



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

UM PERCURSO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

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

por:

Ana Sabrina Silva Sousa

PORTO, Março de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

UM PERCURSO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

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

Por: Ana Sabrina Silva Sousa

Sob Orientação de: Prof. Irene Oliveira

PORTO, Março de 2011



Resumo

Este relatório surge no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, após a realização de dois Módulos de Estágio clínicos, um no Serviço de Urgência do Hospital de S. João e um no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Estruturei-o em quatro Domínios de Competências, adoptando como metodologia o método descritivo e analítico, num exercício crítico-reflexivo em que confronto situações vivenciadas com o estado da arte na matéria, sugerindo estratégias de resolução de problemas.

De realçar, no domínio da prestação de cuidados especializados à pessoa e família, a capacidade de análise de situações complexas e reflexão acerca de situações da prática e dos factores que a condicionam, de forma fundamentada, um dos objectivos gerais do estágio e uma competência essencial do EEMC. Nesta esfera, procurei desenvolver juízo crítico através da discussão de casos e de temas pertinentes com as equipas no Módulo I e III, bem como da realização de fichas de reflexão no final de cada turno no Módulo III. Duas situações analisadas suscitaram em mim particular interesse pela sua pertinência, o que me motivou a realizar textos de reflexão, com uso à pesquisa bibliográfica - a adesão ao regime terapêutico e a presença da família em situação de manobras de reanimação em PCR.

No domínio da gestão de cuidados, realço a realização de planos de cuidados no Módulo de Estágio I e de dois artigos de informação ao público acerca da forma de actuação em caso de emergência e do funcionamento e estrutura do INEM no Módulo de Estágio III.

No domínio de gestão da qualidade, saliento a identificação das situações problema nos diferentes locais de estágio e as respectivas soluções propostas e implementadas, sendo uma delas, no Módulo I a elaboração de um Projecto de intervenção, de melhoria da qualidade dos registos de enfermagem. No Módulo III detectei como principal problema a falta de adesão ao regime terapêutico. Assim, após análise sobre o tema, efectuei inquéritos aos enfermeiros dos meios onde estagiei e registei as activações em que participei, de forma a obter dados acerca desta realidade, o que poderá contribuir para a percepção da dimensão deste problema, bem como para a implementação de estratégias de resolução.



Os Estágios permitiram-me, não só conhecer a área de actuação da emergência e pré-hospitalar, como também reflectir e repensar as minhas práticas em Cuidados Intensivos, um meio controlado e equipado, e em que a pessoa é frequentemente encarada como um doente, desprovida de identidade.



Abstract

This report concerns a specialization in Medical-Surgical Nursing, where two internships were included, one in the Emergency of S. João Hospital, and another one in the National Emergency Medical Institute (INEM). It is structured into four Domains of competencies. As methodology, I adopted the descriptive and analytical method, in a critical-reflexive exercise in which I confront experienced situations with the state of the art in this field.

Importantly, in specialized care to the person and family domain, the ability to analyze complex situations and reflect on practical situations and factors that affect it, with good reason, which is a general goal of an internship and a core competence of the specialized Medical-Surgical Nurse. In this sphere, I tried to develop critical appreciation through discussion of cases and relevant issues with the staff in Module I and III, as well as conducting reflection charts at the end of each shift in Module III. Two situations analyzed aroused particular interest in me for its relevance, which motivated me to make written reflections, using the literature – therapeutic regimen adherence and the presence of the family in situations of Cardio Pulmonary Resuscitation.

In the care management field, I highlight the implementation of care plans in Module I and two information articles to the public on how to act in case of emergency and the operation and structure of INEM in Module III.

In the quality management field, I emphasize the identification of problem-situations in both internships, as well as the proposed and implemented solutions, one of which in Module I, which consisted in the development of a project, about the improvement of nursing records quality. In Module III, I detected as a major problem the lack of adherence to therapy. Thus, after analysis on the subject, I done surveys on the INEM nurse's in my internship locals, and appointed the activations in which I participated, in order to obtain data about this reality. This may contribute to the perception of the extend of this problem and the implementation of resolution strategies.

The internships allowed me to not only know the area of operation of the emergency and prehospital care, but also reflect and rethink my practices in the Intensive Care Unit, a controlled and equipped environment, in which the person is often viewed as a patient, devoid of identity.



Agradecimentos

Ao longo deste percurso académico, foram várias as adversidades com que me deparei. Usei-as como alicerces para a minha vida como profissional. Foi com a ajuda de várias pessoas, ao lado das quais vivi bons e menos bons momentos, que consegui atingir os meus objectivos. Assim, não posso deixar de agradecer à minha mãe, pela paciência e ajuda, aos meus tutores e colegas, pelos ensinamentos e cooperação, e à minha orientadora de estágio, Professora Irene Oliveira, incansável na orientação e no apoio. Sem eles, este trabalho não seria possível. A todos, o meu sincero obrigado.



Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa.
Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.

Ricardo Reis (Odes, 1933)



Abreviaturas

Enf.º: Enfermeiro

Nº: Número

Siglas

ARS: Administração Regional de Saúde

AVC: Acidente Vascular Cerebral

CODU: Centro de Orientação de Doentes Urgentes

EMC: Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPE: Entidade Pública Empresarial

GEM: Gabinete de Emergência Médica

GNR: Guarda Nacional Republicana

ICNP: International Council of Nurses

INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

PCR: Paragem Cardio-Respiratória

PSP: Polícia de Segurança Pública

RMDE: Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem

SAP: Serviço de Atendimento Permanente

SAV: Suporte Avançado de Vida

SBV: Suporte Básico de Vida

SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV: Suporte Imediato de Vida

SNA: Serviço Nacional de Ambulâncias

SU: Serviço de Urgência

TCE: Traumatismo Craneo-Encefálico

VMER: Viatura Médica de Emergência



Índice

Introdução.....	10
1. Caracterização dos Locais de Estágio	13
2. Competências Desenvolvidas	17
2.1. Prática Profissional, Ética e Legal.....	18
2.2. Prestação de Cuidados Especializados à Pessoa e Família.....	20
2.3. Gestão de Cuidados	29
2.4. Gestão da Qualidade.....	35
Concluindo	53
Referências	56
Anexos.....	61
Anexo A – Entrevista à Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência	
Anexo B – Estudo de Caso 1	
Anexo C – Estudo de Caso 2	
Anexo D – Entrevista ao Enfermeiro Coordenador das SIV Norte	
Anexo E – Artigo Correio do Minho	
Anexo F – Artigo Revista SIM	
Anexo G – Projecto de Intervenção (Registos de enfermagem: Para uma melhoria da qualidade	
Anexo H – Inquérito efectuado aos enfermeiros do INEM	
Anexo I – Registo das activações durante estágio no INEM	



1.1. Índice de gráficos

Gráfico 1: Percepção dos inquiridos acerca da percentagem de agudização de doentes crónicos nos episódios de doença súbita	48
Gráfico 2: Percepção dos profissionais em relação à principal causa de agudização de situação crónica	48
Gráfico 3: Grau de importância atribuída pelos enfermeiros aos motivos responsáveis pela não adesão	49



Introdução

Num mestrado com especialidade integrada, a realização de estágios reveste-se de um carácter fundamental, na medida em que permite ao formando a aplicação prática e a integração dos conhecimentos académicos e empíricos, adquiridos ao longo da sua prática profissional através da realização de um ensino tutelado, sistematizado e planeado. É nesta medida que Alarcão e Tavares e Espiney citados por Macedo (2003, p.11) nos dizem que “o estágio assegura experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz”. Face a esta importância, no contexto do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizei dois Módulos de estágios clínicos, tendo obtido, pela minha experiência profissional (5 anos) na prestação de cuidados de enfermagem na UCIP do Hospital de S. João, desde Outubro de 2005, creditação ao Módulo II- Cuidados Intensivos. Sendo o serviço de cuidados intensivos o local onde o doente em estado crítico é avaliado, monitorizado e cuidado, cabe ao enfermeiro assumir um papel de relevo neste processo, uma vez que é este o profissional que lhe presta cuidados 24 sobre 24 horas, atendendo a todas as suas necessidades. Sujeito a uma série de pressões face à ameaça da vida do doente, é exigido ao enfermeiro a aquisição de determinadas competências técnicas, científicas e humanas, que assentam na experiência, autonomia, capacidade de tomada de decisão e actuação responsáveis, capacidade de se relacionar com a equipa de forma a criar um bom ambiente de trabalho, estabelecer empatia com o doente e simultaneamente não se envolver com os seus problemas nem bloquear nos momentos críticos. Ao longo da minha experiência profissional tenho percorrido o caminho para alcançar essas competências que julgo serem de extrema importância para a prestação de cuidados de excelência, desenvolvendo a minha prática num contínuo processo de reflexão e construção pessoal e profissional no qual assentam bases humanas, técnicas e científicas para a qual esta especialização tem uma papel fulcral.

No sentido de complementar a minha experiência em cuidados intensivos, optei por realizar estágio no Serviço de Urgência do Hospital de S. João, o maior do Norte, proporcionando uma grande variedade de práticas, e em pré-hospitalar, no Instituto



Nacional de Emergência Médica, um local que me suscitou interesse não só pela possibilidade de actuar fora do meio hospitalar, como também pelo desenvolvimento de competências de criatividade e adaptação face à falta de recursos intra-hospitalares. Este encadeamento de actuações, permitiu-me obter uma visão global na prática do enfermeiro, desde o local de habitação da pessoa, até à sua admissão no hospital.

Não menos importante à realização de um estágio, surge a necessidade de desenvolver um relatório, cuja relevância para a formação do aluno prende-se no facto deste ser encarado, como nos dizem Ferreira e Bueno (2005), como uma ferramenta potenciadora de reflexões, assegurando a construção do conhecimento, do desenvolvimento pessoal e profissional dos envolvidos (docentes e discentes). É também um instrumento que auxilia no crescimento do aluno, já que o objectivo da construção do relatório é que este leia mais e reflecta sobre o que leu, bem como se posicione a partir da sua reflexão e amplie a busca de respostas. A elaboração do mesmo surge com o intuito de reflectir acerca das acções desenvolvidas durante os estágios face aos objectivos gerais e específicos traçados aquando do seu planeamento, relatar as oportunidades de melhoria identificadas e as estratégias sugeridas e implementadas para a sua resolução. São objectivos deste relatório:

- Descrever as oportunidades de melhoria diagnosticadas;
- Comunicar as estratégias de resolução sugeridas e implementadas;
- Demonstrar espírito crítico face às situações observadas em contexto de estágio;
- Ilustrar o percurso efectuado em contexto de estágio.

Sendo o Enfermeiro Especialista entendido pela Ordem dos Enfermeiros (2009, p.10) como “um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem [...], que demonstra nível elevado de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”, optei como estruturar este relatório em domínios de competências. Como metodologia, adoptei o método descritivo e analítico, através da exposição das actividades realizadas durante os estágios, confrontando-as com as planeadas no Projecto de Estágio.

É feita, assim, uma reflexão acerca das oportunidades de melhoria detectadas e das competências adquiridas nos Módulos de Estágio I e III, que desenvolvi no Serviço



de Urgência do Hospital de S. João e nos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica, respectivamente, de acordo com os objectivos traçados no Projecto de Estágio.

Por constituir uma previsão e estar, portanto, sujeito a alterações, após iniciar o meu estágio no Módulo III, senti necessidade de adequar os objectivos traçados à realidade do pré-hospitalar, algo que nunca tinha experienciado, e ainda acrescentar os objectivos específicos: assistir em situações multivítimas e traumatizados, visto serem ambas, actividades que exigem grande diferenciação de cuidados.

Seguindo as orientações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros no Modelo de Desenvolvimento Profissional (2009), organizei este trabalho em 4 Competências (Domínio da Responsabilidade Ética e Legal, Prestação de Cuidados Especializados à Pessoa e Família, Gestão de Cuidados e Gestão da Qualidade), por ser esta a estrutura que considero traduzir com mais fidelidade o perfil do enfermeiro especialista. Em cada uma das competências remeto-me para as actividades desenvolvidas e objectivos alcançados.



3. Caracterização dos Locais de Estágio

De forma a contextualizar o relatório nos locais de estágio em questão, é feita, de seguida, uma breve descrição dos mesmos.

Serviço de Urgência do Hospital de São João, EPE

O Serviço de Urgência do Hospital de São João, é composto por uma equipa multidisciplinar dotada de Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais, Técnicos de Cardio-Pneumologia, Assistente Social bem como todos os técnicos de Tecnologias de saúde que dão resposta nas 24h.

A Equipa de Enfermagem é composta por 80 enfermeiros no total, entre os quais um Enfermeiro Chefe e dois Enfermeiros Especialistas a desenvolver actividades predominantemente no turno da Manhã. Os restantes enfermeiros encontram-se divididos em cinco equipas, cada com 18 elementos coordenados por um Coordenador de Equipa (e um Sub-Coordenador, que assume funções em substituição do Coordenador de Equipa) que se assume como um elo de ligação entre a Enfermeira-Chefe e os seus elementos, elabora o Plano de Trabalho para cada turno, entre outras funções. Os elementos da equipa de enfermagem são divididos conforme as necessidades, tendo em conta sete áreas de prestação de cuidados:

- **Área de admissão e receção:** área onde são admitidos os doentes e se realizam os processamentos administrativos e o apoio ao acompanhante, através do Gabinete de Apoio ao Acompanhante;
- **Área de Triagem:** área onde se realiza a primeira avaliação do doente, pelo enfermeiro, com base no sistema de Triagem de Manchester; dotada de dois postos de trabalho, nos turnos da Manhã e Tarde e por um no turno da Noite (de referir que existe possibilidade, mediante fluxo de doentes, de abertura de um terceiro posto de triagem) que, após avaliação do utente, lhe atribui um nível de prioridade, informando o acompanhante (pessoa significativa); os níveis de triagem pressupõem diferentes tempos de espera;



- **Área de Psiquiatria:** área onde é feito o atendimento de doentes, provenientes de toda a área metropolitana do Porto, com situações urgentes do foro psiquiátrico; com dotação de um posto de trabalho assegurado por um enfermeiro, nos turnos da Manhã e Tarde sendo durante a noite assegurado por um dos enfermeiros das áreas Amarela/Ortotraumatologia;
- **Área Amarela:** espaço onde são alocados os doentes com nível Urgente, Pouco Urgente e Não Urgente (cor amarelo, verde e azul); constituída por oito gabinetes para avaliação de doentes pela equipa médica, quatro gabinetes para prestação de cuidados de saúde e espaço envolvente equipado com cadeirões; com dotação de quatro postos de trabalho de enfermagem, dois auxiliares e médicos;
- **Área Laranja:** dispõe de duas áreas: Unidade de Curta Permanência, onde os doentes poderão permanecer até 24 horas, tendo uma lotação de 8 camas; a área laranja para onde são encaminhados os doentes triados com a cor laranja e vias verdes de AVC sem indicação para trombólise, com lotação de 7 macas e 8 cadeirões; com dotação de quatro postos de trabalho de enfermagem, três assistentes operacionais e médicos;
- **Área de Ortotraumatologia:** área para onde são encaminhados os doentes, Urgentes, Pouco Urgentes e Não Urgentes vítimas de trauma; dispõe de dois postos de trabalho de enfermagem, três assistentes operacionais e equipa médica;
- **Sala de emergência:** área onde são admitidos os doentes emergentes, em que existe, ou poderá existir, risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato; com dotação de cinco unidades, cada uma equipada com material necessário a Suporte Avançado de Vida. Encontra-se alocada a área uma equipa de Reanimação Intra-Hospitalar, constituída por Médico Intensivista e Enfermeiro.

Em busca da contínua melhoria do acolhimento ao utente e família/pessoas significativas, o Serviço dispõe de Gabinete de Apoio ao Acompanhante e salas de espera dispersas pelas instalações. De referir a Sala da Família, local específico, com



condições de recato e privacidade, utilizada essencialmente pelos Prestadores de Cuidados para informar a família das condições do doente.

Instituto Nacional de Emergência Médica

A emergência médica em Portugal, na actualidade, é resultante da cooperação de várias entidades (PSP, GNR, INEM, Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Hospitais e Centros de Saúde) e coordenada pelo INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), com o objectivo de garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e adequada prestação de cuidados de saúde. Para tal, o INEM dispõe de vários meios, que são activados de acordo com a situação em causa. Estes podem ser:

- Ambulância Suporte Básico de Vida: composta por dois técnicos de ambulância de emergência, que aplicam medidas de suporte básico de vida; este meio encontra-se sediado nos corpos de bombeiros e em várias bases do INEM;
- Ambulância Suporte Imediato de Vida: composto por um técnico de ambulância de emergência e um enfermeiro, que asseguram a prestação de cuidados diferenciados, incluindo manobras de reanimação avançadas, visando uma melhoria qualitativa dos cuidados prestados à população;
- Viatura Médica de Emergência (VMER): veículo que efectua o transporte ao local de uma equipa composta por um enfermeiro e um médico em situações que exijam cuidados médicos emergentes no local e se necessário acompanhamento para o hospital;
- Mota: meio ágil, vocacionado para deslocações no trânsito citadino, que permite a estabilização da vítima até a chegada dos restantes meios;
- Helicóptero: meio tripulado por dois pilotos, um médico e um enfermeiro que efectuem transporte de doentes graves entre duas unidades de saúde ou entre o local de ocorrência e uma unidade de saúde (INEM, 2009).

O primeiro passo para a activação dos serviços de emergência é a chamada para a linha 112. Esta ligação recai numa central de emergência da PSP ou da GNR, que canalizam para o CODU do INEM as chamadas que dizem respeito à saúde. O INEM tem quatro CODU em funcionamento: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro. Compete a estes centros, onde se encontram técnicos, médicos e uma psicóloga, atender



e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objectivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. O atendimento das chamadas é feito por operadores com formação específica, que fazem a triagem, aconselhamento e envio de meios de socorro (INEM, 2009).

Ao longo deste Módulo de Estágio tive oportunidade de realizar um turno no CODU (6 horas), um turno em ambulância SBV (12 horas), 8 turnos em ambulância SIV (96 horas) e 10 turnos em VMER (60 horas), em vários locais da zona Norte: CODU Porto, ambulância SBV Braga, SIV Gondomar, Santo Tirso e Fafe, VMER Porto, Braga e Famalicão. Optei por realizar em vários locais para conhecer diferentes realidades e formas de actuação. A minha escolha recaiu sobre estes meios pela sua localização, mas também pelo número de activações e experiência dos profissionais.



2. Competências Desenvolvidas

Com as mudanças ocorridas nos últimos anos como a criação da Ordem dos Enfermeiros e a aprovação da alteração estatutária que inclui o novo Modelo de Desenvolvimento Profissional inscrito na Lei n.º 111/09 de 16 de Setembro, a definição de diferentes competências aos diversos níveis da prestação de cuidados de enfermagem é uma actualidade, não só na Enfermagem, como também constitui uma preocupação da sociedade em geral. A procura por uma definição para o termo “Competência” reside numa “confusão e debate acerca do conceito de «competência» que é impossível identificar ou aplicar uma teoria ou chegar a uma definição capaz de acomodar e reconciliar todos os diferentes modos em que o termo é utilizado” (Delamare Le Deist & Winterton, 2005, citado por Carvalho, 2007, p.29). Tentarei, no entanto, chegar a alguma clarificação no que concerne às Competências do Enfermeiro Especialista.

A ambiguidade presente na literatura no que concerne a este conceito é bastante relevante, contudo apreso que as competências são amplamente aceites como uma habilidade ou característica que permite ao indivíduo proporcionar um desempenho superior no trabalho que desenvolve (McCarthy *et al*, 2009). De encontro a esta definição vem a preconizada pela Ordem dos Enfermeiros em que Competência “refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.16). Relativamente ao Enfermeiro Especialista, esta entidade distingue competências comuns e competências específicas, sendo as primeiras “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2009 p. 10). Como competências específicas, acrescidas às comuns, a OE define aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido de cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 10). Como competências comuns encontramos, nomeadamente, a prática profissional ética e legal, a gestão de cuidados e a gestão da qualidade e como competência específica a prestação de cuidados especializados à pessoa e família, às quais me remeterei de seguida.



2.1. Prática Profissional, Ética e Legal

Este domínio assenta numa prática que demonstra um corpo de conhecimentos ético-deontológicos e que norteia a acção no respeito destes princípios, realizando uma avaliação sistemática das melhores práticas e no respeito pela vontade do cliente. Simultaneamente, coaduna-se com a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Considerando ser a prática profissional que respeita os campos ético e deontológico, uma competência comum a todos os enfermeiros, procurei nos estágios desenvolver estes domínios a um nível que se coadunasse com o do enfermeiro especialista - diga-se, procurando exercer uma prática ética e reflectida, adequada a cada situação, bem como de apoio aos restantes colegas no que concerne a este âmbito.

No sentido de promover uma actuação profissional ético-legal no Módulo de Estágio I, desenvolvi as seguintes actividades:

- Comunicação de forma reflectida e estruturada com a equipa multidisciplinar e com a pessoa e família aquando do planeamento e prestação de cuidados;
- Recurso a técnicas de comunicação de forma a estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa/família, e a envolvê-los no processo de doença/recuperação, nomeadamente numa situação na área amarela em que tive de cateterizar um acesso endovenoso a um jovem com Síndrome de Down, acompanhado pela mãe; após lhe ter explicado a necessidade do procedimento, ela referiu que iria ser difícil, pois ele não colaborava, pelo que dialoguei com o jovem, transmitindo-lhe palavras de conforto, tendo obtido a colaboração do mesmo, o que possibilitou a realização do procedimento; a mãe referiu que tal nunca tinha acontecido;
- Utilização de linguagem congruente com o nível sociocultural da pessoa/família;
- Facilitação dos processos de vivência da doença e luto da pessoa e família, nomeadamente na sala de emergência, local onde presenciei situações de morte e estabeleci diálogo com a família, no sentido de promover o processo de luto, permitindo, inclusive, a despedida ao familiar, com a devida indicação dos profissionais do serviço;



- Promoção de práticas de cuidados no respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais.

Ao considerarmos, como Watson (*cited in* Pereira, 2008, p.53), que a “Enfermagem é a ciência humana das pessoas, das experiências e vivências de saúde / doença do Homem, que se realiza em transacções humanas, profissionais, individuais, científicas, estéticas e éticas”, então o cuidar em enfermagem dá prioridade à pessoa na sua singularidade e não a uma lógica da organização do trabalho. Num olhar sobre o passado, encontramos o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), claramente como o marco que traçou o início de um novo ciclo na profissão de enfermagem. Nele estão subjacentes princípios de actuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais. No seu número 1 do artigo 8º pode ler-se: "no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos" (Portugal, 1996, p. 2961). Com a publicação do Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro), estes valores foram afluídos e adoptados como norma de conduta para todos os profissionais de enfermagem.

Para concretizar esta esfera de competências no módulo III, pesquisei diversos documentos legais no âmbito da Saúde, do Enfermeiro Especialista e da Emergência Médica, o que me permitiu conhecer o enquadramento legal de actuação no pré-hospitalar. Este saber é essencial, não só para eu conhecer o funcionamento organizativo do INEM, como também os moldes de actuação do enfermeiro neste Instituto, o que se revelou um instrumento vital na realização deste estágio.

Demonstrei na prática, também, o respeito pela individualidade do cliente, dando-lhe espaço para demonstrar a sua vontade, nomeadamente num caso em que a equipa foi activada para uma situação de queda numa vítima do sexo feminino, com 79 anos de idade que teria sofrido uma síncope. À nossa chegada ao local, esta encontrava-se consciente e com os sinais vitais estáveis. Confessou-nos que já não era a primeira vez que esta situação lhe acontecia, e que aguardava uma consulta no seu médico de família. A equipa aconselhou a senhora a ser transportada para o hospital, ao que ela recusou. Fizemos alguns ensinamentos à família acerca dos procedimentos em caso de esta situação se verificar e a senhora assinou um documento de recusa de transporte. De



facto numa ida ao hospital poderia ser efectuado um estudo mais aprofundado acerca do motivo da síncope, contudo, está expresso na Lei de Bases da Saúde (Portugal, 1990, p.3454), Base XIV, alínea b, que os utentes têm direito a “Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta”. Sendo-lhe explicado de forma adequada ao seu nível de compreensão as condicionantes ao seu estado de saúde, o doente gozando da sua plena autonomia, reserva-se no direito de aceitar ou recusar os cuidados que a equipa lhe propõe, daí considero ter sido correcta a actuação da equipa nesta situação.

O respeito pelo Código Deontológico (Portugal, 1998), nomeadamente no que concerne aos deveres para com a comunidade (Artigo 80º), encontra-se subjacente às acções desenvolvidas em estágio de avaliação das necessidades e intervenção, que serão abordadas posteriormente neste relatório.

Através destas actividades concretizei o objectivo a que me propus no projecto: demonstrar responsabilidade profissional, ética e legal.

A título de conclusão saliento o facto da necessidade da lei dever ser encarada, previamente a uma imposição da sociedade, como uma virtude de si próprio, porque, como nos diz Aristóteles, a lei prescreve acções a realizar, visando ora o interesse comum, ora o interesse pessoal, sendo, por isso justa. A justiça torna-se, por isso, segundo o filósofo, na mais completa de todas as excelências, pois “quem a possuir tem o poder de a usar não apenas só para si, mas também com outrem”, correspondendo à ordem que induz para fora, um equilíbrio interior do ser humano (Aristóteles, 2009 p. 119).

