



Micael Cordeiro
Fernandes

Relatório de Trabalho de Projeto

Dinâmica da equipa multidisciplinar numa
situação de emergência cardiorrespiratória na
UCIP

Outubro, 2015



Micael Cordeiro
Fernandes

Relatório de Trabalho de Projeto

Dinâmica da equipa multidisciplinar numa
situação de emergência cardiorrespiratória na
UCIP

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
realizado sob a orientação científica da Professora
Armandina Antunes

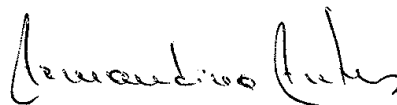
Outubro, 2015

**DECLARAÇÃO DO(S)
ORIENTADOR(ES)**

Declaro que a Dissertação / Relatório / Projeto intitulada Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP, do estudante Micael Cordeiro Fernandes, n.º 130519019, do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

Escola Superior de Saúde, 16-10-2015.

O(s) orientador(es),



(Professora Armandina Antunes)

“Se um dia disserem que seu trabalho não é o de um profissional, lembre-se: a Arca de Noé foi construída por amadores; profissionais construíram o Titanic.”

(Anónimo)

AGRADECIMENTOS

A toda a equipa de docentes da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal pela disponibilidade, interesse e incentivo no sentido pedagógico, em especial à Professora Armandina Antunes pela orientação.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, pela forma como me receberam, pelos momentos de partilha de vivências e conhecimentos, em especial para o Enfermeiro Azevedo pela orientação do estágio, empenho, acompanhamento e colaboração no Projeto e ao Enfermeiro João Lopes pelo apoio e dedicação na transmissão de saberes.

Aos meus colegas de profissão e de curso pelo apoio e paciência demonstrada ao longo deste percurso, particularmente à Isabel Ferreira e Rosália Mariano.

Aos meus pais e irmão, apesar de nem sempre presentes fisicamente pela distância, sempre presentes no apoio incondicional e incentivo para conseguir alcançar mais uma etapa na minha vida.

Finalmente à pessoa que tem estado sempre ao meu lado nas etapas da minha vida e possivelmente tem “sofrido” mais com o tempo dedicado a mais esta, pelo amor, carinho e apoio dedicado, Vanessa Gonçalves.

RESUMO

Neste relatório apresenta-se a aplicação da metodologia de trabalho de projeto, durante os estágios do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, com o projeto de intervenção em serviço intitulado “Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP”.

Também decorre a reflexão crítica sobre a aquisição das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestre em Enfermagem, sustentada em todos os aportes teóricos e práticos adquiridos durante este percurso.

A UCIP é uma unidade que presta cuidados a clientes que necessitam de monitorização e suporte vital adequado, numa otimização dos recursos disponíveis, visando sempre a qualidade dos cuidados, com o objetivo de suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente (Direção Geral da Saúde, 2003a). Surge a necessidade deste projeto no sentido de criar modelos organizacionais e metodologias que as tornem capazes de cumprir aqueles objetivos.

Os objetivos deste projeto são aprofundar conhecimentos sobre o tema, elaborar uma instrução de trabalho perante uma situação de emergência cardiorrespiratória, formar/consolidar os conhecimentos da equipa de enfermagem em SAV no adulto e sobre a instrução de trabalho e elaborar um Poster para divulgação da instrução de trabalho, desenvolvidos com suporte à Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel.

A prossecução destes objetivos convergem numa otimização da dinâmica e organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória, com a definição de papéis de cada elemento, no sentido de uniformizar práticas, para uma atuação mais rápida, eficaz e segura. Contribui assim, para a melhoria da qualidade dos cuidados e a excelência no exercício da profissão, numa prática fundamentada pela investigação, ou seja, baseada na evidência.

A implementação desta instrução de trabalho, uniformizando práticas de organização, vem de encontro aos critérios do programa de acreditação em curso no hospital, a *Joint Commission International*.

Palavras-chave: Metodologia de Trabalho de Projeto; Teoria da Incerteza na Doença; Dinâmica de equipa; Emergência cardiorrespiratória; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Competências.

ABSTRACT

This report presents the implementation of the project work methodology during the internships carried out within the context of the 3rd Master Degree course in Medical-Surgical Nursing, School of Health Sciences - Polytechnic Institute of Setúbal. It reflects an intervention project in service and was entitled as “Dynamics of the multidisciplinary team in cardiac emergency in the UCIP.”

It also shows a critical reflection on the acquisition of the Nurse Specialist's Skills in Medical Surgical Nursing and at the level of Master's Degree. This reflection is supported by all the theoretical and practical approaches acquired during this course.

The UCIP is a unit that provides care to patients who require monitoring and appropriate life support in a perspective of optimizing the available resources, and never forgetting the quality of care, in order to withstand and recover vital functions that are mandatory for the treatment of the underlying disease (Direção Geral da Saúde, 2003a). This project will aim to create models and methodologies to meet those goals.

The objectives of this project are to improve the knowledge on the subject; draw up a guideline to use in a cardiac emergency room; strengthen the use of that guideline among the adult SAV nursing team and, finally, prepare a poster to disclose the guideline. All of these objectives were supported by Mishel's Uncertainty in Illness Theory.

The pursuit of the objectives move towards an optimization of the dynamics and organization of the cardiac emergency multidisciplinary team , with the definition of each element's roles in order to standardize practices for faster, more efficient and safer operations. It thus contributes for the improvement of the quality of care and the excellence in the profession, a practice grounded in research and based on evidence.

The implementation of the guideline as a standard model to organize practices, confirms the criteria of the current accreditation program in the hospital, the Joint Commission International.

Keywords: Project Work Methodology; Uncertainty in Illness Theory; Team dynamics; Cardiac emergency; Medical-Surgical Nursing; Skills.

ÍNDICE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DAV - Diretiva Antecipada de Vontade

DGS – Direção Geral da Saúde

DNR - Decisão de Não Reanimar

ESS – Escola Superior de Saúde

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

PNEPC – Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos

RCP – Reanimação Cardio-Pulmonar

REPE – Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico I – Atualização da formação SAV da equipa de enfermagem da UCIP	39
Gráfico II – Segurança perante uma situação de emergência cardiorrespiratória da equipa de enfermagem da UCIP	40
Gráfico III – Organização perante uma situação de emergência cardiorrespiratória da equipa de enfermagem da UCIP	41
Gráfico IV – Comunicação perante uma situação de emergência cardiorrespiratória da equipa de enfermagem da UCIP	41

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	15
2. METODOLOGIA DE TRABALHO DE PROJETO	35
2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	36
2.2. PLANEAMENTO	43
2.3. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO	44
3. REFLEXÃO CRÍTICA AQUISIÇÃO/ DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E APRENDIZAGENS EFETUADAS NOS ESTÁGIOS REALIZADOS	51
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	51
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	59
3.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA	71
3.4. COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
APÊNDICES	89
APÊNDICE I – ANÁLISE SWOT	90
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO	91
APÊNDICE III – PLANEAMENTO DO PROJETO	93
APÊNDICE IV – CRONOGRAMA	96
APÊNDICE V – INSTRUÇÃO DE TRABALHO	97
APÊNDICE VI – AÇÃO DE FORMAÇÃO	103

APÊNDICE VII – PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO	114
APÊNDICE VIII – POSTER.....	115
APÊNDICE IX – ARTIGO	116

INTRODUÇÃO

Este trabalho enquadra-se no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

O curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica considera a realização de um conjunto de estágios interrelacionados entre si, num primeiro bloco, estágio I e II, e no segundo, estágio III. Estes devem ser efetuados em serviços ou unidades relacionados com cuidados de enfermagem na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Portanto, o local de estágio deve ser um local de aprendizagens propício para o desenvolvimento de competências especializadas nesta área, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação de processos, conduzindo ao desenvolvimento de boas práticas.

O estágio desenvolveu-se num hospital privado, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), um serviço com diversas valências e uma equipa de enfermagem com vasta experiência, e ainda estágios de observação na mesma instituição na Comissão de Controlo de Infeção (CCI) e Unidade de Cuidados Paliativos.

De acordo com o Regulamento do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2011), as oportunidades privilegiadas de formação experiencial, os estágios devem contribuir para que o formando no final do curso:

- Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica;
- Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;
- Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa;

- Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos;
- Inicie, contribua para e/ou sustente investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em enfermagem médico-cirúrgica no particular.

Os principais objetivos deste relatório assentam em descrever o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) delineado de acordo com uma problemática identificada, no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, sustentada na aplicação da metodologia de trabalho de projeto. E refletir criticamente acerca da aquisição e desenvolvimento de aprendizagens e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica e competências de Mestre em Enfermagem.

Em termos de estrutura, o nosso relatório encontra-se dividido em três partes. De seguida surge o enquadramento conceptual e teórico, no sentido de clarificar conceitos e apresentação sumária da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel. Seguidamente, a segunda parte é constituída pela apresentação do PIS, nomeadamente explicitando o diagnóstico de situação, o seu planeamento, execução e avaliação. A terceira parte diz respeito à reflexão sobre as aprendizagens efetuadas e o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e por fim, as considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Neste capítulo vamos apresentar diversos temas interligados entre si que são pilares fundamentais para a exposição de todo o percurso realizado neste mestrado, portanto, a realização do enquadramento conceptual e teórico.

A história da **enfermagem** profissional começa com Florence Nightingale. A perspetiva de Nightingale sobre a enfermagem tem sido praticada há mais de um século e o desenvolvimento da teoria de enfermagem evoluiu rapidamente nas últimas décadas, o que levou, finalmente, ao reconhecimento da enfermagem como disciplina académica com um considerável corpo de conhecimentos (Tomey & Alligood, 2004).

