avaliação da vítima de trauma, na atuação em vítima com síndrome coronário agudo ou dispneia, foi uma constante. O verdadeiro desafio foi a sua aplicação em contexto extra-hospitalar. Realizamos avaliação das vítimas de acordo com protocolos INEM e a norma ABCDE, preconizada pelo Conselho Europeu de Ressuscitação e pelo Conselho Europeu de Anestesiologia (Carneiro & Neutel, 2011). Realizamos técnicas de estabilização e imobilização de vítimas sujeitas a acidentes de viação, segundo protocolos INEM de Técnicas de Extração e Imobilização de Vítimas de Trauma (INEM, 2011a) fundamentados nos protocolos europeus e americanos de trauma.

As unidades de cuidados intensivos apresentam um aparato tecnológico forte e impressionante. Esta característica, aliada ao isolamento, *“ao excesso de estímulos auditivos e a privação de estímulos habituais, os múltiplos cuidados e tratamentos que recebe, e até a própria relação com os profissionais pode ser fator de stress para o doente”* (Almeida & Ribeiro, 2008 pág.80). O estudo efetuado por estas autoras demonstrou que são vários os aspetos stressantes referenciados pelos doentes neste tipo de unidades, sobressaindo em primeiro lugar o “ter tubos na boca e nariz”, em segundo o “medo da morte”, em terceiro o “não ser capaz de dormir” e em quarto o medo de “ser picado com agulhas”. Quando dispomos de estudos de investigação que chegam a estes resultados temos que preparar a desmistificação de alguns medos e minimizar outros passíveis de serem diminuídos, como por exemplo o ruído e a hiperestimulação

Relatório de Estágio

luminosa permanente. Sempre que chegávamos pela manhã à unidade abríamos a tela para que a luz natural iluminasse a unidade do doente e se possível o próprio sol entrasse em contato com o doente e na mesma linha no final do dia fechávamos gradualmente a mesma para que o ambiente fosse o mais parecido com os ritmos circadianos. Ao proporcionar este ambiente estávamos por inerência a minimizar a perturbação nos biorritmos do doente (Silva, 2000_a).

O fato de a UCIP do HB ser polivalente tem também um infindável número de situações clínicas que obrigam o enfermeiro que presta cuidados nesta unidade a possuir conhecimentos muito diversificados. Em matéria de práticas tivemos neste estágio oportunidade de vivenciar aprendizagens novas, nomeadamente técnicas de monitorização avançadas, como monitorização do doente neurocrítico ou da monitorização da Pressão Intra-abdominal (PIA). A avaliação da PIA é de grande importância em doentes com cirurgia abdominal de forma a monitorizar o possível risco de síndrome compartimental abdominal (Bisinelli e tal, 2008).

Um procedimento de monitorização novo para nós foi o *Bispectral Index Score* (BIS), sendo um parâmetro especificamente desenvolvido para descrever alterações no eletroencefalograma que se relacionam com os sinais de sedação, anestesia, perda de consciência e lembrança (Duarte, 2006). Visualizar, manusear, relacionar são exercícios que elevam os conhecimentos para um nível de excelência que se quer e pretende manter em matéria de competências. O exercício efetuado foi o mesmo e a aprendizagem com esta metodologia foi interiorizada. O aprofundamento dos conhecimentos de ventilação invasiva e não invasiva foi também uma constante. Neste módulo de estágio contactamos com equipamentos e acima de tudo com doentes com necessidades específicas em matéria de ventilação artificial. Manter o doente bem adaptado e fazer desmame deste suporte foram atividades realizadas por nós.

Um aspeto que tivemos sempre presente foi que a sedação é diferente de ausência de dor. Monitorizar a dor foi sempre uma preocupação presente uma vez que a dor como 5º sinal vital (OE, 2008_a) se não for devidamente monitorizada, diminuída ou erradicada leva a alterações na hemodinâmica e conforto do doente. As escalas utilizadas divergem mediante o grau de sedação do doente pelo que se utilizava a *Behaviour Pain Scale* para doentes sedados ou

Relatório de Estágio

em coma e a escala numérica para doentes capazes de identificar a intensidade da dor.

O trabalho desenvolvido nas unidades de cuidados intensivos centra-se no limite das funções vitais dos doentes onde o desequilíbrio surge a qualquer momento. Os equipamentos de monitorização modernos auxiliam em muito a prevenção e antecipação de eventos menos favoráveis ao doente, contudo, pela natureza da gravidade das patologias/trauma o imprevisto surgiu algumas vezes. A atenção para os mesmos e o treino na atuação em situações de emergência permitiram dar resposta em tempo útil e, acima de tudo, alertar para outras situações que poderiam surgir a seguir. Como exemplos específicos, referimos o doente ao internado por patologia cardíaca que desenvolveu extrassístoles, inicialmente esporádicas mas com o passar do tempo tornaram-se mais frequentes. Alertamos a equipa e preparamos o equipamento de cardioversão. Passados alguns minutos o doente agravou o seu estado clínico, a equipa estava preparada para atuar eficazmente porque havíamos detetado precocemente este foco de instabilidade.

O atendimento a doente neurocirúrgico grave, instável, com Pressão Intracraniana (PIC) elevada e sem resposta a atitudes terapêuticas foi um exercício que deu luta. Evitar a lesão neurológica secundária foi um dos grandes objetivos dessa assistência. Quando gastamos todas as possibilidades e a instabilidade se mantinha, o objetivo principal continuava a ser evitar a lesão neurológica secundária, alertando o médico e providenciando transporte imediato para realização de tomografia axial computadorizada emergente e seguidamente para bloco operatório. A rapidez aliada a conhecimentos adquiridos e trabalho em equipa foram o garante do sucesso na atuação neste tipo de situações.

O enfermeiro que trabalha em ambiente extra-hospitalar tem a necessidade de adotar práticas e conhecimentos forenses na sua atuação. Estas equipas são em muitos casos as primeiras a chegar aos locais onde ocorreu um crime a locais onde identificam situações suspeitas de crime. Numa ativação da ambulância SIV, deparamo-nos com uma vítima com uma morte em que nos levantou algumas suspeitas, isolamos a divisão da casa de forma a manter as provas e reportamos a situação às forças de autoridade.

Relatório de Estágio

Numa ativação para uma vítima do sexo masculino em paragem cardiorrespiratória em casa, encontramos a vítima em decúbito ventral com sinais de *Livor mortis* facial marcado, *rigor* e *algor mortis*. Não foram iniciadas manobras de reanimação por se encontrar com sinais de morte prolongada, logo sem viabilidade de recuperação ao iniciar manobras. Esta avaliação rápida da situação e conseqüente tomada de decisão tem por base os conhecimentos científicos sobre a viabilidade das ações como experiência profissional, evitando procedimentos fúteis. A atenção dos nossos cuidados dirigiu-se para a família, de forma a informar devidamente a avaliação da situação e as razões da nossa decisão.

A utilização de linguagem classificada na elaboração de planos de cuidados já não é uma opção mas sim uma forma natural de comunicar em enfermagem. A mudança de aplicação informática que sustenta o processo do doente do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) para Global Intelligent Technologies (GLINTT) criou oportunidades de discussão e melhoria contínua para a otimização da mesma na UCIP. Este novo programa informático ainda não permite um registo integral de diagnósticos de enfermagem nem intervenções inerentes a estes. Foi sugerido e implementado a criação de uma pasta com as não conformidades detetadas no aplicativo informático para dar conhecimento aos programadores de modo a que a elaboração de planos de cuidados seja melhorada com benefícios óbvios para todos os intervenientes. A realização de um plano de cuidados para um doente a nosso cargo permitiu trabalhar de forma efetiva a conceção de cuidados na linguagem, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Durante este percurso admitimos doentes na UCIP, efetuamos colheita de dados segundo os padrões funcionais dos adultos, elaboramos respetivos planos de cuidados adequados ao doente e reformulamos os mesmos. Todos os cuidados foram planeados tendo por base o processo de enfermagem, sendo que a avaliação dos cuidados prestados e reformulação do plano foi muitas vezes efetuado várias vezes num turno devido à instabilidade do doente crítico.

Aquando da transferência do doente para outros hospitais foi efetuada carta de transferência (Portugal, 2013). Aquando da transferência intra-hospitalar foi

Relatório de Estágio

efetuado acompanhamento e transmitida informação ao colega. A informação escrita está disponível para os enfermeiros do internamento através da aplicação informática.

A Comunicação e relação terapêutica no pré-hospitalar são de enorme importância para que todo o processo seja eficaz. Não adianta identificar os focos de instabilidade e aplicar o protocolo adequado, se não conseguimos ter uma relação de confiança do doente e família. A comunicação é a principal ferramenta de cuidados de Enfermagem em qualquer ambiente de cuidados. A utilização dos familiares como parceiros de cuidados foi uma prática recorrente, como por exemplo em uma situação em que tínhamos uma criança vítima de atropelamento. A decisão de permitir que a avó estivesse sempre perto e acompanhasse a criança na ambulância, permitiu a redução do stress de todos intervenientes. Esta simples decisão promoveu uma relação de confiança, melhorando o grau de satisfação aos cuidados

A comunicação em cuidados intensivos é um mundo muito particular mas que tem muito do geral. Uma vez mais, contextualizar conhecimentos é uma capacidade que se constrói e alicerça para se conseguir prestar cuidados diferenciados. Uma área que tivemos dificuldade inicial e que trabalhamos foi a comunicação com os doentes com traqueostomia e com tubo endotraqueal sem sedação! Só após muito esforço e inúmeras tentativas é que compreendíamos do que o doente estava a tentar dizer. Ao refletir acerca desta temática ficou a sugestão de se adquirirem pictogramas para que os doentes sinalizassem de forma rápida alguns aspetos que lhes poderiam estar a causar desconforto físico ou emocional.

A comunicação com estes doentes sai reforçada quando primamos por uma comunicação global e não focalizada na comunicação verbal. O toque terapêutico assume aqui uma importância extrema, aparecendo como a humanização no centro do tecnicismo. A utilização do toque é uma técnica que é treinada ao longo do nosso percurso, e quando utilizada da forma e na hora correta traz ganhos significativos para a recuperação do doente uma vez que *“na doença também pode significar apoio, amparo e valorização da pessoa. Apesar de o toque no cuidado ser um ato físico, sabemos que ele pode transformar-se numa atitude de aproximação, de afeto, de solidariedade e de troca de emoções”* (Gala et al,

Relatório de Estágio

2003, pág.53). A repercussão do toque, quer seja de familiares ou profissionais de saúde, tem repercussão direta no estado do doentes (Zinn et al, 2003). Neste campo, tocar, falar, sem esperar reciprocidade evidente foi, uma atitude permanente na prestação de cuidados durante o estágio.

A comunicação efetiva entre doente e enfermeiro é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade. Ambos têm que possuir competências para que esta interação ocorra (Finke *et al*, 2008) e neste tipo de unidade, onde a reciprocidade na comunicação verbal está na esmagadora maioria das vezes ausente “*o processo cuidativo perde características que lhe são únicas. Nas unidades que acolhem este tipo de doentes a dificuldade de comunicação é um desafio às habilidades profissionais e humanas dos enfermeiros*” (Saraiva & Martinho, 2011, pág.13).

Num processo terapêutico tudo é comunicação, seja o olhar, o franzir a testa, o tom de voz, a postura. De forma voluntária ou involuntária podemos colocar barreiras na interação doente enfermeiro, uma vez que, como refere Phaneuf (2005) a informação gestual assume uma maior importância que a verbal nestes contextos. Estar disponível, presente, mesmo em silêncio é uma forma de comunicar e muitas das vezes foi essa mesma a metodologia utilizada.

A comunicação com a família foi também um aspeto que não foi descurado, pelo contrário, adequar as regras da visita a cada pessoa em particular e não obstaculizar o acesso ao familiar em situação crítica foi sempre um cuidado presente. Informar na medida e no momento certo foi uma prática contínua. Acompanhar os familiares explicando todo o aparato que rodeia o doente foi uma forma de amenizar a angústia e em simultâneo torná-la um elemento facilitador no processo de recuperação do doente.

Sentimos particular dificuldade de comunicação, em momentos em tínhamos de dar aos familiares informações menos agradáveis sobre o tratamento do doente, como caso que tivemos de necessidade de realizar uma traqueostomia. A comunicação de más notícias “*é das tarefas mais difíceis para os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros*” (Pereira et al., 2013, pág. 227). Nestas ocasiões encaminhávamos os familiares para um local calmo, sem possíveis interrupções e

Relatório de Estágio

confortável. Inquiríamos sobre a informação que dispunham para a partir daí encaminharmos a conversa de forma a fornecermos a informação pertinente à condição emocional e de necessidade de informação dos familiares. Para responder e aceitar a angústia destes, deixávamos que expusessem seus sentimentos e medos, tínhamos uma postura de compreensão dos tratando-os sempre com o respeito que merecem, apoiando a capacidade de lidar com a informação recebida e facilitando a oportunidade destes partilharem suas emoções.