2.2. Prestação de Cuidados Especializados à Pessoa e Família

A prestação de cuidados especializados é uma das competências atribuídas ao enfermeiro especialista, como se pode constatar pela Lei nº 104/1998, Artigo 7º, nº 2, onde se pode ler: “O título de *enfermeiro especialista* reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados em áreas específicas de Enfermagem” (Portugal, 1998, p.1742). Nesta perspectiva, segundo Alarcão e Rua (2005), a sua competência deve assentar num conjunto de características:

- Uma personalidade equilibrada, humanista e responsável;
- Conhecimentos científicos e técnicos sólidos e actualizados;



- Capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares;
- Uma atitude de aprendizagem contínua.

Neste sentido, desenvolvi no módulo de estágio I as seguintes actividades/comportamentos:

- Demonstração de conhecimentos académicos e da prática profissional, aplicando-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes;
- Pesquisa sobre assuntos que exigiram um conhecimento mais profundo, nomeadamente a Triagem de Manchester e o RMDE;
- Demonstração de receptividade para aprender temas e assuntos novos, como por exemplo as Vias Verdes de AVC, Coronária e Sepsis;
- Estudo de informação acerca da área da especialidade e de dúvidas surgidas em estágio, através da consulta de documentos emanados pela OE, nomeadamente acerca do perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, e do Código Deontológico;
- Reflexão sobre a prática diária, com tutor, de forma a identificar erros e evitá-los, nomeadamente acerca das minhas dificuldades nas diferentes áreas do SU e das práticas de enfermagem, por exemplo em relação à cateterização venosa dos doentes e ao melhor sistema de colheita de sangue;
- Momentos de diálogo com outros profissionais do Serviço, de forma a beneficiar com a troca de experiências ao longo da prestação de cuidados e também aquando da elaboração dos registos de enfermagem, ou mesmo em “momentos mortos”;
- Avaliação da informação conhecida decorrente do processo de enfermagem e tomada de decisões fundamentadas na prestação de cuidados;
- Uso de tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados, tendo adquirido destreza na utilização do programa informático Alert em utilização no SU;
- Reunião de informação relevante acerca da actuação em situações complexas, como por exemplo a abordagem ao doente politraumatizado, acerca da qual senti



necessidade de relembrar o algoritmo, pelo que consultei as directrizes emanadas pelo Conselho Português de Ressuscitação;

- Execução de práticas de cuidados à pessoa em situação crítica em tempo útil e de forma holística (esta actividade assume particular importância no SU, um local onde a imprevisibilidade impera, e onde situações de urgência médica evoluem frequentemente para situações emergentes, como nos diz Sheehy (2001); assim, cabe ao enfermeiro possuir capacidades cognitivas, intuitivas e técnicas de forma a antecipar focos de instabilidade e a agir de forma pronta aos mesmos);
- Demonstração de conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida, tendo tido oportunidade de colaborar com a equipa em três situações de paragem cardio-respiratória;
- Participação na triagem de Manchester durante 1 turno, onde tive oportunidade de conhecer os fluxogramas deste sistema. Contrariamente ao que se poderia pensar de um sistema que define a prioridade do doente de acordo com os dados introduzidos, sem espaço para juízos individuais, o estágio nesta área permitiu-me constatar que esta afirmação não é totalmente verdade. O enfermeiro da triagem avalia o utente, fazendo uso dos seus saberes, ao mesmo tempo que executa os fluxogramas do sistema de Manchester, o que lhe permite fazer uma avaliação inicial sumária e identificar problemas que exigem uma intervenção rápida, pelo que este orientará o doente para a área onde o tipo de intervenção adequado lhe será proporcionado. De realçar, também, o espírito de auto-aprendizagem dos enfermeiros da triagem, que frequentemente pesquisam no sistema os diagnósticos e intervenções dos utentes após o seu encaminhamento, de forma a perceberem se este foi efectuado do melhor modo.

Estas actividades permitiram-me efectuar um exercício mental no sentido de perceber todos os fenómenos inerentes aos cuidados prestados, bem como todas as dimensões presentes na pessoa e família. Desta forma, procurei fazer uma interligação entre o saber académico e a sua componente prática, reflectindo e discutindo pontos de vista com os colegas, para, desta forma, melhorar as minhas práticas, mergulhando numa outra dimensão, a de Enfermeiro Especialista.

Perfilhando o pensamento de Longarito: “Os contextos de trabalho são o local indicado e adequado para a construção de saberes e gestos profissionais, relacionando o



saber formalizado com a prática, isto é, o saber, com o saber fazer e o saber ser (da acção), construindo o saber cognitivo (saber emergente de reflexão na acção) ” (Alarcão & Rua, 2005, p.376). Apesar das dificuldades sentidas inerentes ao facto desta ser uma experiência nova, o que me levou a desenvolver estratégias de adaptação, bem como ao facto do SU do Hospital de S. João ter grande afluência e a disponibilidade para reflectir com a enfermeira tutora e com os restantes profissionais ser escassa, fui capaz, com a ajuda dos mesmos, de atingir os objectivos a que me propus no Projecto de Estágio, desenvolvendo competências a nível da prestação de cuidados especializados à pessoa e família.

No contexto do Módulo de Estágio III, no sentido de adquirir e/ou desenvolver estas competências, procurei atingir os seguintes objectivos propostos:

- Demonstrar conhecimentos gerais e específicos na área de EEMC e desenvolver o auto-conhecimento;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados especializados;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de EEMC;
- Identificar problemas da prática profissional relacionados com a pessoa e a família, demonstrando consciência crítica;
- Avaliar oportunidade de participação da família no processo de cuidar;
- Demonstrar competências de comunicação no relacionamento com a pessoa e família, estabelecendo uma relação empática e terapêutica.

No início do estágio senti necessidade de definir, ainda, mais dois objectivos: assistir em situações multivítimas e traumatizados, por considerar serem ambas situações que exigem grande diferenciação de competências para prestação de cuidados especializados.

Assim, colaborei com as equipas dos locais de estágio no planeamento e prestação de cuidados nas situações de trauma por acidente de viação, trauma com multivítimas, encarceramento e PCR, trauma por atropelamento com TCE, queda em altura, trauma abdominal por acidente de trabalho; intoxicação, trabalho de parto, disritmias, alteração do estado de consciência, crise convulsiva, hipoglicemia, insuficiência respiratória e PCR. Para basear a minha prática em decisões devidamente fundamentadas, revi



conhecimentos nestas áreas, nomeadamente através da consulta dos protocolos de actuação SIV, algoritmo e avaliação primária e secundária de trauma, electrocardiografia e novas *guidelines* de Suporte Avançado de Vida do Conselho Europeu de Ressuscitação.

A prestação de cuidados e actuação em particular nas situações de acidentes de viação (uma com multivítimas e outra com uma vítima encarcerada) exigiu uma elevada gestão de stress e mobilização de esforços da equipa na coordenação dos meios que ficou a cargo do elemento da equipa mais diferenciado, nestes casos o enfermeiro. Na situação de acidente de viação com multivítimas tive oportunidade de participar na avaliação inicial das mesmas, fornecendo informação ao coordenador, e colaborar com este na distribuição dos elementos da equipa, estabilização, transporte e transmissão de dados das vítimas. Constatei o quão complexo é este trabalho, que pode ser optimizado no âmbito de actuação do Enfermeiro Especialista em EMC, através da mobilização de conhecimentos empíricos, técnico-científicos, gestão e coordenação.

Em situações de elevada ansiedade por parte das vítimas e família, em que a comunicação se encontra dificultada, desenvolvi estratégias para ultrapassar esta barreira, fornecendo o meu contributo, nomeadamente, num caso de agressão a um indivíduo traqueotomizado, em que o agressor removeu o que aquando da activação da VMER se pensou ser a cânula de traqueotomia à vítima, e posteriormente julgamos ser o dispositivo para falar, uma vez que este já tinha sido traqueotomizado há 20 anos e o estoma encontrava-se formado. Pela minha experiência em comunicação com doentes traqueotomizados e esforço da equipa, conseguimos transmitir tranquilidade à vítima e recolher a informação necessária, nomeadamente dados pessoais, antecedentes e patologia, o que me deixou um sentimento de satisfação pelo meu contributo.

Sendo a capacidade de análise de situações complexas e reflexão acerca de situações da prática e dos factores que a condicionam, de forma fundamentada, um dos objectivos gerais do estágio e uma competência essencial do EEMC, procurei desenvolver juízo crítico através da discussão de casos com as equipas no final de cada saída e de temas pertinentes, bem como da realização de fichas de reflexão no final de cada turno. Estas fichas permitiram-me estruturar objectivos para cada dia, bem como descrever os casos, reflectir e também receber um feedback por parte dos profissionais que exerceram tutoria no meu estágio. Duas situações analisadas suscitaram em mim particular interesse pela sua pertinência, o que me motivou a realizar textos de reflexão, com uso à



pesquisa bibliográfica, sendo estas a adesão ao regime terapêutico e a presença da família em situação de manobras de reanimação em PCR. Esta última não só pelo dever de participação da família no processo de cuidar, como também pelo elevado número de casos de PCR em pré-hospitalar, frequentemente presenciadas pela família e em que a actuação das equipas difere. Exemplo disso é a D. Amélia (nome fictício), de 86 anos de idade, acamada há três, com antecedentes pessoais de doença de Alzheimer e hipertensão arterial. Foi encontrada pela família inconsciente, que contactou o INEM. À nossa chegada ao local, os bombeiros encontravam-se em manobras de SBV há 15 minutos, em presença de um familiar. Procedemos à monitorização da vítima, que se encontrava em assistolia, em midríase fixa e com perda de controlo de esfíncteres. Tendo em conta os seus antecedentes e idade avançada, não se procederam a manobras de SAV. Indaguei se a observação da realização de procedimentos invasivos e de esforços da equipa em manobras de SAV em entes queridos seria benéfico, ou, se pelo contrário, seria traumatizante para os familiares. Pesquisei, assim, na literatura o estado da arte neste campo.

McClement *et al* (2009) falam-nos que a experiência de ter um ente querido em situação de PCR é sempre motivo de grandes emoções para a família, adicionado ao facto de esta ser remetida para uma sala à parte, aguardando o resultado das manobras de reanimação. As mesmas autoras afirmam que esta prática está, no entanto, a mudar, devido à crescente ênfase nos cuidados centrados na família em conjunto com a mesma exercendo o seu direito de estar presente durante as manobras de reanimação. Esta realidade não é nova e já na década de 80 se encontra o primeiro relato acerca do tema, o que levou á tomada de posição de várias entidades na última década, como *Emergency Nurses Association, American Association of Critical Care Nurses, European Federation of Critical Care Nursing Associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care*, entre outras (Walker, 2008; McClement, *et al.*, 2009). O Conselho Europeu de Ressuscitação contempla nas suas *guidelines* a presença da família nas medidas de reanimação, contudo, nem todos os países europeus aceitam esta recomendação. Exemplo disso é a Turquia. Num estudo desenvolvido neste país, em enfermeiros de cuidados intensivos, Badir e Sepit (*cited in* McClement *et al* , 2009) concluíram que 83% da amostra não considerou necessário o convite aos membros da família para permanecer durante a reanimação, e 69% afirmou não desejar esta presença. Por sua vez, Moons e Norekväl (*cited in* McClement *et al*, 2009)



identificaram que a atitude dos enfermeiros dos países anglo-saxónicos, como o Reino Unido e a Irlanda é mais positiva em relação a este tema do que a dos restantes países europeus. Concluímos, assim, que factores culturais influenciam a posição dos enfermeiros neste contexto.

Diversos estudos têm sido desenvolvidos nesta área, na sua maioria nos EUA, na Austrália e alguns no Reino Unido, relatando vantagens e desvantagens em relação à presença da família durante manobras de reanimação (Cottle, 2008). Na sua maioria, convergem nos resultados encontrados no que concerne aos benefícios da presença da família durante este acto, sendo estes uma melhor aceitação da morte por parte da família, que tem possibilidade de verificar os esforços feitos pela equipa; o facto de a equipa relacionar o doente a uma história de vida, alguém que pertence a alguém e não apenas mais um doente; a possibilidade do familiar proporcionar apoio e conforto à vítima naquelas que poderão ser as suas últimas horas e despedir-se da mesma (McClement *et al.*, 2009; Cottle, 2008; Fell, 2009; Walker, 2008).

Num estudo levado a cabo no Canadá a enfermeiros membros do CACCN (*Canada Association of Critical Care Nurses*), por McClement *et al* (2009), uma das enfermeiras justificou a importância deste facto com a expressão: “Se você estivesse a morrer, quem quereria ao seu lado? Os seus entes queridos e estranhos que lhe estão a tentar salvar a vida, ou somente estranhos, com os seus entes queridos nalguma sala longe de si?” (McClement *et al.*, 2009 p. 235). Para além destes benefícios, Agard (2008) refere uma menor incidência de stress pós-traumático, nos familiares que assistiram a manobras de reanimação, bem como uma menor incidência de processos judiciais contra os profissionais, uma vez que têm oportunidade de verificar que tudo foi feito para tentar recuperar a vítima.

A presença da família durante medidas de SAV acarreta, contudo, riscos tanto para os profissionais como para a família. Para os profissionais de saúde, pode ser passível de gerar sentimentos de ansiedade e incapacidade para lidar com a situação, bem como receio da sua prática estar a ser avaliada e ser passível de ser colocada em causa através de um processo judicial; restrições no uso de mecanismos de *coping* como o humor e a possibilidade da família causar interrupções passíveis de interromper os profissionais na sua actuação. Para a família, os riscos podem ser físicos, como não se afastarem da cama aquando da desfibrilhação, ou psicológicos como o trauma resultante da visualização de procedimentos invasivos e que pode estar presente em pessoas mais



susceptíveis (McClement *et al.*, 2009; Agard, 2008; Cottle, 2008; Fell, 2009; Walker, 2008).

Assim, é consensual entre várias entidades, nomeadamente o Conselho Europeu de Ressuscitação, a necessidade da presença de uma pessoa que não esteja a participar nas técnicas de reanimação que preste cuidados à família. Este elemento é denominado por suporte familiar, ou facilitador familiar e pretende-se que torne a vivência da pessoa significativa o melhor possível, tendo em conta as circunstâncias. Para tal, deverá preparar previamente a pessoa para o que irá testemunhar, estabelecendo limites e fornecendo informações acerca dos procedimentos e dos seus efeitos. Este também deverá encorajar o familiar a permanecer ao topo ou aos pés da cama, estabelecendo contacto físico com a vítima (Cottle, 2008). A pessoa significativa terá um papel importante em situações em que terá de ser tomada uma decisão relativamente à suspensão de medidas de reanimação, conferenciando com os restantes familiares e a equipa de saúde (Cottle, 2008).

Vários estudos apontam o enfermeiro como o profissional ideal para desempenhar este papel, não só pelas suas competências a nível de SAV, como também a nível de suporte familiar (Cottle, 2008). Esta situação pode ser, no entanto, irrealista, devido ao frequente insuficiente número de enfermeiros, bem como a falta de incentivo e tempo para desenvolver competências espirituais. Ellison (*cited in* Cottle, 2008) relata que 70% dos enfermeiros não se sentem capazes de lidar com as necessidades das famílias que testemunharam medidas de SAV. Assim, nos Estados Unidos da América, o sacerdote ocupa muitas vezes o papel de suporte familiar, fornecendo apoio à equipa de saúde e à família. Um estudo efectuado por Mian (*cited in* Fell, 2009) relata o caso de enfermeiros que se apresentavam resistentes à presença da família numa fase inicial mas que, posteriormente, se adaptaram a esta prática quando expostos a ela.

York (*cited in* Agard, 2008) fala-nos da importância de criar uma equipa interdisciplinar que permita a discussão de pontos de vista, bem como a definição de papéis, nomeadamente de suporte familiar. Com o objectivo de uniformizar práticas, bem como auxiliar os profissionais no seu processo de tomada de decisão, várias entidades estabeleceram *guidelines* da prática no âmbito desta temática, nomeadamente a *American Association of Critical-Care Nurses*. Esta associação recomenda as seguintes atitudes:

- Analisar os benefícios para o doente e família;



- Pesquisar a existência de uma política que apoie a presença da família; caso não exista, tentar desenvolver com as entidades superiores um protocolo;
- Disponibilizar conteúdo académico e evidências que despertem os profissionais para a possibilidade de presença da família;
- Educar profissionais para criar uma equipa interdisciplinar;
- Definir critérios para a presença e exclusão da família que assegurem a não interrupção dos cuidados ao doente;
- Critérios de exclusão incluem comportamento violento; intoxicação, alterações comportamentais devido ao uso de drogas e dificuldade em controlar as emoções;
- Definir um facilitador familiar conhecedor do protocolo que prepare as famílias para permanecerem junto do doente, prestando-lhes apoio antes, durante e após o evento e gerindo as suas emoções. Os facilitadores familiares podem ser qualquer membro da equipa interdisciplinar;
- Avaliar desempenho da equipa e desenvolver métodos para melhoria, se necessário (Agard, 2008, p. 158, traduzido).

Através desta revisão, percebemos existirem benefícios e também condicionantes à presença da família durante manobras de reanimação, pelo que o profissional deverá, com uma atitude crítica, avaliar cada caso. Para a sua tomada de decisão, este deve possuir conhecimentos nesta área, através da pesquisa de conhecimento já produzido. As entidades hierárquicas superiores podem participar neste processo através da divulgação do conhecimento, sensibilização dos profissionais e da criação de grupos interdisciplinares de trabalho. De notar que na pesquisa que efectuei no âmbito desta temática, apenas encontrei estudos estrangeiros, pelo que, visto ser um aspecto sujeito a factores culturais, seria pertinente estudar a realidade portuguesa.

Os resultados desta e outras pesquisas permitiram-me não só adquirir conhecimento, como também divulgá-lo aos profissionais com quem contactei, através de diálogos em que não só contribuí a nível da formação informal e incentivo à investigação, como também beneficiei com a troca de experiências.



2.3. Gestão de Cuidados

Reconhecendo as múltiplas dimensões da Enfermagem definidas no REPE, a OE no Caderno Temático acerca do Modelo de Desenvolvimento Profissional, enuncia outras dimensões que se apresentam fundamentais para a profissão, nomeadamente a gestão, a investigação, a formação e a assessoria. A gestão de cuidados revela-se aqui como um domínio comum a todos os Enfermeiros Especialistas, nas seguintes competências: “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.17).

Tendo presente este conceito, adoptei como objectivos a atingir no Módulo I:

- Exercer supervisão no exercício profissional na área de EEMC;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEMC;
- Realizar gestão de cuidados na área de EEMC.

Na tentativa de perceber de que forma o Enfermeiro Chefe operacionaliza as competências de gestão, realizei em conjunto com o colega de estágio uma entrevista à Enfermeira Chefe do SU (Anexo A) na qual foram abordadas as áreas da gestão de recursos humanos, materiais e de cuidados. Percebemos que a dotação de enfermeiros por turnos é calculada mediante postos de trabalho definidos pela Direcção Geral de Saúde, de acordo com as fórmulas estabelecidas, embora exista alguma flexibilidade para poder dar resposta a situações pontuais. Em relação à gestão de recursos humanos, uma das mensagens mais importantes que retive foi o facto da mudança de comportamentos não dever nunca ser imposta, mas dever, sim, ser sentida pelos seus intervenientes como uma necessidade.

A Gestão da Cadeia de Abastecimento do serviço em termos de materiais de consumo clínico é feita por reposição por nível adaptado. Existe Armazém avançado no armazém central de onde sai o material para dois armazéns intermédios no serviço. De acordo com a Enfermeira Chefe, este é o melhor método, uma vez que permite um melhor controlo de gastos, na medida em que evita a acumulação de uma grande quantidade de material no Serviço, o que acarreta custos e riscos, nomeadamente a expiração da validade, e também reduz a quantidade de material disponível, o que conduz à conseqüente redução no seu consumo. O stock de material no armazém



intermédio é verificado diariamente, de forma a não haver falhas quando este é necessário. Este sistema, em expansão, tem sido utilizado de forma exponencial em inúmeros hospitais, nomeadamente no Hospital de Évora, onde têm sido relatados inúmeros benefícios, nomeadamente a redução de desperdícios devido à simplificação das tarefas acabando com a utilização do papel; a redução de níveis de stock no armazém central e nos armazéns avançados; a diminuição de artigos em ruptura de stock; a redução de custos com pessoal devido à reestruturação e ao facto de ter baixado o recurso aos enfermeiros afectos às tarefas de logística e o decréscimo de erros na introdução de dados devido à automatização de procedimentos, que contribuiram para o aumento da eficiência da performance dos serviços logísticos (ZETES burótica, 2009).

Tive, também, oportunidade de acompanhar a minha tutora em funções de coordenação do SU na execução de funções de gestão de recursos humanos, materiais e de cuidados. É este profissional que elabora a distribuição de enfermeiros por turno e faz os ajustes necessários ao longo do mesmo, de acordo com a afluência às diferentes áreas; possui a chave dos armazéns intermédios e é responsável por qualquer saída de material para as áreas de utilização, assim como também colabora na prestação de cuidados sempre que necessário.

Na tentativa de actuar na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, elaborei dois estudos de caso (Anexo B e C). De acordo com Bocchi (1996) o estudo de caso é uma estratégia de ensino humanista e reflexiva que contribui, de forma muito positiva, para a formação do aluno, pois aumenta o conhecimento teórico-prático referente à assistência, estimula a autonomia na tomada de decisões, na solução de problemas e no conhecimento referente à metodologia científica. Heidgerken, citado por Galdeano *et al* (2003), acrescenta que o estudo de caso fundamenta as acções de enfermagem; proporciona uma assistência individual e personalizada, na qual o cliente é visto como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas; proporciona um elo entre as diversas áreas que actuam de forma interventiva nos problemas do cliente; contribui na formação de um corpo concreto de conhecimento de enfermagem, pois os registos e arquivos dos estudos de casos podem ser utilizados como referência futura e contribuir para melhorar o desempenho da equipe de enfermagem. Nesta perspectiva, elaborei uma reflexão em cada estudo de caso. Uma das situações que suscitou interesse pela sua pertinência foi o Processo de Enfermagem no contexto do SU. Neste local, o enfermeiro depara-se, maioritariamente, com situações agudas, às quais tem de dar



resposta em tempo útil, pelo que o Processo de Enfermagem surge como um desafio, uma vez que esta resposta tem de ser implementada frequentemente numa questão de minutos. Assim, o enfermeiro vê-se obrigado a estabelecer prioridades no sentido de dirigir a sua acção sobre o foco que compromete as funções vitais do doente naquele momento, incorrendo o risco de não executar uma avaliação holística do mesmo. Tal atitude pode, por este facto, resultar numa intervenção incompleta, à qual escapam fenómenos por resolver, o que levará, inevitavelmente a uma nova recorrência ao Serviço de Urgência. A solução, segundo muitos, nomeadamente Sheehy (2001), reside no processo de enfermagem, uma abordagem que permite a resolução de problemas, e que, segundo Doenges & Moorhouse, citados por Paiva (1995), pode ser definido como “um método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e resolução de problemas ao planear e prestar cuidados ao doente”. Os mesmos autores atribuem as seguintes vantagens a este processo: fornecer uma matriz que pode satisfazer as necessidades do indivíduo, família e comunidade, focalizar a atenção do enfermeiro nas respostas humanas individuais, proporcionar um método sistemático e organizado de resolução de problemas, minimizando erros e omissões, promover o envolvimento activo do doente no seu processo de saúde, fornecer uma linguagem comum para o exercício da profissão, reforçar a continuidade de cuidados, proporcionar um meio de avaliação dos resultados a atingir, bem como da contribuição económica dos cuidados de Enfermagem. É, ainda segundo os mesmos, através da aplicação do processo de enfermagem que se obterá um padrão de qualidade de cuidados, resultando num sistema viável que é reconhecido como corpo de conhecimentos da profissão e que pode ser partilhado com outros profissionais de saúde.

Ainda a nível das competências de gestão, encontram-se as actividades de supervisão e tutoria, nas quais tive oportunidade de colaborar, inclusive em alunos de Licenciatura em Enfermagem e profissionais em integração. Esta é uma função importante do Enfermeiro Especialista, visto, segundo o Serviço Nacional de Saúde Inglês, pioneiro na implementação de uma política de fomentação da supervisão clínica, constituir um processo formal de apoio e aprendizagem profissionais que possibilita a cada um desenvolver conhecimento e competência, assumir responsabilidade pela sua própria prática e melhorar a protecção ao cliente e a qualidade na prestação de cuidados em situações clínicas complexas. Conforme afirmam Alarcão e Rua (2005, p. 376)



“Central ao processo de aprendizagem e ao alargamento do âmbito da prática, deve ser considerado um meio de encorajar a auto-avaliação e as competências analíticas e reflexivas”.