A enfermagem definida segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/96) “é a profissão que, na área da saúde, 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, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” e acrescenta que o enfermeiro “é um profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem lhe foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família grupos ou comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária”.

A procura pela melhoria contínua dos cuidados de enfermagem é da responsabilidade de cada enfermeiro. Esta premissa encontra-se sustentada por alicerces, como a comunicação, a experiência adquirida e a formação, nomeadamente a **Formação Contínua Aplicada à Enfermagem**. Assim, cabe a cada enfermeiro, ou seja, cada adulto manter uma procura pelo conhecimento atualizado.

O termo **Andragogia** surge como disciplina e parte integrante das ciências da educação, mais especificamente no campo da educação dos adultos, em 1967 por Malcolm Knowles.

Para Imaginário (2004) a andragogia é a “arte e ciência de ajudar os adultos a aprender” (p. 3) e distingue-se das práticas pedagógicas “antes de mais pelos seus pressupostos quanto ao conceito de aprendente, ao papel da sua experiência na aprendizagem, à disponibilidade, à orientação e à motivação para aprender, os quais, pelo menos tendencialmente, atribuem aos adultos a capacidade para se autodirigir” (p. 3). Na pedagogia o aprendente encontra-se dependente do professor que é responsável na decisão do que deve ser aprendido, quando, como e se foi aprendido, ou seja, na avaliação.

Somera, Junior & Rondina (2010) citando Sánchez (2001) referem que “o processo educativo de adultos requer se levar em conta suas características biopsicossociais e suas experiências anteriores, presentes, futuras ou desejáveis” (p. 103). Portanto o adulto orienta a aprendizagem consoante a sua situação atual, gerindo-a e direcionando-a, considerando-se um processo de autoformação. O professor apresenta-se disponível para discussão e orientação estratégica adequada aos objetivos e motivação do adulto, no sentido de consolidação e desenvolvimento de conhecimentos e competências.

Qualquer disciplina necessita de definir o seu campo de abrangência, o que implica definir a suas próprias formas de conhecer, produzir e validar conhecimentos. A natureza do conhecimento e a forma pela qual é desenvolvido são condicionadas pela história, pelos valores dominantes e recursos disponíveis os quais, por sua vez, estão relacionados com as condições socioculturais. Desta forma, a partir de uma perspectiva histórica, é possível compreender melhor como foram desenvolvidos os conhecimentos de uma profissão (Cestari, 2003).

Os **padrões de conhecimento em enfermagem** foram elaborados primeiramente por Barbara Carper, em 1978. Estes são interrelacionados e interdependentes, não sendo nenhum deles mais importante que outro e contribuem de uma forma essencial para a

prática de enfermagem, ou seja, levam a uma reflexão crítica para compreender o significado do saber e os tipos de conhecimentos de maior importância para a enfermagem. Carper apresentou quatro padrões de conhecimento, nomeadamente o conhecimento empírico, ético, estético e pessoal. Segundo Nunes (2010) posteriormente foram acrescentados o conhecimento reflexivo e o conhecimento sócio-político.

O conhecimento empírico refere-se ao que é verificável, objetivo e fatural, baseado na investigação, já o conhecimento ético reflete os princípios e valores, ou seja os princípios éticos da enfermagem na investigação e prestação de cuidados. Por seu lado o conhecimento estético representa o conhecimento tácito e intuição, a exploração do qualitativo, enquanto o conhecimento pessoal centra-se na auto-consciência e sabedoria pessoal. Por fim, o conhecimento reflexivo relaciona-se com a incerteza, a reflexão sobre a experiência e exploração de situações a um nível mais profundo e o conhecimento sócio-político ao poder, contexto, a compreensão de quando e onde os enfermeiros devem agir em contexto de enfermagem e saúde (Nunes, 2010).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012) com a certificação de competências do enfermeiro de cuidados gerais “assegura-se que o enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilizam em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (p. 7).

Contudo, um outro elemento surge como pré-condição para esses padrões de conhecimento, a **experiência**.

A experiência tem sido um dos elementos enfatizados por Benner (2001), que considera que é através dela que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado. Segundo esta autora, só os enfermeiros que participam na prática dos cuidados têm noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado. Os enfermeiros serão considerados tanto melhores profissionais quanto mais próximos dos padrões de excelência definidos

estiver o seu desempenho e a excelência no exercício da prática só se consegue participando dela. Benner (2001) afirma que nunca se começa como perito e que o indivíduo passa por cinco níveis de experiência: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito.

Esta autora adaptou o Modelo Dreyfus da Aquisição e Desenvolvimento de Competências à prática da enfermagem clínica, sendo um modelo situacional que descreve cinco níveis, referidos anteriormente.

Estes diferentes níveis refletem mudanças em três aspectos principais, que se introduzem aquando da aquisição de uma competência. Em primeiro surge a passagem de uma confiança em princípios abstratos à utilização de uma experiência passada concreta. A segunda reporta a forma como o formando se apercebe de uma situação, da mudança de ver um conjunto de elementos retirados daqui ou ali para ver uma situação como um todo, retirando os elementos relevantes. O terceiro aspecto é a passagem de ser um observador desligado a um executante envolvido, empenhado na situação (Benner, 2001).

Portanto, observou que a aquisição de competência baseada na experiência é mais rápida e mais segura quando se apoia numa base educacional de confiança. A competência e a prática competente significa implementar intervenções de enfermagem competentes e competências de juízos clínicos em situações reais (Tomey & Alligood, 2002, p. 190).

Este conceito de “expert” (perito), introduzido por Benner na nossa profissão, considera que o enfermeiro apenas sustentado por uma base educacional assim como por uma multitude de experiências profissionais é que o mesmo desenvolve capacidades e habilidades. Mas retomando o primeiro nível, o principiante age em conformidade com regras estabelecidas, no sentido de “digam-me o que é preciso fazer e eu faço”; o principiante avançado, já com alguma experiência, reconhece certas situações significativas, formulando princípios baseados na experiência; o competente (com 2 a 3 anos de experiência na mesma área) baseia as suas ações em pensamento abstrato e analítico, com eficiência na organização; o proficiente toma decisões assentes numa

compreensão mais holística, com uma experiência que permite o que esperar de certas situações e adequar os seus planos de ação e por fim, o perito, dada a experiência, já apresenta uma compreensão intuitiva das situações, com um desempenho extremamente fluido, complexo e eficaz (Nunes, 2010).

Assim, resume-se que neste modelo o principiante não tem nenhuma experiência das situações com que possa ser confrontado e o perito tem uma enorme experiência e apreende diretamente o problema sem se perder por diversas soluções e diagnósticos (Benner, 2001).

O conceito de perito tem-se alterado nos últimos anos, em que o que era considerado um repositório de factos e saberes, atualmente, com a quantidade de informação acessível a todos, o perito é alguém cujo saber e educação numa determinada área é reconhecida tanto no campo científico como na prática, reunida ao longo da sua experiência profissional. Assim, diz respeito a quem detém perícia, conhecimentos e habilidades aprofundadas, dirigidas a um fim definido, ou seja, um profissional que na sua esfera de ação possui saberes reconhecidos e escutados por outros, pares ou não, profissionais ou não (Nunes, 2010).

A evolução das **teorias de enfermagem** tem sido uma procura da essência da enfermagem. A teoria é importante tanto para a enfermagem enquanto disciplina de ensino, como enquanto profissão. Segundo Tomey & Alligood (2004), os modelos conceptuais são “estruturas ou paradigmas que fornecem um amplo quadro de referência para abordagens sistemáticas aos fenómenos com os quais a disciplina está relacionada” (p. 7). Os paradigmas (modelos) forneceram diversas perspetivas para a prática, formação, investigação, gestão de cuidados de enfermagem e posteriormente para o desenvolvimento de teorias em enfermagem.

Estas autoras, Tomey & Alligood (2004), referem ainda que há muitos anos que a pessoa, o ambiente, a saúde e os cuidados de enfermagem foram propostos como fenómenos da enfermagem, sendo os primeiros conceitos metaparadigmáticos da enfermagem, definindo metaparadigma como “o nível mais abstrato do conhecimento,

que determina os principais conceitos que envolvem o conteúdo e âmbito da disciplina” (p. 6).

Estes conceitos continuaram a ter utilidade para a disciplina e para a profissão pois são a base de trabalho para o enquadramento conceptual dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Encontram-se descritos no enquadramento concetual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem como:

- A **Saúde** é a representação mental do seu estado de saúde, o controlo do sofrimento, bem estar físico, emocional e espiritual. A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo no qual toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.

- A **Pessoa** é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se, que se comporta de acordo com os seus valores, crenças e desejos e influenciada pelo ambiente que a rodeia modifica-o e sofre a sua influência na procura de equilíbrio e harmonia;

- O **Ambiente** no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que influenciam os estilos de vida e se repercutam no conceito de saúde;

- Os **Cuidados de Enfermagem** centram-se na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa/família, em que cada um deles possui crenças, valores e desejos individuais que devem ser respeitados através da relação terapêutica (OE, 2001).

A enfermagem é uma ciência humana empenhada no cuidar da pessoa, que implica estabelecer uma interação entre sujeitos (enfermeiros, cliente e família) que participam nos cuidados. Portanto, o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou um grupo de pessoas (família ou

comunidade). Todo o contacto entre duas pessoas culmina, inevitavelmente, em processos de **comunicação**. Citando Gonçalves (2010), “a comunicação é uma capacidade fundamental inerente a todos os seres, incluindo o Homem. Faz parte de algo intrínseco ao Homem, em si mesmo e no seu processo de socialização, assumindo-se mesmo como uma necessidade humana” (p. 18).