A área de atuação de enfermagem na emergência é a aplicação de protocolos com supervisão médica. Esta enfermagem de prática avançada contrapõe com enfermagem avançada (Silva, 2007) tendo como base a aplicação de intervenções autônomas, como a promoção para a saúde, ensino e supervisão de cuidados a doentes e familiares.

Numa perspectiva de prática avançada desenvolvi competências de auscultação pulmonar de forma sistemática. A importância do reconhecimento de alterações respiratórias e alteração dos sons respiratórios para perceber se a causa da dispneia é pulmonar ou cardíaca. Segundo Shirley (1989, pág.405) “...os sons pulmonares são avaliados na sua localização, tonalidade, intensidade, momento em que são ouvidos no ciclo respiratório e características específicas como sibilos ou crepitações”. A avaliação deve ser durante um ciclo respiratório completo, em todos os lobos em cada lado alternadamente para comparar simetria. A compreensão dos ruídos pulmonares anormais é de extrema importância para a detecção de problemas como broncoespasmo ou edema agudo pulmonar. Os sons pulmonares anormais ou adventícios podem ser classificados em sibilos, crepitações e roncos e podem ser classificados pelo seu caráter contínuo e descontínuo (Carvalho & Souza, 2007).

Na área da emergência verifica-se o uso de linguagem médica bem como aplicação de protocolos médicos. Um aspeto que despertou o nosso interesse foi a falta de uso de linguagem classificada em enfermagem na emergência pré-hospitalar. Após pesquisa em base de dados, encontramos trabalhos em que enfermeiros no Brasil e Estados Unidos da América implementaram o uso de linguagem classificada para descrever a situação das vítimas em situação de

Relatório de Estágio

trauma. Como por exemplo Cyrillo em 2005 na sua tese de mestrado abordou os diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel.

Através de um caso clínico pretendo explicar a abrangência do campo de atuação de enfermagem no pré-hospitalar nomeadamente em ambulância SIV, em termos de linguagem classificada e promoção da saúde. Numa ativação para um doente de sexo feminino em aparente estado de inconsciência, à chegada constatamos na primeira avaliação, uma doente deitada na cama, pele corada, respondendo a estímulos verbais e uma ventilação sem alterações. Na colheita de dados junto da cuidadora verificamos que a doente era diabética e com défice sensório-motor devido a um acidente vascular cerebral anterior. A familiar tinha avaliado a glicemia capilar, constatando que o valor era baixo, administrou açúcar por via oral. Numa avaliação da situação segundo o protocolo de avaliação da vítima, verificamos que a doente encontrava-se como era seu habitual, sem necessidade de ir ao hospital.

A partir desta altura verificamos a necessidade de ensino à familiar, esta avaliação é conhecimento de enfermagem não existindo nenhum protocolo pré-hospitalar a seguir. Realizamos ensino à familiar sobre necessidade de pesquisas de glicemia, horários a que deveriam ser realizados e horários de refeição. Encaminhamos o familiar para centro de saúde, para que os seus profissionais continuassem com a monitorização da situação. A doente que ficou em casa com a cuidadora, e esta sentiu valorizado seu papel e reforçado o seu conhecimento. Na CIPE identificamos os seguintes fenómenos de enfermagem: Acesso ao tratamento, Adesão ao regime medicamentoso, Conhecimentos sobre saúde, Processo de tomada de decisão, Stress do cuidador.

Com este relato fica perceptível que o conhecimento de Enfermagem não se restringe à tomada de decisão na aplicação de protocolos, existe um leque de saberes e de competências que vão para além destes. *“O enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados...em contexto de maior complexidade...sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente... (OE, 2008_b,pág 3).*

Relatório de Estágio

No estágio de cuidados intensivos, verificamos também que existe uma área de influência de uma Enfermagem autónoma. Nestas unidades é muito importante a vigilância e o controlo de sintomas pois sem estes a descompensação da pessoa em situação crítica é muito fácil e pode ter um desfecho terrível. Mas áreas como as da comunicação, gestão dos processos familiares e gestão da prevenção e controlo da infeção, são os pilares nos quais assentam as nossas intervenções autónomas.

Neste processo de aquisição de competências, desenvolvemos uma prática profissional e ética no nosso campo de intervenção, promovemos práticas de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Fomos capazes de tomar decisões complexas e fundamentadas nos princípios da deontologia profissional.

2.2- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

A prática diária só faz sentido se visar o objetivo último da prática da excelência. Esta prática de excelência adaptada às circunstâncias e contextos da realidade onde foram prestados os cuidados, foi efetuada de forma organizada, autónoma e sustentada na metodologia de trabalho cientificamente validada, no processo de enfermagem.

A qualidade dos serviços de saúde é assumida como um caminho e uma meta a ser atingida. As estratégias de controlo da qualidade assumem um significado importante para os enfermeiros, tornando-os mais envolvidos e competentes para aperfeiçoarem a qualidade dos cuidados prestados, considerando a preponderância deste grupo profissional no Sistema Nacional de Saúde. Os enunciados para a melhoria dos cuidados de enfermagem são: a satisfação do cliente, a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde e por último a gestão dos serviços de enfermagem (OE, 2001).

Qualidade dos cuidados é uma preocupação crescente nos serviços de saúde. Qualidade é um processo formativo na aquisição de competências específicas dos profissionais. A qualidade dos cuidados de enfermagem é uma das áreas prioritárias de investimento na investigação em enfermagem, quando produzimos conhecimento de enfermagem através da investigação produzimos cuidados com melhor qualidade e segurança dos mesmos (OE, 2006).

Neste capítulo procuramos atingir os seguintes objetivos:

- *Participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC;*
- *Demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área de EEMC;*
- *Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.*

As questões da qualidade acompanharam-nos durante este percurso formativo. Aproveitamos este processo formativo para aquisição de conhecimentos e

Relatório de Estágio

desenvolvermos competências nas áreas da qualidade dos cuidados, segurança dos cuidados e gestão do risco clínico e não clínico.

No estágio de pré-hospitalar detetamos algumas situações problema na área de gestão de materiais, equipamentos, recursos humanos e risco. A condução da viatura de emergência da equipa VMER é função do enfermeiro. A principal prioridade das equipas de socorro é chegar junto da vítima, os riscos existem em toda a nossa atuação, mas podem ser minimizados quando temos presente a sua existência. Constatamos um elevado sentido de responsabilidade e demonstração de segurança, por parte dos elementos que acompanhamos.

O procedimento de verificação de operacionalidade dos equipamentos médicos não está protocolado e uniformizado, ao contrário do que acontece com os procedimentos de verificação das viaturas. Alertamos as equipas para este fato e foi com agrado que verificamos que a partir dessa altura a realização de teste de operacionalidade dos monitores desfibrilhadores foi sempre realizada.

Os procedimentos de higienização das mãos e triagem de resíduos foram dois fatores em que debatemos em todos os meios, alertando da importância do acondicionamento do lixo contaminado e os momentos de uso da solução asséptica de base alcoólica. Reforçamos a importância da lavagem das mãos após retirar as luvas, como recomenda a Direção Geral de Saúde (DGS) na circular normativa nº13 de 14 de junho de 2010, que vem no seguimento da campanha da *World Health Organization* (WHO) “*Clean Care is Safer Care*” iniciada em 2009.

As experiências anteriormente relatadas despertaram-nos a ampliarmos conhecimentos na área da qualidade e a conhecer melhor a orgânica da melhoria da qualidade no INEM. Realizamos pesquisa bibliográfica em base de dados, páginas digitais do INEM, da DGS, da WHO, da Direção de Qualidade em Saúde, e de Institutos de Acreditação de Instituições de Saúde.

Hoje existem várias organizações internacionais trabalham no sentido de avaliar a qualidade dos serviços de prestados pelas organizações sejam de saúde ou outras. A mais conhecida é a *International Organization for Standardization* (ISO).

Relatório de Estágio

A sua função é a de promover a normatização de produtos e serviços, para que a qualidade dos mesmos seja permanentemente melhorada. A adoção das normas ISO é vantajosa para as organizações uma vez que lhes confere maior organização, produtividade e credibilidade.

O Ministério da Saúde como coordenador do sistema nacional de saúde tem como missão potencializar a qualidade da prestação de cuidados da saúde. A avaliação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004/2010 aponta como orientação estratégica, a melhoria da qualidade organizativa dos serviços de saúde, para a promoção da qualidade dos cuidados prestados pelas unidades do SNS e identifica uma escassa cultura de qualidade associada a um défice organizativo dos serviços de saúde, assim como, a falta de indicadores de desempenho e apoio à decisão (Portugal, 2009)

O Departamento de Qualidade da DGS tem papel coordenador da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS). Esta adota as seguintes prioridades: qualidade clínica e organizacional; informação transparente ao cidadão; segurança do doente; qualificação e acreditação nacional das unidades de saúde; gestão integrada da doença e inovação; gestão da mobilidade internacional do doente; avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos utilizadores do Sistema Nacional de Saúde (Portugal, 2009)

Para responder à necessidade de adotar um modelo de acreditação foi elaborado o Plano Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS) em fevereiro de 2011, define *standards* que vão desde o respeito pela intimidade do doente até à análise dos eventos adversos, dentro dos seguintes domínios: cuidados e organização de serviços centrados no doente; desenvolvimento formativo dos profissionais e de processos de suporte: equipamento e sistemas de informação; avaliação de resultados. A adesão a este plano por parte das instituições é voluntária, a sua aplicabilidade deve ser em 5 anos, após o qual existirão auditorias para avaliar e classificar as organizações e serviços. (Portugal, 2009)

O gabinete de Qualidade e Auditoria do INEM criado em 2004, tem a finalidade de assegurar o controlo e acompanhamento das atividades operacionais e de apoio, definir normas de controlo, realizar auditoria, gerir o programa de qualidade,

Relatório de Estágio

promover e acompanhar processos de certificação, no fundo promover a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado. Em 2009 iniciou processo de certificação da qualidade e recebeu certificação ISO 9001/2008 em 2010 na área de formação e acreditação de entidades para a formação em emergência médica e controlo das empresas de transporte de doentes. Em novembro de 2011 adotou o PNAS para acreditação da qualidade do CODU e meios operados (INEM, 2012b).

Desta pesquisa resultaram questões com intuito de colocar ao gabinete de qualidade do INEM e a resposta a estas, podem surgir como possíveis sugestões de melhoria (ANEXO II). Estas visaram assuntos da qualidade dos serviços, gestão do risco clínico e segurança. Em termos de qualidade, em traços gerais como estão a aplicar o PNAS e como decorrem as auditorias internas nas suas várias áreas; como são realizadas a avaliação da satisfação dos utentes; quais os mecanismos existentes para que os utentes possam reclamar ou dar sugestões de melhoria e como monitorizam os tempos de chegada às vítimas. Em termos de gestão de risco clínico, como se processam os mecanismos de controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

Pela impossibilidade de colocar as questões ao referido gabinete, optou-se por colocá-las ao enfermeiro responsável pela Secção Regional Norte. Seguidamente, vamos fazer uma síntese da informação recolhida na referida entrevista e dos dados colhidos na plataforma digital do INEM.

A aplicação do PNAS nesta instituição está a ser trabalhada em grupos de trabalho dentro da área de responsabilidade por elementos das delegações regionais. A avaliação da satisfação dos utentes é realizada pela análise das reclamações, e louvores que os utentes enviam por carta, correio eletrónico ou por telefone. Esta colheita e tratamentos de dados são realizados pelo grupo de psicólogos da instituição e está divulgado na página *online*.

Os profissionais têm acesso a uma página de intranet da instituição onde são divulgadas todas as informações específicas a cada grupo profissional e aí podem reportar as situações de risco por eles identificadas. As auditorias internas são realizadas pelos responsáveis das respetivas áreas, por exemplo a logística é

Relatório de Estágio

responsável pelas auditorias dos acidentes de viação. Após o registo de um acidente de viação a auditoria é mais pormenorizada se o nível de gravidade do acidente for maior, mas não existem critérios para definir estes níveis. A elaboração de procedimentos quer ao nível de verificação de operacionalidade de equipamentos médicos ou outros estão a ser elaborados pelos grupos de trabalho que estão a implementar normas de qualidade.