No Módulo de estágio III, estabeleci como objectivos para este domínio liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEMC e realizar gestão de cuidados, tendo desenvolvido as actividades:

- Pesquisa acerca das competências de gestão definidas pela OE e outras;
- Observação da dinâmica do meio no que concerne à eficiência de gestão de recursos - verifiquei que todos os meios possuem uma lista com todo o material disponível em armazém e no final de cada saída é feito o débito do material gasto e repostado na ambulância; ao sábado de manhã é enviado o pedido para a logística do material gasto durante a semana, sendo a verificação do material da ambulância e malas feito todos os dias de manhã e uma verificação mais atenta que tem em conta a visualização das datas de validade é definida em cada meio numa lista de tarefas semanal; está ainda em experimentação na SIV de Gondomar um programa de débito directo do material gasto, que tem comunicação directa com a logística e evita o registo em papel;
- Colaboração com os Enfermeiros Especialistas de EMC no exercício de funções de gestão de cuidados - adopto como exemplo as situações de trauma por acidente em multivítimas na SIV durante estágio na SIV de Gondomar, no qual foi necessário distribuir recursos humanos pelas vítimas de acordo com grau de gravidade, já referidas anteriormente;
- Avaliação dos riscos da prestação de cuidados associados aos recursos - em contexto de pré-hospitalar são inúmeros os riscos a que os profissionais estão expostos, nomeadamente mecânicos, eléctricos, físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicossociais e incêndios, pelo que é essencial em todas as situações de actuação avaliar condições de segurança, de forma a minimizá-los, um princípio que está presente em todos os profissionais; verifiquei a existência de uma intervenção no âmbito dos riscos ergonómicos por parte de um estagiário de EEMC através de posters afixados nas bases;
- Conhecimento de estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado - como estratégia de motivação dos profissionais, o INEM possui um gráfico na rede interna com o top das SIV e dos profissionais no que diz



respeito ao número de activações, disponível na sua página inicial, que os profissionais visualizam com regularidade e que suscita algum espírito de saudável competitividade;

- Realização de entrevista informal ao Enfermeiro Coordenador do meio - realizei entrevista ao Enfermeiro Coordenador das SIV Norte, em (Anexo D), através da qual tomei conhecimento da sua visão acerca do papel do enfermeiro especialista no pré-hospitalar e da gestão dos meios, bem como acerca da filosofia do INEM. Segundo o mesmo não existe uma função específica do enfermeiro especialista. Existem 4 enfermeiros especialistas em EMC e um em Enfermagem de Reabilitação na delegação Norte, que fazem a gestão dos meios operacionais e trazem um maior aporte de conhecimentos que a especialidade lhes permitiu. Em relação à gestão dos meios para dar resposta a novas necessidades após a reestruturação dos serviços de urgência, o INEM tem trabalhado em conjunto com a ARS, complementando as necessidades existentes e mobilizando meios onde se encerram Serviços de Apoio Permanente, nomeadamente em S. João da Pesqueira, Valença, etc. Estes meios podem ser ambulâncias SBV ou SIV. Ainda de acordo com o mesmo, a filosofia do INEM muda com a Direcção. Recentemente houve uma mudança na Direcção, pelo que a filosofia também vai mudar e irão retomar as acções de sensibilização nas escolas e na população.

De forma a compreendermos o actual âmbito de actuação do INEM, terei de efectuar uma breve resenha história acerca dos sistemas de emergência em Portugal. O socorro pré-hospitalar de doentes inicia-se, no nosso país em 1965, através da implementação do número nacional de emergência “115”, agora “112”; que servia na primeira fase para acudir a vítimas de acidentes na via pública em Lisboa. Assim, era accionada uma ambulância tripulada por polícias, que efectuavam o transporte para o Hospital. Nos anos seguintes, este serviço estende-se a outras cidades do país (Mateus, 2007).

Em 1971 é criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), cujo objectivo era “assegurar a orientação, coordenação e eficiência das actividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes, bem como ao respectivo transporte” (Portugal, 1971). Foram então criados os postos de Ambulâncias do SNA, dotados com ambulâncias medicalizáveis, equipamento sanitário e de telecomunicações



e entregues à colaboração da PSP ou às Corporações de Bombeiros. De forma a preencher a lacuna de cuidados existente entre o local de ocorrência e o hospital, é criado em 1980 o “Gabinete de Emergência Médica” (GEM), que tinha como função a elaboração de um projecto que viesse a desenvolver e coordenar um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e que resultou, em 1981, na fundação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Foram, então, definidos pelo GEM princípios gerais e linhas de actuação orientadoras, bem como programas de investigação, formação de pessoal e formação e informação ao público, sendo este último essencial visto o cidadão ser parte integrante do sistema. Desde então o INEM tem desenvolvido várias acções pedagógicas nesta área, através de campanhas gerais de divulgação, publicação de panfletos e brochuras, visitas a instituições de ensino básico e superior (Mateus, 2007).

Durante turno que realizei no CODU, através da observação e de entrevistas informais, detectei um elevado número de chamadas em que as pessoas contactam o INEM, demonstrando dificuldades em identificar o motivo do contacto, bem como o local, o que dificulta o envio dos meios adequados. Por vezes, ainda, contactam os bombeiros, ao invés do 112. Estes, por sua vez, após chegada ao local, informam o INEM da ocorrência, necessitando, frequentemente, de outros meios mais diferenciados, como a ambulância SIV ou a VMER. Esta realidade também me foi relatada pelo Enfermeiro Coordenador, que apontou como principais causas o desconhecimento formal da população pela informação insuficiente e o difícil acesso à linha 112, em que por vezes os tempos de espera são longos, uma vez que antes de ser remetida para o CODU, a chamada é recebida na polícia.

Para fazer face a esta situação, o Enfermeiro Coordenador sugeriu a realização de um artigo de informação ao público, o que coincidiu com uma possibilidade de intervenção encontrada por mim para contribuir colmatar este problema. Assim, contactei dois meios da imprensa escrita da região de Braga, uma das zonas em que realizei estágio, e propus a publicação de um artigo de informação à população em que fossem relatados a composição do SIEM em Portugal, os meios de que o INEM dispõe, a actuação em caso de emergência bem como a sua importância. A minha proposta foi aceite, tendo sido publicado no dia 13 de Novembro no Correio do Minho um artigo (Anexo E) e um outro artigo no dia 30 de Novembro na revista SIM (uma revista generalista, com artigos de informação, em Anexo F). A avaliação do impacto desta



intervenção não pode ser mensurável devido a condicionantes de tempo na realização do estágio, contudo, segundo informações fornecidas pelo Chefe de Redacção do Correio do Minho, este jornal tem uma tiragem de oito mil exemplares por dia e estudos indicam que detém cem mil leitores por dia, pelo deverá ter tido um reflexo positivo na população. A publicação deste artigo coincidiu, ainda, com o encerramento do SAP de Vieira do Minho, o que contribuiu para uma melhor informação desta população que durante o período nocturno conta apenas com o INEM como único meio de prestação de cuidados de saúde na zona. A revista SIM tem uma tiragem de 10 0000 exemplares e é de distribuição gratuita no Minho em vários estabelecimentos comerciais, o que sugere ter abrangido uma quantidade considerável da população. Obtive um feedback positivo por parte de elementos da população, colegas e profissionais da redacção que leram o artigo, tendo sido convidada a redigir outros artigos em futuras edições. Ambos os artigos se encontram disponíveis online na página electrónica dos periódicos. A publicação para o jornal Correio do Minho foi, ainda enviada pela Enfermeira Orientadora do Estágio para as bases de SIV Norte e para o Gabinete de Comunicação e Imagem do INEM, tendo sido disponibilizada na página electrónica oficial do INEM.

2.4. Gestão da Qualidade

Qualidade em Saúde actualmente pode ser entendida, segundo o Instituto de Medicina dos EUA como "...o grau em que os cuidados de saúde prestados aos indivíduos e populações promovem os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional mais actual" (Pereira, 2006 p. 80).

Tendo em consideração a filosofia actual da promoção e garantia da qualidade em saúde, a OE optou por uma lógica descritiva ao enunciar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Uma vez definidos os padrões de qualidade, compete aos enfermeiros e às organizações desenvolver os esforços no sentido de proporcionar as condições para um exercício profissional de qualidade. A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros sofre a influência das competências profissionais, habilidades e dos conhecimentos que fundamentam a acção de cada enfermeiro e, por sua vez, influencia as dimensões mais abrangentes da qualidade em saúde (Pereira, 2006). Como afirma Pereira "Daqui se infere o papel de



charneira que o exercício individual e colectivo dos enfermeiros pode ter para a qualidade nos sistemas de saúde” (Pereira, 2006, p. 86).

Neste âmbito, adoptei como objectivos para ambos os Módulos de Estágio:

- Identificar necessidades formativas, promover formação em serviço na área de EEMC e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Ser capaz de aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEMC;
- Formular e analisar questões passíveis de serem intervencionadas no âmbito da EEMC de forma autónoma e em conjunto com a equipa de trabalho;
- Promover e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade.

Tendo presente estes objectivos, no Módulo de Estágio I, simultaneamente à caracterização do SU, identifiquei algumas situações problema, para as quais propus oportunidades de melhoria:

- Manutenção da cadeia de controlo de infecção – verifiquei existirem algumas falhas, nomeadamente na higienização das superfícies pelos assistentes operacionais; esta foi, contudo, uma área em fase de intervenção pelos alunos de licenciatura;
- Encaminhamento dos utentes para as diferentes áreas, bem como para os meios auxiliares de diagnóstico – existe alguma dificuldade por parte de vários utentes em se dirigirem para as áreas dos meios auxiliares de diagnóstico e especialidades, o que está a ser solucionado pelo hospital, nomeadamente através do desenho de circuitos no chão;
- Conhecimento por parte dos enfermeiros acerca da via verde coronária – esta via verde encontrava-se em fase de implementação, pelo que os enfermeiros ainda não se encontram completamente familiarizados com os critérios de activação e procedimentos, o que constituía uma área em que a formação seria necessária; inquiri, assim, a Enfermeira Chefe acerca do assunto, que me informou estarem previstas formações acerca do tema;
- Cateterização vesical – verifiquei que alguns profissionais continuavam a realizar antissépsia do meato urinário com iodopovidona, o que se encontra contra-indicado, sendo recomendação de categoria IA pelo Ministério da



Saúde, a limpeza com água ou soro fisiológico (Ministério da Saúde, 2004). Assim, sempre que era necessário proceder a este procedimento, executava a técnica procedendo à lavagem com água e sabão, o que gerou diálogos e discussões com vários elementos da equipa acerca dos malefícios do uso da iodopovidona; verifiquei, ao longo do estágio, uma mudança de comportamentos em posteriores cateterizações de profissionais que passaram a seguir as recomendações do Ministério da Saúde;

- Colheita de sangue – durante o estágio pude verificar que alguns elementos executavam a colheita de sangue para análise com recurso a seringa adaptada ao cateter endovenoso, o que constitui não só um risco para o profissional, na medida em que tem de passar o sangue colhido da seringa para os frascos de colheita, bem como para a própria colheita, pelo risco acrescido de contaminação; optei, assim, por realizar formações informais aquando das colheitas e em “momentos mortos” aos profissionais acerca dos riscos associados a esta técnica, realçando as vantagens do uso de adaptadores por vácuo, que permitem que o sangue entre directamente para o frasco; como estes adaptadores se encontravam disponíveis no SU, não foi difícil os profissionais os introduzirem na sua prática;
- Conhecimento da população relativamente ao funcionamento do SU – aquando dos turnos que realizei na área de triagem, verifiquei a existência de algumas reclamações por parte de pessoas que não entendiam o funcionamento por prioridades de urgência, o que revela falta de informação relativamente ao tema; durante a entrevista com a Enfermeira Chefe, tomei conhecimento, no entanto, do projecto de humanização do hospital que prevê a colocação deste tipo de informação aos utentes na sala de espera do SU e do *atrium* hospitalar nos ecrãs já existentes;
- Registos de enfermagem – através da consulta dos processos dos utentes e da leitura dos registos de enfermagem, detectei algumas oportunidades de melhoria, essencialmente na escassez de informação registada na avaliação inicial, nas notas de evolução e notas de alta (nestas últimas raros foram os casos de registos que levassem à continuidade dos cuidados, mesmo aquando da transferência para outros serviços da instituição). Encontrei, também, episódios de urgência sem qualquer registo de enfermagem. De referir que



alguma informação vital para a continuidade dos cuidados de enfermagem não era escrita, mas comunicada oralmente aquando da passagem de turno, o que conclui que os registos escritos não reflectem, muitas vezes, a excelente informação obtida e cuidados prestados. Em diálogo com o meu colega de estágio, bem como através da entrevista à Enfermeira Chefe, constamos a convergência da identificação desta oportunidade de melhoria.

Neste sentido, desenvolvi, em conjunto com o colega de estágio, um projecto de melhoria da qualidade dos registos de enfermagem, sendo esta uma das áreas contempladas pela OE acerca dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Pode-se ler aqui: “a existência de um sistema de registos que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 15).

Segundo Potter e Perry (2006, p. 118), um registo é uma “comunicação escrita, legal e definitiva, que inclui informações sobre os cuidados de saúde prestados a um dado utente. [...] é um relato contínuo do estado de saúde do utente, e pode ser consultado por qualquer elemento da equipa de saúde”. As mesmas autoras, salientam a importância da documentação, referindo que a informação nela contida reflecte a qualidade dos cuidados e permite a responsabilização pelos cuidados prestados.

Nos primórdios da profissão, seguindo o paradigma biomédico, o enfermeiro é educado para registar dados relativos à vigilância, medicação e tratamentos executados conforme as prescrições, como podemos ler na *Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*, o primeiro manual encontrado de formação em cuidado de enfermagem em Portugal:

“Todos os dias de manhã, e tarde fareis visita particular aos enfermos [...] para dares ao médico informação do que lhe fizestes, e como tem passado; porque alguns enfermos não sabem dar a indicação necessária [...] o que vós remediais com muita facilidade, assim pela informação, que deles tendes adquirido, como pela lembrança, que na tábua da visita tendes formado [...], ainda que os enfermos sejam poucos, que não é razão que a vossa memória seja fiadora da vida, ou da saúde do enfermo” (Graça, 2005 p. 75).

Apesar da visão redutora da profissão, inerente ao período em questão, verifica-se a importância que os registos assumem, aqui declarado na expressão “não é razão que a vossa memória seja fiadora da vida, ou da saúde do enfermo”. Actualmente, os



registos são impostos legalmente através do Decreto-Lei nº437/91 de 8 de Novembro, que regulamenta a Carreira de Enfermagem, constituindo, como refere Alfaro, citado por Paiva “um documento legal através do qual pode ser avaliada a qualidade dos cuidados prestados” (Paiva, 1995 p. 21).

Podem-se referir enumeras vantagens da elaboração de registos. Segundo Kozier *et al* (1993), estes cumprem essencialmente sete finalidades: comunicação, documentação legal, investigação, estatística, educação, auditoria e a planificação de cuidados.

A comunicação, a mais evidentes das finalidades dos registos, é a forma através da qual a informação significativa acerca do doente pode ser transmitida aos membros da equipa, assegurando, desta forma, a continuidade de cuidados. De salientar que, para esta função se cumprir, é necessário incluir a informação pertinente de uma forma explícita e lógica, o que permitirá fornecer, tal como nos diz Rodeia citado por Paiva, “uma gama de dados acessíveis, utilizáveis e particularmente preciosos” (Paiva, 1995, p. 22).

A finalidade dos registos como documento legal prende-se no facto destes constituírem uma prova dos cuidados prestados, sendo, portanto, importante, como nos referem Potter e Perry (2006), o rigor, apresentarem caligrafia legível, serem isentos de juízos de valor e de informações superficiais e de rotina, incluir data, hora e a identificação de quem os elaborou.

A informação contida nos registos pode, também, ser de grande utilidade na medida em pode ser utilizada por investigadores, no sentido de explorar e comparar resultados, de acordo com as intervenções registadas. Tais dados também podem permitir a criação de bases estatísticas que ajudarão a identificar e a prevenir necessidades, bem como a medir os cuidados prestados. Tal informação possibilitará não só avaliar a qualidade de cuidados, como também, relacionar cuidados e financiamento.

Não posso deixar, ainda, de referir a importância dos registos para a planificação dos cuidados do cliente, não só pelos enfermeiros, como também pela restante equipa interdisciplinar.

Percebemos, assim, a finalidade central de um bom sistema de registos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Porque a existência de dados em abundância não garante a possibilidade destes serem utilizados de forma sistemática,



urge proceder à gestão da informação em enfermagem. Os estudos desenvolvidos nos últimos anos no âmbito da saúde indicam como solução para esta problemática o Resumo Mínimo de Dados (Pereira, 2006). De acordo com Werley *et al* (1991, p.421), entende-se por resumo mínimo de dados de enfermagem “(...) o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde”. Estes representam o conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que contribuem para a adequação dos cuidados prestados numa perspectiva de melhoria contínua. Muitos têm sido os benefícios relatados decorrentes da utilização do RMDE, nomeadamente a promoção e melhoria da qualidade, tendo por base a informação acerca dos resultados obtidos com os cuidados de enfermagem, a identificação e descrição de padrões de necessidades e intervenções de enfermagem e a identificação das áreas centrais de desenvolvimento da disciplina de enfermagem (Pereira, 2006). Urge, assim, caminhar na linha da frente da promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, e contribuir para o desenvolvimento e implementação desta tão importante ferramenta de trabalho que se revela o RMDE.

O trabalho (Anexo G) enquadrou-se no Projecto de Humanização a ser implementado no SU e do qual consta, nomeadamente, um inquérito de satisfação aos utentes em fase de execução por um grupo de alunos do curso de Licenciatura em Enfermagem. As actividades implementadas foram:

- Diálogo com os enfermeiros aquando da execução das notas de enfermagem, de forma a perceber o que consideram relevante registar, e ao mesmo tempo sensibilizar para a importância de documentar os cuidados; foi efectuado entre os dias 1 e 14 de Junho nas horas de contacto de estágio, com os enfermeiros em serviço na área;
- Criação, juntamente com a Senhora Enfermeira Chefe e a restante equipa de um guia orientador de registos tipo com focos chave e respectivas intervenções, com origem no diálogo com os enfermeiros, a ser posteriormente trabalhado por cada equipa (em anexo no projecto de intervenção);
- Realização de reuniões com os coordenadores da equipa e elementos-chave de cada equipa, nas quais foi lançada a discussão da problemática da documentação dos cuidados de enfermagem e as suas implicações para a melhoria da



qualidade. As reuniões decorreram entre os dias 15 e 23 de Junho. Em todas as sessões foi exposta a problemática e efectuadas sugestões por parte dos formandos, que se mostraram sensibilizados para a problemática e empenhados em participar neste projecto de forma activa, através da sensibilização dos restantes colegas e da colaboração na construção do instrumento de registos. Foi, também, entregue em cada sessão um documento da OE acerca do RMDE que foi colocado na capa de cada equipa para consulta pelos seus membros, e um quadro contendo a sugestão do que seria um instrumento de notas de enfermagem, com espaço para sugestões. Este documento foi efectuado no programa *Excel*, para possibilitar a sua utilização como instrumento de auditoria dos registos de enfermagem.

Após cada sessão, verificamos uma mudança na atitude dos enfermeiros relativamente à importância atribuída à problemática da melhoria da qualidade dos registos, bem como à sua relevância para a construção de indicadores de enfermagem, tendo, acima de tudo, recebido o feedback de que contribuímos de forma muito positiva para a melhoria da qualidade no Serviço, pelo que consideramos ter atingido os objectivos. A mudança de comportamentos esperada não poderá ser avaliada a curto prazo, pelo que deverá ser feita numa fase posterior.

Desde o momento da avaliação de necessidades, passando pela execução e finalmente pela avaliação, este foi um trabalho gratificante, na medida em que permitiu o desenvolvimento de um exercício crítico e reflexivo, envolvendo estudo de estratégias e planos de acção com vista à resolução de problemas.

Estando ciente que este foi um pequeno passo com vista à mudança e melhoria da qualidade, foi, contudo, importante na medida em que introduziu o tema e sensibilizou os profissionais para a problemática. Considero, assim, termos cumprido os objectivos a que nos propusemos inicialmente, com a certeza de que o nosso trabalho será continuado.

No Módulo de Estágio III identifiquei situações problema para as quais propus oportunidades de melhoria a que me remeterei de seguida.

- Formação dos profissionais – neste âmbito, procurei saber em que moldes é efectuada a formação em serviço dos diferentes meios em que desenvolvi estágio. Todos eles possuem um plano anual de formação definido. A SIV de Fafe, por exemplo, define o seu plano de acordo com



as necessidades que os profissionais detectam, através do preenchimento de um formulário no final do ano anterior. A formação é mensal e nela podem estar presentes elementos de cada SIV ou de outras, se o convite for estendido. Na VMER de Famalicão o plano de formação também é elaborado de acordo com as sugestões dos profissionais, tendo cada acção uma periodicidade de três semanas. Neste meio tive oportunidade de assistir e participar numa dessas formações, acerca de emergência pediátrica, em que foram apresentados alguns conceitos e discutidas estratégias de actuação mediante exposição de casos clínicos. Penso que este método de formação é o ideal, não só porque transmite conhecimentos teóricos, como também permite a transposição para a prática, através da simulação de situações hipotéticas e da discussão de formas de actuação. Ao longo do estágio realizei também formação informal, através da discussão de temáticas decorrentes de casos que surgiram, tendo reflectido com os profissionais acerca da decisão de não reanimar, presença da família em situação de PCR, abordagem ao traumatizado, papel do enfermeiro em pré-hospitalar e adesão ao regime terapêutico, o que permitiu não só divulgar informação, como também beneficiar com a troca de conhecimento e experiência dos profissionais do terreno, especialistas e generalistas.

- O conhecimento da população em relação ao funcionamento dos Sistemas de Emergência Médica – neste âmbito realizei dois artigos de informação ao público, já referidos anteriormente.
- O risco de lesão da coluna vertebral pelo peso das mochilas de trabalho – verifiquei, no entanto, existirem nas bases posters acerca da postura correcta a adoptar para evitar lesões deste tipo, bem como a preocupação dos profissionais em cumprir algumas recomendações.
- Adesão ao regime terapêutico – em todos os meios em que realizei estágio constatei existir um elevado número de pessoas que possuíam défices na adesão ao regime terapêutico. Esta constatação foi feita através da observação e de entrevistas informais aos profissionais, que salientaram como principal preocupação em pré-hospitalar um significativo número de casos de recorrência de activação do INEM, bem



como de agudização consequente à não adesão do regime terapêutico, frequentemente doentes com DPOC e Diabetes Mellitus.

De facto, de acordo com a literatura, estima-se que 30 a 50% dos doentes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico (Vermeire, *et al.*, 2001). Em países desenvolvidos, um elevado número de estudos enumera uma taxa de adesão em pessoas com doenças crónicas, na ordem de 50%, enquanto que nos países mais pobres, esta taxa é mais baixa (World Health Organization, 2003). Com o progressivo envelhecimento da população nos últimos anos, e o aumento da morbilidade a que esta associado este fenómeno, estima-se que em 2020, as doenças crónicas representarão cerca de 65% das despesas em saúde em todo o mundo (Bugalho & Carneiro, 2004; World Health Organization, 2003). Em Portugal, dados da Direcção Geral de Saúde referentes ao ano de 2003, referem que o consumo de cuidados de saúde em pessoas com 65 anos ou mais é 3,2 vezes superior ao da restante população e que cerca de 25% das pessoas que no mesmo ano estiveram internadas, eram portadoras de doenças crónicas (Ministério da Saúde, 2005). Atendendo à dimensão deste problema, podemos compreender a importância que a adesão ao regime terapêutico adquire, de tal modo que motivou, em 2003, a criação de um projecto denominado “adherence Project” pela OMS, no qual é emitido um conjunto de mensagens ou recomendações com relevância para a prática dos cuidados de saúde no âmbito das doenças crónicas e que traduzem o “estado da arte”, no que se refere ao conhecimento e intervenção relativos à adesão ao regime terapêutico (World Health Organization, 2003). Neste documento são apontadas como principais consequências da não adesão, o risco de morte e de agravamento do estado de saúde, como o aumento da dependência, do número de recaídas e da gravidade das mesmas e o aparecimento de resistências aos fármacos. Para além do agravamento destes indicadores, são de realçar as consequências negativas na economia, já que se atribui ao mau controlo de qualquer doença o triplo ou o quádruplo dos custos de um controlo adequado e eficaz. Custos indirectos, como a diminuição da produtividade e a reforma antecipada têm a mesma magnitude, o que significa que controlar e melhorar a adesão é positivo e desejável para os sistemas de saúde. Este documento refere, ainda, que medidas efectivas de melhoria da adesão podem ter maior impacto na saúde das populações do que as potenciais melhorias resultantes de novos tratamentos e desenvolvimentos tecnológicos (World Health Organization, 2003).