O enfermeiro necessita de possuir um conjunto de conhecimentos e competências e como refere Gonçalves (2010) “comunicar constitui-se uma arte e implica o uso de diferentes técnicas como, por exemplo, a empatia” (p. 18).

O termo **empatia** é a capacidade de verdadeiramente se colocar no lugar do outro, de ver o mundo com ele o vê (Chalifour, 1989). Este implica a partilha de sentimentos e acontecimentos, para que o enfermeiro compreenda o outro como se fizesse parte do seu mundo.

A empatia é uma forma específica de demonstrar preocupação, sendo uma das aptidões comunicacionais mais complexas e essenciais para a relação de ajuda. É de algum modo a pedra angular de toda a relação de ajuda. Toda a relação de ajuda é comunicação, mas nem toda a comunicação é necessariamente uma relação de ajuda (Lazure, 1994).

A **relação de ajuda** caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, pelo respeito das suas capacidades e pela valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, com tem como finalidade ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde (Marques, Correia & Teixeira, 2006).

Para Chalifour (1989) a relação de ajuda consiste numa interação particular entre duas pessoas, o enfermeiro e o cliente, em que cada um contribui pessoalmente para a procura e satisfação de uma necessidade de ajuda apresentada por este último. Neste sentido, o papel do enfermeiro na relação de ajuda será sempre promover o reconhecimento, por parte do cliente, dos seus potenciais e recursos para a resolução dos seus problemas.

A prática da enfermagem produz, processa, utiliza e disponibiliza muita informação clínica. A crescente exigência de qualidade na área de prestação de cuidados de enfermagem levou à necessidade de uma uniformização de conceitos entre enfermeiros, de forma a responderem mais facilmente a essas exigências. Surge assim a **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE)** como um marco unificador de todos os sistemas de classificação existentes na enfermagem. Segundo Abreu, Almeida, Costa, Santos & Sousa (2011) referindo a OE (2005) “a implementação da CIPE dotará a enfermagem portuguesa de uma terminologia própria, permitindo a recolha e a utilização da informação relacionada com a prática de enfermagem, de forma simultaneamente rigorosa e uniforme” (p. 21).

Estes mesmos autores acrescentam que o facto do exercício profissional dos enfermeiros se inserir num contexto de atuação multiprofissional, com intervenções interdependentes e autónomas, a utilização da CIPE vai possibilitar dar uma maior visibilidade às intervenções autónomas, onde “o enfermeiro assume responsabilidade pela prescrição e implementação da intervenção” (p. 22). Acrescenta ainda que os dados e informações obtidas pela utilização da CIPE “podem ser utilizados para o planeamento e gestão de cuidados de enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados e desenvolvimento de políticas” (p.22), contribuindo desse modo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A **segurança e a gestão de risco** são uma área inerente as organizações prestadoras de cuidados de saúde dada a natureza das suas atividades. Esta refere-se logicamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, um dos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista.

Os principais objetivos da gestão de risco são: desenvolver e implementar processos para identificar e hierarquizar riscos; estabelecer sistemas que permitam lidar com os riscos identificados, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável; reduzir as consequências e os custos associados ao risco e proteger o hospital e os profissionais de responsabilidades legais (Oliveira, 2005).

Todos os conceitos abordados anteriormente remetem para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e competências. Assim, profissionalmente o enfermeiro especialista decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, especificamente em competências comuns, seja qual for a área de especialidade, e em competências específicas.

O **Enfermeiro Especialista** é definido no Diário da República 2ª série, nº35, 18 de Fevereiro de 2011 como “um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico, tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Esse mesmo documento expõe os quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, que são: responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados, desenvolvimento das aprendizagens pessoais.

Partindo das competências do domínio das aprendizagens pessoais, a prática baseada na evidência leva a uma melhor aplicação da investigação publicada. Consequentemente, determina uma melhor tomada de decisão acerca dos cuidados a prestar ao cliente, facilitando a busca pela excelência dos cuidados.

A teoria escolhida para fundamentar este trabalho é uma teoria de médio alcance, a **Teoria da Incerteza na Doença de Merle H. Mishel**. As teorias de médio alcance são mais específicas para a prática e propõe efeitos menos abstratos do que as grandes teorias. Tomey & Alligood (2004) referem que as teorias de enfermagem de médio alcance são “próprias da prática de enfermagem e especificam a área de prática, diversidade etária do doente, acção ou intervenção de enfermagem e efeito proposto” (p.421).

Merle Mishel nasceu em Boston, Massachusetts. Conclui o bacharelato em enfermagem em 1961 e cinco anos mais tarde o mestrado em enfermagem psiquiátrica na Universidade da Califórnia. Da sua tese de investigação no doutoramento em

psicologia social, em doentes hospitalizados, surge a “Mishel Uncertainty in Illness Scale”. O conceito de incerteza antes de Mishel ainda não tinha sido aplicado em contexto de saúde e doença (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria da incerteza na doença propõe que a incerteza existe em situações de doença que são ambíguas, complexas, imprevisíveis e quando a informação não se encontra disponível ou está inconsistente. A incerteza é definida como a incapacidade de determinar o significado de eventos relacionados com a doença. É um estado cognitivo criado quando o indivíduo não pode de forma adequada estruturar ou categorizar um evento de doença por causa de pistas insuficientes (Mishel, M. H. & Clayton, M. F., 2008).

Merle Mishel utilizou a teoria da crítica social, após reconhecer o preconceito associado à teoria original, no sentido da certeza e adaptação, incluindo assim, princípios da Teoria do Caos. Portanto, o facto desta última se centrar em sistemas abertos, permitiam uma representação mais precisa da forma como a doença produz desequilíbrio e da forma como as pessoas podem assimilar, em última circunstância, a incerteza contínua para descobrir um novo sentido para a doença (Tomey & Alligood, 2004).

Os principais conceitos da teoria da incerteza na doença são a incerteza e o esquema cognitivo. Na reconceptualização desta teoria mantiveram-se os grandes temas mas acrescentaram dois conceitos: a auto-organização e o raciocínio probabilístico. (Mishel, M. H. & Clayton, M. F., 2008).

O esquema cognitivo reporta-se à interpretação subjetiva que a pessoa faz dos acontecimentos relacionados com a sua doença, tratamento ou hospitalização (Mishel, M. H. & Clayton, M. F., 2008).

A incerteza dificulta a formação de um esquema cognitivo, que por sua vez limita a capacidade da pessoa avaliar adequadamente a situação. A avaliação de um evento começa inicialmente por ser vista como um desafio, mas quando se torna algo incerto, é avaliado como uma ameaça porque a pessoa não é capaz de obter uma clara conceção do que deve ocorrer (Mishel, 1981).

A teoria da incerteza na doença incluiu quatro pressupostos (Tomey & Alligood, 2004):

1. A incerteza é um estado cognitivo, representando a inadequação de um esquema cognitivo para sustentar a interpretação de eventos relacionados com a doença;
2. A incerteza é uma experiência inerentemente neutra, nem desejável nem aversiva até ser avaliada como tal;
3. A adaptação representa a continuidade do comportamento bio-psico-social normal do indivíduo e é o resultado desejado dos esforços de coping tanto para reduzir a incerteza avaliada como perigo, como para manter a incerteza como oportunidade;
4. As relações entre eventos da doença, incerteza, apreciação, coping e adaptação são lineares e unidirecionais, deslocando-se de situações que promovam a incerteza no sentido da adaptação.

De referir também os seus postulados (Tomey & Alligood, 2004):

1. A incerteza ocorre quando uma pessoa não consegue estruturar ou categorizar adequadamente um evento relacionado com a doença por haver falta de pistas suficientes;
2. A incerteza pode tomar a forma de ambiguidade, complexidade, falta de informação inconsistente, e/ou imprevisibilidade;
3. Conforme o padrão de sintomas, a familiaridade do evento e a congruência do evento (quadro de estímulos) aumentam, a incerteza diminui;
4. Os fornecedores de estrutura (autoridade, apoio social e ensino credível) diminuem diretamente a incerteza promovendo a interpretação de eventos e reforçando indiretamente o quadro de estímulos;
5. A incerteza apreciada como perigo desencadeia esforços de *coping* orientados no sentido de reduzir a incerteza e gerir o despertar de emoções por ela gerado;
6. A incerteza apreciada como oportunidade desencadeia esforços de *coping* orientados no sentido da manutenção da incerteza;

7. A influência da incerteza sobre os resultados psicológicos é mediada pela eficácia dos esforços de *coping* na redução da incerteza apreciada como perigo ou na manutenção da incerteza como oportunidade;
8. Quando a incerteza apreciada como perigo não pode ser eficazmente reduzida, podem ser empregues estratégias de *coping* para gerir a resposta emocional;
9. Quanto maior for a duração da incerteza no contexto da doença, mais instável se torna o modo de funcionamento anteriormente aceite pelo indivíduo;
10. Em condições de incerteza contínua, os indivíduos podem desenvolver uma nova perspectiva de vida probabilística que aceita a incerteza como parte natural da vida;
11. O processo de integração da incerteza contínua numa nova visão da vida pode ser bloqueado ou prolongado pelos fornecedores das estruturas que não apoiam o pensamento probabilístico;
12. A exposição prolongada à incerteza apreciada como perigo pode conduzir a pensamentos incómodos, à revogação e a uma severa perturbação emocional.

E pode-se dividir por três grupos principais (Mishel, M. H. & Clayton, M. F., 2008):

- Os antecedentes da incerteza (quadro de estímulos, fornecedores de estrutura e capacidades cognitivas);
- Os processos de apreciação da incerteza (inferência e ilusão);
- *Coping* (na redução da incerteza vista como perigo e manutenção da considerada oportunidade, no sentido da adaptação).