Dentro da instituição na área de enfermagem existem três níveis de gestão hierárquica, a nacional, a regional (responsável pela sub-região norte e pelos meios SIV dessa área) e nos meios (enfermeiro responsável pelo meio ambulância SIV). A avaliação de desempenho processa-se de acordo com o modelo de avaliação do sistema integrado de avaliação de desempenho da administração pública, que se tem mostrado difícil de aplicar na totalidade por questões de disponibilidade de tempo pelos elementos responsáveis pela sua aplicação. Como estímulos de melhoria o instituto investe na formação dos profissionais, disponibilizado tempo e cursos.

Os procedimentos para controlo de infeção associada a cuidados de saúde em termos conceptuais estão ao nível de exigência de qualquer outra instituição de saúde. Quer ao nível de desinfeção dos equipamentos quer ao nível de proteção individual durante os cuidados aos doentes.

Estão reportados alguns casos de contacto com doentes portadores de meningite bacteriana pelo que houve necessidade do profissional fazer medicação fornecida pela instituição, após notificação pelo delegado de saúde da área.

Os processos de melhoria neste instituto seguem a mesma evolução que outras instituições de saúde, e denota-se uma forte aposta, na qualidade dos cuidados, de todos os elementos envolvidos. Da nossa experiência, tínhamos inicialmente pensado que a distância entre os meios era fator pejorativo na implementação de medidas e avaliação de comportamentos, mas constatamos que existe uma forte ligação entre a gestão tática e os seus elementos, quer por contacto telefónico, quer por constantes visitas às equipas.

Relatório de Estágio

No estágio de cuidados intensivos a segurança do doente e profissionais esteve sempre presente aquando do planeamento de qualquer intervenção de enfermagem. A atenção na preparação de fármacos e respetivas perfusões, às diluições e respetivas incompatibilidades, à estabilidade, foi um desafio superado. Não houve qualquer dificuldade e incidente neste campo. Da mobilização do doente politraumatizado à otimização do doente conectado a prótese ventilatória, todas as intervenções se regeram pelo exercício seguro das mesmas. A segurança dos doentes deve ser encarada como uma componente fundamental da qualidade na prestação de cuidados de saúde, sendo a boa gestão do risco clínico crucial para a promoção dessa segurança (Fragata, 2010).

Ao alicerçar a tomada de decisão baseada na evidência, ao prestar cuidados tendo presente o CDE estamos a prestar cuidados de qualidade em matéria de enfermagem. É nossa função zelar pelos cuidados prestados, auxiliando os enfermeiros com menos conhecimentos e partilhando experiências e saber com os mesmos. Foi nossa a prática comum nunca fazer nenhum procedimento ou técnica se não tivéssemos a certeza que era a forma mais correta de a fazer. Sempre que sentimos necessidade, socorremo-nos do tutor para refletir acerca de dúvidas e solicitar orientação para a resolução de algum problema.

A enfermagem como profissão tem obrigatoriamente que produzir o seu próprio conhecimento sob pena de ficar refém de outras disciplinas. São inúmeras as situações que diariamente nos levantam questões no decorrer da prática, nos levantam desafios, nos empurram para a reflexão, apesar disso, o número de trabalhos de investigação efetuados por enfermeiros no contexto da prática clínica não abundam. Este é um ponto onde nos falta crescer. Muitas das vezes parece que para se fazer investigação em contexto de trabalho é necessário procurar o tema da moda, o tema que vai dar que falar e descuramos os problemas da prática diária. Partilhando a ideia de Martins, é sobre esta prática diária que devemos focalizar a nossa atenção para fundamentar a prática, contribuindo assim para o desenvolvimento do crescimento da profissão e para uma tomada de decisão alicerçada em saber validado (Martins, 2008).

Na tomada de posição da OE acerca da investigação em enfermagem é referido que em enfermagem *“São sobretudo a Investigação Clínica, Aplicada e a*

Investigação/Ação aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros.” (OE, 2006, pág.1). Ao apostarmos nesta área, isto é, gerarmos e sermos proprietários do nosso próprio conhecimento estamos a demonstrar a nossa autonomia e a definir o percurso que queremos para a enfermagem. Nestas unidades de cuidados é muito fácil enveredar pela prática avançada, pois o tecnicismo assume uma espetacularidade que facilmente ofusca a natureza de outro tipo de cuidados. Contudo, nestes locais a enfermagem tem, se o quisermos, um papel diferenciador da linha que se pretende para os cuidados de enfermagem, cuidados centrados nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital usando conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem, para onde aponta a enfermagem avançada (Silva, 2007).

A qualidade pelos cuidados prestados é cada vez mais uma preocupação de enfermagem. Os trabalhos de investigação realizados na UCIP são monitorização da infeção nosocomial na unidade através do programa europeu Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance (HELICS) e avaliação da carga de trabalho de enfermagem através da aplicação da escala Therapeutic Intervention Scoring Systems (TISS). A nossa participação centrou-se na aplicação das normas referente à prevenção das Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV) e na realização de auditorias de verificação de aplicação das normas pelos restantes elementos da equipa de enfermagem. Na escala TISS-28 colaboramos na produção de dados através da aplicação diária da escala.

O protocolo europeu HELICS, na sua vertente direcionada a unidades de cuidados intensivos, monitoriza a PAV, as infeções associadas a cateteres e colonização dos doentes. No desenvolvimento deste projeto a unidade está a realizar um projeto de prevenção das PAV, seguindo a *bundle* europeia de prevenção da PAV (Rello e tal., 2010). Esta consiste na avaliação diária da sedação do doente, da elevação da cabeceira a 30º, cuidados de higiene orais de 3/3 horas e monitorização da pressão do *cuff* do tubo orotraqueal (Matos & Sobral, 2010). Objetivo deste projeto é baixar a incidência da IACS, neste caso específico PAV. Estes projetos vão ao encontro do Plano Nacional de Controlo e

Relatório de Estágio

Prevenção da Infecção (PNCI) para a diminuição das IACS (DGS, 2007). São realizadas auditorias pelos elementos responsáveis do turno à aplicação destes procedimentos. Para estas, foram identificados indicadores de estrutura (a presença do material para a realização dos cuidados na unidade do doente) e de processo (a verificação do cumprimento destes, como indicadores de resultados é a taxa de infeção de PAV da unidade). Participamos nestes processos de auditoria em conjunto com os enfermeiros responsáveis, que nos permitiu interiorizar melhor a operacionalização das normas, bem como dos critérios de implementação e avaliação de resultados de processos de melhoria das práticas.

A Ordem dos Enfermeiros evidência a importância da melhoria da qualidade dos cuidados e a necessidade dos enfermeiros terem conhecimentos na área da gestão da qualidade para serem elementos dinamizadores e avaliadores da qualidade dos cuidados de enfermagem nas suas unidades de cuidados. Define também padrões de qualidade para o cuidado de enfermagem. São estes a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Aproveitando a oportunidade da instituição estar em processo de auditoria externa para reacreditação, reformulamos alguns objetivos de estágio de forma a dedicar mais atenção e tempo de estágio a esta temática. Durante estes quatro dias o grande objetivo foi fazer um ponto de situação, uma autoavaliação relativa ao cumprimento das normas do referencial Comparative Health Knowledge System (CHKS) 2010 (HB, 2010).

O processo de acreditação do HB iniciou em 2001 e em 2004 foi concedida acreditação total pela instituição King Fund Quality Service, foi o primeiro hospital português a ser acreditado totalmente sem passar pelo nível provisório. Este processo decorre de 3 em 3 anos, então a instituição foi reacreditada em 2007 e 2010.

O manual de qualidade preconizado pela entidade avaliadora CHKS é composto por 69 normas que estão divididas por áreas de intervenção: gestão e liderança; funções administrativas; cuidados de saúde centrados no doente; serviços locais

Relatório de Estágio

e de hotelaria: prestação de serviços; norma para serviços específicos; serviços de cirurgia; serviços especializados agudos; especializados em doença crónica e conteúdo de registo. Este manual vai ao encontro do exposto no despacho 14223/2009 onde está explanada na ENQS, tendo por princípios a orientação para o cidadão, objetividade, compromisso, inovação, evidência científica, melhoria contínua, qualidade e procura da excelência (Portugal, 2009).

A norma nº 46, serviços de cuidados especiais, está inserida na área de serviços especializados agudos. Esta norma é aplicada à UCIP e está definida em 62 critérios de avaliação. Os primeiros 34 critérios produzem indicadores de processo, os segundos 21 são de estrutura e os últimos 5 são de resultado. A gestão e operacionalização desta norma estão sob a alçada da enfermeira chefe e diretor de serviço. Tivemos oportunidade de efetuar a revisão documental referente à norma específica do serviço, bem como verificar o cumprimento dos critérios transversais. A operacionalização destes critérios produz evidência de que a equipa tem nível de conhecimentos para prestar cuidados nesta área; tem formação atualizada, existem processos de gestão do risco e segurança dos cuidados, controlo de infeção, gestão da qualidade, emergência clínica, e não clínica e avaliação de desempenho.

Em conjunto com a enfermeira chefe foram revistos todos os critérios que diziam respeito à área de influência de enfermagem, revistos processos e elaborados alguns procedimentos de trabalho. Em conjunto reformulamos procedimentos de controlo de estupefacientes, o plano de formação da equipa de enfermagem e assistentes operacionais.

Foram também realizadas auditorias internas à unidade pelo departamento de qualidade/ gestão do risco e pela comissão de controlo de infeção. Estiveram divididos em critérios de avaliação de estrutura, de processo e de resultados.

Em termos de critérios de estrutura foi observado a existência de recipientes de lixo apropriados e corretamente posicionados para possibilitar a triagem do lixo. Foi verificado a correta identificação e acondicionamento dos processos clínicos, igualmente se o quadro geral dos doentes não continha informação confidencial de acesso a pessoas estranhas à unidade e se a identificação das saídas de

Relatório de Estágio

emergência, do organograma da unidade e do horário de visitas se encontrava visível. O correto acondicionamento dos medicamentos foi outra das áreas de análise.

Como critérios de processo, foi identificado o nível de conhecimento da equipa sobre as suas funções referente às áreas de triagem do lixo, do plano de emergência setorial, bem como a forma eficientemente de atender uma reclamação. Foi reforçada a importância de a equipa multidisciplinar conhecer os procedimentos de trabalho específicos em caso de derramamento de produtos químicos.

Os critérios de resultado que aferem a qualidade da unidade avaliados foram a taxa de mortalidade, de morbilidade e taxa de reinternamentos com menos de 72 horas.

Após esta auditoria interna, foi discutida a operacionalização dos critérios avaliados pela enfermeira chefe e diretor de serviço e realizamos em conjunto com a enfermeira chefe uma compilação de procedimentos de trabalho específicos da unidade para darem resposta a estes critérios.

Acompanhamos a enfermeira chefe na auditoria externa da unidade em que os pontos avaliados foram idênticos aos acima citados. De referir que na avaliação final da unidade não foram identificadas “não conformidades”, apenas sugestão de melhoria relativamente ao seguimento do doente pós alta da unidade.

Este processo de acompanhamento de preparação da unidade para a avaliação externa foi importante para nos inteirmos de uma realidade que para nós era desconhecida, a gestão de processos de melhoria de cuidados. Desenvolvemos competências dos conhecimentos dos processos avaliativos, das normas que regem a qualidade das unidades e sua operacionalização. Foi fundamental para desenvolvermos pesquisa sobre a legislação e fundamentação teórica que rege a qualidade em saúde e controlo do de infeção.

O controlo de infeção é cada vez mais uma grande área de intervenção de enfermagem, assim está explanado no PNCI como nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Relatório de Estágio

Durante este período de estágio verificamos a necessidade da realização de um plano anual de higienização de toda a unidade, para responder a uma necessidade de critério de avaliação, mas acima de tudo pela importância do controlo das IACS. É da responsabilidade do enfermeiro chefe da unidade, supervisionar e monitorizar a qualidade da higiene do ambiente (DGS, 2007). Neste sentido elaboramos uma proposta de um plano de higienização anual da unidade (ANEXO III).

Foi elaborado um panfleto (ANEXO IV) direcionado à família de forma a facilitar informação sobre a unidade como regras de visita e comportamentos ajustados durante a visita. Outro contributo que deixamos foi a colaboração na reformulação da *check-list* do saco de apoio no transporte de doentes fora da unidade pois este encontrava-se desadequado com as reais necessidades de material durante o transporte do doente. Seguimos as recomendações do transporte do doente crítico preconizado pela sociedade portuguesa de cuidados intensivos.