Convém, antes de mais, reportarmo-nos ao que se pode entender por adesão ao regime terapêutico. Santos (*cited in* Silva, 2008) define este termo como “...atitudes e comportamentos do cliente que condizem com o conjunto de medidas terapêuticas prescritas para o controle da doença (medidas farmacológicas e não farmacológicas) ...” (Silva, 2008, p.53). Desta definição de realçar a perspectiva passiva em que é encarada a pessoa, sujeita ao regime terapêutico que lhe é proposto. Nesta corrente de pensamento, a OMS caracteriza adesão como “*the extent to which a person’s behavior – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider*” (World Health Organization, 2003, p. 3). Este organismo enfatiza a importância da pessoa em concordar com o tratamento recomendado pelo profissional de saúde, seja médico, enfermeiro ou técnico. O ICNP engloba a adesão como foco do âmbito de actuação da enfermagem, que se define como: “Volição com as características específicas: Acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos...” (International Council of Nurses, 2005).

Este comportamento não pode ser, no entanto, analisado numa perspectiva unidireccional, visto o ser humano encontrar-se em constante interacção com o meio que o envolve, não só modificando-o, como também sendo influenciado por este. A constante inter-relação do ser humano com o ambiente neste contexto da adesão, faz emergir aspectos que face à literatura existente, podemos identificar com o Modelo de Sistemas naquilo que Neuman define como totalidade. Segundo Neuman e Freese (2004, p.340), o sujeito:

“...enquanto cliente/sistema de cliente que pode ser indivíduo, família, grupo ou comunidade ou questão social [...] é um composto dinâmico de inter-relações entre factores fisiológicos, psicológicos, sócio-culturais, espirituais e de desenvolvimento [...] em constante mudança ou deslocação e como um sistema aberto em interacção recíproca com o ambiente...”.

Esta autora entende pessoa como um conjunto do seu ser e do ambiente que o envolve, atendendo às suas inter-relações, formada por escudos protectores compostos pelos stressores, as variáveis e as diferentes proposições que no seu conjunto actuam face a reter, proteger ou manter a estabilidade e integridade do sistema. O ambiente é definido por Neuman como “todos os factores internos e externos que rodeiam ou



interagem com a pessoa e o ambiente” (Neuman & Freese, 2004, p.340). Os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como “forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema...” (Neuman & Freese, 2004 p.340). Trata-se, portanto, de um sistema aberto, em que todos os componentes são determinantes para as respostas do indivíduo face a um determinado fenómeno. Este modelo é constituído por cinco variáveis distintas:

- **Fisiológicas** (referem-se à estrutura e às funções do organismo);
- **Psicológicas** (referem-se aos processos mentais e relacionamentos);
- **Socioculturais** (referem-se às funções do sistema relativas às expectativas e às actividades sociais e culturais);
- **Desenvolvimentistas** (referem-se aos processos relativos ao desenvolvimento durante o ciclo de vida);
- **Espirituais** (referem-se à influência das crenças espirituais) (George, 1995)

Nesta linha de entendimento, os stressores surgem como “...estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema do cliente”, podendo ser forças intrapessoais que ocorrem no indivíduo, como as respostas condicionadas; forças interpessoais que ocorrem entre um ou mais indivíduos, como as expectativas de função e forças extrapessoais que ocorrem fora do indivíduo, como as circunstâncias financeiras (Neuman & Freese, 2004, p.338).

O ambiente, presente na conceptualização deste foco, e contemplado como um dos dois eixos principais para a identificação de fenómenos de enfermagem pela CIPE, é aqui categorizado em ambiente interno, que se reporta ao cliente enquanto sistema; ambiente externo, relacionado com tudo o que é exterior ao cliente e ambiente criado, que envolve o ambiente interno e externo e corresponde às representações inconscientes do indivíduo do sistema, resultando da troca de energias entre os dois ambientes. (George, 1995). É o nível de energia entre cliente e ambiente que vai determinar o seu equilíbrio, correspondendo a um estado de harmonia e saúde (Neuman & Freese, 2004). Este conceito aproxima-se da definição adoptada actualmente pelo ICNP, em que bem-estar é caracterizado como: “Saúde com as características específicas: Imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência”(International Council of Nurses, 2005). A



enfermagem é a profissão de excelência para permitir ao indivíduo atingir este equilíbrio, uma vez que, tal como se pode ler no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro “tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde [...]” (Portugal, 1996, p.2960).

Em ordem a compreendermos este fenómeno, teremos de perceber os factores que condicionam a adesão ao regime terapêutico, cuja classificação difere consoante os autores, mas cujos conteúdos incluem os mesmos aspectos. Galán (2004) considera dois tipos de variáveis, que se relacionam com o ser humano (idade, percepção da doença, défice de conhecimentos, crenças, estratégias de adesão, entre outros.) e com a situação vivenciada (complexidade do tratamento, efeitos secundários, apoio emocional, família, etc.). A OMS, por sua vez, classifica estes factores como relacionados com a pessoa, com o sistema de saúde, com o ambiente e com a doença. Considera, ainda, existirem variáveis relacionadas com as características do sistema de saúde, como o conhecimento, as atitudes e as competências dos profissionais de saúde, que influenciam negativamente a adesão ao regime terapêutico (World Health Organization, 2003). Este organismo identifica a qualidade da interacção entre o doente e o profissional de saúde como o factor mais importante na adesão. Acerca destes factores, Ramos (*cited in* Silva, 2008) refere existir um maior número de adesão em situações agudas do que em situações de prevenção e quando se manifestam sintomas. Esta conclusão ajuda-nos a compreender a dimensão do fenómeno da elevada taxa de não adesão em doentes crónicos, sendo uma das áreas de intervenção prioritárias delineadas pela OMS.

Ramos identifica, ainda, a falta de compreensão como sendo responsável por 20 a 70% pela não adesão (*cited in* Silva, 2008). O enfermeiro desempenha um papel crucial nesta área, na medida em que, através do processo de enfermagem, delineia um plano de acção tendo em vista colmatar os défices da pessoa, nomeadamente em falta de conhecimento e informação.

Tendo em conta estes factores, e face a não existência de dados concretos em relação a esta problemática em contexto de pré-hospitalar, lancei um breve inquérito (Anexo H) aos enfermeiros dos meios onde desenvolvi estágio. Embora os dados obtidos constituam a percepção dos mesmos acerca da problemática e incorram o risco de não traduzir a realidade exacta, podem-nos fornecer uma aproximação da mesma,



representar um dado mais palpável, e quiçá, despertar os profissionais para a dimensão da problemática e para o interesse de futuros estudos de investigação.

O inquérito foi realizado entre as datas de 29 Outubro e 22 de Novembro aos enfermeiros presentes nos locais de estágio nos turnos que efectuei. O estudo teve um total de 20 participantes: 3 na SIV de S.^{to} Tirso (representando 60% enfermeiros deste meio), 4 na SIV de Gondomar (80% dos enfermeiros), 3 na SIV de Fafe (60% dos enfermeiros), 4 na VMER de Braga (27% dos enfermeiros), 3 na VMER de Famalicão (15% dos enfermeiros) e 3 na VMER de S. João (30% dos enfermeiros).

O instrumento do estudo teve como referência dados relativos à pesquisa teórica efectuada, nomeadamente World Health Organization (2003), Silva (2008), Galán (2004), Bugalho & Carneiro (2004) e Vermeire *et al.* (2001). Simultaneamente, efectuei o registo das saídas para as quais fomos activados durante os turnos que realizei, com o objectivo de comparar com os dados obtidos nos inquéritos. Nestes registos identifiquei causa de activação, sexo e idade da vítima, antecedentes pessoais, problemas detectados e possíveis causas (Anexo I). De referir a dificuldade que senti em algumas colheitas de dados, nomeadamente em situações urgentes, em que a prioridade era estabilizar a vítima e efectuar o transporte para o hospital, bem como em situações de *rendez-vous*, nas quais a vítima era transportada pelos bombeiros e encontrava-se com a equipa ao longo do percurso, o que impossibilitava a recepção de informação por parte da família, bem como a observação das condições habitacionais da pessoa. Estas são as dificuldades que a equipa frequentemente sente no terreno. No período de realização do inquérito, obtive um total de 18 activações: 4 na SIV de Gondomar, 2 na SIV de Fafe, 2 na SIV de S.^{to} Tirso, 6 na VMER de S. João, 3 na VMER de Braga e 1 na VMER de Famalicão.

Em relação à principal causa de activação do meio, todos os participantes seleccionaram a opção doença súbita, o que convergiu com os dados recolhidos das activações efectuadas, em que esta causa teve um peso de 67% em detrimento do trauma. Posso referir como principais motivos a dor torácica (suspeita de enfarte agudo do miocárdio), dispneia e hipoglicemia, situações que são passíveis de serem evitadas se sujeitas a uma intervenção baseada na prevenção, nomeadamente adesão ao regime terapêutico.



De acordo ainda com os inquiridos, a agudização de doença crónica representa 50 a 70% dos episódios de doença súbita (gráfico 1), o que se aproximou dos valores obtidos por observação, em que esta situação representou 90% dos episódios assistidos.

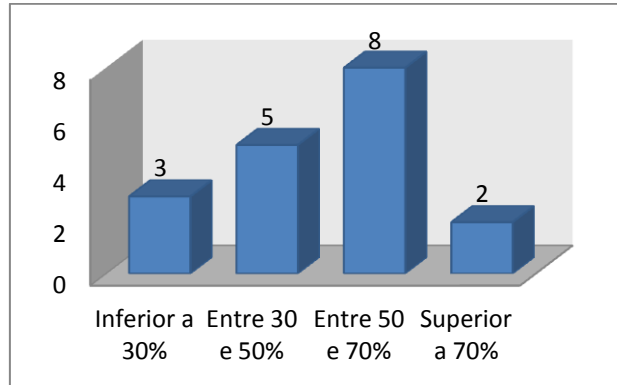


Gráfico 1: Percepção dos inquiridos acerca da percentagem de agudização de doentes crónicos nos episódios de doença súbita

Como principal causa de agudização de uma situação crónica, os inquiridos identificaram o não cumprimento do regime terapêutico, seguido da ineficácia do regime terapêutico instituído (gráfico 2). De facto, de acordo com a OMS (World Health Organization, 2003) um elevado número de estudos enumera uma taxa de não adesão em pessoas com doenças crónicas, na ordem de 50%, o que se aproxima da nossa realidade.

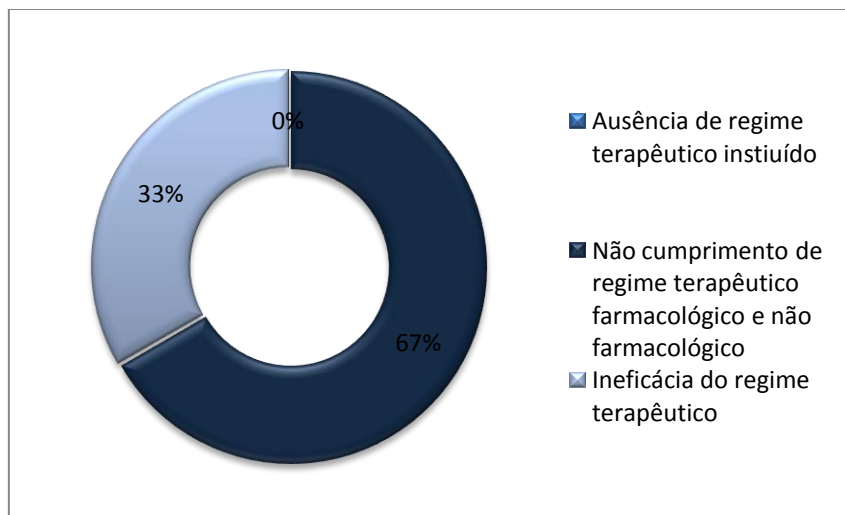


Gráfico 2: Percepção dos profissionais em relação à principal causa de agudização de situação crónica



Entre os motivos que os profissionais consideraram serem responsáveis pela não adesão, o que adquire maior importância é a falta de recursos na saúde comunitária para atender a todos os casos, seguida de falta de motivação do utente, falta de encaminhamento para a saúde comunitária e défice de conhecimentos (gráfico 3). Nenhum inquirido indicou outro motivo.

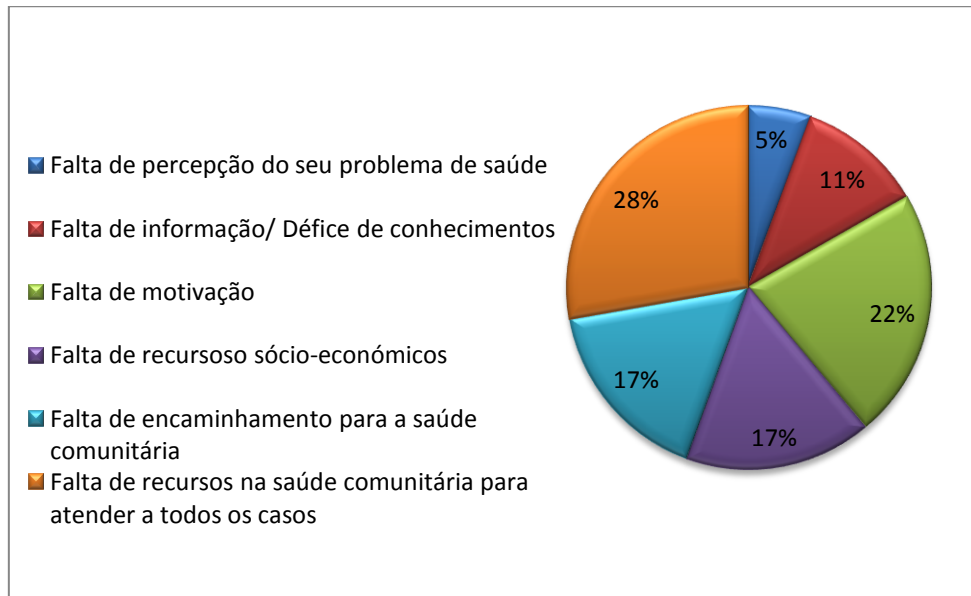


Gráfico 3: Grau de importância atribuída pelos enfermeiros aos motivos responsáveis pela não adesão

Os factores como a falta de motivação, de conhecimento e falta de percepção do seu problema de saúde, encontram-se, segundo a OMS (World Health Organization, 2003), relacionados com a pessoa, bem como as crenças individuais, as percepções e expectativas, a eficácia, a idade e o género, o suporte social e familiar e os aspectos emocionais. De referir a falta de compreensão, classificada por Ramos como responsável por 20 a 70% da não adesão (Silva, 2008).

A falta de encaminhamento e falta de recursos na saúde comunitária encontram-se relacionados com o sistema de saúde e com a própria equipa, a par das características do sistema de saúde, o conhecimento, as atitudes e as competências dos profissionais de saúde (World Health Organization, 2003).

Num estudo acerca das expectativas dos doentes em relação aos cuidados de saúde, estes referem preocupação com:

- A continuidade do regime e acompanhamento;
- A acessibilidade aos cuidados;
- A individualização, que confere à pessoa a sua singularidade;



- O suporte que garante à pessoa ter sempre alguém a quem recorrer;
- A responsabilização da equipa em fomentar a autoconfiança da pessoa, na sua capacidade para o autocuidado e autogestão do seu problema de saúde;
- O reconhecimento dos conhecimentos prévios da pessoa acerca da sua doença (Bastos, 2004).

De referir que o peso dos factores enunciados não é quantificável, uma vez que cada indivíduo é único, podendo atribuir um maior valor a um factor em detrimento de outros, dependendo da influência que este exerce sobre si. Para além disso, como vimos anteriormente, também os factores são influenciados, quer pelo ser humano ou pelo ambiente, que se traduz na perspectiva sistémica. Esta classificação no inquérito permitiu, contudo, constatar a relevância que os profissionais atribuem á adesão, estando despertos para os factores que a condicionam. Sabemos que a nossa realidade não é a ideal e que muito trabalho é exigido aos profissionais em ordem de combater este problema, contudo pequenos passos podem ser o início de um grande alicerce. De referir que, acordo com OMS (World Health Organization, 2003), a qualidade da interacção entre o doente e o profissional de saúde, é talvez, o factor mais importante na adesão.

Neste âmbito, os enfermeiros inquiridos, na sua maioria (78%) consideraram poderem desempenhar um papel na não adesão ao regime terapêutico no pré-hospitalar, referindo:

- Papel pedagógico de ensino aos utentes de forma a otimizar o seu regime terapêutico;
- Motivação do doente a procurar apoio, fornecendo informação acerca dos recursos disponíveis;
- Referenciação na triagem das Unidades Hospitalares;
- Encaminhamento e referenciação para os Centros de Saúde.

No seu plano *adherence Project*, a OMS (World Health Organization, 2003) recomenda a implementação de algumas medidas, nomeadamente:

- A evolução dos sistemas de saúde, através da melhoria dos sistemas de informação, distribuição racional dos recursos, continuidade dos cuidados, entre outros;
- O apoio e a não repreensão das pessoas com doença crónica;
- A individualização de estratégias e métodos, encarando a pessoa como única, uma vez que não existe uma estratégia eficaz para todos;



- A adopção de uma abordagem multidisciplinar, englobando todos os profissionais implicados no processo;
- O envolvimento da família, organizações e da comunidade.

O profissional do pré-hospitalar, com a missão de prestar cuidados a pessoas em situação aguda, vê-se, actualmente, confrontado com a realidade de ocorrer a situações de agudização de doenças crónicas, por vezes evitáveis através da adopção de comportamentos recomendados e de apoios sociais. Torna-se, assim, imperioso alargar o seu âmbito de actuação, no sentido de combater este problema, que acarreta tanto custos em saúde da população, como económicos, inerentes ao maior número de activações do INEM. A colaboração com os cuidados de saúde primários pode ser uma solução eficaz, através da identificação de situações problema pelo enfermeiro e do seu reencaminhamento para a unidade de saúde. Esta, por sua vez, fará uma avaliação mais aprofundada da situação e traçará um plano de cuidados, mobilizando os meios necessários à actuação. Segundo informações de uma das VMER, cada saída deste meio tem uma média de custo total de cerca de 284,24€. Considerando que algumas saídas podiam ser evitadas através do cumprimento do regime terapêutico, já que, de acordo com os inquiridos, a agudização de uma situação crónica representa 50 a 70% dos episódios de doença súbita (a principal causa de activações), a parceria com os cuidados de saúde primários pode ser encarada como uma solução rentável em vários níveis para este problema, e uma actividade no âmbito das competências do INEM como coordenador do SIEM, de acordo com o Decreto-Lei nº 167/2003 de 29 de Julho, que se define como o “conjunto de acções extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, englobando a intervenção activa, dinâmica e coordenadora dos vários componentes da comunidade, de modo a possibilitar uma actuação rápida, eficaz e com economia de meios”.

Neste âmbito, constatei que a SIV de Gondomar se encontra a desenvolver um projecto de parceria com a unidade de saúde, estabelecendo critérios de referenciação de doentes que necessitem de apoio social ou cuidados de saúde, com o objectivo de, num prazo de 48 horas, receberem uma visita domiciliária do enfermeiro. Este projecto aguardava aprovação do INEM na data de estágio e encontra-se, actualmente em funcionamento. Estabeleci uma colaboração com o grupo no sentido de fornecer os dados obtidos no estudo efectuado, bem como a fundamentação teórica e conclusões, de



forma a fundamentar e enriquecer a pertinência do projecto aquando da sua avaliação, com o objectivo de dar continuidade ao mesmo e possivelmente alargá-lo a outras SIV.



Concluindo

Sendo o enfermeiro especialista definido como o profissional com “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados em áreas específicas de Enfermagem” (Portugal, 1996, p.2960), ao longo destes estágios desenvolvi competências no Domínio da Responsabilidade Ética e Legal, Prestação de Cuidados Especializados à Pessoa e Família, Gestão de Cuidados e Gestão da Qualidade.

O Domínio da Responsabilidade Ética e Legal assenta numa prática que demonstra um corpo de conhecimentos ético-deontológicos e que norteia a acção no respeito destes princípios, realizando uma avaliação sistemática das melhores práticas e no respeito pela vontade do cliente. Simultaneamente, coaduna-se com a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Neste sentido, procurei desenvolver uma prática norteada pelos princípios éticos e deontológicos, no respeito pela dignidade, singularidade e vontade da pessoa.

Em relação à prestação de cuidados especializados, procurei atingir os objectivos através da colaboração com os profissionais em práticas de planeamento e prestação de cuidados diferenciados. Para basear a minha acção em decisões devidamente fundamentadas, revi conhecimentos nestas áreas e reflecti na prática diária, discutindo as implicações dos cuidados com os profissionais de enfermagem.

De forma a adquirir competências no domínio da gestão de cuidados, procurei conhecer as especificidades a ele associadas através de pesquisa bibliográfica, da colaboração com enfermeiros especialistas no exercício de funções e da realização de entrevistas. Tendo presente as inúmeras vantagens da realização de estudos de caso, executei dois, no Módulo de Estágio I. No Módulo III, detectei existir uma falta de informação na população acerca do modo de actuação em caso de emergência, bem como do funcionamento do INEM, o que me motivou a redigir e publicar dois artigos, com uma repercussão positiva nos leitores que me abordaram, nomeadamente na edição destes periódicos.

Considerando a filosofia actual da promoção e garantia de cuidados de qualidade, desenvolvi actividades de formação informais, e formulei questões passíveis de serem



intervencionadas no âmbito da EEMC de forma autónoma e em conjunto com a equipa de trabalho, nomeadamente diagnóstico de situação com detecção das oportunidades de melhoria em ambos os estágios. No Módulo I efectuei um projecto de intervenção, em conjunto com o colega de estágio, de melhoria da qualidade dos registos de enfermagem, que se enquadrou no Projecto de Humanização do SU. Duas das actividades mais relevantes deste trabalho foram a elaboração de um instrumento de registo de enfermagem e a acção de formações a todas as equipas. A receptividade foi boa, e os objectivos propostos foram atingidos, tendo, acima de tudo, recebido o feedback de que contribuímos de forma muito positiva para a melhoria da qualidade no Serviço.

No Módulo de Estágio III detectei como principal problema a falta de adesão ao regime terapêutico em inúmeras situações de activação dos meios de emergência. Assim, após uma reflexão e análise sobre o assunto, efectuei inquéritos aos enfermeiros dos meios onde estagiei e registei as activações em que participei, de forma a obter dados acerca desta realidade. Os dados obtidos poderão contribuir para que a SIV de Gondomar fundamente o seu projecto de parceria com os Cuidados de Saúde Primários, o que se poderá traduzir na referenciação de doentes para uma avaliação de enfermagem completa. O *International Council of Nurses* (ICN) considera que, associado ao facto de os enfermeiros estarem presentes em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e à sua proximidade com os doentes, os coloca numa posição privilegiada para implementar estratégias sustentadas de melhoria da adesão (World Health Organization, 2003). A cooperação entre entidades e a mobilização de meios é a melhor forma de traçar esforços conjuntos para combater o problema da adesão terapêutica, bem como outros problemas de saúde e sociais.

Ao longo do caminho que percorri durante os Módulos de Estágio, foram múltiplas as dificuldades com que me deparei, desde a necessidade de uma boa gestão do tempo para realizar todas as tarefas a que me propus, passando pelo exercício do trabalho em locais nos quais não tinha experiência, até o assumir um papel de Especialista, que exige uma postura altamente diferenciada. Tenho a consciência, no entanto, que foi este caminho que me forneceu as ferramentas para exercer cuidados de enfermagem especializados a nível do doente crítico.

Os estágios permitiram-me, não só conhecer a área de actuação da emergência e pré-hospitalar, como também reflectir e repensar as minhas práticas no meio de Cuidados



Intensivos, um meio controlado e equipado, e em que a pessoa é frequentemente encarada como um doente, desprovida de identidade. Tive oportunidade de executar a avaliação inicial, sem o recurso a monitorização e perceber que é esta que nos fornece as informações mais significativas e reais ao nosso cuidado.

No pré-hospitalar tive oportunidade de contactar com o cliente no seu ambiente: casa, família, cultura, e de dar uma história de vida à cara. Também tive oportunidade de conhecer as angústias da família, muitas vezes remetida para a sala de espera no hospital, mas que aqui está presente aquando da actuação da equipa, atribuindo especial importância à prestação de cuidados neste grupo. Na verdade, estes conceitos traduzem-se na prestação de cuidados personalizados, com nos diz Hesbeen (2001, p. 19) “cada pessoa, seja qual for a sua doença, necessita de uma atenção personalizada [...]. Quando o prestador de cuidados se dirige verdadeiramente à pessoa e não a um corpo doente, não pode estabelecer hierarquias entre as pessoas, nem fazer comparações entre as diferentes formas de sofrimento [...] porque o sofrimento [...] é sentido por cada uma à sua maneira”.

Não esquecer a importância que a reflexão teve na minha prática, permitindo-me exercer um olhar crítico no mundo e nas práticas e procurar encontrar estratégias de resolução de problemas, o que com certeza será uma ferramenta preciosíssima no meu futuro profissional. Perfilhando o pensamento de Hesbeen (2001) as vivências contribuem para enriquecer as qualidades de quem presta cuidados. Contudo, este enriquecimento não é possível sem esforço de reflexão e conceptualização.



Referências

AGARD, Marcia. 2008. Creating Advocates for Family Presence during Resuscitation. *MEDSURG Nursing*. Junho de 2008, pp. 155-170.

ALARCÃO, Isabel e RUA, Marília. 2005. Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto e Contexto Enfermagem*. Jul-Set de 2005, pp. 373-82.