No que diz respeito ao quadro de estímulos este é definido pela forma, composição e estrutura dos estímulos que a pessoa percebe, que são posteriormente incorporados num esquema cognitivo. Este é composto pelo padrão de sintomas, a familiaridade e a congruência do evento. O primeiro refere-se ao grau no qual os sintomas apresentam consistência suficiente para serem observados como tendo um padrão ou configuração. Entende-se por familiaridade do evento o ponto até o qual uma situação

é habitual, repetitiva ou contém pistas reconhecidas. Por último, a congruência do evento reporta-se à coerência entre o esperado e o experimentado nos eventos relacionados com a doença (Mishel, M. H. & Clayton, M. F., 2008).

Conforme um dos postulados desta teoria a medida que estes três conceitos (quadro de estímulos) aumentam, diminui a incerteza (Tomey & Alligood, 2004).

Os fornecedores de estrutura são os recursos que existem para poder ajudar a pessoa a interpretar o quadro de estímulos, de citar a autoridade credível, apoios sociais e a educação. A autoridade credível é a confiança que a pessoa tem nos seus prestadores de cuidados de saúde enquanto os apoios sociais influenciam a incerteza ajudando a pessoa a interpretar o significado dos eventos. Assim, os fornecedores de estrutura diminuem diretamente a incerteza promovendo a interpretação dos eventos e reforçando indiretamente o quadro de estímulos (4º postulado). As capacidades cognitivas são as capacidades de processamento de informação de uma pessoa, refletindo as capacidades inatas como os constrangimentos situacionais, atuando também como fortalecedor do quadro de estímulos (Tomey & Alligood, 2004).

Nos processos de apreciação da incerteza a avaliação desta utilizando experiências relacionadas e recordadas dizem respeito a inferência. Por outro lado, a ilusão reporta-se as crenças elaboradas a partir da incerteza. Por fim, as estratégias de *coping* são orientadas para reduzir a incerteza e gerir as emoções, quando esta é apreciada como perigo, e na manutenção da incerteza quando esta é vista como oportunidade (5º e 6º postulado). Conduzindo, assim, para a adaptação, que é definida como os comportamentos bio-psico-sociais que ocorrem na variedade de comportamentos das pessoas individualmente definidos (Tomey & Alligood, 2004).

Portanto, a teoria de Merle Mishel descreve um fenómeno experimentado por indivíduos com doenças agudas e crónicas e pelas suas famílias. Este PIS enquadra-se na pessoa em situação crítica, mas que na maior parte dos casos já são pessoas com doenças crónicas associadas. A incerteza diminui ao longo do tempo, como descrito no 10º postulado da teoria, mas pode acentuar-se na recidiva da doença, sendo a fase de diagnóstico muito angustiante.

Por fim, o reconhecimento da importância da incerteza pode mudar a prática clínica, permitindo o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que facilitam a adaptação positiva do cliente que se encontra a experimentar eventos de doença (Mishel, M. H. & Clayton, M. F., 2008).

Na UCIP, ou melhor, em cuidados intensivos a incerteza é um sentimento muito presente e constante, desde do momento da admissão, quer para o cliente quer para a família. As interações entre os prestadores de cuidados de saúde e a pessoa/família têm um papel fundamental no processo de adaptação à incerteza, no qual as suas ações podem atenuar a incerteza. Neste sentido, é fácil extrair daqui a importância dos enfermeiros (autoridade credível) na gestão da incerteza por parte do cliente, essencial para a adaptação ao seu processo de doença, com o objetivo de construir cognitivamente um sentido aos eventos associados a sua doença. Esta gestão deve ser feita de forma contínua, incluindo a família no processo, educando a pessoa sobre a sua doença, demonstrando confiança no tratamento e cuidados prestados, fornecendo sempre informações de forma explícita e precisa.

Ao longo do estudo desta teoria depreende-se os conceitos metaparadigmáticos anteriormente referidos. Assim, percebe-se que a saúde aparece descrita como o resultado final que se procura, a adaptação. Ou seja, um processo dinâmico e contínuo que visa o equilíbrio, uma condição estável. Já a pessoa surge como sendo um sistema aberto que troca energias com o ambiente. Esta possui um esquema cognitivo, o qual é influenciado pelo quadro de estímulos, fornecedores de estrutura e as suas capacidades cognitivas. No que diz respeito ao ambiente este relaciona-se com o quadro de estímulos, influenciando-o, e com as estruturas de apoio que a pessoa possui, designadamente os apoios sociais. Os cuidados de enfermagem aparecem, como supracitado, nos fornecedores de estrutura, nomeadamente como autoridade credível.

Sendo este projeto desenvolvido numa **Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)**, faz-se uma breve alusão ao conceito. Portanto, a UCI é um local qualificado para assumir responsabilidade integral pelos clientes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais. Mas também se incluem

áreas como recobro cirúrgico destinados a otimização dos cuidados no período pós-operatório, no sentido de observação, monitorização e tratamento de clientes recentemente submetidos a cirurgias ou procedimentos invasivos, no qual normalmente são de curta duração (Direção Geral da Saúde, 2003a).

Isto verifica-se na unidade onde se realizou o estágio, apresentando clientes do foro cirúrgico, que necessitam de uma maior vigilância, nomeadamente cirurgia cardio-torácica, neurocirurgia ou “grandes cirurgias” abdominais e ortopédicas ou então devido às co-morbilidades associadas. Recobro de tratamentos invasivos também surgem, nomeadamente cateterismos cardíacos.

As terminologias utilizadas para classificar o nível de assistência a cliente graves têm sido diversas (mono/polivalente; intermédios/intensivos, etc.). Mas a Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos aponta três níveis segundo as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade. Esta classificação assume que possam coexistir diferentes níveis na mesma unidade. Assim:

Nível 1 – Visa, basicamente, a monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outros serviços/unidades de nível superior.

Nível 2 – Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular...) pelo que se deve assegurar a sua articulação com unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com preparação específica.

Nível 3 – Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios, ou pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino

e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente. A designação de Unidade de Cuidados intensivos nos hospitais portugueses deve referir-se exclusivamente a Unidades de nível III (Direção Geral da Saúde, 2003a).

Os clientes quando ficam internados nos hospitais acreditam que estão a ser acolhidos num local seguro, no qual, eles e as suas famílias têm o direito de receber o melhor tratamento possível. Sentem confiança que se em determinada altura a sua condição clínica agravar, estarão no melhor lugar para uma pronta e eficaz intervenção (Direção Geral da Saúde, 2010a).

A Direção Geral da Saúde (DGS) (2010a) alude que “os sinais clínicos de deterioração de uma situação clínica aguda são relativamente semelhantes, independentemente de qual a doença subjacente e refletem, habitualmente, falência do sistema respiratório, cardiovascular e/ou neurológico” (p.1).

Com a literatura disponível e no parecer das Ordens Profissionais e das Sociedades Científicas, é uniformemente aceite que, uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade em clientes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração clínica agudo. É crucial a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada (Direção Geral da Saúde, 2010a).

Nessa mesma circular normativa da DGS aportando-se a “*First Consensus Conference on Medical Emergency Team*”, afirma que é imprescindível, para além da criação de uma equipa de emergência médica intra-hospitalar, a definição de uma componente “afereente” de deteção dos clientes com agravamento do seu estado clínico e em risco de **paragem cardio-respiratória (PCR)** e de acionamento de uma resposta organizada e padronizada.

O Manual de SAV do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2011) explicita algumas estratégias que podem prevenir a PCR intra-hospitalar evitável, de evidenciar: “Treinar todo o pessoal clínico em reconhecimento, monitorização e abordagem do doente em estado crítico. Incluir recomendações sobre procedimentos clínicos

enquanto se aguarda a chegada de pessoal com mais experiência. Garantir que cada um sabe o papel que lhe cabe na equipa de emergência” e ainda que “a instituição deve incentivar todos os profissionais a pedir ajuda sempre que reconheçam um doente em risco de deterioração ou até de PCR. Devem ser treinados em comunicação estruturada, com a intenção de assegurar articulação eficaz entre médicos, enfermeiros e os outros profissionais de saúde” (p.304).

O sucesso de uma reanimação aquando de uma PCR está intimamente relacionado com o fator tempo, em que o índice de sobrevivência do cliente está diretamente correlacionado com o tempo entre a ocorrência do incidente e o início das manobras de Suporte Básico de Vida ou neste caso da atuação da equipa multidisciplinar. Mas existem outros fatores preponderantes. Silva & Padilha (2000) demonstraram no seu estudo diversas ocorrências iatrogénicas na atuação da equipa multidisciplinar perante a PCR em UCI, relatando um percentual de falhas de 58,6% na realização de procedimentos técnicos, 8,6% na falta de organização das atividades e 31,28% de problemas relacionados com os recursos materiais e equipamentos.

Também Silva (2006) alude que “a falta de conhecimento e habilidade dos profissionais envolvidos no atendimento à PCR, a falta na organização do atendimento, assim como a provisão insuficiente de materiais necessários para a realização de medidas de reanimação tem favorecido a ocorrência de iatrogenias no decorrer da assistência aos clientes em PCR” (p. 29).

Bellan (2006) afirma que “a falta de uniformidade das condutas e a assistência inadequada concorrem para falhas que podem colocar em risco o sucesso da reanimação e, conseqüentemente, a vida do cliente”. E acrescenta que “em relação ao sincronismo é preciso que haja comportamentos de liderança dentro da equipe, e a partir disso, a organização e distribuição das tarefas de cada membro. Estudos associam a ausência de coordenação, transferência de informação, distribuição das tarefas na atuação prática, pelo membro que iniciou e liderou o atendimento, e excesso ou deficit no número de profissionais presentes, à má atuação da equipa” (p.42).