No âmbito da qualidade desempenhamos um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas na área da governação clínica. Colaboramos na gestão em programas de melhoria de qualidade, da gestão do risco e promovemos um ambiente terapêutico seguro. Identificamos oportunidades de melhoria na qualidade de cuidados e lideramos projetos com esse objetivo, aplicando na prática a evidência científica.

2.3 - Competências do domínio da gestão dos cuidados

A organização dos cuidados de enfermagem é uma área de intervenção da disciplina que contribui para a melhoria de cuidados. São elementos importantes a inovação, a melhoria de processos através da formação, dos registos de enfermagem que traduzam todo o processo de enfermagem. A carga de trabalho, adequada ao bom desempenho profissional e o grau de satisfação dos profissionais (OE, 2001).

Os objetivos que nos havíamos proposto inicialmente para o desenvolvimento de competências neste domínio, eram:

Realizar a gestão dos cuidados na área de EEMC;

Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC.

A gestão dos cuidados faz parte de um planeamento seguro e eficaz para o doente em causa. O processo de enfermagem foi uma ferramenta de uso diário: diagnosticar, planear e reavaliar constantemente, atendendo ao estado crítico do doente, foi um exercício contínuo. Muitas vezes planeamos, executamos e aguardamos apenas alguns minutos para reavaliar se a intervenção efetuada surtiu ou não efeito, como nos exemplos dos doentes com Traumatismo Crânio-encefálico (TCE) com Hipertensão Intracraniana (HIC). Este exercício obrigou a que a tomada de decisão fosse baseada na evidência, tendo sempre presente os princípios de eficiência, oportunidade, equidade sem descorar a qualidade de cuidados.

No estágio de pré-hospitalar acompanhamos os responsáveis pelos meios, no processo de gestão de materiais e equipamentos. Identificamos usando o método ABC, os materiais de maior gasto mas de menos custo como por exemplo, cateteres, sistemas de soros e eletrodos. E os de maior custo e de menor utilização como são exemplo, medicação trombolítica, considerados como tipologia A por este método de gestão. Identificamos também falta de evidência de verificação da manutenção de equipamentos médicos. Analisamos os planos

Relatório de Estágio

de formação das equipas com o objetivo de identificarmos as suas necessidades formativas.

A liderança e gestão de recursos, como referido anteriormente, fazem parte também das competências do enfermeiro especialista. Na UCIP tivemos a oportunidade de lidar de perto com esta realidade. Os problemas surgiam diariamente para serem resolvidos praticamente na hora, a solicitação para reuniões com outros grupos da gestão eram uma constante assim como as solicitações por parte dos elementos da equipa. A grande tarefa de quem está na gestão passa por conseguir gerir pessoas, não como apenas um recurso mas como uma pessoa, com a sua especificidade e singularidade (Silva,2000_b). A mesma autora refere também que mais que um gestor na equipa de cuidados é um agente facilitador do processo de crescimento da equipa. Esta ideia é partilhada por Cardoso, quando refere “*Um líder lidera semelhante a um treinador que treina, para alcançar seu destino de ajudar os outros a alcançarem seus respectivos destinos*” (Cardoso, 2007, pág.1).

Na UCIP, de forma quase automática quando pensamos em gestão pensamos de imediato em números, em pedidos de equipamentos, em reparações, farmácia..., contudo a verdadeira arte de gerir está no lidar com as pessoas. Numa equipa existem variadas pessoas em estádios de desenvolvimento pessoal e profissional, diferentes formas de estar e pensar, variadas personalidades, o que influi no comportamento e desempenho dos mesmos. Este cuidado em gerir pessoas sobressaia e quando assim é, o sucesso de uma equipa é/será o resultado final. Este modelo de gestão enquadra-se claramente no modelo de gestão contingencial/situacional de Hersey e Blanchard (1986) em que, nesta abordagem não existe uma forma universal e eficaz para todas as situações. Existe um líder, um colaborador e uma situação para gerir num determinado contexto e momento. Em suma adequar a gestão às pessoas, tendo presente que estes são o maior recurso numa organização.

Na atual conjuntura gerir é das tarefas mais difíceis que existem. A chefia intermédia/operacional tem um papel difícil, pois lida diariamente com a operacionalização dos objetivos económicos da organização e com os objetivos dos colaboradores. Potenciar ao máximo a eficiência e minimizar o desperdício

Relatório de Estágio

obriga a um exercício diário desgastante, mas em simultâneo, desafiador. Um dos instrumentos utilizado para monitorizar a carga de trabalho e conseqüentemente tentar adequar os rácios enfermeiro/complexidade de cuidados era o TISS-28, instrumento que permite *“não só estimar as intervenções e, portanto, a gravidade indireta dos pacientes, como também dimensionar a carga de trabalho de enfermagem”* (Padilha, 2005, pág. 230). A utilização de instrumentos validados por vários estudos dá segurança na argumentação para se obterem os meios adequados para prestação de cuidados com qualidade. Tivemos oportunidade de ouvir as recomendações e dificuldades para a elaboração de um horário de trabalho, onde as múltiplas variáveis entram em jogo (por exemplo colocar sempre um sénior na equipa, facilitar trocas, tentar adequar horário à vida familiar, entre outras) e que tem que ser acauteladas para que a harmonia da equipa persista. Uma outra área não menos interessante foi a organização e gestão de stocks de consumíveis e equipamentos uma vez que neste tipo de unidade existem equipamentos muito específicos e dispendiosos, não podendo falhar quando necessários.

Relativamente à supervisão de cuidados foi também constante, uma vez que a tutora como responsável de turno, para além da prestação de cuidados aos doentes atribuídos tinha também a missão de supervisionar os cuidados da restante equipa. A atitude de reciprocidade entre supervisor e supervisionado quebrava barreiras, permitindo momentos interessantes na reflexão acerca da prática de cuidados. Esta atividade permitiu-nos transmitir novas evidências e em simultâneo recolher indicadores acerca do estado da *leges artis*.

A delegação de tarefas foi uma prática do nosso trabalho, pela necessidade de colaboração em muitos cuidados, mas sempre tendo em atenção os cinco certos da delegação: *“O enfermeiro delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob a supervisão adequada...”* (OE, 2007_b, pág.7). No pré-hospitalar enquanto colhíamos a história do doente com dor torácica, o TEA monitorizava o doente ou nos cuidados intensivos delegamos aos assistentes operacionais a preparação da água para os cuidados de higiene. Estávamos sempre cientes que delegamos a tarefa mas não a responsabilidade (OE, 2007_b).

Relatório de Estágio

A UCIP tem por objetivo manter a metodologia de trabalho do enfermeiro de referência, contudo, constrangimentos de gestão condicionam a aplicabilidade desta opção no seu todo. Aquando da admissão de um doente é atribuído a “gestão” dos cuidados a um enfermeiro específico. Perante a impossibilidade deste dar continuidade aos cuidados conforme preconizado pela metodologia do enfermeiro de referência, os mesmos são assumidos em colaboração com a equipa. O enfermeiro a quem lhe foi atribuído o doente tenta, na medida do possível, estar a par das alterações dos planos de cuidados e medidas instituídas dando o seu parecer. O fato de optarem pela tentativa de manutenção deste modelo demonstra que a gestão da unidade tem por missão a prestação de cuidados de qualidade, globais e não fragmentados, tendo por objetivo a humanização de cuidados tal como preconizado por Costa (2004).

O trabalho desenvolvido nesta área está interligado com as atividades descritas nos capítulos anteriores. Realizamos sugestões de melhoria em termos de sistemas de informação em enfermagem na UCIP e sugestões de melhoria de sobre situações de controlo de infeções gestão do risco no estágio de pré-hospitalar.

Em termos de aperfeiçoamento de competências, gerimos os cuidados, otimizamos a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores na articulação na equipa multiprofissional e adaptamos a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade de cuidados, supervisionamos cuidados, sobretudo nas tarefas delegadas. Otimizamos recursos disponíveis no sentido de melhorar os cuidados prestados.

2.4 - Competências do domínio das aprendizagens profissionais

Mais que tirar cursos ou frequentar formações é necessário ter motivação para aprender e acima de tudo, ter a perspectiva de aplicabilidade dos conhecimentos em contexto de trabalho. É sentir que ser enfermeiro é sinónimo de estudo permanente para poder prestar cuidados diferenciados e atualizados na respetiva área de atuação. A prática solidificada pelos conhecimentos permite decidir em conformidade sempre em função do melhor para doente em particular e para a comunidade em geral. Este processo formativo é mais uma etapa no processo contínuo e inacabado que é a aprendizagem.

Os objetivos que nos propusemos atingir neste subcapítulo, foram:

- *Demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área de EEMC;*
- *Realizar e aprofundar conhecimentos sobre a área da catástrofe ou emergência multivítimas;*
- *Manter de forma continua e autónoma, o próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;*
- *Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.*
- *Identificar necessidades formativas na área EEMC;*
- *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;*
- *Participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC;*
- *Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.*
- *Refletir na e sobre prática, de forma crítica;*
- *Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.*

A abordagem em catástrofe é cada vez mais uma prioridade dos meios de socorro, quer pelo aumento de notícias de atentados quer por um elevado número de acidentes de viação com vários intervenientes devido ao elevado número de

Relatório de Estágio

veículos. A necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área tem-nos acompanhado na nossa prática profissional, através da participação em cursos e em simulacros. Por outro lado, a OE reitera como competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica a dinamização de respostas a situações de catástrofe desde a conceção à ação, através do regulamento 124/2011 de 18 de fevereiro (OE, 2011_b).

Durante o período de estágio não tivemos nenhuma situação de catástrofe ou multivítimas. Sendo estes eventos raros mas com grande índice de mortalidade, percebe-se da importância na formação e aquisição de competências nesta área. Incorporando os conhecimentos adquiridos na parte teórica do curso, percebemos a tipologia de catástrofes que podem existir, bem como os meios que o sistema integrado de emergência médica tem disponíveis para responder este tipo de situações.

Em Portugal estão descritos os principais riscos catastróficos, bem como se devem articular todos os meios de resposta para todo o tipo de situações no plano nacional de emergência e proteção civil. Consultamos também, os planos de emergência dos municípios de Braga e Guimarães, especificamente o manual de apoio à elaboração e operacionalização de planos de emergência e proteção civil. Esta pesquisa permitiu-nos estar mais alertas para os eventuais problemas de saúde pública das áreas de referência do nosso local de trabalho. As situações de potencial risco nestas áreas são os acidentes rodoviários, as cheias, os incêndios, a rutura de barragens e estruturas. A ativação e a sua coordenação são da responsabilidade dos agentes de proteção civil locais da Autoridade Nacional da Proteção Civil (ANPC, 2012). Os diferentes meios envolvidos vão desde as forças de autoridade aos meios de saúde. Nestes últimos o INEM tem um papel importante. Os meios INEM têm no seu campo de atuação a prestação de cuidados médicos de emergência nas áreas atingidas, nomeadamente na triagem, estabilização e transporte das vítimas para os serviços de saúde.

Atingimos um objetivo a que nos tínhamos proposto, que foi o aprofundar conhecimentos na área da catástrofe e desenvolvemos competências na análise de situações de maior complexidade, de modo sistemático e criativo, proporcionando, de uma forma contínua e autónoma, o próprio processo de

Relatório de Estágio

autodesenvolvimento pessoal e profissional. Pertencendo à equipa de urgência de um importante centro de traumatologia, sentimo-nos mais preparados para responder a uma situação de crise.

Durante o estágio do módulo de pré-hospitalar detetamos várias vezes a necessidade da população em realizar uma correta e sistematizada chamada para a linha de emergência, bem como poucos conhecimentos em suporte básico de vida. Para responder a esta situação/problema realizamos formação formal e informal à população.

A participação/colaboração no *Mass-training* de SBV organizado pelo concelho português de reanimação com a colaboração do INEM (ANEXO V), que decorreu no dia 5 de junho na cidade de Chaves, tinha como população alvo alunos do ensino secundário. Durante este período tivemos a oportunidade de estar em contacto com um grupo chave para a mudança de comportamentos da população. A adequação do estilo de linguagem ao grupo e adaptação de estratégias de liderança do grupo foram dos fatores em que nos sentimos à vontade. Foi com agrado que no final verificamos, o elevado grau de satisfação e boa assimilação dos conteúdos. Para nós foi importante, de forma a dar resposta a situações/problema identificadas, como o desenvolvimento de competências de aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto aos enfermeiros quanto ao público em geral. Compreendemos também a importância do voluntariado na construção de uma sociedade informada na área da emergência em saúde. O voluntariado durante períodos de aprendizagem permite ao aluno a aplicação prática de competências e conhecimentos, bem como formação aos estudantes ao nível da cidadania, produzindo uma sociedade mais responsável (Santos et al, 2011).