ARISTÓTELES. 2009. *Ética a Nicómaco*. Trad. de CAEIRO, António. Lisboa : Quetzal Editores, 2009.

BASTOS, F.S. 2004. *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: participação das esposas no plano educacional*. [Dissertação de Mestrado]. Porto : Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2004.

BOCHI. 1996. Modelo Operacional do estudo de Caso como estratégia de Ensino na Disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica- avaliação dos alunos. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. Dezembro de 1996, pp.99-116.

BUGALHO, A., & CARNEIRO, A. V. 2004. *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2004.

CARTAXEIRO, A.; VENÂNCIO; I.; CARDOSO, I.; SILVA, M.. 2003. A importância da colheita de dados e registos de enfermagem. *Revista Informar*. nº30, 2003, Vol. Janeiro/Agosto.

CARVALHO, A. 2007. Competências: Paradigma Oficial do Ensino Português?. *Servir*. Maio/ Junho de 2007. pp. 78-85



CHAVES, Sá 2000. *Portfólios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão*. Aveiro : Universidade, 2000.

COTTLE, Elita-Mae. 2008. Role of the family support person during resuscitation. *Nursing Standart*. 5 de Novembro de 2008, pp. 43-47.

FELL, Opal PeggySue. 2009. Family Presence During Resuscitation Efforts. *Nursing Forum*. Abril-Junho de 2009, pp. 144-150.

FERREIRA, M.; BUENO, A. 2005. *O portfólio como avaliação na educação superior: Uma experiência de sucesso em um curso de pedagogia*. São Paulo : Avercamp, 2005.

GALÁN, Mª De La Villa Heredia. 2004. Qué Inffluye En La Adherencia Al Tratamiento De La Diabetes? *Revista Rol de Enfermagem*. nº1, 2004, Vol. 27.

GALDEANO, Luzia; ROSSI, Lúdia e ZAGO, Márcia. 2003. Roteiro Instrucional para a Elaboração de um Estudo de Caso Clínico. *Rev Latino-am Enfermagem*. Maio-Junho de 2003, pp. 371-5.

GRAÇA, Luís. 2005. A arte da enfermagem no Séc. XVIII [The art of nursing in XVIII century]. *Textos sobre saúde e trabalho / Papers on health and work* . [Online] 12 de Maio de 2005. [Citação: 11 de Junho de 2010.] <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos173.html>.

GEORGE, Julia B. 1995. *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª ed. Brasil: Editora Artes Médicas Sul LTDA,1995.

HESBEEN, Walter. 2001. *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures : Lusociência, 2001.

INEM. 2009. Instituto Nacional de Emergência Médica. [Online] 2009. [Citação: 3 de Novembro de 2010.] www.inem.pt.



INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. 2005. *International Classification of Nursing Practice - Version I*. Geneva, Switzerland : International Council of Nurses, 2005.

KOZIER, Barbara, *et al.* 1993. *Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos e práctica*. Nueva York : Interamericana McGraw-Hill, 1993. ISBN: 968-25-2209-9.

MACEDO, Ana Paula. 2003. Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar. [Online] 2003. [Citação: 20 de 02 de 2010.] www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628bb4a557a5_1.pdf.

MATEUS, Bárbara Aires. 2007. *Emergência Médica Pré-hospitalar: Que Realidade*. Loures : Lusociência, 2007.

MCCLEMENT, Susan E. *et al.* 2009. Family Presence During Resuscitation: Canadian Critical Care Nurses' Perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, ; 41:3, . 2009, pp. 233–240.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção-Geral da Saúde. 2005. *Elementos Estatísticos: Informação Geral - Saúde 2003*. Lisboa: DGS, 2005.

NEUMAN & FREESE. 2004. Modelo de Sistemas. pp. 335-375. In: Ann Marriner Tomey e Martha Raile Alligood. *Teóricas de Enfermagem e sua Obra- Modeloe e Teorias de Enfermagem*. Loures : Lusociência, 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2001. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Dezembro de 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2003. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Divulgar*. Conselho de Enfermagem: Outubro de 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2009. Perfil de Competência Comus e Específicas de Enfermeiro Especialista. *Caderno Temático*. Dezembro de 2009.



PAIVA, Abel. 1995. *Registos de Enfermagem: da tradição SCRIPTO ao discurso INFORMO*. Porto : ICBAS, 1995.

PEREIRA, Filipe. 2006. Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. *Repositório Aberto*. [Online] 2006. [Citação: 12 de 05 de 2010.] <http://repositorio-aberto.up.pt>.

PEREIRA, Natália. 2008. *De Enfermeiro/ Utente Num Serviço de Urgência: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde*. s.l. : Universidade Aberta de Lisboa, 2008.

PIRES, Ana. 1994. As Novas Competência Profissionais. *Formar*. Nº10 de 1994, pp. 4-19.

PORTUGAL, Assembleia da República. Lei nº48/1990 de 24 de Agosto de 1990: *Lei de Bases da Saúde*. D. R.: Série-I, nº 195 - 90-08-24 (1990), p.3452.

PORTUGAL, Ministérios do Interior e da Saúde e Assistência. Decreto-Lei nº511/71 de 22 de Novembro de 1971. D. R.: Série-I, nº 274 - 71-11-22 (1971), p.1788.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 47/91 de 8 de Novembro de 1991: *Regime Legal da Carreira de Enfermagem*. D. R.: Série-A, nº 257 - 91-11-08 (1991), p.5723.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996: *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. D. R.: Série-A, nº 205 - 96-09-04 (1996), p.2959.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril de 1998: *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. D. R.: Série-A, nº 93 - 98-04-21 (1998), p.1740.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. 2006. *Fundamentos de Enfermagem- Conceitos e Procedimentos*. Loures : Lusociência, 2006. 972-8930-24-0.



SHEEHY, Susan. 2001. *Enfermagem de Urgência*. Loures : Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-16-9.

SILVA, Mário. 2008. *O Ser Humano e adesão ao Regime Terapêutico - Um Olhar Sistémico Sobre o Fenómeno*. Lisboa : Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem, 2008.

VERMEIRE, E. *et al.* 2001. Patient adherence to treatment:three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2001, Vol. 26.pp.331-342.

WALKER, Wendy. 2008. Accident and emergency staff opinion on the effects of family presence during adult resuscitation: critical literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Abril de 2008, pp. 348–362.

Werley, H. *et al.* 1991. *The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data*. s.l. : AJPH, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2003. Adherence to Long-term Therapies - Evidence for Action. *World Health Organization*. [Online] 2003. [Citação: 20 de Outubro de 2010.] <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.

ZETES BURÓTICA. Hospital do Espírito Santo de Évora optimiza os consumos clínicos e de farmácia hospitalar. *ZETES burótica*. [Online] 2009. [Citação: 01 de 06 de 2010.] www.zetes.pt/site/download.cfm?SAVE=428305&LG=7.



Anexos

Anexo A

Entrevista à Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência

Entrevista à Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência

1. Qual o organigrama da Equipa de Enfermagem, existente no serviço?

Enfermeira Chefe (gere recursos humanos, gere material de consumo clínico, participa na elaboração do Plano de Actividades do Serviço) – duas enfermeiras especialistas (uma encarregada pelos estágios e gestão de equipamentos e substitui chefe na falta desta), e outra pela farmácia) – Coordenadores de equipa (elabora plano de trabalho de acordo com os níveis de competência (melhor triador, SIV e SAV) dos enfermeiros, analisa trocas de acordo com os critérios estabelecidos com a enfermeira chefe, articulação do Enfermeiro chefe com a equipa de forma a cumprir os objectivos propostos, gere recursos humanos (Enfermeiros e Assistentes Operacionais) de acordo com as necessidades pontuais do serviço (ex: tempos de espera de cada área, afluência dos utentes em determinado momento), gestão dos transportes dos doentes (inter-hospitalar e domicilio do doente) – Sub-Coordenadores (substituir o coordenador na sua ausência)

2. Quantos EEMC existem no serviço? Qual o papel que o EEMC tem na prestação de cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência?

O serviço possui cinco elementos com EEMC. Considera que o Enfermeiro especialista deve ser uma mais valia no serviço, reflectindo nos problemas da prática diária e sendo proactivo na sugestão/implementação de estratégias para alteração de comportamentos . O EEMC funciona como modelo no Saber Ser, Saber Estar, Saber Fazer para a equipa. Foi realçado o papel do enfermeiro que não sendo especialista possui competências que o define como perito em determinada área, considerando que cada pessoa é diferente no sentido que possui capacidades e aptidões para determinados papeis e cabe ao enfermeiro chefe compreender cada um dos seus elementos de forma a valorizar o que cada um tem de melhor.

3. Qual o processo de Avaliação dos Profissionais implementado no serviço e quem são os intervenientes?

Avaliação é contínua, sendo realizada no decorrer da prestação de cuidados tanto pelo Enfermeiro Chefe como pelo Coordenador de Equipa, através do feedback que vão dando ao elemento sobre comportamentos pontuais, no intuito da melhoria da prática. Contudo, existe um momento formal de avaliação, realizado anualmente, com a presença do avaliando e dos avaliadores (Enfermeiro Chefe e Coordenador de equipa). É também da responsabilidade do Enfermeiro Chefe a avaliação dos Assistentes Operacionais. O processo é idêntico ao da equipa de enfermagem, contudo ao grupo de avaliadores acresce o Encarregado do sector.

4. Que estratégias utiliza para a definição da dotação de enfermeiros por turno?

Mediante postos de trabalho definidos pela Direcção Geral de Saúde, de acordo com as fórmulas estabelecidas, embora exista alguma flexibilidade para poder dar resposta a situações pontuais. De realçar que os recursos humanos alocados a cada área pode ser ajustado mediante as necessidades, como por exemplo picos de afluência a uma área específica.

5. Qual a organização da Gestão da Cadeia de Abastecimento do serviço (recursos hoteleiros; materiais de consumo clínico; produtos farmacêuticos)?

O serviço funciona com reposição por níveis adaptado. Existe Armazém avançado do central de onde sai o material para o serviço. No serviço existem dois armazéns destes são repostas as diferentes áreas.

Quanto aos Produtos utilizados no serviço: como se processa a sua escolha; como se define as quantidades “níveis” necessárias nos diferentes “armazéns”;

A escolha dos produtos é realizada por uma comissão do hospital que tem na sua constituição enfermeiros, que recorre ao serviço que mais gastos tem do referido material para dar parecer do mesmo mediante ficha técnica. De referir que problemas/anomalias do produto durante a sua utilização, são reportadas à comissão de escolha.

6. Que estratégias utiliza para o controlo dos custos?

Refere que o fundamental no modelo instituído é o controlo dos níveis assecíveis aos profissionais, ou seja, reduzindo o material à disposição diminui o seu consumo. Este sistema possibilita também perceber o gasto diário do material e quem o faz.

É um processo que tem que envolver toda a equipa pluridisciplinar, não por imposição mas por análise em conjunto do custo-benefício para o doente.

7. Como se processa a construção do plano de formação do serviço?

Preconiza o emanado pela ARS Norte da formação necessário a um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, bem como para dar resposta à implementação dos Protocolos de Via Verde. São conteúdos do plano de formação em vigor: Via Verde da Síncope e Coronária; o transporte do doente crítico, Enfermagem em TCE e Humanização.

8. Estão a decorrer ou planeados projectos/actividades no contexto da formação/investigação no serviço?

Implementação das Vias Verdes e melhorias na acessibilidade e Humanização. Estão a ser desenvolvidos spots de informação ao utente com conteúdos relacionados com educação para a saúde como de informação do papel de cada interveniente no serviço de urgência.

9. Identifica alguma necessidade, que em contexto de Estágio, possamos intervir?

São detectados no serviço lacunas nos registos de enfermagem como exemplo falta de referência à toma de refeição pelo doente e pela família, existência de acompanhante e avaliação das necessidades da pessoa e família. Fomos convidados a contribuir junto dos elementos da equipa no sentido de elaborar um guia de procedimentos do que é importante fazer referência nos registos.

10. Tem em construção/implementação algum plano de melhoria da qualidade?

Está ser trabalhado, entre outros intervenientes, por alunos da licenciatura um inquérito de satisfação/expectativas dos utentes no que concerne ao atendimento no serviço de urgência Vs o que é preconizado.

Existem indicadores de qualidade, definidos a partir dos objectivos do plano de actividades do serviço, que são trabalhados e divulgados à equipa mensalmente.

11. Decorrente da Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho, acerca do direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do SNS, tem em vista acções de reestruturação do SU para poder dar resposta ao legislado?

Existe guia de acolhimento à família/pessoa significativa, onde são preconizadas regras e procedimentos neste âmbito (direitos e deveres do acompanhante e do doente) que é do conhecimento de todos os membros da equipa.

Anexo B

Estudo de Caso 1



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

Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica

Módulo de Estágio I

Serviço de Urgência Hospital de S. João, EPE

Estudo de Caso I

Ana Sabrina Silva Sousa

Porto, 2010, Maio

Introdução

Decorrente do Módulo de Estágio do MEMC, foi proposto ao grupo a realização de um estudo de caso, um exercício que permitirá uma reflexão acerca das práticas, bem como a familiarização com as linguagens padronizadas de enfermagem. Assim, foram recolhidos dados referentes a um doente, cujo nome é fictício, e apresentados os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem a seguir, independentes e interdependentes, face à situação e aos recursos disponíveis, com recurso às taxonomias NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) e NIC (Nursing Interventions Classification).

Descrição do Caso

O Sr. Manuel, indivíduo do sexo masculino, de 84 anos de idade, deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital de S. João no dia 7 de Maio de 2010 pelas 11 horas, após ter sido encontrado caído em casa. Foi transportado pelo INEM, que, após avaliação detectou uma hipoglicemia (33mg/dl), bradicardia, hipotensão e hipotermia. Na triagem de Manchester foi avaliado Glasgow, obtendo um total de 14 (abertura espontânea dos olhos, resposta verbal confusa, e obedece a ordens). Foi então encaminhado para a sala de emergência, onde foi efectuada uma avaliação A, B, C, D e E (vias aéreas, ventilação, circulação, estado neurológico e exposição), tendo-se verificado que o Sr. Manuel apresentava pele e mucosas descoradas e ligeiramente desidratadas, sem sinais de dificuldade respiratória, tendo-se procedido à administração de oxigénio por máscara de alto débito e cateterização de dois acessos venosos periféricos nos membros superiores (nº20 e nº22G). Foram-lhe administradas 2 ampolas de glicose hipertónica, 500ml de voluven, iniciada perfusão de glicose a 10%, colhido sangue para hemograma, bioquímica e estudo da coagulação e colocado em

aquecimento com nuvem. Verificou-se que este se encontrava algaliado com sonda de 3 vias clampada, apresentando perdas hemáticas pelo meato urinário. Foi então efectuada

lavagem vesical, com saída de conteúdo hemático, pelo que foi iniciada sinfonagem. Após normoglicemia, doente manteve estado de consciência, hipotensão e taquipneia. Apresentou uma dejecção de melenas em moderada quantidade, tendo sido prestados cuidados de higiene e conforto. Por indicação médica, foi entubado via nasogástrica, tendo-se drenado 400ml de conteúdo castanho. Doente manteve-se na sala de emergência, tendo sido submetido a ecografia abdominal, com suspeita de choque séptico.

Através da consulta do programa Alert, verifiquei que este apresentou 7 episódios anteriores de recorrência ao Serviço de Urgência, 4 dos quais no último ano, dois dos quais por hipoglicemia, um por pneumonia e um por hematúria, este no dia 6 de Maio, onde lhe foi trocada algália por urologia após se ter constatado uretrorragia abundante e algália mal posicionada, após tentativa sem sucesso de algaliação no Centro de Saúde. É referido pelo enfermeiro da triagem que o Sr. Manuel é dependente nos cuidados de vida diária, sem especificar quais, e cronicamente algaliado.

Plano de Cuidados

- **Diagnóstico de enfermagem: Controle ineficaz do regime terapêutico: indivíduo**

Resultado: Regime de tratamento

Intervenções:

Intervenções principais	Intervenções sugeridas	
	Independentes	Interdependentes
<ul style="list-style-type: none">• Orientação quanto ao sistema de saúde• Apoio ao núcleo familiar	<ul style="list-style-type: none">• Identificação do risco• Procura de dados referentes à condição familiar e social da pessoa• Promoção do envolvimento familiar• Suporte à família• Aumento do sistema de apoio• Encaminhamento• Proceder à continuidade de cuidados através de documentação	

- **Diagnóstico de enfermagem: Défice no volume de líquidos**

Resultado: Hidratação

Intervenções:

Intervenções principais	Intervenções sugeridas	
	Independentes	Interdependentes
<ul style="list-style-type: none"> • Controle da hipovolémia • Controle de líquidos • Monitorização de líquidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização de sinais vitais • Optimizar cateterização endovenosa • Investigar causas de défice de aporte de líquidos da pessoa 	<ul style="list-style-type: none"> • Reposição rápida de líquidos • Controle de choque hipovolémico • Entubação gastrointestinal • Controlo da hemorragia

- **Diagnóstico de enfermagem: Eliminação urinária alterada**

Resultado: Eliminação urinária

Intervenções:

Intervenções principais	Intervenções sugeridas	
	Independentes	Interdependentes
<ul style="list-style-type: none"> • Controle da eliminação urinária 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar cateter vesical • Redução da ansiedade • Vigiar hematúria • Monitorizar débitos urinários 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter sintonagem

- **Diagnóstico de enfermagem: Risco para integridade da pele prejudicada**

Resultado: Consequências da imobilidade: fisiológicas

Intervenções:

Intervenções principais	Intervenções sugeridas	
	Independentes	Interdependentes
<ul style="list-style-type: none"> • Controle da pressão • Cuidados com o repouso no leito 	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento • Massagem simples • Promoção do exercício • Supervisão da pele • Aplicação de creme hidratante 	

- **Diagnóstico de enfermagem: Risco de incapacidade para manter ventilação espontânea**

Resultado: Estado respiratório: ventilação

Intervenções:

Intervenções principais	Intervenções sugeridas	
	Independentes	Interdependentes
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização respiratória 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da ansiedade • Vigilância do estado de consciência 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapia • Controle da dor

Reflexão

No decorrer do meu estágio tive oportunidade de verificar a existência de vários doentes com frequentes episódios de recorrência ao Serviço de Urgência, o que me suscitou interesse. Assim, analisei um episódio de um doente a quem prestei cuidados com a equipa na sala de emergência durante o turno da manhã. Durante a prestação de cuidados a este doente que apresentava pouca resposta verbal, foram várias as questões que me surgiram, e que, após uma reflexão no final do turno, ainda aumentaram. O facto de nas notas de enfermagem do enfermeiro da triagem estar contido que o doente é dependente, demonstra uma preocupação com o que é específico da profissão, e que não está abrangido nos fluxogramas do sistema de Manchester, mas que o enfermeiro julgou ser pertinente. Penso que este foco deveria ser mais explorado, no sentido de identificar os autocuidados em que o doente seria dependente, bem como a pessoa que o auxilia na prestação dos mesmos. A triagem é uma boa oportunidade para colheita de informação acerca do doente, visto ser o momento em que este se encontra normalmente acompanhado, o que é útil em situações de défice na comunicação verbal, na recolha de informação através da pessoa significativa ou até para perceber relações familiares. Esta área está, contudo, sujeita a condicionantes de tempo, pelo que a informação colhida é a mínima para que o tempo de atendimento dos doentes seja o menor possível. Na área para a qual o doente é encaminhado deve ser feita, assim, uma colheita mais detalhada de informação, para que o doente seja percebido no seu todo. O caso exposto é um bom exemplo disso. Verifiquei que ele seria diabético e que já teve anteriores recorrências ao Serviço de Urgência por hipoglicemia, o que me indagou sobre as possíveis causas da hipoglicemia. Será que este doente fazia terapêutica insulínica? Será que a mesma estava a ser correctamente administrada? Será que o indivíduo estava a adoptar um adequado regime alimentar? Será que o indivíduo tinha os apoios necessários face às suas limitações? Questionei, assim, uma das colegas acerca da existência de acompanhantes para este doente, ao qual não me soube responder.

Este tinha sido um turno complicado, com duas paragens cardio-respiratórias, uma doente politraumatizada, sedada e ventilada artificialmente, um traumatizado cervical com arma branca e um doente em fase terminal que aguardava vaga no internamento. Com este movimento, a sala de emergência, com capacidade para 5 doentes, chegou a albergar 6. Com 3 enfermeiros de serviço. Não só, mas também, a

dotação de pessoal é uma forte condicionante na prestação de cuidados de enfermagem holísticos. Verificamos, assim, uma sobreposição de cuidados de enfermagem interdependentes, como administração de fluidoterapia, administração de glicose hipertónica e sifonagem, sobre os cuidados independentes. Compreendo que na sala de emergência se actue sobre o que coloca em risco a vida do doente, mas não devemos nós, como enfermeiros, atender ao doente como um todo ao invés de o encarar como um episódio de urgência?

Anexo C

Estudo de Caso 2



Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica

Módulo de Estágio I

Serviço de Urgência Hospital de S. João, EPE

Estudo de Caso II

Ana Sabrina Silva Sousa

Porto, 2010, Junho

Siglas

DPOC: Doença Pulmonar Crônica Obstrutiva

HTA: Hipertensão Arterial

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

RMDE: Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem

SU: Serviço de Urgência

Introdução

Decorrente do Módulo de Estágio do MEMC, foi proposto ao grupo a realização de um estudo de caso, um exercício que permitirá uma reflexão acerca das práticas, bem como a familiarização com as linguagens padronizadas de enfermagem. Assim, foram recolhidos dados referentes a um doente, cujo nome é fictício, e apresentados os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem a seguir, independentes e interdependentes, face à situação e aos recursos disponíveis, com recurso às taxonomias CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) e NIC (Nursing Interventions Classification).

Descrição do Caso

O Sr. João, indivíduo do sexo masculino, de 83 anos de idade, deu entrada no Serviço de Urgência do Hospital de S. João no dia 27 de Maio de 2010 pelas 22 horas, por dispneia, referindo dor torácica em aperto, acompanhado por elementos do INEM e pela filha. Na zona de triagem, após realização de fluxograma, foi-lhe atribuída prioridade laranja, tendo sido encaminhado para a área laranja como via verde coronária. A filha foi encaminhada para o gabinete de acompanhamento e posteriormente para a sala de espera da área laranja.

Na área laranja o doente foi examinado pelo médico e efectuado electrocardiograma, que excluiu a hipótese de doença cardíaca. O Sr. João tem como antecedentes pessoais enfarte cerebral em Março de 2010, do qual resultou parésia do membro inferior esquerdo e facial central esquerda, DPOC, HTA e incontinência urinária, encontrando-se algaliado.

Num primeiro contacto, eu e a minha tutora abordamos o doente de forma a executar uma avaliação inicial geral. O doente encontrava-se consciente e orientado, no entanto com dispneia, tendo-lhe sido colocada oxigenoterapia por ventimask e procedido aos cuidados de conforto do doente, ao mesmo tempo que se efectuou a avaliação da sua integridade cutânea e do seu estado geral. Após ter sido colocado em foley alto, foi cateterizado acesso venoso e colheito estudo analítico. Foi, também administrada terapêutica, nomeadamente broncodilatador por inalação.

De seguida foi chamada a filha e explicados os procedimentos executados até então, bem como a necessidade do doente permanecer nesta área até estabilização. Foi, também, colhido o seu contacto. Com o diálogo que estabeleci com o doente e filha, colhi dados como o facto do Sr. João apresentar DPCO há 6 anos, fazendo em casa oxigénio e nebulizações; hipertensão arterial, sob medicação, que cumpre e um enfarte há 2 meses. Desde então terá ficado parético do membro inferior esquerdo, e acamado, necessitando da ajuda dos familiares para se mobilizar no leito, levante para o cadeirão e para os cuidados de higiene, sendo estes cuidados prestados pela filha e genro. Durante o dia permanece sentado num cadeirão, sem mudança de posicionamentos. Frequenta fisioterapia 2 vezes por semana. Referi-lhe a importância das mobilizações para prevenção de úlceras de pressão.

Ao consultar o processo, verifiquei que este doente teve 15 episódios anteriores de recorrência ao Serviço de Urgência, nomeadamente por infecção respiratória, náuseas, e enfarte cerebral. Nas notas de enfermagem destes episódios são descritas maioritariamente intervenções de enfermagem interdependentes como administração de terapêutica, não apresentando dados acerca de uma avaliação de todas as necessidades do doente e família. Verifiquei, ainda, que em alguns episódios não constavam notas de enfermagem, apesar de, através da validação de terapêutica, se verificar que o doente teve contacto com os profissionais de enfermagem.