Igualmente Silva & Padilha (2001) reforçam este pensamento no qual o êxito da assistência eficaz em qualquer situação na UCI, principalmente nas situações de PCR dependerá, para além dos fatores anteriormente referidos (recursos humanos, financeiros, materiais, equipamentos e a determinação de papéis de cada profissional), da necessidade de protocolos de atuação, visando a padronização das ações a serem seguidas, como forma de facilitar a abordagem terapêutica. E acrescentam que as ocorrências identificadas durante o atendimento à PCR na UCI não passam só pela ausência de um coordenador das atividades, mas também pela inexistência de um protocolo de atuação colocado de forma estratégica dentro da UCI.

Portanto, para que haja sucesso na atuação em PCR, a assistência adequada dependerá da disponibilidade de recursos financeiros, humanos, materiais e equipamentos, como da determinação das funções de cada elemento envolvido, realçando a importância das competências técnico-científicas dos profissionais, assim como a necessidade de protocolos que visem a organização e sistematização da atuação (Pedersoli, 2009).

Em suma, o papel do enfermeiro é de extrema importância, podendo afetar diretamente o estado de saúde de um doente crítico em situação de emergência, no qual é certo afirmar que a atuação deste profissional de forma organizada, precisa e sistematizada é determinante para a eficiência e sucesso dos cuidados prestados ao cliente.

As **equipas de reanimação** necessitam de estar organizadas de tal forma que as habilidades individuais de cada elemento da equipa possam ser utilizadas de forma mais eficaz e eficiente. Cada membro deve chegar a uma reanimação com a noção clara do que é necessário, o que, para além das suas próprias habilidades técnicas, inclui a compreensão das decisões tomadas dentro da equipa, a forma como a liderança é exercida, os recursos necessários e como devem ser utilizados. Portanto deve existir a manutenção de padrões de organização, detalhando o que precisa de ser feito, como deve ser feito e uma comunicação clara durante a reanimação (Cooper & Wakelam, 1999).

No estudo realizado pelos autores supracitados recolhem-se algumas ilações, em que líderes que construíram uma estrutura dentro da equipa de reanimação correlacionou-se positivamente com a dinâmica da equipa e o desempenho das tarefas. Ou seja, o líder que usou diretrizes uniformes fez com que a equipa trabalhasse em conjunto de uma forma mais rápida e eficaz. Os líderes “*hands on*” são menos propensos a construir uma estrutura dentro da equipa, sendo a liderança menos eficaz, traduzindo-se numa equipa menos dinâmica, demonstrando menos interação e cooperação. A experiência dos líderes também revela alguns resultados, em que líderes com pelo menos três anos de experiência na área melhoraram o seu desempenho de liderança (Cooper & Wakelam, 1999).

Os líderes “*hands on*” são aqueles que se envolvem diretamente na prática, ou seja, põem “as mãos na massa”, enquanto os líderes “*hands off*” apenas orientam tarefas.

Estes autores ressaltam ainda que um aspeto essencial na liderança da equipa, que foi muitas vezes esquecido, é a atribuição dos elementos para tarefas específicas. Supõe-se que estes cumpram o seu papel automaticamente sem a necessidade de instruções no momento. Portanto, o líder “*hands off*” traz muito mais vantagens numa situação de emergência, no sentido que tem uma visão geral da equipa, uma noção global do decurso dos procedimentos gerindo mais eficazmente os recursos delegando especificamente tarefas e dando *feedback* no momento (Cooper & Wakelam, 1999).

Quanto à questão de quem deve ser o *team-líder* da equipa de reanimação parece existir um paradoxo, em que enfermeiros podem agir como formadores SAV e instrutores de cursos em reanimação, mas não o fazem na realidade como líderes de equipas de reanimação. Isto parece implicar que os enfermeiros são suficientemente bons para ensinar SAV mas não para liderar equipas envolvidas no mesmo.

Num estudo realizado por Gilligan *et al* em 2005 conclui-se que enfermeiros com formação e treino em SAV obtiveram melhores resultados em simulacros de PCR a nível de consciência de causas potencialmente reversíveis do que outros profissionais. Assim, asseguram que numa situação de emergência na ausência de um médico

disponível para liderar a equipa de reanimação, um enfermeiro experiente e com formação SAV poderá liderar a equipa.

Os profissionais de saúde dependem da percepção visual para orientarem uma situação de PCR. Mas pouco se sabe sobre a noção que cada profissional tem sobre a qualidade da sua atuação numa situação de emergência. Um estudo realizado em 2015 por Cheng *et al* teve por objetivo principal descrever a diferença entre o percebido e a qualidade real das manobras de RCP de cada profissional, descrevendo a importância e o impacto do papel do *team-líder*, do *feedback* visual da Reanimação Cardio-Pulmonar (RCP) em tempo real e do treino “*just-in-time*”.

Com este estudo podem-se retirar algumas conclusões, entre as quais, que existe grande diferença entre a qualidade percebida e real do desempenho de cada profissional, como por exemplo na profundidade e ritmo das compressões cardíacas. O papel do *team-líder* é importantíssimo para melhorar a qualidade da reanimação, no qual se verificou que o *feedback* em tempo real melhora a qualidade da RCP, já que melhora a percepção da atuação de cada profissional durante a reanimação. Também o treino e formação em ambientes próprios com simulações em tempo real melhoram a percepção e conseqüentemente a qualidade da RCP. O *feedback* fornecido pelo *team-líder* para além de ser dado durante uma situação de emergência, deve ser também usado após cada reanimação, para fazer um ponto de situação sobre o decorrido e a melhorar numa próxima situação.

Portanto, o *team-líder* é responsável por orientar as ações da equipa como um todo, porque situações de emergência requerem trabalho de equipa. Cada elemento da equipa deve saber quais são as suas responsabilidades, assim como, ser capaz de prever as instruções do *team-líder*. Logo, este orienta os elementos da sua equipa e supervisiona todo o trabalho durante a RCP, garantindo que cada membro realize as tarefas da forma mais segura e eficiente possível. Este deve assumir uma posição de observador (“*hands off*”) para ver e orientar todas as tarefas (Aehlert, 2007).

2. METODOLOGIA DE TRABALHO DE PROJETO

O objetivo principal da metodologia de projeto foca-se na resolução de problemas, no sentido do desenvolvimento e aquisição de capacidades e competências, através da realização e consecução de projetos numa situação real. Portanto, a metodologia de projeto constitui-se uma ligação entre a teoria e a prática, uma vez que se sustenta no conhecimento teórico, para depois ser aplicado na prática. (Ruivo, Ferrito, Nunes, 2010). Neste mesmo artigo, reportando-se a Guerra (1994) clarifica-se que a metodologia de projeto é definida “como um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (p.3), ou seja, permite prever uma mudança.

Assim citando Ferrito (2010), a metodologia de projeto “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência” (p.2).

A metodologia de trabalho de projeto assume algumas características, nomeadamente uma atividade intencional, na medida que pressupõe um objetivo formulado pelos autores, que orienta as atividades a realizar, reflete o trabalho efetuado e um produto final que procura responder ao objetivo inicial. Pressupõe também iniciativa e autonomia daqueles que o realizam sendo responsáveis pelas escolhas ao longo das várias fases. O projeto deve ser genuíno e original, ou seja, conter autenticidade. Envolve complexidade e incerteza e é prolongado e faseado ao longo de um período de tempo percorrendo as diversas etapas (Ruivo, Ferrito, Nunes, 2010).

Esta é constituída por cinco etapas: Diagnóstico de situação, Definição dos Objetivos, Planeamento, Execução e Avaliação e Divulgação dos resultados.

2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa da metodologia de projeto, o diagnóstico de situação, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre um problema identificado, ou seja, elaborar um modelo descritivo sobre o qual se pretende atuar. O desenvolvimento de um projeto na área da saúde deve concentrar esforços aproveitando os recursos disponíveis de forma a favorecer o trabalho em equipa nos profissionais de saúde, promovendo a motivação e autonomia. É um processo dinâmico, contínuo e com atualizações constantes, realizado num período rápido, que permita uma ação em tempo útil e suficientemente aprofundada para a implementação de medidas pertinentes e resolúveis (Ruivo, Ferrito, Nunes, 2010).

Portanto, esta etapa envolve a recolha de informação objetiva, definição de problemas de forma qualitativa e quantitativa, estabelecimento de prioridades, identificando causas prováveis e selecionando os recursos e grupos intervenientes (Ruivo, Ferrito, Nunes, 2010).

Nestes últimos 50 anos, o resultado de um excecional desenvolvimento multidisciplinar na área da fisiopatologia, terapêutica e das tecnologias utilizadas, despoletou no aparecimento e desenvolvimento de uma das áreas mais marcantes no domínio da medicina, A Medicina Intensiva (Direção Geral da Saúde, 2003a).

O cliente internado na UCI está rodeado de um conjunto de equipamentos que garantem uma correta vigilância e tratamento do mesmo.

Esta é uma área muito diferenciada e multidisciplinar das ciências da saúde, que assenta especificamente na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de clientes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis. É neste conceito que assenta

a definição de Serviço / Unidade de Cuidados Intensivos (Direção Geral da Saúde, 2003a).