Nesta fase de aprendizagem é também importante olhar para trás e identificar os diferentes estádios por que passamos no nosso percurso de maturação quer pessoal quer profissional. A experiência e vivência traz sabedoria. Como exemplo temos a aplicação à pessoa politraumatizada dos conhecimentos em traumatologia, adquiridos na prática profissional. Mobilizar conhecimentos das diferentes disciplinas da formação pós-graduada para esta prática foi um exercício interessante conseguido e aplicado na prática. No mesmo seguimento também a

Relatório de Estágio

OE refere que “*a competência surge como um «saber integrar» diferentes tipos de saberes/recursos, para se finalizarem na realização de determinada atividade, na resolução de um determinado problema, ou na consecução de um determinado projeto*” (OE, 2011a, pág. 8648). Antever ou antecipar desenvolvimentos menos favoráveis para o doente é uma competência que se adquire, desenvolve e aperfeiçoa com os anos, evidenciando-se claramente que a experiência anterior nos permitiu antecipar as complicações quando não nos focalizávamos apenas nas máquinas, nos alarmes dos monitores! Mais do que olhar, observar o doente, desde a tonalidade da pele, à humidade, ao fâcies, tudo, mas tudo transmite informação vital para quem tem uma experiência de alguns anos a lidar com doentes críticos.

No módulo de cuidados intensivos as pesquisas efetuadas foram inúmeras permitindo estar a par das evidências para os casos concretos existentes na UCIP. As pesquisas efetuadas foram uma constante e um imperativo para compreender o porquê da utilização destas técnicas nos contextos específicos dos doentes como por exemplo TISS, TCE, HIC, BIS, PAV... entre outros. Relativamente à participação em formação serviço, tivemos oportunidade de participar como formando na formação em serviço subordinada ao tema “hemodiafiltração venovenosa contínua: citrato como anticoagulante”.

O doente com patologia neurocirúrgica foi aquele em mais sentimos mais inseguros na elaboração e adaptação do nosso plano de cuidados às necessidades do doente. O uso da solução salina hipertónica no controlo da HIC foi um procedimento novo para nós, daí o interesse em desenvolver pesquisa sobre o mesmo. Numa primeira e breve pesquisa sobre o tema constatamos a falta de consenso na utilização da solução salina hipertónica. Numa revisão da literatura realizada por investigadores portugueses, estes referem não haver benefício no uso desta solução (Neutel & Gomes, 2011), por seu lado investigadores brasileiros numa revisão da literatura recomendam o uso de solução hipertónica (Filho & Barbosa, 2011).

A lesão cerebral traumática é uma das maiores causas de morte e de custos na nossa sociedade. A lesão secundária provoca maior dano que a primária, sendo que esta ocorre passadas horas ou dias. Esta lesão é resultante da hipertensão

Relatório de Estágio

intracraniana provocada pelo edema cerebral resultante da lesão primária traumática e ou hemorragia intracerebral. Ao longo de 30 anos a mortalidade por lesão cerebral tem vindo a reduzir e deve-se ao uso de protocolos baseados na evidência científica. A monitorização e manutenção da perfusão cerebral é o elemento chave deste sucesso. Uma das formas de controlo da hipertensão craniana é o uso de solução salina hipertónica. O seu efeito terapêutico consiste em desencadear um aumento de gradiente osmolar intravascular, prevenindo a saída de líquido para o espaço extra vascular em situação de dano cerebral traumático ou em situação de hemorragia. Outras medidas são também recomendadas, tais como o uso de manitol que tem um efeito diurético e desidratante celular e a elevação da cabeça melhorando a drenagem venosa cerebral.

Em 2004, Suarez fez uma revisão da literatura sobre a utilização da mesma. O autor concluiu que ainda não existia consenso sobre utilização da mesma e, quando era utilizada, era em situações de agravamento neurológico dos doentes. Em 2007, a *Brain Trauma Foundation* elaborou a 3ª edição das *guidelines* para o tratamento do traumatismo crânio encefálico. Neste documento o uso de solução salina hipertónica para o controlo do edema cerebral não estava recomendado.

Durante o mês de outubro de 2012 realizamos uma pesquisa nas bases de dados *Pubmed* e *B-on*. Foram discriminadores: “*solução salina hipertónica em TCE*”; “*solução salina hipertónica em edema cerebral*”; “*osmoterapia em hipertensão intracraniana*”. Foram estabelecidos como critérios de seleção, artigos com menos de 5 anos, e que após leitura dos mesmos, estes tivessem interesse particular para o tema pretendido. Foram encontrados quatro estudos relevantes para responder à nossa inquietação, descritos no quadro 2.

Em conclusão deste estudo, verificamos a importância do uso de solução salina hipertónica para prevenir a lesão cerebral secundária, mas ainda não existem estudos que evidenciem de forma clara quais as concentrações a ser utilizadas.

A dotação de enfermeiros por doente é um problema dos nossos dias, com as novas políticas governamentais de racionamento de custos em saúde (ICN, 2006) Nesta unidade essa problemática também é uma preocupação diária, com esse

Relatório de Estágio

intuito estão a realizar estudo de monitorização da carga de trabalho através da aplicação da escala TISS-28. Mas vantagens da sua utilização não estão bem interiorizadas pela equipa.

Quadro 2 – O uso de solução salina hipertónica na redução da PIC

AUTOR	ANO	TEMA DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	CONCLUSÕES
Infanti, J.	2008	<i>“Challenging the gold standart: should mannitol remain on first- line defense against intracranial Hypertension?”</i>	Revisão da literatura	As soluções salinas hipertónicas (3%-10%) são mais eficazes que o manitol na redução da PIC
Hays et al	2011	<i>“Osmoterapy: use among neurointensivists”</i>	Questionário a membros da <i>Neuricritic care society</i> , sobre a medicação que usam para controlo da PIC	89% Usavam o manitol e solução salina; 54,9% Usavam apenas solução salina hipertónica 45% Usavam apenas manitol
Kamel,H.	2011	<i>“Hypertonic saline versus manitol for the treatment of elevated intracranial pressure: a meta-analysis of randomized clinical trial”</i>	Ensaios clínicos onde foram utilizados as soluções salinas hipertónicas e o manitol e avaliada sua eficácia através da monitorização da PIC em 112 doentes.	Os resultados apontaram que a solução salina hipertónica produz uma redução de valores PIC em 2 mmhg a mais que o manitol.
Finck, M.	2012	<i>“Osmoterapy for intracranial hypertesion: manitol versus hipertonic saline”</i>	Revisão da literatura	Evidencia que o uso de soluções salinas hipertónicas (3%-10%) são mais eficazes que o manitol na redução da PIC.

Nós sentimos a necessidade conhecer melhor a escala e sua aplicabilidade, assim prestar assessoria à equipa sobre o tema. Realizamos então uma revisão

Relatório de Estágio

da bibliografia nas bases de dados *Pubmed*, *B-on* e *Scielo*, que descreve seguidamente. A avaliação da carga de trabalho de enfermagem nas unidades de cuidados intensivos é um tema no qual resultaram muitos estudos.

O TISS foi elaborado em 1974, por Cullen e colaboradores, com o objetivo de comparar os cuidados prestados em diferentes unidades de cuidados e através da comparação destes dados realizar investigação na área. Esta escala foi idealizada para aferir a gravidade dos doentes através do número de intervenções realizadas ao doente. Verificou-se posteriormente a sua sensibilidade para monitorizar a carga de trabalho de enfermagem. A escala era composta por identificação de 57 atitudes terapêuticas (exemplo: ventilação mecânica; monitorização invasiva), pontuadas de 1 a 4 de acordo com possível situação de gravidade que a definia e assim classificou os doentes em 4 classes de gravidade (Cullen et al, 1974). Esta escala foi revista em 1983 pelo mesmo investigador aumentando para 76 intervenções terapêuticas de forma a identificar melhor a carga de trabalho que o doente consome (Cullen & Keane, 1983).

Reis Miranda e seus colaboradores em 1996 elaboraram uma simplificação do TISS original reduzindo para 28 itens, TISS-28 e ao mesmo tempo conseguiram quantificar em tempo de cuidados cada ponto da escala. Estes investigadores usaram complexas técnicas estatísticas na análise dos resultados dos dados obtidos, nomeadamente pela aplicação da escala de Cullen e da observação direta dos tempos de cuidados, em várias unidades de cuidados intensivos europeias. A nova escala foi testada e validada obtendo o mesmo nível de confirmação de dados da escala de Cullen. A TISS-28 tem uma pontuação máxima de 78 pontos e cada ponto da TISS-28 corresponde a 10,6 minutos de trabalho efetivo. Aferiu também que cada enfermeiro por turno de oito horas é capaz de dar resposta, a uma carga de trabalho correspondente a 46 pontos (cerca de 460 minutos ou 7,6 horas), quer isto dizer que o enfermeiro pode ter um ou mais doentes à sua responsabilidade desde que a soma total de pontos TISS-28 dos doentes atribuídos não ultrapasse os 46 pontos. Através de estudos estatísticos demonstrou o coeficiente 0,53 multiplicado pelo número de pontos TISS-28 era similar ao número de horas de cuidados (exemplo: doente com TISS de 46 X 0,53 = +/- 24h de cuidados efetivos).

Relatório de Estágio

Passados 2 anos o mesmo autor testou e validou uma escala ainda mais simplificada mas com igual consonância de resultados das anteriores em termos de prognóstico de gravidade e carga de trabalho de enfermagem, *Nine Equivalent of Nurse Manpower use Score* (NEMS). Esta escala tem uma pontuação máxima de 66 pontos. Aquando da avaliação desta escala, avaliou que os recursos das unidades de cuidados intensivos estavam mal avaliados e que muitas das unidades estavam a operar com mais recursos do que seria necessário. Cerca de um quarto das unidades estavam planeadas para trabalhar a um nível máximo e não a um nível médio como seria desejável. Estas duas escalas poderiam ser aplicadas ao nível individual de um doente ou ao nível da globalidade das unidades, através de valor médio de pontuação de todos os doentes. O mesmo estudo permitiu inferir que a escala poderia ser aplicada na unidade, isto é, a média das classificações dos doentes seria o valor a classificar a unidade. Permitiu classificar as unidades de cuidados intensivos em 4 classes conforme a carga de trabalho desenvolvido. Definiu também *Work Utilization Ratio*, o rácio de enfermeiro por doente de uma unidade através pontuação NEMS ou TISS-28. (Moreno & Miranda, 1998)

Em fevereiro de 2003, Miranda e Rlik publicaram na revista *Critical Care of Medicine*, outra evolução da escala TISS. Esta descreve melhor o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros das unidades de cuidados intensivos. A *Nursing Activities Score* (NAS) descreve a média do tempo gasto, ao invés da gravidade dos doentes. Está dividida em 5 itens e 14 subitens que descrevem as atividades de enfermagem nas unidades, atividades administrativas e de gestão familiar que não estavam contempladas nas anteriores.

Foram realizados vários estudos em todo o mundo para validar os resultados das diferentes escalas e relacionar estas com outras escalas. Na avaliação da gravidade do doente as escalas *Acute Physiologic and Clinic Health Evaluation* (APACHE) e *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS) são de maior sensibilidade do que as escalas derivadas do TISS, como constatou Pinto e Pires em 2009 no estudo que publicou na revista portuguesa de medicina intensiva. Adriana Ducci e colaboradores em 2005, que aplicaram as escalas TISS-28, NAS e NEMS na mesma amostra, de forma a avaliarem qual a escala com maior

sensibilidade à carga de trabalho de enfermagem. Concluíram que a escala NAS apresenta valores mais elevados e que melhor traduz melhor o trabalho de enfermagem desenvolvido. Kriscie Venturi em 2009 relacionou os valores da escala NAS com o acontecimento de eventos adversos como úlceras de pressão ou flebites nos locais de inserção dos cateteres periféricos. Constatou que valores mais altos da escala NAS estão diretamente relacionados ao aparecimento de efeitos adversos, isto é, quanto maior a carga de trabalho maior a probabilidade de aparecimento de efeitos adversos.