Plano de Cuidados

- **Diagnóstico de enfermagem: Padrão respiratório ineficaz**

Resultado: Estado respiratório: ventilação

Intervenções:

Intervenções principais	Intervenções sugeridas	
	Autônomas	Interdependentes
<ul style="list-style-type: none">• Assistência ventilatória (1)• Controle das vias aéreas (1)• Monitorização respiratória (1)	<ul style="list-style-type: none">• Posicionamento facilitador de uma boa ventilação (1)• Incremento da tosse (1)• Ensinar medidas facilitadoras de um padrão respiratório eficaz (2)• Avaliar conhecimento acerca dos cuidados na DPCO	<ul style="list-style-type: none">• Oxigenoterapia (1)• Administração de terapêutica prescrita (1)

- **Diagnóstico de enfermagem: Sistema cardiovascular alterado**

Resultado: Prevenção de complicações decorrentes da Hipertensão arterial

Intervenções:

Intervenções principais	Intervenções sugeridas	
	Independentes	Interdependentes
<ul style="list-style-type: none"> • Controle da pressão arterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento relativo aos cuidados na HTA (2) • Ensinar medidas facilitadoras do controle da pressão arterial (2) • Aconselhar a não exercer esforços excessivos (2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Administração de terapêutica prescrita

- **Diagnóstico de enfermagem: Autocuidado virar-se dependente em grau elevado**

Resultado: Prevenção de complicações decorrentes da imobilidade

Intervenções:

Intervenções principais	Intervenções sugeridas	
	Independentes	Interdependentes
<ul style="list-style-type: none"> • Assistência no autocuidado virar-se (1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Controle do ambiente: segurança (1) • Prevenção de quedas (1) • Posicionamento (1) • Ensinar cuidadores a posicionar e importância deste cuidado 	

Reflexão

No contexto de urgência o enfermeiro depara-se, maioritariamente, com situações agudas, às quais tem de dar resposta em tempo útil, pelo que o processo de enfermagem surge como um desafio, uma vez que esta resposta tem de ser implementada frequentemente numa questão de minutos. Assim, o enfermeiro vê-se obrigado a estabelecer prioridades no sentido de dirigir a sua acção sobre o foco que compromete as funções vitais do doente naquele momento, incorrendo o risco de não executar uma avaliação holística do mesmo. Tal atitude pode, por este facto, resultar numa intervenção incompleta, à qual escapam fenómenos por resolver, o que levará, inevitavelmente a uma nova recorrência ao Serviço de Urgência. No caso acima descrito, verificamos existirem 15 episódios anteriores de afluência ao Serviço de Urgência, alguns deles por infecção respiratória, o que, segundo Phipps et al (2), constitui a principal complicação decorrente da DPOC, e que pode ser evitada através de várias intervenções de enfermagem, nomeadamente ensino e aconselhamento relativamente à vacinação e à não exposição a factores de risco. Simultaneamente a este problema, encontramos a Hipertensão Arterial, num indivíduo com história de enfarte cerebral. Acerca disto, as mesmas autoras (2) alertam para o facto da primeira constituir um factor de risco para desenvolver um quadro de enfarte. Compreendemos, assim, que este indivíduo não terá apresentado nenhuma complicação estranha ao seu quadro. A questão que se nos coloca é: de que forma estas situações poderiam ser evitadas através de intervenções de enfermagem?

A solução, segundo muitos, nomeadamente Sheehy (3), reside no processo de enfermagem, uma abordagem que permite a resolução de problemas, e que, segundo Doenges & Moorhouse, citados por Paiva, pode ser definido como *“um método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e resolução de problemas ao planear e prestar cuidados ao doente”* (4). Os mesmos autores atribuem as seguintes vantagens a este processo: fornecer uma matriz que pode satisfazer as necessidades do indivíduo, família e comunidade, focalizar a atenção do enfermeiro nas respostas humanas individuais, proporcionar um método sistemático e organizado de resolução de problemas, minimizando erros e omissões, promover o envolvimento activo do doente no seu processo de saúde, fornecer uma linguagem comum para o exercício da profissão, reforçar a continuidade de cuidados, proporcionar

um meio de avaliação dos resultados a atingir, bem como da contribuição económica dos cuidados de Enfermagem (4). É, ainda segundo os mesmos, através da aplicação do processo de enfermagem que se obterá um padrão de qualidade de cuidados, resultando num sistema viável que é reconhecido como corpo de conhecimentos da profissão e que pode ser partilhado com outros profissionais de saúde (4).

Constituído por cinco fases (avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final), revela-se crucial uma avaliação inicial global, abrangendo todas as dimensões do doente e família (3). Neste sentido está a ser desenvolvido pelo grupo de estágio um projecto de melhoria da qualidade dos registos de enfermagem que, entre outras finalidades está a de permitir uma avaliação inicial sistematizada do doente. Esta fase consiste na primeira colheita de dados acerca do doente e família, com o objectivo de, através da observação, entrevista e consulta de ficheiros, construir uma base de dados acerca da pessoa. Vários são os instrumentos de colheita de dados passíveis de serem utilizados pelo enfermeiro, nomeadamente pelas “Divisões de Diagnóstico” de Doenges e Moorhouse, pelos “Padrões Funcionais de Saúde” de Gordon, pelos “Padrões de Resposta Humana” da NANDA e outros, que constituem guias de orientação de colheita de dados, bem como facilitadores da identificação dos diagnósticos de enfermagem (4). Assumindo a importância da avaliação inicial, podemos compreender também a relevância do seu registo no sentido de promover a continuidade de cuidados.

Segundo Roper, os registos podem ser definidos como a *“informação acerca do utente, obtida em cada turno, a qual produz as intervenções planeadas e realizadas, dados novos que servirão para uma reavaliação dos problemas do utente e outras queixas passageiras ou exames efectuados que não constituem problemas de enfermagem, mas que é útil o enfermeiro do turno seguinte saber”* (5). Nos primórdios da profissão, seguindo o paradigma biomédico, o enfermeiro é educado para registar dados relativos à vigilância, medicação e tratamentos executados conforme as prescrições, como podemos ler na *Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*, o primeiro manual encontrado de formação em cuidado de enfermagem em Portugal (p.75):

“Todos os dias de manhã, e tarde fareis visita particular aos enfermos, principalmente aos que tiveres de maior cuidado, para dares ao médico informação do que lhe fizestes, e como tem passado; porque alguns enfermos não sabem dar a indicação necessária; e o Médico, quando os enfermos são muitos, não se pode lembrar do que a todos tem mandado fazer: o que vós remediais com muita facilidade, assim pela informação, que

deles tendes adquirido, como pela lembrança, que na tábua da visita tendes formado, sem a qual não visiteis nunca com o Médico, ainda que os enfermos sejam poucos, que não é razão que a vossa memória seja fiadora da vida, ou da saúde do enfermo” (6).

Apesar da visão redutora da profissão, inerente ao período em questão, verifica-se a importância que os registos assumem, aqui declarado na expressão “*não é razão que a vossa memória seja fiadora da vida, ou da saúde do enfermo*”. Actualmente, os registos são impostos legalmente através do Decreto-Lei nº437/91 de 8 de Novembro, que regulamenta a Carreira de Enfermagem, constituindo, como refere Alfaro, citado por Paiva “*um documento legal através do qual pode ser avaliada a qualidade dos cuidados prestados*” (4).

Podemos referir enumeras vantagens da elaboração de registos. Segundo Kozier *et al* (7), estas cumprem essencialmente sete finalidades: comunicação, documentação legal, investigação, estatística, educação, auditoria e a planificação de cuidados.

A comunicação, a mais evidentes das finalidades dos registos, é a forma através da qual a informação significativa acerca do doente pode ser transmitida aos membros da equipa, assegurando, desta forma, a continuidade de cuidados. De salientar que, para esta função se cumprir, é necessário incluir a informação pertinente de um forma explícita e lógica, o que permitirá fornecer, tal como nos diz Rodeia citado por Paiva, “*uma gama de dados acessíveis, utilizáveis e particularmente preciosos*” (4).

A finalidade dos registos como documento legal prende-se no facto destes constituírem uma prova dos cuidados prestados, sendo, portanto, importante, como nos referem Atkins & Murray (4) apresentarem caligrafia legível, serem isentos de juízos de valor, incluir data, hora e a identificação de quem os elaborou.

A informação contida nos registos pode, também, ser de grande utilidade na medida em pode ser utilizada por investigadores, no sentido de explorar e comparar resultados, de acordo com as intervenções registadas. Tais dados também podem permitir a criação de bases estatísticas que ajudarão a identificar e a prevenir necessidades, bem como a medir os cuidados prestados. Tal informação possibilitará não só avaliar a qualidade de cuidados, como também, relacionar cuidados e financiamento.

Não podemos deixar ainda de referir, a importância dos registos para a planificação dos cuidados do cliente, não só pelos enfermeiros, como também pela restante equipa interdisciplinar.

A respeito dos registos de enfermagem, a Ordem do Enfermeiros, emitiu um documento em Dezembro de 2001, acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem, considerando os registos como um dos padrões contidos nesta temática. Pode-se ler, aqui (p.15): *“a existência de um sistema de registos que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente”* (8).

Percebemos, assim, a finalidade central de um bom sistema de registos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Porque a existência de dados em abundância não garante a possibilidade destes serem utilizados de forma sistemática, urge proceder à gestão da informação em enfermagem. Os estudos desenvolvidos nos últimos anos no âmbito da saúde, (nomeadamente Werley et al., 1991; Sermeus et al., 1994; Jones, 1997; Goossen, 2000 b; Marin et al., op. cit.; Volrathongchai et al., 2003) indicam como solução para esta problemática o Resumo Mínimo de Dados (9). De acordo com Werley et al (p.421), entende-se por resumo mínimo de dados de enfermagem *“(...) o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde”* (10). Estes representam o conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que contribuem para a adequação dos cuidados prestados numa perspectiva de melhoria contínua. Muitos têm sido os benefícios relatados decorrentes da utilização do RMDE, nomeadamente a promoção e melhoria da qualidade, tendo por base a informação acerca dos resultados obtidos com os cuidados de enfermagem, a identificação e descrição de padrões de necessidades e intervenções de enfermagem e a identificação das áreas centrais de desenvolvimento da disciplina de enfermagem (9). Urge, assim, caminhar na linha da frente da promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, e contribuir para o desenvolvimento e implementação desta tão importante ferramenta de trabalho que se revela o RMDE.

Referências

1. **Johnson, Bulecheck, Dochterman, Maas, Moorhead.** *Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.* Porto Alegre : Artmed, 2001. ISBN 0323012124.
2. **Phipps, Long, Woods, Cassmeyer.** *Enfermagem Médico-Cirúrgica.* Lisboa : Lusodidacta, 1999. ISBN 972-96610-0-6.
3. **Sheehy, Susan.** *Enfermagem de Urgência.* Loures : Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-16-9.
4. **Paiva, Abel.** *Registos de Enfermagem: da tradição SCRIPTO ao discurso INFORMO.* Porto : ICBAS, 1995.
5. **A. Cartaxeiro, I. Venâncio, I. Cardoso, M. Silva.** A importância da colheita de dados e registos de enfermagem. *Revista Informar.* nº30, 2003, Vol. Janeiro/Agosto.
6. **Graça, Luís.** A arte da enfermagem no Séc. XVIII [The art of nursing in XVIII century]. *Textos sobre saúde e trabalho / Papers on health and work .* [Online] 12 de Maio de 2005. [Citação: 11 de Junho de 2010.] <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos173.html>.
7. **Barbara Kozier, Olevora Erb, Rita Olivieri.** *Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos e práctica.* Nueva York : Interamericana McGraw-Hill, 1993. ISBN: 968-25-2209-9.
8. **Ordem dos Enfermeiros.** Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. 2001.
9. **Pereira, Filipe.** Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros:Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. *Repositório Aberto.* [Online] 2006. [Citação: 12 de 05 de 2010.] <http://repositorio-aberto.up.pt>.
10. **H. Werley, E. Devine, C. Zorn, P. Ryan, B. Westra.** *The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data.* s.l. : AJPH, 1991.

Anexo D

Entrevista ao Enfermeiro Coordenador das SIV Norte

Entrevista ao Enfermeiro Coordenador das SIV Norte

1. Face à recente reestruturação dos serviços de urgência, verificou-se alguma alteração nos meios do INEM para dar resposta a novas necessidades?

R: Sim. O INEM tem trabalhado em conjunto com a ARS, complementando as necessidades existentes e mobilizando meios onde se encerram Serviços de Apoio Permanente, nomeadamente em S. João da pesqueira, Valença, etc. Estes meios podem ser ambulâncias SBV ou SIV.

2. Em que medida estas alterações se reflectiram nas activações das ambulâncias SIV?

R: Verificou-se existirem mais activações, embora em alguns sítios inicialmente não. Como as pessoas estavam habituadas a contactar os bombeiros, continuaram a fazê-lo. Contudo, após tomarem conhecimento da ambulância SIV, passaram a contactar a linha 112.

3. Ao longo do estágio, tenho verificado a existência de um elevado nº de activações por agudização de doença crónica de forma repetida nos mesmos indivíduos. Pensa que os enfermeiros do INEM podem efectuar algum tipo de intervenção para fazer face a esta situação?

R: Sim, através de projectos de parceria para a identificação de situações crónicas e de necessidades de apoio social, podendo constituir uma ponte para o serviço social e cuidados de saúde primários. Prestam, assim, um outro nível de cuidados que não a emergência.

4. Tendo em conta o aumento progressivo da esperança média de vida da população portuguesa e o aumento da morbilidade associado a várias doenças, sendo o INEM encarado por muitos como o único elo de ligação com as unidades de saúde, pensa que pode existir alguma interligação com os cuidados de saúde primários a nível da enfermagem?

R: (Anterior)

5. Qual encara ser o papel do enfermeiro especialista no pré-hospitalar?

R: Não existe uma função específica do enfermeiro especialista. Existem 4 enfermeiros especialistas em EMC e uma em reabilitação na delegação Norte, que fazem a gestão dos meios operacionais e trazem um maior aporte de conhecimentos que a especialidade lhes permitiu.

6. No turno que realizei no CODU, verifiquei existir um nº de chamadas significativo, em que são contactados os bombeiros em situação de emergência, ao invés do nº nacional de emergência. Porque pensa que esta situação ocorre?

R: Penso que por duas situações: desconhecimento formal da população pela informação insuficiente e pelo difícil acesso à linha 112, em que por vezes os tempos de espera são longos, uma vez que antes de ser remetida para o CODU, a chamada é recebida na polícia.

7. Existe algum tipo de intervenção que possa fazer no âmbito do estágio face a esta situação?

R: Sim, a sensibilização e informação da população.

8. Tendo em conta os problemas detectados, bem como as necessidades da população, prevê-se alguma mudança da filosofia do INEM?

R: A filosofia do INEM muda com a Direcção. Recentemente houve uma mudança na Direcção, pelo que penso que a filosofia também vai mudar e iremos retomar as acções de sensibilização nas escolas e na população.

Porto, 27 de Outubro de 20

Anexo E

Artigo Correio do Minho

Os novos acordos com a China são vantajosos para Portugal?

NIU FERREIRA
Bombeiro

"À partida são bons, a longo prazo é que já tenho as minhas dúvidas. Neste momento a ajuda chinesa é boa, mas preocupa-me o futuro."



ADELINO MARQUES
Rececionista

"Acho que não, porque ficamos dependentes da política da China e isso, a meu ver, não nos interessa. A China até nos pode aliviar um bocadinho a nossa situação, mas não nos cura a doença."



CARLOS SEPÚLVEDA
Reformado

"Em parte sim, mas não em tudo. Vemos que os produtos chineses estão a dar cabo do nosso comércio e da nossa indústria. Os chineses querem ajudar-nos, mas querem primeiro ajudar-se a eles próprios."



ANTÓNIO ESTEVES
Engenheiro

"Não conheço o pormenor dos acordos, mas, à partida, qualquer acordo com o mercado como chinês poderá ser vantajoso para o nosso país."



OPINIÃO



ANA SABRINA SILVA SOUSA*

IDEIAS

BOM DIA



Rui Miguel Graça

INEM: recurso para a vida

No âmbito da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, encontro-me em estágio no INEM, colaborando com os profissionais em várias áreas de actuação. Foi neste contexto que me deparei com um elevado número de chamadas em que as pessoas contactam o INEM, demonstrando dificuldades em identificar o motivo do contacto, bem como o local, o que dificulta o envio dos meios adequados. Por vezes, ainda, contactam os bombeiros, ao invés do 112. Estes, por sua vez, após chegada ao local, informam o INEM da ocorrência, necessitando, frequentemente, de outros meios mais diferenciados, como a ambulância SIV (ambulância tripulada por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência) ou a VMER (tripulada por um enfermeiro e um médico). Foram estas situações que me motivaram a escrever este artigo, com o objectivo de informar a população, e melhorar o pedido de socorro, para que a assistência possa ser eficaz.

Queixas como "O INEM levou muito tempo a atender" ou "demoraram muito a chegar" não são estranhas à maioria de nós. Mas será que nos interrogamos o porquê disto acontecer? Para compreendermos estas situações, teremos de perceber como se processa a activação dos meios de emergência.

Quando é efectuada uma chamada para a linha 112, esta recai numa central da PSP ou, nalguns locais, da GNR. Tratando-se de uma situação de foro médico, a chamada é encaminhada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), que atende a chamada num tempo de espera muito curto. Em Portugal existem quatro CODU: Porto, Coimbra, Lisboa e Faro, que recebem as chamadas das respectivas zonas. Nestes locais encontram-se médicos e operadores 24 horas por dia, que efectuem a recepção das chamadas 112, a recolha de informação, o



EM CASO DE EMERGÊNCIA

CONTACTE 112

- Informe que trata de uma situação de emergência médica

QUANDO É ATENDIDO PELO CODU DEVE INDICAR:

- O tipo de situação (doença, acidente, parto, etc.);
- A localização exacta e, sempre que possível, com indicação de pontos de referência;
- O número, o sexo e a idade aparente das pessoas a necessitar de socorro;
- As queixas principais e as alterações que observa;
- A existência de qualquer situação que exija outros meios para o local, por exemplo, libertação de gases, perigo de incêndio, etc.

envio de meios adequados, o acompanhamento e o encaminhamento para os hospitais. Trata-se, assim, de um centro de operações que coordena a emergência médica. Com o objectivo de identificar o principal foco de instabilidade da vítima, os operadores colocam algumas questões obrigatórias, pelo que a pessoa deverá tentar manter-se calma e responder de forma clara ao que lhe é perguntado. Durante este contacto, o opera-

dor preenche uma aplicação informática com a informação recolhida, que passa para o médico. Este, por sua vez, autoriza a saída do meio que é activado pelo "acionamento" através de uma chamada telefónica. Embora pareçam muitas fases, estas não demoram mais de um minuto. Está demonstrado que a fase mais morosa é a do alerta, devido à dificuldade de muitas pessoas em responder às questões que lhes são colocadas.

Os meios accionados podem consistir em motas, ambulâncias de socorro, viaturas médicas e helicópteros, sendo seleccionados de forma criteriosa de acordo com a situação clínica das vítimas, a proximidade e a acessibilidade ao local da ocorrência.

O contacto com o meio enviado é mantido ao longo da sua actuação, que informa o CODU da situação da vítima e se procede, se necessário, ao envio de outros meios mais diferenciados. O CODU, por sua vez, recolhe os dados e fornece instruções relativamente a procedimentos e ao transporte para a unidade de saúde. É ainda possível seleccionar e preparar a recepção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino.

O CODU dispõe, ainda, de um serviço que identifica as chamadas que foram descontinuadas antes de serem atendidas, restabelecendo o contacto e inquirindo a pessoa se a ajuda ainda é necessária.

Pode-se perceber, assim, como se processa a activação e a coordenação dos meios de emergência médica. Contudo, para que a sua acção seja eficaz, é essencial a colaboração da população. O fornecimento das informações correctas acerca do estado da vítima, bem como o endereço do local são essenciais. E não se esqueça que o serviço 112 é um recurso de emergência, e que sempre que é activado desnecessariamente, a ajuda de quem realmente necessita pode ser afectada.

*Enfermeira no Hospital de S. João, E.P.E., Serviço UCIP Geral; em estágio no INEM no âmbito do Mestrado de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

É futebol... não é golfe

Nas imediações do Estádio do Dragão terá sido inaugurado na época passada um campo de golfe e uma vez por ano as bolas ganham tamanha velocidade que entram no campo de futebol e atingem atletas de alta competição, que nada têm a ver com ideologias levadas ao extremo, com as quezílias criadas por outros e alimentadas por alguns arruaceiros que teimam em adquirir estatuto no futebol português. Ontem foi notícia que em Guimarães, as bolas de golfe esgotaram nos estabelecimentos comerciais e, a não ser que seja inaugurado outro recinto desportivo para disputar uma etapa da Ryder Cup - a famosa competição que coloca frente-a-frente, num mano-a-mano intenso, uma equipa europeia contra outra formada por elementos dos Estados Unidos da América -, não consigo perceber as razões que levaram alguns habitantes da cidade Berço a imitar tal acto. A imagem das operações da Polícia Judiciária, a liga da época passada foi apelidada de campeonato das toupeiras e parece-me que a actual vai passar a ser o campeonato do golfe. Sei porque é que isto acontece: porque os prevaricadores passam impunes e não há punições capazes de colocar em sentido os agentes do futebol. Muitas vezes paga o justo pelo pecador, essencialmente quando leva com a bola de golfe. Se eu mandasse no futebol português regressava à velha punição das interdições de campo. E das duras... porque isto é futebol, é espectáculo. Depois queixem-se que os estádios estão cada vez mais vazios...

Anexo F

Artigo Revista SIM



Organizamos

**Casamentos, Baptizados
todo o tipo de festas**

**Reserve já a sua mesa para
a Passagem d'Ano**

www.palace.com.pt info@palace.com.pt



Quinta das Rosas - Penhas
4705 - 565 BRAGA
Tel. 253 673 670
Tel. 917 512 974



Ana S.S. Sousa
Especialista Hospital de S. João,
E.P.E.
Serviço UCP Geral Em Estágio
no INEM no âmbito do Mestrado
da Especialização em
Emergência Médico-Cirúrgica da
Universidade Católica Portuguesa



Emergência Pré-hospitalar: A Estrela da Vida

No âmbito da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estou a ter oportunidade de realizar um estágio no INEM, colaborando com os profissionais em várias situações de emergência, bem como na observação das acções realizadas no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). É neste centro que recebem as chamadas 112 para assistência de saúde e onde denotei a existência de uma grande percentagem de pessoas que liga para os bombeiros em situação de emergência, ao invés de fazer a chamada 112, bem como um elevado desconhecimento em relação às informações que devem ser fornecidas nesta chamada. Estes factos levam a que a activação dos meios adequados para responder à situação em causa esteja, frequentemente, dificultada, e seja, por vezes, inadequada. Para percebermos melhor esta problemática, irei explicar, neste artigo, o funcionamento do INEM, os meios de que dispõe, bem como dos procedimentos a tomar em caso de emergência.

A emergência médica em Portugal na actualidade é resultante da cooperação de várias entidades (PSP, GNR, INEM, Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Hospitais e Centros de Saúde) e coordenada pelo INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), com o objectivo de garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e adequada prestação de cuidados de saúde. Para tal, o INEM dispõe de vários meios, que são activados de acordo com a situação em causa.

Estes podem ser:

Ambulância Suporte Básico de Vida: composta por dois técnicos de ambulância de emergência, que aplicam medidas de suporte básico de vida. Este meio encontra-se sediado nos corpos de bombeiros e em várias bases do INEM;

Ambulância Suporte Imediato de Vida: composto por um técnico de ambulância de emergência e um enfermeiro, que asseguram a prestação de cuidados diferenciados, incluindo manobras de reanimação avançadas, visando uma melhoria qualitativa dos cuidados prestados à população;

Viatura Médica de Emergência (VMER): veículo que efectua o transporte ao local de uma equipa composta por um enfermeiro e um médico em situações que exijam cuidados médicos emergentes no local e se necessário acompanhamento para o hospital;

Mota: meio ligeiro, vocacionado para deslocações no trânsito urbano, que permite a estabilização da vítima até à chegada dos restantes meios;

Helicóptero: meio tripulado por dois pilotos, um médico e um enfermeiro que efectua transporte de doentes graves entre duas unidades de saúde ou entre o local de ocorrência e uma unidade de saúde.

O primeiro passo para a activação dos serviços de emergência é a chamada para a linha 112. Esta ligação recai numa central de emergência da PSP ou da GNR, que canalizam para o CODU do INEM as chamadas que dizem respeito à saúde.

O INEM tem quatro CODU em funcionamento: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro.

Compete a estes centros, onde se encontram técnicos, médicos e uma psicóloga, atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objectivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. O atendimento das chamadas é feito por operadores com formação específica, que fazem a triagem, aconselhamento e envio de meios de socorro. Nesta fase, o tipo de informação fornecida pela pessoa que efectua a chamada é fundamental, bem como manter a calma e tentar não entrar em pânico.

Assim, deve fornecer as seguintes informações:

- O tipo de situação (doença, acidente, parto, etc.);
- A localização exacta e, sempre que possível, com indicação de pontos de referência;
- O número, o sexo e a idade aparente das pessoas a necessitar de socorro;
- As queixas principais e as alterações que observa;
- A existência de qualquer situação que exija outros meios para o local, por exemplo, libertação de gases, perigo de incêndio, etc.

Depois os operadores irão indicar-lhe a melhor forma de proceder e enviar, se necessário, os meios adequados. Só deve desligar a chamada quando o operador lhe indicar.