Em todas as unidades do sistema de saúde que tenham admitido clientes agudos ou com doenças crônicas que possam agudizar deverá existir pelo menos um carro de emergência móvel ou equipamento transportável para reanimação cardiorrespiratória. (Direção Geral da Saúde, 2011). Nessa mesma orientação da DGS o carro de emergência é definido como “uma estrutura móvel ou, em certos casos, transportável, que contém um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para a reanimação cardio-respiratória” e sublinha que “a sua existência, bem como de todo o seu material e a sua organização, constituem ferramentas importantes para o sucesso da abordagem de um doente grave” (p. 1).

Neste contexto, surge a pertinência do tema – “Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP”, na medida em que este referido serviço contempla competência e saberes, peritos com muita experiência em doentes críticos e Suporte Avançado de Vida (SAV), carro de emergência com facilidade de acesso, mas onde existe um déficite na dinâmica e organização da equipa de enfermagem em situações de emergência cardiorrespiratória.

O surgimento do diagnóstico deste problema deve-se a vários fatores observados nas primeiras semanas de estágio. Assim, sendo a UCIP um ambiente onde se prevê que seja o mais adequado e seguro para clientes que necessitam de uma maior vigilância por um estado de saúde instável, também por esse mesmo motivo as situações que necessitam de uma atuação rápida e eficaz são frequentes. Em entrevistas semi-dirigidas a peritos deste serviço este tema foi surgindo, também por ser de meu interesse e curiosidade perceber melhor de que forma era sentida e vivida esta realidade. Com o decorrer destas entrevistas pôde-se recolher que algumas vezes, apesar de se sentir um clima de confiança e segurança devido a presença de peritos, também surge o sentimento de que em certas situações uma melhor organização e definição de funções e papéis poderiam ter otimizado a atuação da equipa. Igualmente por parte da chefia (Enfermeira chefe e Adjunta) foi verbalizada esta necessidade no serviço, demonstrando interesse no desenvolvimento deste projeto, considerando-o

uma mais-valia para a melhoria dos cuidados prestados nesta unidade. Presencialmente, assisti a algumas situações no qual apesar de se verificar prontidão na atuação, se pôde observar um ambiente de algum stress e confusão provocado pela desorganização, falta de definição de funções, falha de material repostado ou da sua própria localização, comunicação ineficaz, ou até por se encontrar em determinadas circunstâncias elementos a mais.

O conceito do último nível do modelo apresentado por Benner (2001), o perito, tornou-se muito importante no desenvolvimento de todo este projeto, isto porque o recurso aos peritos do serviço onde este mesmo foi desenvolvido foi muito preponderante para o aperfeiçoamento e execução deste projeto. Estes foram fulcrais, no qual sem a sua colaboração, este projeto não teria o mesmo impacto e aceitação.

O enfermeiro com título profissional legalmente reconhecido encontra-se dotado de um conjunto de competências, denominadas de competências de cuidados de gerais. A especialização em enfermagem traduz-se num conjunto de competências numa determinada área de intervenção.

A especialização na área da pessoa em situação crítica aponta para cuidados de enfermagem altamente qualificados. O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, nº124/2011 do diário da república, define pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. E sublinha que os cuidados prestados a pessoa em situação crítica são prestados “de uma forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”. A observação, colheita e procura de forma sistematizada de dados, são exigências dos cuidados de enfermagem a pessoa em situação crítica, de forma a conhecer continuamente a pessoa, prever e detetar precocemente complicações e assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente em tempo útil (Regulamento nº124/2011).

Para análise do problema realizou-se uma análise SWOT (Apêndice I), como instrumento de diagnóstico, permitindo uma confrontação e reflexão sobre os aspetos positivos e negativos identificados neste problema. De salientar aspetos positivos tais como o interesse das chefias, presença de peritos na equipa de enfermagem e carro de emergência organizado, de fácil acesso e verificado, para além de uniformizar práticas de atuação contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Como aspetos negativos de referir a falta de definição dos papéis de cada elemento numa situação emergente, a inexistência de uma instrução de trabalho e resistência dos enfermeiros a mudança de comportamentos/rotinas.

Também se realizou um questionário (Apêndice II) como ferramenta de diagnóstico de forma a poder identificar os interesses e necessidades formativas da equipa de enfermagem. O questionário é composto por quatro questões de resposta fechada, com recurso a escala de Likert e uma questão de índole aberta. Foi pedida autorização para aplicação do mesmo no serviço à enfermeira responsável pela formação no hospital que obteve resposta positiva por parte da direção de enfermagem. O questionário foi aplicado a todos os elementos da equipa de enfermagem, obtendo dezasseis questionários preenchidos, correspondente a 76% do total da equipa. Assim, com a realização dos questionários à equipa de enfermagem pode-se apurar opiniões, interesses e necessidades da mesma, que serão expostos de seguida.

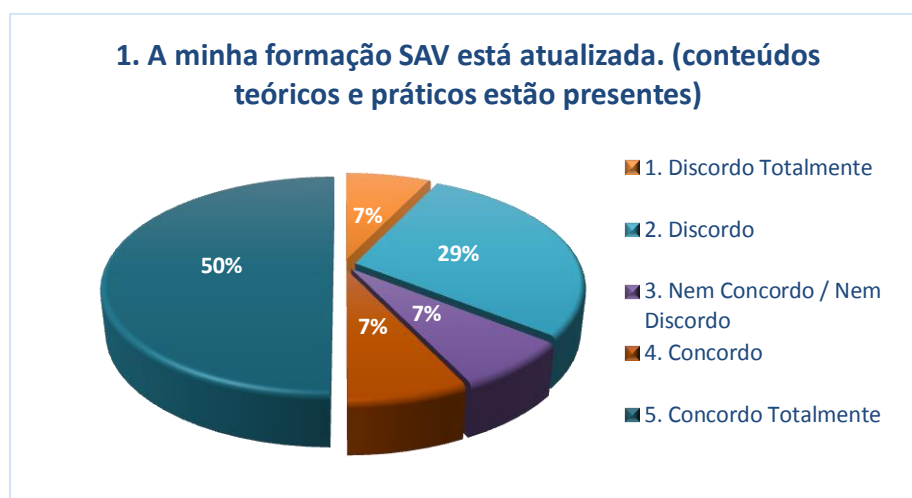


Gráfico I – Atualização da formação SAV da equipa de enfermagem da UCIP

Quanto à afirmação, que reporta a atualização dos conteúdos teóricos e práticos do SAV pode-se aferir que 50% dos enfermeiros referem estarem totalmente atualizados. Já 29% discordam e 7% discordam totalmente, portanto, mais de um terço dos enfermeiros (36%) afirmam não ter a formação em SAV atualizada.

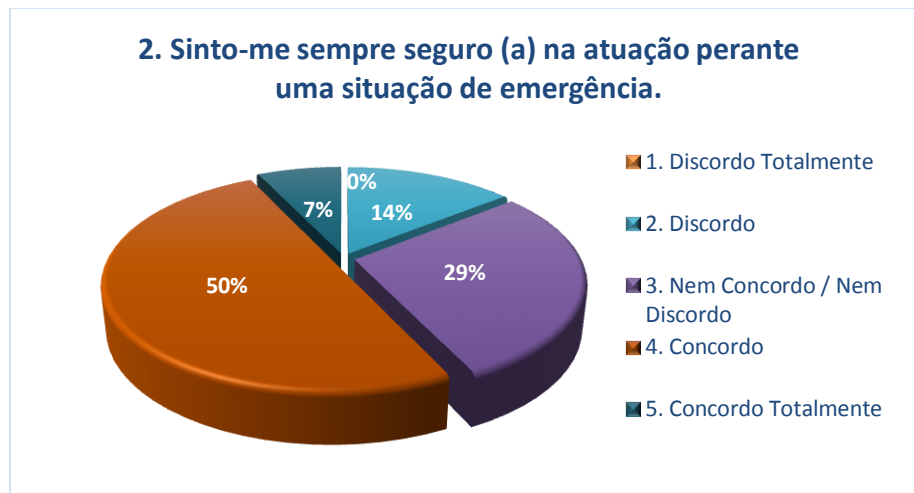


Gráfico II – Segurança perante uma situação de emergência cardiorrespiratória da equipa de enfermagem da UCIP

Na afirmação que se refere à segurança na atuação perante uma situação de emergência cardiorrespiratória, pode-se verificar que 57% dos enfermeiros mencionam sentirem-se seguros, no entanto 14% referem discordarem desta afirmação.



Gráfico III – Organização perante uma situação de emergência cardiorrespiratória da equipa de enfermagem da UCIP

Sobre a organização da equipa, que surge na terceira afirmação, pode verificar-se que: metade dos enfermeiros inquiridos concordam que a equipa está organizada para uma resposta eficaz e 14% concordam totalmente. Mas existe ainda 29% dos enfermeiros que discordam totalmente com esta afirmação, expondo que a equipa não está organizada, que somando aos que nem concordam/nem discordam dá uma percentagem de 36%.