Em resumo, a escala TISS-28 não é a de maior sensibilidade para medir a carga de trabalho de enfermagem nas unidades de cuidados intensivos, mas é a única validada para Portugal. Pode ser utilizada quer ao nível do doente individual, quer ao nível da avaliação da unidade como um todo. Utilizando o TISS-28 é possível avaliar a eficácia na utilização dos recursos de enfermagem disponíveis e é um instrumento relevante pela fiabilidade que apresenta e igualmente importante pela facilidade de utilização, mas requiere formação e treino. A TISS-28 é a escala de avaliação de carga de trabalho de enfermagem nas unidades de cuidados intensivos, preconizada pela DGS como fator de avaliação de qualidade das mesmas (DGS, 2003).

Na nossa experiência na aplicação da escala constatamos que é importante conhecer bem as suas diretrizes de aplicação, senão a sua linguagem pode ser ambígua, tal como acontece com qualquer outra escala. É uma ferramenta de gestão válida e segura para a gestão dos cuidados e poderia ser usada como elemento de atribuição de doentes ao enfermeiro. Deixamos a sugestão da formação de um grupo de trabalho para a realização de um artigo tendo em conta os dados produzidos na unidade, sobre a escala TISS-28.

A disponibilidade de bases de acesso a revistas de forma gratuita, no próprio serviço através da intranet, era desconhecida pela esmagadora maioria dos enfermeiros. A biblioteca do hospital dispõe de um vasto número de assinaturas digitais das revistas mais conceituadas nas diversas áreas da saúde. Estas ferramentas estão disponíveis a todo o hospital e permitem aos enfermeiros ter uma fonte fidedigna de pesquisa em tempo real. O seu uso também necessitava de ser divulgado, e acima de tudo fomentado.

Relatório de Estágio

Nos dois módulos de estágio, o trabalho desenvolvido foi de complementaridade com os restantes profissionais de saúde respeitando o seu campo de intervenção, como defende a OE no artigo 91 do CDE. Respeitamos sempre os limites da nossa área de competência, mas como elemento da equipa multidisciplinar fazemo-nos valer a nossa tomada de decisão, como foi no caso de uma situação de dispneia num doente em situação terminal de vida. O doente era de difícil acesso venoso, sugerimos por outras vias de administração de medicação, como a inalatória. Os resultados da prestação de cuidados são um misto dos contributos dos vários intervenientes. Trabalhar em equipa é um requisito fundamental para que os resultados sejam favoráveis e se alcancem ganhos para o doente e para o crescimento da própria equipa. Durante este percurso mantivemos uma boa relação com todos os elementos dos grupos profissionais, aproveitando sinergias para fazer reflexões conjuntas acerca de técnicas instituídas, circuitos do doente, entre outros, quer com a equipa médica quer com a de enfermagem. Com a equipa de assistentes operacionais foram várias as oportunidades para refletir acerca da correta higienização das unidades e respetiva separação de resíduos.

Mais do que fazer importa, neste estágio de formação, refletir acerca do que se faz. Kolb (1984) refere que a aprendizagem, a mudança e o conhecimento têm sempre na sua base uma determinada experiência, seguida de um processo reflexivo. Aprendemos e evoluímos com a reflexão acerca do que fazemos (Zeichner, 2005).

A reflexão esteve sempre presente no desenrolar do estágio de cuidados intensivos. As passagens de turno surgiam como momentos de oportunidade para se lançar a reflexão sobre algum tema que se queria debater. Como foram os casos das necessidades detetadas, o envolvimento dos familiares no processo terapêutico ou a necessidade de dar sugestões à equipa informática para parametrizar o sistema informático de forma a este ser mais adequado às necessidades de registo dos cuidados de enfermagem, cuidados de enfermagem a doente com HIC, a mais-valia do uso e escalas de monitorização da carga de trabalho. A passagem de turno é um momento que deve ser encarado como um espaço de partilha de informação e acima de tudo de discussão.

Relatório de Estágio

Como futuro enfermeiro especialista esta será uma ferramenta indispensável para o exercício cabal das funções neste nível, sendo que é exigido não só um domínio dos procedimentos técnicos mas sobretudo a capacidade de interpretar e adaptar os conhecimentos à especificidade e singularidade de cada doente com uma patologia específica. O contributo de quem chega é uma mais-valia para sinalizar aspetos que passam despercebidos no dia a dia a quem está no seu ambiente. Criar oportunidades de melhoria, seja sob a forma de sugestão e mesmo de operacionalização é uma forma de se obterem ganhos mutuamente e aproveitamento de sinergias. Ganha o doente, o serviço, o estagiário e o tutor. A oportunidade e espaço neste estágio para refletir proporcionou a criação de conhecimento (Abreu, 2007), conhecimento partilhado e aplicado à prática diária.

No módulo de estágio de pré-hospitalar, realizamos relatórios de atuação e de pesquisa. As dúvidas desde estágio foram discutidas com a enfermeira tutora com o objetivo de reflexão da prática realizada com objetivo da melhoria da mesma. Uma das reflexões realizadas foi sobre o papel dos enfermeiros no pré-hospitalar. Apesar de termos enfermeiros na maioria dos meios e como agentes responsáveis por área chave como gestão e formação, existe hoje a discussão sobre o aparecimento de um novo grupo profissional a trabalhar no pré-hospitalar, com a criação de um curso de técnicos de emergência pré-hospitalar tal como acontece noutros países, tal como os Estados Unidos da América. Esta ideia não é nova, OE atenta a esta problemática publicou um enunciado de posição 2007 (*“orientações relativas á atribuições do Enfermeiro do Pré-hospitalar”*) reforçado pelo parecer do concelho de enfermagem 84/2008 de 22 de dezembro, que salientam a importância da formação base e conhecimento na área em questão bem como a existência de um órgão que possa regular a prática. Em 2010 através da apresentação do plano estratégico de recursos do pré-hospitalar, justificando-se na necessidade de reestruturação, controlo de custos e pela importância de uma atuação precoce mais diferenciada, a direção INEM sugere dotar os técnicos de transporte de ambulâncias de emergência com um nível mais evoluído de formação para estes darem uma resposta de melhor qualidade. Este aumento de competências converge com a área de competência de enfermagem bem como médica, sendo o INEM responsável pela regulação desta atuação. Como resposta a este plano o concelho diretivo da OE salienta o

Relatório de Estágio

risco da segurança dos cuidados prestados por estes e realçando a possível usurpação de funções da exclusividade de enfermagem (OE, 2010). Em julho de 2012 a OE dá a conhecer a público uma proposta de modelo de integrativo da Emergência Pré-Hospitalar (EPH), valorizando assim a discussão que sobre o assunto. Deste documento realçamos a presença de enfermeiros em todos os meios, evitando a necessidade de formar outros e promovendo assim para a melhoria dos cuidados (OE, 2012_b). Tal atitude ao ser implementada, trará repercussões favoráveis pois ao contratar novos profissionais, estes serão licenciados em enfermagem e não licenciados em outras áreas que não são da saúde. Esta luta da OE pela qualidade de cuidados na EPH continua com a providência cautelar imposta pela OE aos despachos do ministério da saúde números 13794/2012 e 16401/2012, que visam aumentar o grau de competências dos TAE, como por exemplo a administração de medicação.

Baseamos a nossa prática na melhor evidência científica, encontrada nas pesquisas realizadas e partilhamos o conhecimento, promovendo o desenvolvimento dos restantes profissionais. Detetamos necessidades formativas, e demonstramos sermos capazes de conceber estratégias para fomentar a discussão e formação das equipas. Analisamos as nossas características enquanto pessoa e enfermeiro, no sentido de perceber quais poderiam interferir na qualidade dos cuidados por nós prestados. Fomos capazes de gerir os sentimentos e atuar em ambientes complexos do ponto de vista da gestão de stress e emoções.

3 – Conclusão

Ao longo deste percurso profissional e acadêmico, sentimos uma evolução em termos de conhecimentos teórico-práticos mas em especial, o nível de maturação pessoal. Durante a parte teórica do curso, aprofundamos conhecimentos, debatemos experiências e refletimos sobre a nossa prática diária. Os estágios foram momentos ideais de formação e reflexão nas práticas diárias. Em conjunto contribuíram para o desenvolvimento de competências através da confrontação, com as dificuldades sentidas na prática, onde se aplica o conhecimento e o saber.

O relatório é a descrição do processo efetuado, demonstrando que a experiência significativa contribuiu para a aprendizagem, para a aquisição, para o desenvolvimento e para a atualização de competências. Este documento permite espelhar o percurso deste período de aprendizagem, de forma como as atividades foram realizadas para operacionalizar os objetivos inicialmente propostos e assim demonstrar a aquisição, e desenvolvimento de competências comuns ao enfermeiro especialista. Estas últimas estão relatadas de forma interligada ao longo do trabalho.

Os objetivos deste documento foram concretizados. O processo de construção do saber emergiu da capacidade reflexiva das experiências vividas, como as competências fundamentais para a evolução pessoal e profissional. A aquisição de competências está explanada no corpo deste trabalho e respetivos anexos. As evidências geradas da prática atravessam os vários domínios de competências definidas pela OE nos domínios de competências comuns e específicas em enfermagem em pessoa em situação crítica.

A participação ativa neste estágio proporcionou-nos as oportunidades de trabalho, e de reflexão que em muito auxiliaram o crescimento pessoal e profissional. Cuidar da pessoa e da família e vivenciar experiências de doença/acidentes no limite das funções vitais é uma atividade por vezes desgastante mas em simultâneo, preciosa na medida em que a perceção de emoções, desilusões e de

Relatório de Estágio

esperança estão muito presentes. A gestão de todos estes sentimentos, em simultâneo, com as necessidades que advêm da instabilidade do doente, é algo que se aprende, aperfeiçoa e nunca se domina na perfeição.

As situações imprevistas e por vezes complexas com que nos deparamos exigiram tomada de decisões rápidas e fundamentadas atendendo às evidências científicas e às novas responsabilidades sociais e éticas. Uma metodologia de prestação de cuidados eficaz na assistência ao doente e à família, permitiu que estes fossem parceiros, utilizando técnicas de comunicação que facilitaram o processo terapêutico.

No domínio de competências da responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolvemos uma prática profissional e ética, promovendo o respeito dos direitos humanos. No estágio de pré-hospitalar compreendemos a filosofia e missão do instituto que regula o socorro médico pré-hospitalar. Acompanhamos as equipas nas suas ativações e colaboramos na assistência ao doente de doença súbita e trauma, participando na tomada de decisão da equipa, tendo como base das nossas atividades o código deontológico de enfermagem reconhecendo sempre a nossa área de competência. Refletimos sobre a importância do papel do enfermeiro, nomeadamente especialista como um elemento de mais-valia nestas equipas, pelo corpo de conhecimentos que possui e pela sua capacidade de tomada de decisão nesta área em particular.

O doente em situação de agudização da doença ou vítima de politraumatismo necessita de cuidados diferenciados e sistematizados. Aprendemos os cuidados a pessoas com necessidades técnicas inovadoras tais como hemodiafiltração venovenosa, monitorização intensiva, auscultação pulmonar e cardíaca e desenvolvemos outras técnicas como ventilação invasiva.

Nos doentes críticos é importante compreender e demonstrar capacidades, quer no desenvolvimento de técnicas específicas quer na capacidade de diagnóstico, utilizando e interpretando os dados provenientes da vigilância intensiva, permitindo a prestação de cuidados em todas as fases do processo de enfermagem. Para além de uma prática tendo em atenção os valores éticos e profissionais, procuramos diariamente incluir a família como parceiro de cuidados. A elaboração

Relatório de Estágio

de um panfleto destinado à família com informações sobre o funcionamento da unidade foi uma forma de desmistificar algumas ideias erradas sobre estas unidades e com isso procurar aproximação da família com a equipa.

A qualidade dos cuidados foi uma temática que nos acompanhou nos dois campos de estágio e no qual realizamos um maior investimento. Quer em termos de pesquisa e reflexão sobre como se processa a melhoria continua no INEM, ou colaborando na preparação da Unidade de Cuidados Intensivos para uma auditoria de processos por uma entidade de acreditação em saúde internacional. Identificamos situações/problema e sugerimos oportunidades de melhoria em situações de IACS, nos dois campos de estágio. Reformulamos o plano de higienização anual da Unidade de Cuidados Intensivos, colaborando assim em programas de melhoria de qualidade.