Siga estas recomendações e lembre-se que o número 112 é um recurso de emergência e, sempre que é utilizado indevidamente, a linha e meios estão a ser ocupados, afectando a resposta a situações graves. Ajude a ajudar para que a estrela da vida brilhe mais.

Fonte:
INEM. (2009). Instituto Nacional de Emergência Médica. Obtido em 3 de Novembro de 2010, de www.inem.pt

Anexo G

Projecto de Intervenção (Registos de enfermagem: Para uma melhoria da qualidade)



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

RELATÓRIO

Registos de enfermagem:
Para uma melhoria da qualidade

Ana Sousa

Fernando Miranda

Sob Orientação de: Prof.^a Irene Oliveira

Porto, Junho de 2010



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

2º Semestre

Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica

PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Ana Sousa

Fernando Miranda

Sob Orientação de: Prof.^a Irene Oliveira

Porto, Junho de 2010

Siglas

SU: Serviço de Urgência

OE: Ordem dos Enfermeiros

RMDE: Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem

Índice

1.Caracterização da Instituição.....	3
1.1.Caracterização do serviço.....	3
2. Planificação do Projecto.....	7
2.1. <i>Diagnóstico de situação</i>	7
2.2. Fundamentação Teórica.....	8
2.3. Definição de Objectivos	12
2.4. Definição de Estratégias e Metodologias	13
2.5. Programação da intervenção.....	13
2.6. Avaliação	14
3.Execução.....	15
4. Avaliação.....	16
5. Conclusão.....	17
6. Bibliografia.....	18
Anexos.....	19

Anexo A: Cronograma

Anexo B: Plano de sessão

Anexo C: Guia de orientação de registos

Anexo D: Formulário de avaliação

Anexo E: Diapositivos da acção de formação

Caracterização da Instituição

O Hospital de S. João foi inaugurado a 24 de Junho de 1959, para fazer face à inadequação do Hospital de Santo António, que se via incapaz de servir a população do Norte, sendo simultaneamente um Centro de Investigação Científica e de Ensino Escolar de Medicina (Hospital de S.João, 2004).

Actualmente, este hospital de grande dimensão em área de atendimento, nos meios de que dispõe e no número de pacientes que acolhe, é classificado como um Hospital Central, tendo a cidade do Porto como área de influência, e os distritos de Braga, Viana do Castelo, e a área do Vale do Sousa a sua área de referência (Hospital de São João, 2004).

Todos os Serviços estão agrupados em 6 Unidades Autónomas de Gestão (UAG): Medicina; Cirurgia; Mulher e Criança; Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; Urgência e Cuidados Intensivos; e Saúde Mental (Hospital de São João, 2006).

2.5. 1.1.Caracterização do serviço

O Serviço de Urgência do Hospital de São João, é composto por uma equipa multidisciplinar composta por Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais, Técnicos de Cardio-Pneumologia, Assistente Social bem como todos os técnicos de Tecnologias de saúde que dão resposta nas 24h.

A Equipa de Enfermagem é composta por 80 enfermeiros no total, entre os quais Enfermeiro Chefe e dois Enfermeiros Especialistas a desenvolver actividades predominantemente no turno da Manhã. Os restantes enfermeiros encontram-se divididos em cinco equipas, cada com 18 elementos coordenados por um Coordenador de Equipa (e um Sub-Coordenador, que assume funções em substituição do Coordenador de Equipa) que se assume como um elo de ligação entre a Enfermeira-Chefe e os seus elementos, elabora o Plano de Trabalho para cada turno, entre outras funções.

Os elementos da equipa de enfermagem são divididos conforme o estipulado, e conforme as necessidades, tendo em conta sete áreas de prestação de cuidados. As quais passamos a descrever, tendo em conta alguns aspectos que consideramos pertinentes ao desenvolvimento da prestação de cuidados de enfermagem:

- **Área de admissão e receção:** área onde são admitidos os doentes e se realizam os processamentos administrativos e o apoio ao acompanhante, através do Gabinete de Apoio ao Acompanhante.
- **Área de Triagem:** área onde se realiza a primeira avaliação do doente, pelo enfermeiro, com base no sistema de Triagem de Manchester. Dotada de dois postos de trabalho, nos turnos da Manhã e Tarde e por um no turno da Noite (de referir que existe possibilidade, mediante fluxo de doentes, de abertura de um terceiro posto de triagem) que, após avaliação do utente, lhe atribui um nível de prioridade, informando o acompanhante (pessoa significativa). Os níveis de triagem pressupõem diferentes tempos de espera (Tabela 1)

Número	Nome/Cor	Tempo Máx. Espera
1	IMEDIATO	0 minutos
2	MUITO URGENTE	10 minutos
3	URGENTE	60 minutos
4	POUCO URGENTE	120 minutos
5	NÃO URGENTE	240 minutos

Tabela 1 - Escala Nacional de Triagem. Adaptada de Freitas *et al* (1997)

- **Área de Psiquiatria:** área onde é feito o atendimento de doentes, provenientes de toda a área metropolitana do Porto, com situações urgentes do foro psiquiátrico. Com dotação de um posto de trabalho assegurado por um enfermeiro, nos turnos da Manhã e Tarde sendo durante a noite assegurado por um dos enfermeiros das áreas Amarela/Ortotraumatologia.
- **Área Amarela:** espaço onde são alocados os doente com nível Urgente, Pouco Urgente e Não Urgente (cor amarelo, verde e azul). Constituída por oito gabinetes para avaliação de doentes pela equipa médica, quatro gabinetes para prestação de cuidados de saúde e espaço envolvente equipado com cadeirões. Com dotação de quatro postos de trabalho de enfermagem, dois auxiliares e médicos.

- **Área Laranja:** dispõe de duas áreas: Unidade de Curta Permanência, onde os doentes poderão permanecer até 24 horas tendo uma lotação de 8 camas; a área laranja para onde são encaminhados os doentes triados com a cor laranja e vias verdes de AVC sem indicação para trombólise, com lotação de 7 macas e 8 cadeirões. Com dotação de quatro postos de trabalho de enfermagem, três assistentes operacionais e médicos.
- **Área de Ortopneumatologia:** área para onde são encaminhados os doentes, Urgentes, Pouco Urgentes e Não Urgentes vítimas de trauma. Dispõe de dois postos de trabalho de enfermagem, três assistentes operacionais e equipa médica;
- **Sala de emergência:** área onde são admitidos os doentes emergentes, em que existe, ou poderá existir, risco de vida ou compromisso de funções vitais a necessitar de tratamento imediato. Estes provêm tanto do exterior como dos diferentes serviços do hospital. Com lotação de cinco unidades, cada uma equipada com material necessário a Suporte Avançado de Vida. Encontra-se alocada a área uma equipa de Reanimação Intra-Hospitalar, constituída por Médico Intensivista e Enfermeiro.

Na contínua melhoria do acolhimento ao utente e família/pessoas significativas, o Serviço dispõe de Gabinete de Apoio ao Acompanhante e salas de espera dispersas pelas instalações. De referir a Sala da Família, local específico, com condições de recato e privacidade, utilizada essencialmente pelos Prestadores de Cuidados para informar a família das condições do doente.

O Gabinete de Apoio ao Acompanhante funciona numa estrutura física própria das 8h às 24h com um administrativo que desenvolve as suas actividades como elo de ligação entre os profissionais de saúde e a família/pessoas significativas. Das 24h às 8h as actividades são partilhadas entre o enfermeiro da triagem e o administrativo do Posto Administrativo. Este circuito, de relevante importância no acolhimento dos cidadãos no SU, inicia-se na Triagem onde o enfermeiro triador, regra geral, encaminha o acompanhante para o Gabinete de Apoio ao Acompanhante, onde é recolhido o contacto de referência e lhe é atribuída uma pulseira roxa (Acompanhante de Referência). Durante as 24h e as 8h, é o enfermeiro da triagem que regista o contacto do

acompanhante e lhe atribui a respectiva pulseira. Caso o doente for menor de idade, possuir barreiras à comunicação, com agitação psicomotora e a presença do acompanhante ser terapêutica, entre outras, é-lhe atribuído a condição de Acompanhante Permanente e respectiva pulseira roxa (com a designação AP e cor de Área à qual o doente foi alocado). Caso seja um doente com prioridade Muito Urgente e Emergente, o acompanhamento por parte da família/pessoas significativas é feito de imediato. Isto também acontece em doentes que sejam triados para a área laranja ou para as especialidades de oftalmologia, nefrologia, gastroenterologia, estomatologia, cirurgia vascular ou hemodinâmica, uma vez que se encontram noutra área que não urgência de adultos.

As salas de espera encontram-se anexadas a cada área. Existe sala de espera na admissão administrativa, onde não existem restrições para a permanência dos cidadãos, e onde geralmente se encontra a família/pessoas significativas do doente que não necessita de acompanhamento. Sala de espera na área de triagem onde os doentes aguardam triagem, composta por condições para recepção de doentes em maca e com mobilidade não condicionada ou reduzida. Restantes áreas (Amarela, Ortopneumatologia, Laranja e Sala de Emergência) possuem, cada uma, salas de espera com cadeiras das respectivas cores.

2. Planificação do Projecto

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993: 23), o planeamento de um projecto pode ser definido como “ [...] *a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, [...] implicando a coordenação de esforços provenientes de vários sectores*”.

O Planeamento constitui, assim, um conjunto de decisões programadas, cujo resultado pretendido é o de provocar uma mudança. É de realçar o facto de este ser um processo contínuo e dinâmico, sujeito, por isso, a alterações sempre que se considere oportuno. Podemos enumerar as suas etapas:

- Diagnóstico da situação;
- Fixação de objectivos;
- Selecção de estratégias;
- Elaboração de programas e projectos;
- Preparação da execução;
- Execução;
- Avaliação. (Giraldes & Imperatori, 1993)

2.6. 2.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação corresponde à primeira etapa do processo de Planeamento. Esta permite-nos identificar os principais problemas, as suas causas e respectivos factores condicionantes (Giraldes & Imperatori, 1993). Nesta etapa, são detectadas as necessidades e estabelecidas as prioridades.

Em entrevista estruturada com a Senhora Enfermeira Chefe, e em resposta à questão “Identifica alguma necessidade, que em contexto de Estágio, possa intervir?”, fomos convidados a participar no projecto de melhoria dos registos de enfermagem do serviço, sendo este um aspecto a necessitar de melhoria de acordo com a mesma, no

sentido de conter dados sensíveis aos cuidados de enfermagem, bem como uma avaliação mais detalhada do doente.

Na tentativa de encontrar mais contributos para caracterizar o problema, a observação participante foi realizada no decorrer da prestação de cuidados nas diferentes áreas do SU, bem como no exercício de funções de gestão, no período mencionado no cronograma (Anexo A), e teve como focos a pessoa, a família e a prestação de cuidados de enfermagem em todas as suas dimensões. Tivemos a oportunidade de consultar aleatoriamente alguns processos de doentes e da leitura das notas de enfermagem, foram detectadas algumas lacunas, essencialmente na escassez de informação registada na avaliação inicial, nas notas de evolução e notas de alta (nestas últimas raros foram os casos de existirem registos que levassem à continuidade dos cuidados, mesmo quando transferência para outros serviços da instituição). Foram, também, encontrados episódios de urgência sem qualquer registo de enfermagem. Não podemos deixar de referir que no relato da informação aquando a passagem de turno, muitos dados eram referidos oralmente. Contudo, após consulta dos registos escritos, verificamos não reflectirem, muitas vezes, a excelente informação obtida e cuidados prestados.

Estas constatações permitiram-nos identificar como oportunidade de melhoria a informação de dados sensíveis aos cuidados de enfermagem e de vários aspectos relacionados com o doente nos registos, o que convergiu com a necessidade detectada pela Senhora Enfermeira Chefe.

2.7. 2.2. Fundamentação Teórica

Está presente na consciência dos enfermeiros a importância dos Registos das intervenções e os seus propósitos. Leal (2006), exalta esta importância considerando que estes constituem um instrumento básico de enfermagem indispensável no processo de cuidados ao doente e família/pessoas significativas. Estes constituem alicerce na delineação, desempenho e avaliação dos cuidados prestados aos doentes, para que estes possam ser individuais, contínuos e progressivos, permitindo autonomia e responsabilidade dos Enfermeiros e dando visibilidade ao trabalho realizado.

Pereira (2005), citando Costa e Ramalhão, considera que existem três tipos de registos: **Admissão** (devem conter dados biográficos, história social e clínica), **Evolução** (Relatam essencialmente dados do doente após a prestação de cuidados. Sendo de elevada importância para a continuidade dos cuidados) e **Alta/Transferência**

(Têm por objectivo dar continuidade aos cuidados de enfermagem pós Alta/Transferência, permitindo que cheguem a outro profissional informações relevantes sobre o doente).

Cartaxeiro (2003) considera como finalidade dos registos de enfermagem descrever a condição, passada e presente, de saúde do doente, divulgar informações importantes pela equipa de saúde, desenvolver e uniformizar uma metodologia de transmissão de informação, avaliar a qualidade dos cuidados prestados, auxiliar na gestão dos recursos humanos e na investigação em enfermagem e interferir na decisão do método de formação em serviço. Contudo, esta não é de todo uma referência isolada, muitos outros fazem referências próximas à finalidade dos registos, como, Dias *et al* (2001), Rodeia (1993), entre outros.

Cada vez mais os programas de melhoria da qualidade estão a ser vistos como instrumentos fundamentais para uma melhor prestação de cuidados de saúde. Prova é o Programa Nacional de Acreditação de Hospitais pelo extinto Instituto de Qualidade em Saúde, lançado em 1999, bem como os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, editado em Setembro de 2002. Estes projectos dependem do levantamento de informação, factor importante na avaliação da qualidade hospitalar. Esta poderá ser transformada e apresentada em forma de indicadores. Estes, podem ser reflexo da medição de processos, dos resultados ou mesmo da estrutura organizacional da instituição de saúde. (Pereira, 2009)

A informação relacionada com a prestação de cuidados de enfermagem, só pode ser encontrada nos registos de enfermagem. Se eles são inexistentes ou incompletos, não conseguiremos avaliar para melhorar a nossa prestação de cuidados.

É um facto, que os registos são realizados, mas terão a qualidade e pertinência que se espera? Esta questão faz todo o sentido, essencialmente num Serviço de Urgência.

O Serviço de Urgência é a porta de entrada de grande parte dos clientes numa Unidade de Saúde e momento único para uma avaliação preliminar dos problemas da pessoa. Mais ainda, na realidade portuguesa, em que os Cuidados de Saúde Primários, apesar de um crescimento de respostas aos problemas de saúde dos clientes nos últimos anos, ainda não respondem às exigências de saúde/doença que se esperava de uma estrutura que se quer perto dos cidadãos.

É certo que o tempo em contexto de urgência/emergência é o recurso mais difícil de gerir. Desde a avaliação da situação problema, sua estabilização ou resolução, vigilância para avaliação da resposta ao tratamento realizado até à alta intra-hospitalar ou para o domicílio da pessoa, decorrem um número de intervenções autónomas e interdependentes do enfermeiro. Trabalho impar e de valor acrescentado para cuidados de saúde de qualidade. Mas existirá um reflexo deste, nos registos efectuados pelo enfermeiro?

É certo que as intervenções interdependentes que na sua maioria resultam de prescrição de outro elemento da equipa, acabam por ser “validadas” como executadas, o que fomenta o registo atempado das mesmas e as intervenções à sua percussão ficam inerentes no acto de “validação”. Contudo, muitas das intervenções autónomas do enfermeiro realizadas, acabam por ser descuradas no registo em processo clínico. É certo, como já vimos, que o tempo em urgência é de difícil gestão e a prestação de cuidados directos ao doente é sempre uma prioridade. Mas todos conhecemos a premissa “intervenção não registada é não realizada”. Logo, é necessário fomentar no reduzido tempo em urgência para intervir junto do doente, um pequeno momento para efectuar registos que sejam sensíveis e conseqüentemente autónomos aos Cuidados de Enfermagem. Surge-nos, então, a dúvida acerca do que registar. Quais serão esses dados sensíveis aos cuidados de enfermagem que importa referir, tendo presente o tempo reduzido que existe para efectuar os registos em contexto de urgência? O que será então o mínimo a registar e que traduza o trabalho realizado pelo enfermeiro em contexto de Urgência?

Como disciplina, as Ciências da Enfermagem conjectura um Processo que está inerente a todos os actos do enfermeiro. Este pressupõe Avaliação inicial, Planeamento das intervenções, Execução das intervenções e Avaliação final, tendo presente a dinâmica desta hermenêutica em que o fim pode ser o início de outro Processo. Temos então um ponto de partida com quatro momentos que nos levam e sustentam a intervenção autónoma. Mas para despoletar toda esta dinâmica é necessário identificar o problema a resolver, o que fará as “roldanas” começarem a girar. É neste momento que importa reflectirmos. Devemos registar todos os problemas do doente, mesmo que repetindo informação já descrita por outros elementos da equipa no processo do doente e que, à partida, já nos levaram a acções interdependentes? Ou, devemos registar os problemas que necessitam de intervenções autónomas prescritas pelo enfermeiro? Está presente que o tempo é escasso. Não devemos então organizá-lo com o sentido de

descrever o exercício autónomo do enfermeiro na resolução dos problemas da pessoa sensíveis aos cuidados de enfermagem? Compreendemos, então, que só assim poderemos estabelecer metas através de indicadores mensuráveis da nossa prática, para avaliar com o objectivo de melhorar.

Para dar resposta a que focos ter em atenção, na consulta bibliográfica realizada, deparamo-nos com o Modelo de Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem, desenvolvido e testado pelo Pereira. No seu trabalho, ele enuncia os focos que traduzem uma intervenção autónoma e sensível aos cuidados de enfermagem (Figura 1).

Focos de atenção incluídos no RMDE		
	Razões para a acção	
	<u>Conhecimento</u>	
	<u>Aprendizagem de capacidades</u>	
	Stress do prestador de cuidados	
	Aceitação do estado de saúde	
	Auto controlo: infecção	
	Auto controlo: incontinência urinária	
	Auto controlo: continência intestinal	
	Auto controlo: dor	
		Interacções e Processos familiares
		Papel parental
		Papel de prestador de cuidados
		Paternidade
		Amamentar
		Planeamento familiar
		Adaptação à gravidez
	Acções realizadas pelo próprio	
	Auto cuidado higiene	
	Auto cuidado vestuário	
	Auto cuidado alimentar-se	
	Auto cuidado uso do sanitário	
	Transferir-se	
	Posicionar-se	
	Deambular	
	Queda	
	Uso de contraceptivos	
	Adesão ao regime terapêutico	
	Gestão do regime terapêutico	
	Adesão à vacinação	
	Auto-vigilância	
	Comportamento de procura de saúde (durante a gravidez)	
Funções		
Expectorar		
Aspiração		
Desidratação		
Úlcera de pressão		
Anquilose		
Pé equino		
Dor		
Obstipação		

Figura 2- Focos de atenção incluídos no RMDE (com base na Versão Beta 2 da CIPE) in Pereira, 2005 p. 197

Consideramos que este pode ser um ponto de partida para a discussão com aqueles que todos os dias exercem funções em contexto do Serviço de Urgência. Isto é, através do Resumo Mínimos de dados, procurar reflectir com a equipa de forma a

identificar quais os focos que merecem atenção e que devem sempre ser registados pelos enfermeiros, para assim se poderem construir indicadores concretos que levem à crescente visibilidade da enfermagem como profissão dotada de saberes próprios bem como ao aumento da qualidade dos cuidados prestados.

No decorrer do estágio e até ao momento, identificamos alguns focos que consideramos exequíveis em contexto do Serviço de Urgência. Não resistimos a enumerá-los. Contudo, estes devem ser alvo de investigação e reflexão mais concreta, no intuito de perceber a sua utilidade/exequibilidade. Destacámos então:

- Funções:

Expectorar

Aspiração

Desidratação

Dor

Obstipação

- Razões para acção:

- Conhecimento

- Aprendizagem de capacidades

- Stress do prestador de cuidados

- Aceitação do estado de saúde

- Interacções e Processos Familiares

- Papel de prestador de cuidados

- Acções realizadas pelo próprio

- Auto Cuidado Higiene

- Auto Cuidado Alimentar-se

- Auto Cuidado uso de sanitário

- Transferir-se

- Queda

- Adesão ao regime Terapêutico

- Gestão do Regime Terapêutico

2.8. 2.3. Definição de Objectivos

De acordo com as necessidades detectadas, e tendo em conta os recursos e o tempo disponível para a realização deste projecto, definimos como objectivos gerais:

- Reforçar a sensibilização, já iniciada anteriormente, dos enfermeiros para a necessidade de documentar as suas práticas;
- Sensibilizar os enfermeiros para a necessidade de avaliar o doente de uma forma holística;
- Incentivar o registo das necessidades e dos problemas do doente/pessoa significativa, identificados
- Promover o registo das intervenções autónomas de enfermagem.

2.9. 2.4. Definição de Estratégias e Metodologias

Para a execução deste projecto, que conta, em todas as suas fases, com a parceria com os profissionais do SU, adoptamos como estratégia a interacção com a equipa, de forma a perceber as suas especificidades e os seus saberes, através da partilha recíproca de experiências e conhecimentos.

Será, assim, elaborado um guia orientador de elaboração de notas de enfermagem, bem como um documento de auditoria das mesmas. (Anexos)

2.10. 2.5. Programação da intervenção

Como actividades consideramos serem adequadas:

- O diálogo com os enfermeiros aquando da execução das notas de enfermagem, de forma a perceber o que consideram relevante registar, e ao mesmo tempo sensibilizar para a importância de documentar os cuidados. Este será feito entre os dias 1 e 14 de Junho nas horas de contacto de estágio, com os enfermeiros em serviço na área;
- Criação, juntamente com a Senhora Enfermeira Chefe, de um guia orientador de registos tipo com focos chave e respectivas intervenções, com origem no diálogo com os enfermeiros, a ser posteriormente trabalhada por cada equipa.
- A realização reuniões com os coordenadores da equipa e elementos-chave de cada equipa, na qual será lançada a discussão da problemática da documentação dos cuidados de enfermagem e as suas implicações para a melhoria da

qualidade. As reuniões decorrerão entre os dias 15 e 18 de Junho, de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros (plano de sessão em Anexo B);

- No decorrer das sessões serão feitas as alterações que se julguem pertinentes, ao guia de orientação de registos, que após a última reunião será remetido para cada coordenador de equipa (Anexo C).

2.11. 2.6. Avaliação

A Avaliação é a última etapa do processo de planeamento de um projecto, afirmando-se, segundo Andrade (1995) como “[...] *um instrumento para melhorar o projecto, valorizar a sua pertinência, assim como facilitar a tomada de decisões*”.

Como avaliação de processo, será utilizado o feedback recebido pelos enfermeiros do serviço, nomeadamente a Enfermeira-Chefe, em relação às reuniões, bem como o nº de enfermeiros sensibilizados para a necessidade de registar os cuidados prestados, de acordo com a sua pertinência. Este número será obtido através dos dados fornecidos pelos enfermeiros coordenadores das equipas.

Como avaliação da formação realizada, será efectuado um formulário o qual os formandos terão de preencher (Anexo D).

Como avaliação de resultado, será feita uma análise dos registos de enfermagem, através do preenchimento do documento de auditoria, para verificação da mudança de registos, numa fase posterior a este projecto, em que todos os enfermeiros do Serviço estarão informados acerca da problemática.

3.Execução

Conforme planeado, a sensibilização dos enfermeiros aquando da execução dos registos de enfermagem, bem como a recolha de dados para a construção de um instrumento de registos, ocorreu nas datas entre 1 e 14 de Junho.

Nos dias 15, 16 e 17 de Junho foram efectuadas sessões de formação (diapositivos Anexo E), uma para cada equipa, após a passagem de turno da manhã, pelas 8h30min.

- A primeira sessão decorreu no dia 15 de Junho, com a equipa D, contando com a presença de 5 elementos, além da Sr^a Enfermeira Chefe do SU e teve a duração de 2 horas;
- A segunda sessão decorreu no dia 16 de Junho, com a equipa C, e contou com a presença de 3 elementos, além da Sr^a Enfermeira Chefe do SU;
- A terceira sessão decorreu no dia 17 de Junho, com a equipa E, e contou com a presença de 3 elementos, além da Sr^a Enfermeira Chefe do SU;
- A quarta e quinta sessões, planeadas para o dia 18 de Junho, não foram possíveis realizarem-se devido a greve, tendo sido, por isso remarcada uma sessão para o dia 23.

Em todas as sessões foi exposta a problemática e efectuadas sugestões por parte dos formandos, que se mostraram sensibilizados para a problemática e empenhados em participar neste projecto de forma activa, através da sensibilização dos restantes colegas e da colaboração na construção do instrumento de registos. Foi, também, entregue em cada sessão um documento da OE acerca do RMDE que foi colocado na capa de cada equipa para consulta pelos seus membros, e um quadro contendo a sugestão do que seria um instrumento de notas de enfermagem, com espaço para sugestões. Este documento foi efectuado no programa excel, para possibilitar a sua utilização como instrumento de auditoria dos registos de enfermagem.