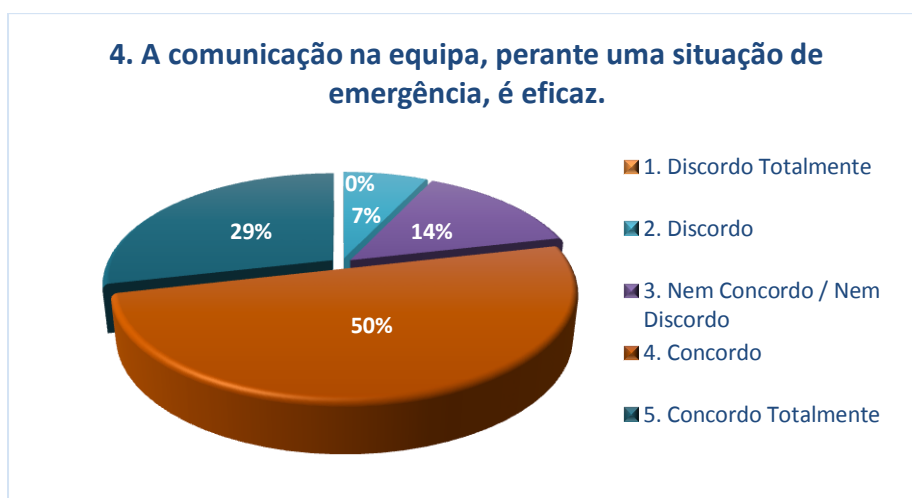


Gráfico IV – Comunicação perante uma situação de emergência cardiorrespiratória da equipa de enfermagem da UCIP

Na afirmação que diz respeito a comunicação eficaz da equipa numa situação de emergência pode-se extrair que 79% dos enfermeiros concordam com a afirmação.

Portanto, resumidamente, pode-se concluir que mais de um terço dos enfermeiros afirmam não ter os aportes de SAV atualizados e que a equipa não está organizada. Mais de metade não sente um clima de segurança numa situação de emergência cardiorrespiratória. E cerca de um quinto dos enfermeiros expõe que a comunicação não é eficaz.

Em resposta à pergunta aberta obtiveram-se diversas opiniões e sugestões importantes para o desenvolvimento do projeto. Reafirmaram a necessidade de atualização da formação em SAV nomeadamente dos conhecimentos teóricos e práticos (treino/simulações), sugeriram o recurso a exposição e análise crítica de casos e situações experienciadas e a realização e implementação de um protocolo de atuação numa situação de emergência cardiorrespiratória, definindo as funções de cada elemento.

Desta forma, surge a necessidade da construção de uma instrução de trabalho para uma situação de emergência cardiorrespiratória adequada à estrutura física, humana e material da UCIP, recorrendo-se à evidência científica.

Os problemas parcelares que compõem o problema geral são os seguintes:

- Falta de informação organizada/sistematizada acerca do tema;
- Inexistência de uniformização dos cuidados prestados ao cliente numa situação de emergência cardiorrespiratória;
- Dificuldade de organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória.

Da análise do problema destaca-se como prioritário a informação e formação sobre o tema. Após percebermos a pertinência do tema junto da equipa de enfermagem, a apresentação de dados, *guidelines* e estudos sobre o tema será uma prioridade, que

para além de serem um pilar fundamental para sustentar o projecto, motivará interesse na equipa para o tema e correspondente adesão à formação e mudanças de comportamentos.

Portanto o objetivo geral dos PIS é otimizar a dinâmica e organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP. Como objetivos específicos definimos:

- Aprofundar conhecimentos sobre o tema;
- Elaborar uma instrução de trabalho perante uma situação de emergência cardiorrespiratória;
- Formar/consolidar os conhecimentos da equipa de enfermagem em SAV no adulto e sobre a instrução de trabalho.

2.2. PLANEAMENTO

No planeamento (Apêndice III) é elaborado um plano detalhado e são definidas as estratégias, atividades e os recursos necessários. Assim como, o respetivo cronograma (Apêndice IV) (Ruivo, Ferrito, Nunes, 2010).

Apresenta-se, de seguida, os objetivos específicos delineados, com as atividades e estratégias a desenvolver para a sua consecução.

Aprofundar conhecimentos sobre o tema

- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da dinâmica e organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória.

Elaborar uma instrução de trabalho perante uma situação de emergência cardiorrespiratória

- Realizar proposta/1ª versão da instrução de trabalho;
- Pedir a colaboração/opinião de peritos do serviço acerca da instrução de trabalho;
- Reestruturação de acordo com as sugestões;
- Validação da instrução de trabalho com Enfª Chefe e Adjunta;
- Reestruturação caso seja necessário;
- Validação junto da Academia de Formação de Enfermagem;
- Apresentação da versão final.

Formar/consolidar os conhecimentos da equipa de enfermagem em SAV no adulto e sobre a instrução de trabalho

- Disponibilizar estudos e dados, sobre o tema, à equipa de enfermagem, na forma de um dossier;
- Realizar uma ação de formação;
- Elaborar um Poster para divulgação da instrução de trabalho;
- Afixação do Poster no serviço junto ao carro de emergência.

2.3. EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Nesta etapa materializa-se a realização do projeto, pondo em prática todo o planeamento e trabalho desenvolvido anteriormente. (Ruivo, Ferrito, Nunes, 2010)

Para a realização da primeira proposta da instrução de trabalho tivemos que recorrer à pesquisa realizada, estudos e *guidelines*. Depois esta foi sofrendo algumas alterações, com o apoio de alguns peritos do serviço, incluindo o orientador de estágio. As

principais sugestões iam de encontro, principalmente, ao espaço físico e recursos materiais e humanos disponíveis no serviço. Assim, a equipa de reanimação terá quatro elementos, menos que o recomendado pelas *guidelines*.

Outra questão levantada foi a do *team-líder*, que apesar de existir um médico presencial 24h este poderá não se encontrar disponível no momento da emergência cardiorrespiratória. Assim, quem definirá o enfermeiro com mais experiência para assumir essa função? Após algumas discussões, incluindo também a chefia, conclui-se que o chefe de equipa no turno terá a responsabilidade de definir todos elementos da equipa de reanimação no momento, podendo estar incluído ou não, até a chegada do médico. No que diz respeito ao *team-líder* “*hands off*” foi uma outra alteração realizada. Isto porque teve-se que abrir exceções, para poder adequar a realidade do serviço, não podendo seguir este conceito de forma rigorosa. Assim, ao *team-líder* ficaram também definidas funções como o estabelecimento de via aérea avançada (preconizada como do elemento responsável pela via aérea) e a realização da desfibrilhação e cardioversão sincronizada (preconizada como do elemento responsável pela monitorização cardíaca, pelo carro de emergência, neste caso associado ao responsável pelo acesso vascular e terapêutica).

A validação da instrução de trabalho junto da Academia de Formação de Enfermagem do hospital, responsável pela formação de Suporte Básico e Avançado de Vida, foi um processo que não teve obstáculos. Este foi facilitado devido a coordenação que foi realizada entre ambas as partes durante a construção da instrução, dado o orientador do estágio e perito da UCIP ser um dos membros da Academia.

Portanto na UCIP, a equipa de reanimação é constituída pelo *team-líder*, elementos da Via Aérea, Compressões Torácicas e Acesso Vascular e Terapêutica. O *Team-líder* “*hands off*” (coordenação e orientação de tarefas) deve ser o médico de serviço, excepto na desfibrilhação e estabelecimento de uma via aérea avançada. Nas situações em que o médico não se encontra disponível deverá ser o enfermeiro com mais experiência em SAV no turno a assumir essa função, até à chegada do mesmo. O chefe de equipa no turno é quem define o *team-líder* (enfermeiro), na ausência do médico de serviço. Os elementos que asseguram a Via Aérea, Compressões Torácicas

e Acesso Vascular e Terapêutica são enfermeiros, definidos pelo chefe de equipa. Desta forma, mesmo nos turnos em que o rácio de enfermeiros é menor (4 elementos) fica garantido um enfermeiro fora da equipa de reanimação para assegurar os cuidados aos restantes clientes internados na UCIP e eventuais visitas.

A instrução de trabalho impõe-se sempre que ocorra uma situação de emergência cardiorrespiratória. Nas situações em que exista uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) ou Decisão de Não Reanimar (DNR), a implementação desta deverá ter em conta a informação aí descrita.

Descreve-se de seguida as funções de cada elemento, encontrando a instrução de trabalho completa no Apêndice V.

Funções do *Team-líder*:

- Avaliar o cliente e determinar as prioridades de atendimento;
- Assumir a responsabilidade de coordenar e supervisionar os elementos da equipa, garantindo que cada um realiza as tarefas de forma segura e correta;
- Avaliar a adequação das compressões torácicas, incluindo a posição das mãos, profundidade das compressões cardíacas, ritmo apropriado e a relação entre compressões e ventilações;
- Certificar-se que seja administrado aporte de O₂ a 100%;
- Avaliar a adequação da ventilação, verificando a expansão torácica simétrica e bilateral em cada ventilação;
- Estabelecer e confirmar a posição correta de uma via aérea avançada;
- Definir e validar as terapêuticas administradas, dose, via e concentração corretas;
- Garantir que as terapêuticas em bolus EV sejam seguidas da administração de 20ml de SF e elevação da extremidade;
- Manusear o desfibrilhador manual;

- Executar as técnicas de desfibrilhação e cardioversão sincronizada;
- Assegurar-se da existência de condições de segurança durante a desfibrilhação;
- Ponderar o recurso ao pacemaker transcutâneo;
- Aceder à história do cliente e considerar razões de paragem cardiorrespiratória e possíveis causas reversíveis;
- Decidir quando terminar as manobras de ressuscitação, consultando os elementos da equipa;
- Registrar os dados completos da ocorrência e comunicar à família.

Funções do Elemento da Via Aérea:

- Executar a permeabilização da via aérea;
- Utilizar os adjuvantes da via aérea;
- Utilizar os dispositivos de administração de oxigénio;
- Realizar aspiração da via aérea;
- Manter uma via aérea avançada;
- Monitorizar a capnografia (quando existente).

Funções do Elemento das Compressões Torácicas

- Executar as compressões torácicas;
- Manter a posição das mãos, profundidade das compressões cardíacas e ritmo apropriados.

Nota: Deverá verificar-se a alternância de posição dos elementos da Via Aérea e Compressões torácicas, a cada dois minutos.