A nossa gestão diária de cuidados teve sempre como objetivo a eficiência, a prevenção de complicações (é um campo de atuação muito importante nesta área de especialização) e a satisfação do cliente e sua família. Colaboramos com os responsáveis, na gestão das unidades otimizando a resposta da equipa de enfermagem, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Desenvolvemos competências do autoconhecimento e assertividade através das inúmeras reflexões que realizamos sobre a nossa prática como a prática observada dos outros elementos da equipa. Permitiu-nos elevar o nível da nossa consciência pessoal tal como das nossas limitações como enfermeiro e como pessoa. É importante que o enfermeiro assuma a responsabilidade de atuar e decidir sempre baseando-se em sólidos pilares do saber, recentes e cientificamente validados. Mais do que intervir mecanicamente é importante estar desperto para a prevenção de acontecimentos adversos, muitas das vezes silenciosos, estando a sua deteção apenas ao alcance de quem tem experiência na prestação de cuidados a estes doentes críticos. A experiência adquirida no estágio não foi só de autoformação, mas de aprendizagens interpessoais, com todos os elementos das equipas. Participamos em ações de sensibilização formais (*Mass-Training*) e informais à população. Realizamos pesquisa bibliográfica nas áreas em que sentimos que deveríamos aprofundar conhecimentos como foi no caso da atuação em situação de catástrofe.

Relatório de Estágio

Participamos também numa ação de formação e elaboramos planos de pesquisa sobre situações em que tínhamos mais dificuldades como escala de avaliação da carga de trabalho, cuidados com doentes com HIC, BIS e partilhamos as conclusões das nossas pesquisas com os elementos da equipa.

Os principais contributos recebidos foram a perceção do trabalho de enfermagem no ambiente extra-hospitalar e a participação na sessão de sensibilização da população. Melhoramos as nossas capacidades de assistência à pessoa em situação crítica através das novas experiências e conhecimentos de novas técnicas de monitorização invasiva. Nestes locais deixamos sugestões de melhoria nas áreas de qualidade e controlo de infeção. Como também a revisão teórica sobre escalas de avaliação da carga de trabalho, no levantamento de reflexões sobre a importância do cuidado à família e a reformulação do plano de higienização da unidade de cuidados intensivos. Para nós foi importante, na medida em que possibilitou uma melhor compreensão sobre as necessidades de cuidados à pessoa em situação crítica em termos de vigilância e prevenção de complicações.

A avaliação do que desenvolvemos neste período é muito positiva no sentido em que a aquisição de competências foi realmente concretizada e validada. Os objetivos inicialmente traçados para este período de aprendizagem foram atingidos, uma vez que fomos capazes de, com clareza e objetividade, analisar crítica e reflexivamente o estágio realizado. As várias experiências de aprendizagem que me foram proporcionadas também permitiram refletir sobre as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Os aspetos positivos que queremos realçar são, o trabalho de pesquisa realizado, a postura proativa na atuação de situações de maior complexidade e na identificação de áreas de maior necessidade de intervenção.

Enfermagem como profissão autónoma exige uma progressiva evolução, procurando incansavelmente, no seu corpo teórico um aumento de competências e capacidades, redefinindo-se assim continuamente e adaptando-se às

Relatório de Estágio

exigências permanentes desse crescimento da ciência e sociedade, mas sem nunca perder de vista, o objeto do seu trabalho e estudo, que é a pessoa a vivenciar processos complexos de doença. As atividades de vigilância e o domínio de técnicas avançadas para a prevenção de complicações são muito importantes, mas o nosso exercício profissional centra-se na relação interpessoal do enfermeiro e o doente/família.

Para finalizar, e por tudo o que foi alcançado, temos em mente que este processo evolutivo não termina aqui mas este é apenas um degrau alcançado. Temos um olhar diferente para a realidade que nos permite introduzir mudanças no nosso contexto de ação, investido em formação pessoal e em serviço em procurar projetos de investigação em enfermagem. Este período de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências foi um processo após o qual saímos mais fortes e mais preparados para os obstáculos que a profissão exige. Levamos uma postura de abertura para a qualidade de cuidados, de liderança, e motivação para trabalharmos sempre com a mais atualizada evidência científica. Este trabalho diário permitiu-nos desenvolver competências inerentes ao enfermeiro de cuidados gerais e algumas de enfermeiro especialista, como: o exercício de uma prática profissional e ética na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, tendo sempre como objetivo o respeito pelos direitos humanos. Consideramos que somos também competentes no processo de gestão dos cuidados por nós prestados tendo sempre em consideração o uso dos recursos usados.

4 -Bibliografia

Abreu, W. C. 2007 - *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Formasau. Coimbra;

Alarcão, I; Tavares, J. 2003 - *Supervisão da Prática Pedagógica, uma prespetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Edições Almedina.

Almeida, M.; Ribeiro, J. 2008 - *Stress dos Doentes nos cuidados intensivos*. Revista Referência, p 79-88;

ANPC. 2012- Autoridade Nacional de Proteção Civil - Consultado em 10 junho de 2012 em "<http://www.prociv.pt>" <http://www.prociv.pt> ;

Bisinelli, F.; Mendes, M.; Lourenço, T. 2008 - *Monitorização da Pressão Intrabdominal: Conhecimento da equipa de enfermagem*. Boletim de Enfermagem, nº2.Universidade TUIUTI do Paraná Brasil. p 1-10;

Brain Trauma Fundation. 2012- Acedido em 20 de outubro de 2012. [https://www.braintrauma.org.](https://www.braintrauma.org;);

Cardoso, L. 2007 - Entrevista à revista Nursing Brasil. Acedido em 28 de fevereiro de 2013.<http://www.Nursing.com.br/article.php?a=52>;

Carneiro, A. 2011 – *Abordagem inicial do doente com trauma grave*. Manual do Curso de Evidência na Emergência, 4ª Edição. Reanima, Porto, pp 382-389;

Carvalho, V; Souza G. 2007 - *O estetoscópio e os sons pulmonares: uma revisão da literatura*. Revista de Medicina de S. Paulo, outubro- dezembro, nº86, vol 4, pp. 224-231;

Cyrillo,R. 2005 - *Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma no atendimento avançado pré - hospitalar móvel*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de S. Paulo;

Costa, José. 2004 - *Métodos de Prestação de Cuidados*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu;

Cullen, D. 1974 - *Therapeutic intervention scoring system: a method for qualitative comparison of patient care*. Journal of Critical Care of Medicine 2, vol. 2, pp. 57-60;

Cullen, D.; Keene, A. 1983 - *Therapeutic intervention scoring system: update 1983*. Journal of Critical Care of Medicine, vol. 11, pp.1-3;

DGS, Direção Geral de Saúde. 2003. - *Cuidados Intensivos. Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa : Direção- Geral da Saúde;

Relatório de Estágio

DGS, Direção Geral de Saúde. 2007 - Plano Nacional de Controlo da Infecção -. Obtido em 11 de novembro de 2012, <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>;

DGS, Direção Geral de Saúde. 2010 - Norma nº13 de 14 de junho. Orientações de Boas Práticas para a higiene das mãos nas Unidades de Saúde;

Ducci, A; Lanei, S; Whitaker, I. 2008 - *Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/ paciente em UTI cardiológica*. Revista da escola de enfermagem de S. Paulo, Vol. 42, pp 673-680;

Duarte, L. 2006 - *Índice Bispectral*. Manual de Medicina Perioperatória da Sociedade de anesthesiologia do Rio de Janeiro. Capítulo nº 32, pp 209-231;

Filho, G.; Barbosa, O. 2011 - *Tratamento de Hipertensão Intracraniana*, Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. Trimestral, vol.18, pp 39-48;

Fink M. 2012 - *Osmotherapy for intracranial hypertension: mannitol versus hypertonic saline*. Revisão da literatura, PubMed, junho, vol 18 , pp 640-654;

Finke, E. Light, J. Kitko, L. 2008 - *A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs a focus on the use of augmentative and alternative communication*. Journal of Clinical Nursing, vol. 17 (16), pp. 2102-2115;

Fragata, J. 2010 - *A segurança dos doentes- Indicadores de qualidade em saúde*. Revista portuguesa de clinica geral, nº 20, pág. 564-570;

Gala, M.; Telles, S.; Silva, M. 2003 - *Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma ITU e unidade semi-intensiva cirúrgica*. Revista da escola de enfermagem da universidade de São Paulo, vol 37,pp 52-61;

Hays, A; Lazaridis C.; Neyens R.; Nicholas J.; Gay S.; Chalela J. 2011 - *Osmotherapy: use among neurointensivists*. Neurocritical Care, abril, vol.14 (2), pp 222-228. PubMed;

HB, Hospital de Braga 2010 - Manual da qualidade, Normas de 2010 da Caspe Healthcare Knowledge Systems;

HB, Hospital de Braga. 2012 – Hospital de Braga, informação geral. Obtido em 4 de novembro de 2012, de Hospital de Braga. com: <http://www.hospitaldebraga.com.pt/PT/homepage>;

Hersey, P.; Blanchard, K. 1986 - *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. Editora EPU, São Paulo;

ICN, International Council of Nurses. 2006 - *Rácios enfermeiro / doente*. In Ordem dos Enfermeiros, Dotações seguras salvam vidas. Lisboa. Tradução do Portuguesa;

INEM, Instituto Nacional de Emergência Médica. 2011_a - *Manual de Técnicas de Extração e imobilização de Vitimas de Trauma*. DSM 2011;

Relatório de Estágio

INEM, Instituto Nacional de Emergência Médica. 2011_b - Programa de Acreditação. Consultado em 2 de junho de Consultado em 1 junho de 2012 em http://www.inem.pt/files/2/documentos/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=43899;

Infanti, J. 2008 - *Challenging the gold standart: should mannitol remain on first-line defense against intracranial Hypertension?*. Journal of Neuroscience of Nursing, dezembro, vol.40 (6), pág.362-8, PubMed;

Kamel, H. 2011 – *Hypertonic saline versus manitol for the treatment of elevated intracranial pressure: a meta- analysis of randomized clinical trial*. Critical Care of Medicine, março, vol. 39(3), pp 601-602, PubMed;

Kolb, D. 1984 - *Experiential Learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey, Prentice Hall;

Martins, J. 2008 - *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. Revista Pensar Enfermagem, vol 12, nº2, pp 62-66;

Matos, A.; Sobral, A. 2010 - *Como eu, Enfermeiro, faço Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica - Nursing Protocol - VAP Prevention*. Revista Portuguesa de Medicina Interna, vol 17, pp 61-65;

Portugal, Ministério da Educação. 2005 - Decreto-lei 49/2005 de 30 de agosto. Lei de Bases da Educação;

Portugal, Ministério da Tecnologia e Ensino Superior. 2006 - Regulamento 74/2006 de 24 de março. Lei de Bases do Sistema Educativo;

Portugal, Ministério da Tecnologia e Ensino Superior. 2008 - Decreto- lei 107/2008 de 25 de junho. A concretização do processo de Bolonha;

Portugal, Ministério da Saúde. 2009 - Despacho 14223/2009 de 24 de junho. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde;

Portugal, Ministério da Saúde. 2012 - Despacho 13794/2012 de 24 de outubro. Reformulação da Missão do INEM;

Portugal, Ministério da Saúde. 2012 - Despacho 16401/20112 de 26 de dezembro. Competências dos Técnicos de Ambulâncias de Emergência;

Portugal, Ministério da Saúde. 2013 - Despacho 2783/2013 de 20 de fevereiro. Criação da Plataforma de dados em Saúde;

Miranda, R. 1996 - *Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items results from a multicenter study*. Critical Care of Medicine. janeiro de 1996, pp 64-73;

Miranda, R.; Rijk, A. 2003 - *Nursing Activities Score*. Journal Critical Care of Medicine 2, vol. 31, pp 374-82;

Moreno, R.; Miranda, R. 1998 - *Nursing Staff in Intensive Care in Europe*. Revista CHEST. Março de 1998, pp 752-58;

Relatório de Estágio

Neutel, E; Gomes, E. 2011 - *TCE Grave*. Manual do Curso de Evidência na Emergência, 4ª Edição. Reanima, Porto, pp 390-398;

OE, Ordem dos Enfermeiros. 1998 - Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. Decreto- Lei nº 104/98 de 21 de abril;

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2001- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Concelho de Enfermagem. Cadernos Divulgar;

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2006 – Tomada de Posição sobre Investigação em Enfermagem. Consultado em 25 de junho de 2012 em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf;

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2007_a – Tomada de Posição sobre orientações relativas às atribuições dos enfermeiros no Pré- hospitalar consultado em 1 de junho de 2012 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>;

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2007_b – Tomada de Posição sobre a delegação, 136/2007 de 23 de abril do Concelho Jurisdicional sobre delegação;

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2008_a - Guia orientador de Boas Práticas. Caderno da OE. Série I, nº1;

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2008_b - Parecer sobre proposta de criação do técnico de emergência de pré-hospitalar, 84/2008. Consultado em 1 junho de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer CE-84-2008.pdf>;