4. Avaliação

Após cada sessão, verificamos uma mudança na atitude dos enfermeiros relativamente à importância atribuída à problemática da melhoria da qualidade dos registos, bem como à sua relevância para a construção de indicadores de enfermagem, através da manifestação das suas opiniões, pelo que consideramos os dois primeiros objectivos da sessão atingidos (Anexo B). A mudança de comportamentos esperada não poderá ser avaliada a curto prazo, pelo que, conforme referido anteriormente, deverá ser feita numa fase posterior.

Em relação à avaliação de cada sessão, através do formulário, e da sua análise estatística, pudemos verificar que em relação ao item conteúdos programáticos, 90% dos participantes considerou o tema abordado muito interessante e a acção excelente em termos de conhecimentos.

No que concerne ao desempenho dos formadores, 95% considerou que foram totalmente claros, dominavam a matéria, conseguiram motivar os formandos e incentivaram a participação.

Relativamente à organização da acção, 70% dos formandos considerou que a acção teve a duração necessária e 80% afirmou a documentação distribuída ter boa qualidade. O valor mais baixo relativamente à pontuação atribuída no questionário, remeteu-se para o horário da acção (após a passagem de turno). Consideramos este não ser o horário ideal, contudo foi o possível para abranger todas as equipas sem necessidade de deslocamento dos profissionais fora do seu horário de trabalho.

5. Conclusão

Desde o momento da avaliação de necessidades, passando pela execução e finalmente pela avaliação, este foi um trabalho gratificante, na medida em que permitiu o desenvolvimento de um exercício crítico e reflexivo, envolvendo estudo de estratégias e planos de acção com vista à resolução de problemas.

Estamos cientes de que este foi um pequeno passo com vista à mudança e melhoria da qualidade. Foi, contudo, um passo importante na medida em que introduziu o tema e sensibilizou os profissionais para a problemática. Consideramos, assim, termos cumprido os objectivos a que nos propusemos inicialmente, com a certeza de que o nosso trabalho será continuado.

6. Bibliografia

- Andrade, M. I. (1995) – *Educação para a Saúde: Guia para Professores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora.
- CARTAXEIRO, A., e tal (2003). A importância da colheita de dados e registos de enfermagem. *Revista Informar*, n.º 30, Jan/Agosto, Ano IX.
- DIAS, A., et al (2001). Registos de Enfermagem, *Revista Servir*, volume 49 n.º 6, pp. 267-271
- FREITAS, P. et al (1997). *Triagem no Serviço de Urgência*. Porto: Grupo de Triagem de Manchester.
- GIRALDES, Maria do Rosário; IMPERATORI, Emílio (1993) – *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª Edição. Lisboa.
- HOSPITAL DE SÃO JOÃO (2005) – Grupo de Trauma. www.grupodetrauma.com. Internet. 11/05/05. URL: <http://www.grupodetrauma.com/site/index.php?content=pag-texto/pt/msgenfdir.php.pt&context=hsj>
- HOSPITAL DE SÃO JOÃO (2006) *Instituição*. Obtido em 20 de 04 de 2010, de Hospital de S. João: http://www.hsjoao.min-saude.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27542
- LEAL, M (2006). *A CIPE e a Visibilidade da Enfermagem – Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência.
- PEREIRA, S. (2005). *A Importância dos Registos de Enfermagem*. *Revista Sinais Vitais*, n.º 62, Setembro, pp. 58-61
- PEREIRA, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS, disponível on-line em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7182>, em 24 Maio de 2010 às 17h00.
- RODEIA, J. (1993). *Registos de Enfermagem*. *Revista Servir*, Volume n.º 41, n.º2 Março/Abril

Anexos

Anexo A

Cronograma

Tempo Actividades		2010												
		Abril	Maio				Junho			Outubro			Novembro	
		19-30	1-9	10-16	17-23	24-31	1-6	7-13	14-19	4-15	16-22	23-31	1-19	20-27
Caracterização da instituição e serviço		[Barra azul]												
Diagnostico da situação	Entrevista com Enfermeira-Chefe				[Barra azul]									
	Entrevistas informais com Enfermeira Tutora e restante equipa		[Barra azul]											
	Avaliação dos registos de enfermagem	[Barra azul]												
	Observação directa	[Barra azul]												
	Tratamento de dados			[Barra azul]										
Definição de objectivos						[Barra azul]				[Barra azul]				
ção do plano de acção	Definição de estratégias e métodos de actuação					[Barra azul]					[Barra azul]			
	Programação da intervenção					[Barra azul]					[Barra azul]			
Execução							[Barra azul]					[Barra azul]		
Avaliação								[Barra azul]					[Barra azul]	
Elaboração de relatório de projecto		[Barra azul]								[Barra azul]				

Anexo B

Plano de Sessão

PLANO DE SESSÃO

Tema	Importância dos Registos – Na prática diária dos Enfermeiros em Contexto de Serviço de Urgência.		
Data	15, 16, 17 e 18 de Junho de 2010	Hora	Sessão de 2h no início do turno da manhã (15, 16,17 e 18) e no início turno da Tarde (18)
Objectivos	<p>Com esta sessão pretende-se que os formandos sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a importância de documentar as práticas; • Reconhecer a necessidade de avaliar o doente de uma forma holística; • Aumentar o nº de registos acerca das intervenções autónomas de enfermagem, bem como acerca das necessidades do doente e família. 		
	Conteúdo	Metodologia/Estratégia	Tempo
Introdução	Apresentação dos formadores, do tema e dos formandos	Método Expositivo	15 min.

<p>Desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Importância dos Registos: Razões para registar; • Tipos de Registos: Registos de Admissão, Evolução e alta/transferência. • O que registar? 	<p>Método Expositivo: Apresentação oral com auxílio de métodos audiovisuais (power-point)</p> <p>Participativo: pedido de sugestões aos formandos acerca do conteúdo da folha de registos decorrente da sua experiência</p>	<p>75 min</p>
<p>Avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opinião dos formandos acerca da sessão • Opinião dos formandos acerca da importância do tema e desejo manifestado em participar no projecto e divulgar a mensagem. 		<p>20 min.</p>
<p>Conclusão</p>	<p>Avaliação da Sessão: ganhos e condicionantes</p> <p>Preenchimento de formulário de avaliação da sessão</p> <p>Agradecimentos pela presença e disponibilidade demonstrada para a temática.</p>	<p>Interacção com os formandos.</p>	<p>10min.</p>

Anexo C

Guia de orientação de registos

Sugestões

Avaliação Inicial/Registos de admissão

Status de admissão

Antecedentes Relevantes

Estado de Consciência

Consciente

Orientado auto e alopsiquicamente

Pupilas (tamanho, simetria e fotoreactividade)

Humor

Eutimico

Depressivo

Ansioso

Dor

Localização

Intensidade

Respiração

Não invasiva: especificar

Doente eupneico

Doente dispneico

Invasiva

Ventilação espontanea

Doente eupneico

Doente dispneico

Ventilação mecânica

Adaptação ao modo Ventilatório

Limpeza das Vias aéreas	Eficaz		
	Necessidades de aspiração		
	Secreções	Purulentas Mucosas Quantidade	
Circulação	Pressão arterial de acordo valores habituais?		
	Tempo preenchimento capilar		
	Frequência Cardíaca (Ritmo, regularidade, tipo)		
	Sinais visíveis de hemorragia	Localização	
		Quantidade	
Temperatura	temperatura ao toque		
Alimentação entérica	Via oral	Geral	
		Mole	
	Através de Sonda	Tipo de Sonda	
		Data de Colocação	
	Última refeição		
	Glicemia capilar		

Eliminação	Espontanea		
		Incontinência	
		Globo Vesical	
	Por Catéter Urinário	Tipo	
		Data de Colocação	
	Urina	Limpida	
		Concentrada	
Com sedimento			
Hematúria			
Eliminação Intestinal	Presença de estomas		
	Padrão de eliminação intestinal		
	Última dejeção		
Tegumento Pele	Integra		
	Integridade comprometida		
	Presença de feridas	Tipo	
		Localização	
		Extensão	

Actividades de Vida Diária	Grau de dependência		
	Identificação do Cuidador	Necessidades do cuidador	
Necessidades de Apoio Social			
Acompanhante	Relação com o doente		
	Contacto		
Cuidados de Saúde Primários	Acompanhamento por enfermeiro		
Registos de Evolução			
Estado de Consciência (Reavaliação)	Consciente		
	Orientado auto e alopsiquicamente		
	Pupilas (tamanho, simetria e fotoreactividade)		
	Intervenções Realizadas		
Humor (Reavaliação)	Eutimico		
	Depressivo		
	Ansioso		
	Intervenções Realizadas		
Dor (Reavaliação)	Aumento ou redução da intensidade		
	Intervenções Realizadas		
Respiração	Não invasiva		

	Mecânica	Bem adaptado Desadaptado	
	Espontanea	Doente eupneico Doente dispneico	
	Invasiva		
	Ventilação espontanea	Doente eupneico Doente dispneico	
	Ventilação mecânica	Bem adaptado Desadaptado	
	Intervenções Realizadas		
Limpeza das Vias aéreas	Eficaz		
	Intervenções Realizadas	Necessidades de aspiração	
	Secreções	Purulentas Mucosas Quantidade	
Circulação	Pressão arterial		
	Frequência Cardíaca (Ritmo, regularidade, tipo)		
	Sinais visíveis de hemorragia	Quantidade Localização	

	Intervenções Realizadas		
Temperatura	Intervenções Realizadas		
Alimentação entérica	Indicação médica		
	Recusa alimentar		
	Alimentos Ingeridos	Iogurte	
		Chá	
		Bolachas	
		Outro	
	Tolerância alimentar		
Glicemia Capilar			
Eliminação Vesical	Espontanea		
	Urina	Limpida	
		Concentrada	
		Com sedimento	
		Hematúria	
	Intervenções Realizadas	Cateterização Vesical	
		Lavagem Vesical	
Sifonagem			

Eliminação Intestinal	Ileostomia	Funcionante	
	Colostomia	Funcionante	
	Fezes	Pastosas	
		Líquidas	
		Semi-líquidas	
	Frequência		
	Melenas		
	Intervenções Realizadas	Remoção Fecalomas	
		Enema	
		Outra	
Tegumento Pele	Presença de feridas	Tipo	
		Localização	
		Extensão	
	Intervenções Realizadas	Lavagem com SF	
		Outros procedimentos/tratamentos: especificar	

Acessos Venosos	Tipo de acesso		
	Localização		
	Motivo de cateterização		
Higiene Pessoal	Grau de dependência		
	Intervenções Realizadas	Cuidados de Higiene parciais	
		Banho no chuveiro	
		Cuidados de Higiene orais	
		Outra	
Precauções de Segurança	Intervenções Realizadas	Levantar grades da maca	
		Outra	
Familia	Avaliação das necessidades		
	Intervenções Realizadas	Orientação alimentação	
		Orientação deslocação	
		Encaminhamento para apoio social	
		Apoio no luto	

Registos de Alta/Transferência

Resumo de episódio		
Défices nos Auto-cuidados		
Presença de feridas	Tratamento realizado	
Necessidades de ensinos		
Necessidade de apoio social		
Avisada Familia	Pessoa contactada	
	Meio de contacto	

Anexo D

Formulário de avaliação

2.4 Foram claros nas intervenções realizadas:	Pouco Claros							Totalmente Claros
2.5 Incentivaram a participação dos formandos:	Fraco Incentivo							Forte Incentivo
2.6 Demonstraram interesse nas dificuldades dos formandos:	Fraco Interesse							Muito Interesse

3. Relativamente à organização da Acção, designadamente ao que toca a recursos de apoio mobilizados para a mesma:		1	2	3	4	5	
3.1 A qualidade e a adequação da documentação distribuída?	Muito Fraca						Muito Boa
3.2 A qualidade e adequação das instalações e condições ambientais?	Muito Fracas						Muito Boas
3.3 A duração da acção?	Insuficiente						Mais que necessário
3.4 O horário da acção de formação?	Inadequado						Totalmente Adequado

Obrigada (o) pela sua participação!

Ana Sousa

Fernando Miranda

Alunos da EEMC

Anexo E

Diapositivos da acção de formação



IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS

Na Prática Diária dos Enfermeiros em Contexto de Urgência

IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS

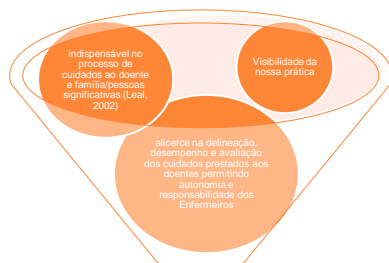
NA PRÁTICA DIÁRIA DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

○ Objectivos

- Reconhecer a importância de documentar as práticas;
- Reconhecer a necessidade de avaliar o doente de uma forma holística;
- Aumentar o nº de registos acerca das intervenções autónomas de enfermagem, bem como acerca das necessidades do doente e família;

IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS

NA PRÁTICA DIÁRIA DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA



Razões para registar

IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS

NA PRÁTICA DIÁRIA DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA




IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS

NA PRÁTICA DIÁRIA DOS ENFERMEIROS EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

O que registar



AVALIAÇÃO INICIAL

- Status de admissão
 - Antecedentes relevantes
 - Estado de consciência
 - Consciente
 - Orientado auto e alopsiquicamente
 - Pupilas (tamanho, simetria e fotoreactividade)
 - Humor
 - Eutímico
 - Depressivo
 - Ansioso
- 

AVALIAÇÃO INICIAL

- Dor
 - Localização
 - Intensidade
- Respiração
 - Não invasiva; especificar
 - Doente eupneico
 - Doente dispneico
 - Invasiva
 - Ventilação espontânea
 - Doente eupneico
 - Doente dispneico
 - Ventilação mecânica
 - Adaptação ao modo ventilatório



AVALIAÇÃO INICIAL

- Limpeza das vias aéreas
 - Eficaz
 - Necessidade de aspiração
 - Secreções
 - Purulentas
 - Mucosas
 - Quantidade
- Circulação
 - Pressão arterial de acordo com valores habituais?
 - Frequência cardíaca
 - Sinais visíveis de hemorragia
 - Localização
 - Quantidade



AVALIAÇÃO INICIAL

- Temperatura
- Alimentação entérica
 - Via oral
 - Geral
 - Mole
 - Através de sonda
 - Tipo de sonda
 - Data de colocação
 - Última refeição
 - Glicemia capilar



REGISTOS NA ADMISSÃO

Eliminação vesical

- Espontânea
 - Incontinência
 - Globo vesical
- Por cateter
 - Tipo
 - Data de colocação
- Urina
 - Límpida
 - Concentrada
 - Com sedimento
 - Hematúria

Eliminação intestinal

- Presença de estomas



AVALIAÇÃO INICIAL

- Tegumento Pele
 - Íntegra
 - Integridade comprometida
 - Presença de feridas
 - Tipo
 - Localização
 - Extensão
- Actividades de Vida Diárias
 - Grau de dependência
 - Identificação do cuidador
 - Necessidades do cuidador



AVALIAÇÃO INICIAL

- Necessidade de apoio social
- Acompanhante
 - Relação com o doente
 - Contacto
- Cuidados de Saúde Primários
 - Acompanhamento por enfermeiro



REGISTOS DE EVOLUÇÃO

- Estado de consciência (reavaliação)
 - Consciente
 - Orientado auto e alopsiquicamente

- Humor
 - Eutímico
 - Depressivo
 - Ansioso

- Intervenções realizadas



REGISTOS DE EVOLUÇÃO

- Dor (reavaliação)
 - Aumento ou redução da intensidade
 - Intervenções realizadas

- Respiração
 - Não invasiva

Mecânica

- Bem adaptado
- Desadaptado

Espontânea

- Doente eupneico
- Doente dispneico



REGISTOS DE EVOLUÇÃO

- Invasiva
 - Ventilação espontânea
 - Doente eupneico
 - Doente dispneico
 - Ventilação mecânica
 - Bem adaptado
 - Desadaptado



REGISTOS DE EVOLUÇÃO

- Limpeza das vias aéreas
 - Eficaz
 - Intervenções realizadas
 - Necessidade de aspiração
 - Secreções
 - Purulentas
 - Mucosas
 - Quantidade



REGISTOS DE EVOLUÇÃO

○ Circulação

- Pressão arterial
- Frequência cardíaca
- Sinais visíveis de hemorragia
 - Localização
 - Quantidade
 - Intervenções realizadas



REGISTOS DE EVOLUÇÃO

○ Temperatura

- Intervenções realizadas

○ Alimentação entérica

- Indicação médica
- Recusa alimentar
- Alimentos ingeridos
 - Iogurte
 - Chá
 - Bolachas
 - Outro
- Tolerância alimentar
- Glicemia capilar



REGISTOS DE EVOLUÇÃO

Eliminação vesical

- Espontânea
- Por cateter
- Urina
 - Límpida
 - Concentrada
 - Com sedimento
 - Hematúria
- Intervenções realizadas
 - Cateterização vesical
 - Lavagem vesical
 - Sifonagem

Eliminação intestinal

- **Ileostomia**
 - Funcionante
- **Colostomia**
 - Funcionante
- **Fezes**
 - Pastosas
 - Líquidas
 - Semi-líquidas
- **Frequência**
- **Melenas**
- **Intervenções**
 - Remoção fecalomas
 - Enema

REGISTOS DE EVOLUÇÃO

◦ Tegumento Pele

- Presença de feridas
 - Tipo
 - Localização
 - Extensão
 - Tratamento
 - Lavagem com SF
 - Outros produtos, especificar

◦ Acessos venosos

- Tipo de acesso
- Localização
- Motivo da cateterização

REGISTOS DE EVOLUÇÃO

○ Higiene pessoal

- Grau de dependência
- Intervenções realizadas
 - Cuidados de higiene parciais
 - Banho chuveiro
 - Cuidados de higiene oral

○ Precauções de segurança

- Levantar grades da maca



REGISTOS DE EVOLUÇÃO

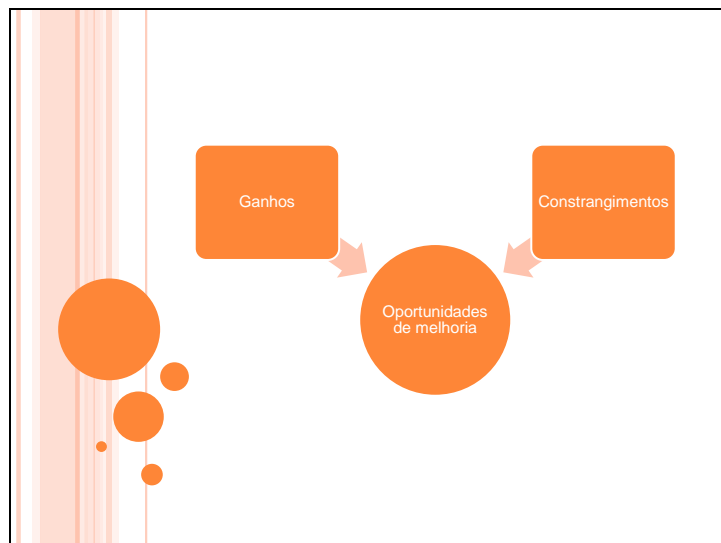
○ Família

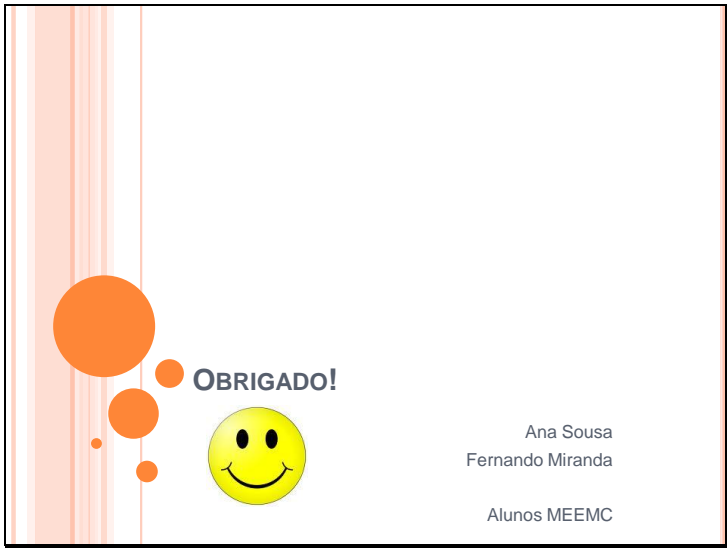
- Avaliação das necessidades
- Intervenções
 - Orientação alimentação
 - Orientação deslocação
 - Encaminhamento cuidados de saúde primários
 - Ensinos
 - Encaminhamento para apoio social
 - Apoio no luto



REGISTOS DE ALTA/ TRANSFERÊNCIA

- Défices nos Autocuidados
- Presença de feridas
- Necessidades de ensinios
- Necessidade de apoio social
- Avisada família (pessoa contactada e meio de contacto)





OBRIGADO!



Ana Sousa
Fernando Miranda

Alunos MEEMC

Anexo H

Inquérito efectuado aos enfermeiros do INEM



No âmbito do Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estágio em Pré-Hospitalar, encontro-me a realizar um trabalho acerca da não adesão ao regime terapêutico. Solicito, assim, a sua colaboração no preenchimento deste questionário acerca das activações por agudização em doentes crónicos.

Os dados serão obtidos sob anonimato, sendo confidenciais. A sua participação é livre, podendo recusar a qualquer momento.

A aluna,
Ana Sousa

1. Em contexto de pré-hospitalar, qual considera ser a 1ª causa de activação do meio?
 - 1.1. Doença súbita
 - 1.2. Trauma
 - 1.3. Outra Qual? _____

 2. Em relação à doença súbita, na sua opinião, qual considera ser a percentagem que corresponde a agudização de doentes crónicos?
 - 2.1. Inferior a 30%
 - 2.2. Entre 30 e 50%
 - 2.3. Entre 50 e 70%
 - 2.4. Superior a 70%

 3. Na sua opinião, qual considera ser a principal causa de agudização de uma situação crónica?
 - 3.1. Ausência de regime terapêutico instituído
 - 3.2. Não cumprimento do regime terapêutico farmacológico e não farmacológico
 - 3.3. Ineficácia do regime terapêutico
-

4. Enumere por ordem crescente de importância (sendo 1 o mais importante) os motivos que considera serem responsáveis pela não adesão ao regime terapêutico.

4.1.Falta de percepção do seu problema de saúde

4.2.Falta de informação/ Déficit de conhecimentos

4.3.Falta de motivação

4.4.Falta de recursos sócio-económicos

4.5.Falta de encaminhamento para a saúde comunitária

4.6.Falta de recursos na saúde comunitária para atender a todos os casos

4.7.Outro Qual? _____

5. Na sua opinião os profissionais do pré-hospitalar podem desempenhar um papel na situação da não adesão ao regime terapêutico?

5.1.Não

5.2.Sim

5.2.1.Sugira qual

Obrigada pela sua colaboração

Anexo I

Registo das activações durante estágio no INEM

Meio	Nº	Idade	Género	Causa de activação	Antecedentes	Problemas detectados	Possíveis causas
SIV Gondo mar	1	50	F	Doença súbita	Esquizofrenia Tumor útero Anemia Obesidade	Febre Taquicardia Défice de mobilidade Ansiedade	Falta de regime terapêutico Falta de encaminhamento
	2	72	M	Trauma (acidente de viação)	DM tipo 2 Angina peito		
	3	47	M	Doença súbita (crise convulsiva)	Alcoolismo Epilepsia	Não cumpre regime terapêutico	Falta de encaminhamento
	5	70	M	Doença súbita (Dor torácica)	Alzheimer Hiperplasia prostática		
SIV Fafe	6	79	F	Doença súbita (lipotímia)	HTA	Não adesão ao regime terapêutico	Falta de percepção do problema de saúde
	7	54	M	Doença súbita (Dor torácica)	EAM DPOC	Não adesão ao regime terapêutico	Ineficácia regime terapêutico Falta de encaminhamento
SIV S.to Tirso	8	86	F	Doença súbita (Dispneia)	AVC Acamada		Falta de encaminhamento Inexistência de regime terapêutico instituído
	9	32	M	Trauma (Acidente de viação)			
	10	88	F	Doença súbita (PCR)	Psiquiátricos Acamada		

VMER S. João	11	84	M	Doença súbita (dor torácica)	Angina Cateterismo cardíaco Ansiedade	Ansiedade	Ineficácia regime terapêutico
	12	76	F	Doença súbita (inconsciente por provável reacção vagal)	Pancreatectomia HTA não controlada Obstipação	Hipertensão não controlada Obstipação	Incompreensão regime terapêutico Falta de conhecimento (dieta alimentar)
	13	86	F	Doença súbita (Dispneia)	AVC Acamada	? (Rendez-vous)	?
	14	62	M	Trauma (queda de árvore)			
	15	71	F	Trauma (Acidente de viação)			
VMER Famalicão	16	54	M	Trauma (queda)			
VMER Braga	17	47	M	Doença súbita (hipoglicemia)	DM tipo 1 Alcoolismo	Não cumprimento regime terapêutico	Falta de recursos sócio-económicos Falta de encaminhamento (vive com mãe idosa)
	18	68	M	Doença súbita (Insuficiência respiratória)	DPOC	Ineficácia regime terapêutico	Falta de encaminhamento para saúde comunitária
	19	75	M	Trauma			