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2009 - Decreto-Lei 111/2009 de 16 de setembro. Procede à primeira alteração dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e define o código Deontológico do Enfermeiro;

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2010 - Parecer sobre o plano estratégico dos recursos humanos da emergência pré-hospitalar;

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2011_a - Regulamento n.º122/2011 de 18 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista;

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2011_b - Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro - Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica;

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2012_a - Regulamento de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, Caderno Divulgar. Acedido em 20 de fevereiro de 2013. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicações/Documentos/divulgar-Regulamentodo perfil_VF.pdf;

OE, Ordem dos Enfermeiros. 2012_b - Modelo Integrado de Emergência Pré-Hospitalar de 24 de julho. Concelho Diretivo;

Relatório de Estágio

- Padilha, H. 2005 - *Therapeutic intervention scoring system - 28: diretrizes para a sua aplicação*. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, vol. 39(2), pp 229-233;
- Pereira, A.; Fontes, I.; Mendes, J. 2013 - *Comunicação de más notícias: Revisão da literatura*. Revista de enfermagem da UFPE. janeiro, nº 7(1), pp 227-235;
- Phaneuf, M. 2005 - *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência;
- Pinto, T.; Pires, M. 2009 - *Tiss-28 (Therapeutic interventions scoring system) e sua capacidade prognóstica*. Revista portuguesa de medicina intensiva. 2, vol. 16, p.11-115;
- Rello, J.; Hartmut,L.; Carnaglia, G.; Masterton, R. 2010 - *A European Care Bundle of Prevention of Ventilation-Associated Pneumonia*. Journal of Intensive Care of Medicine nº 36, pp 773-780;
- Santos, A.; Silva, M.; Guedes, A. 2011 – *O voluntariado como elemento de aprendizagem e de empregabilidade*. Comunicação, 4 maio. Repositório do Instituto de Viseu;
- Saraiva, D.; Martinho, T. 2011 - *Comunicar com doente em estado crítico*. Obtido da Revista Nursing. Suplemento de junho, pp 8-14;
- Schon, D. 1995 – *The Reflective Practioner:How professionals think in action*. Basic books.USA;
- Shirley, P. 1989. *Enfermagem de The Reflective Practionner* Reabilitação, aplicação e Processo, Lusociência;
- Silva, A. 2000_b - *Como gerir uma unidade de cuidados intensivos*. Revista Servir, nº2 março-abril, pp 64-72;
- Silva, A. 2007 - *Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Revista Servir, nº55, janeiro-abril de 2007, pp 11-20.
- Silva, C. 2000_a - *Fundamentos Teóricos e aplicações da Cronobiologia, Psicologia: teoria, investigação e prática*. Braga: Centro de estudos em educação e psicologia.Universidade do Minho;
- Suarez, J. 2004 - *Hypertonic saline for cerebral edema*. Cleveland Clinic Journal of Medicine. Suplemento de janeiro, vol. 71, pp 9-11;
- UCP. 2011 - *Regulamento do Mestrado em Enfermagem de Natureza profissional*. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa;
- Venturi, K. 2009 - *Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Brasil;
- Vieira, M. 2007 - *Ser Enfermeiro: da Compaixão à proficiência*. Porto: Universidade Católica;

Relatório de Estágio

Zeichner, K. 2005 - *Pesquisa dos educadores e formação docente voltada para a transformação social*. Cadernos de pesquisa, maio-agosto, vol. 35, nº125, pp 63-80;

Zinn, G.; Silva, M.; Telles, S. 2003 - *Comunicar-se com o paciente sedado: Vivência de quem cuida*. Revista Latino-Americana, maio- junho, vol. 11, pp 326-332.

5 - ANEXOS

Anexo I

Descrição da UCIP

Descrição da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Braga

A UCIP tem uma área de influência de doente de cerca de 1 milhão de habitantes. Esta unidade é referência de primeira linha para todo distrito de Braga, exceto o concelho de Guimarães. É também referência de 2ª linha para o distrito de Viana do Castelo.

O modelo atual de gestão do HB é uma de Parceria Público-Privada. Tem certificação dos seus processos por uma identidade internacional de acreditação em saúde a CHKS.

Esta unidade tal como todo o hospital é de construção recente, inaugurado no ano de 2011. Com uma lotação total de 15 unidades, apenas 12 estão em utilização. A unidade apresenta – se com a configuração de em retângulo com uma ilha de trabalho no interior e as unidades dos doentes estão dispostas em redor da mesma. Estas unidades são amplas com cerca de 20 metros quadrados separadas por cortinas para promover a privacidade do doente e controlo ambiental na prevenção de IACS (DGS, 2003), nos quatro cantos da unidade estão situadas as unidades de isolamento por vidro, com existência de antecâmara para controlar o contacto com o exterior.

Podemos considerar esta Unidade de Cuidados intensivos como mista em termos de estrutura, pois reúne unidades de doentes abertas e fechadas. As unidades fechadas podem alojar doente infetados ou colonizados podendo mais facilmente conter a propagação das IACS, por outro lado as barreiras estruturais são fator que dificulta na vigilância dos doentes. A existência de uma porta de acesso rápido em situação de emergência minimiza este problema.

A unidade tem grandes janelas com possibilidade de entrada de luz natural. Todas as outras estruturas de apoio como lavabos, gabinetes, salas de reuniões, copa, arrecadação e sala de espera para familiares encontram-se em espaço contíguo de acesso por três portas.

Um aspeto negativo na estrutura desta unidade são os circuitos de passagem dos doentes, estes tem de passar pelo interior das estruturas de apoio para chegar á unidade.

O rácio de enfermeiro por doente é de dois doentes por enfermeiro, o que vai de encontro com as normas sugeridas pela OE, que se apoia em estudos internacionais (ICN, 2006).

Anexo II

Questionário: “*Como se processa a melhoria continua no INEM?*”

Relatório de Estágio

Questionário: “Como se processa a melhoria contínua no INEM?”

No decurso do módulo de estágio de assistência no pré – hospitalar, atualmente a decorrer no INEM, do Curso de pós licenciatura de Especialização em Enfermagem Medico- Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos na área da melhoria contínua da qualidade. Esta é uma competência inerente ao enfermeiro especialista, pelo qual pretendemos aprofundar conhecimentos dentro desta área no local de estágio. Deste modo, da observação realizada no estágio até ao momento e tendo em conta a pesquisa bibliográfica realizada, pretenderíamos colocar algumas questões que apresentamos a seguir:

- 1 - Quais as condicionantes da aplicação do Programa Nacional de Acreditação em Saúde no INEM?
- 2 - De que forma o Instituto faz a avaliação da satisfação dos utentes?
- 3 - De que forma podem os utentes fazer reclamações / sugestões?
- 4 - Existe algum mecanismo anónimo de reporte de situação de risco por parte dos profissionais?
- 5 - Como se processam as auditorias a equipamentos e processos?
- 6 - Como se processam as auditorias em caso de acidente de viação e outros acidentes?
- 7 - Os veículos têm lista de verificação diária. Para o equipamento clínico existe procedimentos de verificação diária e verificação técnica?
- 8- Que procedimentos existem em termos de controlo de infeção associadas a cuidados de saúde, nomeadamente, no que respeita à utilização de EPIs?
- 9 – No caso de um profissional estar em contacto com um doente com suspeita de patologia infecciosa (ex: meningite bacteriana), como se processa a notificação? E se houver necessidade de fazer profilaxia antibiótica?

Relatório de Estágio

10 – Como se processa a monitorização dos tempos de atendimento, até e após chegada ao local onde a vítima se encontra?

11 - De que forma a avaliação de desempenho é personalizada com determinação de objetivos? Como esta pode ser fator de estímulo para a melhoria do desempenho profissional?


O **Aluno:** Davide Faria

Data: 30/5/2012

Anexo III

Proposta de reformulação do plano de higienização anual da UCIP

Relatório de Estágio

 Hospital Braga Serviço UCIP		PLANO HIGIENIZAÇÃO ANUAL																											
		ANO 2012																											
		MÊS			JUL			AGO			SET			OUT			NOV			DEZ									
SEMANA		27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52		
ATIVIDADE																													
Carros de roupa limpa																													
Carros de sujos																													
Carro de Pensos																													
Calkotes do lixo																													
Cadeiras de rodas, cadeirões, cadeiras, mesas de apoio dos doentes																													
Sala de esterilização / armários																													
Copa do pessoal (armários, micro-ondas, frigoríficos)																													
Vestário (junto à copa)																													
Aquiário (balcões, armários, gavetas, computadores), frigorífico, cofre.																													
Sala de sujos (Estante, Râquete e Pia de Diáspóis)																													
Maca																													
Carro de emergência																													
Farmácia																													
Pis (limpa pela farmácia)																													
Copa do pessoal (armários, micro-ondas)																													
Arrecadação de sutura e penso																													
Arrecadação de limpos																													
Rouparia																													
Sala de equipamentos (material e hemofiltração)																													
Armários do gabinete do Diretor do Serviço																													
Armários do gabinete da Enfermeira Chefe																													
Sala de reuniões grande																													
Sala de reuniões pequena																													
Nº mecanográfico																													
ASSINATURA																													

NOTAS: Colocar dia para realização da atividade nos espaços em branco

Anexo IV

Proposta de panfleto informativo à família



A UCIP é um serviço polivalente que recebe doentes das várias especialidades. A situação de doença torna-os mais suscetíveis a contrair infeções. Para sua segurança e também dos doentes internados poderá ser-lhe solicitado que utilize alguns meios de proteção.



Normas de funcionamento

- E permitida a entrada a duas visitas de cada vez, ou seja, junto do doente apenas pode permanecer uma pessoa.
- Só é permitida a entrada na UCIP de crianças com idade inferior a 12 anos após autorização do enfermeiro.
- Dirija-se ao balcão da receção da UCIP e informe qual o doente que pretende visitar e aguarde na sala de espera.
- Caso a Auxiliar administrativa não se encontre no balcão, deve tocar à campainha.
- E fundamental a lavagem das mãos à entrada e saída. Há um lavatório na zona de entrada da UCIP.
- Durante o período de visita mantenha-se na unidade (cabine) em que o seu familiar/amigo está internado.
- No final da visita deixe a bata no saco branco de lixo na unidade do doente
- Devido à dinâmica própria da UCIP pode-lhe ser solicitado a sua saída momentânea da unidade funcional.
- E importante que coloque o telemóvel em silêncio e evite atendê-lo enquanto ali permanece.

Como posso ajudar o meu familiar?

A visita dos familiares pode ser positiva para os doentes, mas essencialmente nunca deverá ser negativa.

Comece por se informar junto dos profissionais de saúde sobre o estado e a capacidade de comunicação do doente: elas dar-lhe-ão informações úteis sobre o tipo de contacto que poderá ter.

Se ele não estiver consciente, poderá à mesma pegar na sua mão e falar com ele de forma calma e com o tom de voz habitual.

Se ele estiver consciente, fale-lhe das coisas que o possam estar a preocupar relativas à sua vida habitual (parentes, notícias, etc.), se elas estiverem a correr bem.

Evite falar-lhe das coisas que o possam preocupar, mas se elas surgirem tente relativizar a sua importância.

Não transmita demasiado entusiasmo: nestas situações, tende a soar a falso.

Lembre-se de transmitir prazer por estar ali com ele e, sobretudo, transmita esperança.

Anexo V

Certificado de formador: *Mass-training* em Chaves



CERTIFICADO DE FORMADOR

O CPR - Conselho Português de Ressuscitação, com sede na Rua Sá da Bandeira 810 - 1º esq. 4000-438 Porto, e com o NIF 504 020 420, CERTIFICA QUE:

DAVIDE JORGE DIAS FERREIRA FARIA

Esteve presente no dia 5 de Junho de 2012, nas Termas do Chaves, onde participou ativamente, com rigor, dedicação e motivação **CUMU FORMADOR** em tres formações de Suporte Básico de Vida ministrada por instrutores CPR, INEM e CVP e de acordo com as normas de boa prática do CPR – Conselho Português de Ressuscitação / ERC European Resuscitation Council cuja designação é:

VI MASSTRaining EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA – 11H00 ÀS 12H30

VII MASSTRaining EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA – 15H00 ÀS 16H30

VIII MASSTRaining EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA – 17H30 ÀS 19H00

Porto, 5 de Junho de 2012

CPR Conselho Português de Ressuscitação
Rua de Sá da Bandeira nº 810-1º Esq.
4000-438 Porto
Cuiil. N.º 504020420

Dr. Miguel Félix
Presidente da Direcção do CPR