Funções do Elemento do Acesso Vascular e Terapêutica

- Responsabilizar-se pelo carro de emergência;
- Estabelecer acesso venoso periférico de calibre e localização adequada (se não tiver acesso venoso central ou periférico adequado);
- Identificar e validar as vias de administração e dosagens da terapêutica utilizada;
- Administrar terapêuticas conforme indicado;
- Realizar a administração do bolus de 20cc de SF e elevação da extremidade após cada terapêutica;
- Colher amostras de sangue para análise.

O *feedback* fornecido pelo *Team-líder* para além de ser dado durante uma situação de emergência, deve ser também usado após cada reanimação, assim como, o de todos os intervenientes, para fazer uma avaliação sobre o decorrido e a melhorar numa próxima situação.

A ação de formação (Apêndice VI) no serviço decorreu em três sessões separadas, de forma a poder abranger o máximo número de elementos da equipa. Conseguimos desta forma a participação de mais de 70% dos elementos da equipa de enfermagem. Cada sessão decorreu com a apresentação do PIS, incluindo os resultados dos questionários, a instrução de trabalho e o Poster. Estas tinham um momento, no final, para a partilha de opiniões/experiências, de modo a realizar a avaliação das mesmas, de acordo com o plano da ação de formação (Apêndice VII).

O *feedback* foi bastante positivo com muito interesse demonstrado ao longo das formações, surgiram algumas questões que foram discutidas, assim como, no final de cada sessão houve espaço para a partilha de experiências e de casos clínicos. A

adoção desta instrução de trabalho pelo serviço foi vista com muito benéfica para a uniformização de práticas na UCIP, no sentido de definição e estabelecimento de funções para cada elemento da equipa, trazendo enormes vantagens para uma prática mais rápida, eficaz e segura. Consequentemente, foi opinião partilhada que a formalização e cumprimento desta instrução de trabalho traduzirá progressos na comunicação, segurança e organização da equipa multidisciplinar perante uma situação de emergência cardiorrespiratória, contribuindo portanto para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a excelência no exercício da profissão.

Quanto a divulgação do PIS para além das ações de formação, ficou no serviço um dossier com todos os aportes teóricos e pesquisas realizadas, a apresentação PowerPoint, a instrução de trabalho, o Poster (Apêndice VIII) afixado junto ao carro de emergência e o artigo (Apêndice IX).

Como futuro enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pensamos que a realização deste PIS trouxe-nos muitas vantagens para a aquisição de competências nesta área. Este tema foi uma de forma a mobilizar conhecimentos e habilidades para otimizar os cuidados de enfermagem à pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica (K1), dando respostas à pessoa e sua família em tempo útil e de forma holística. Não descurando a prevenção e controlo de infeção dado a complexidade das situações muitas vezes com necessidade de recurso a medidas invasivas, para manutenção da vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (K3). Desta forma, compreendeu duas das três competências descritas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, nº 124/2011.

Este projeto também teve em conta os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica, englobando diferentes enunciados descritivos do mesmo, que visam explicitar a natureza e diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Deste modo, passamos a referenciar alguns desses enunciados descritivos em que o enfermeiro especialista, numa procura permanente da excelência no exercício profissional, procura os mais elevados níveis de satisfação do cliente, de afirmar uma “intervenção precisa, eficiente, em tempo útil,

eficaz e de forma holística face a pessoa em situação clínica”; previne complicações para a saúde da pessoa “na identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica”, “na apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida” e “na gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos”; e também na organização dos cuidados especializados, no qual o enfermeiro especialista assegura a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados, de frisar “a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica promotoras da qualidade” (OE, 2011a).

3. REFLEXÃO CRÍTICA AQUISIÇÃO/ DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E APRENDIZAGENS EFETUADAS NOS ESTÁGIOS REALIZADOS

De seguida realizamos a reflexão crítica acerca da aquisição e desenvolvimento das aprendizagens e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e competências de Mestre em Enfermagem.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação que este estabelece com o cliente, família e comunidade, nunca esquecendo que cada cliente é um ser único e pessoal, com características específicas, detentor de um conjunto de crenças, valores e desejos que resultam da sua interação com o ambiente que o rodeia, onde vive e se desenvolveu. Portanto, a relação terapêutica estabelecida por cada enfermeiro advém da sua formação, conhecimentos, experiência traduzindo-se nas competências que este possui para poder prestar cuidados de enfermagem de excelência, sempre na procura da promoção dos projetos de saúde que cada cliente vive.

Aludindo o REPE, o enfermeiro é um profissional com um título que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados gerais ao cliente (Decreto-Lei n.º 161/96).

O Conselho de Enfermagem da OE, define em 2003 que a competência do enfermeiro de cuidados gerais “refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar.” (p.16).

Portanto, o profissional é aquele que vai além do domínio dos conhecimentos, relaciona esquemas e processos de percepção, análise, decisão, planeamento e

avaliação que permitem trazer benefícios a determinada situação. Reportando Nunes (2010) “é aquele que tem a competência, a autonomia e a responsabilidade de realizar actividades com formulação fundamentada de resultados esperados, numa situação complexa.” (p. 8).

A frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem por objetivo o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Todas as unidades curriculares como a especificidade do serviço da realização do estágio, dado a sua abrangência na área de enfermagem médico-cirúrgica, traduzem-se numa panóplia de oportunidades, experiências e aprendizagens, para a aquisição destas competências.

O enfermeiro especialista encontra-se definido no REPE como aquele que se encontra “habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (Decreto-Lei n.º 161/96). Aprimorando, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 122/2011 refere que este enfermeiro contém um conhecimento aprofundado num domínio específico, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas.

Todos estes enfermeiros partilham um grupo de domínios que são considerados as competências comuns, seja qual for a área de especialidade. A sua atuação inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados. Esta inclui também as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e investigação no intuito de melhorar a prática de enfermagem (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 122/2011).

De acordo com o mesmo documento, no artigo 3º, este define competências comuns como “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas,

independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. As competências comuns dos enfermeiros especialistas são compostas por quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal reporta-nos para competências de uma prática especializada num exercício seguro, ético e profissional, na tomada de decisão e no respeito dos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

Neste seguimento é obrigatório recorrer a documentos que sustentam o nosso exercício profissional, como o artigo 8º do REPE mencionando que todos os enfermeiros deverão apresentar uma conduta responsável e ética no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Decreto-Lei n.º 161/96). Aferindo também o código deontológico dos enfermeiros, o qual sublinha no artigo 78º que são valores universais a observar numa relação profissional, o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes. Assim como no artigo 79º, este deve assumir cumprir as normas deontológicas, responsabiliza-se pelas decisões que toma, atos que pratica ou delega, proteger e defender a pessoa humana de todas as práticas que contrariam a lei, ética ou bem comum (Decreto-Lei nº 104/98).

A conduta ética não diz respeito ao comportamento visível propriamente dito, mas sim ao nível do constituinte do agir, ou seja, a ação resulta dos fins que a pessoa estabeleceu para si, carecendo que exista liberdade na ação. Portanto, o aspeto primordial é a intenção que move para a deliberação e tomada de decisão. Inerente a liberdade existe outra noção ética, a responsabilidade, nesse sentido, é-se responsável pelas ações que se escolheu voluntariamente, após intensão, deliberação e decisão (Nunes, 2008).

Ao longo de todo o percurso profissional cada enfermeiro vai desenvolvendo as suas capacidades para a tomada de decisão, no exercício profissional autónomo, aplicando o processo de enfermagem. O desenvolvimento das estratégias para a resolução dos problemas deve ser em parceria e com respeito pela individualidade de cada cliente. Assim, existe a necessidade de atualização e aquisição de conhecimentos recentes para poder fundamentar individualmente e em equipa a tomada de decisão. Esta deve rege-se sempre pelo respeito aos princípios éticos.

O princípio da beneficência relaciona-se com o dever de fazer o bem, mas este não pode ser o único contemplado num processo de tomada de decisão, já que depende dos valores e interesses de cada cliente, na ponderação entre risco e benefício. Assim, o princípio da não-maleficência implica não fazer o mal, não causar dano. O respeito pela autonomia exige um reconhecimento que o cliente é um fim em si mesmo, capaz de autogovernar-se e decidir por si mesmo. Nunca esquecendo que a autonomia se refere a liberdade de ação, este deve ter acesso à informação, para que as escolhas sejam livres e esclarecidas. Pode-se resumir o princípio da justiça como, dar a cada um o que lhe é devido, ou seja, situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais de forma diferente (Nunes, 2008).

No âmbito dos cuidados de saúde, a crescente importância que o princípio da autonomia e autodeterminação foi adquirindo nas sociedades ocidentais fez com que se passasse a dar grande importância aos direitos das pessoas doentes e especificamente ao consentimento informado, de uma forma livre e esclarecida (Santos, 2010).

Ao longo do desenvolvimento do PIS e prática clínica em contexto de estágio, num ambiente complexo devido à gravidade da situação clínica dos clientes, foram-se desenvolvendo competências na tomada de decisão ética, tendo sempre em conta o respeito pelo direito dos clientes à informação, confidencialidade e segurança da mesma. Também no âmbito destes cuidados especializados, tivemos sempre em conta a privacidade dos clientes internados, no respeito pela dignidade, autodeterminação e valores humanos, como descritos no código deontológico, artigo 81º (Decreto-Lei nº 104/98).

Os aportes teóricos lecionados na UC de Filosofia, Bioética e Direito em Enfermagem e na UC de Supervisão de Cuidados, através dos conteúdos programáticos lecionados, também foram muito importantes, assim como, as aprendizagens adquiridas ao longo do decorrer do estágio foram decisivas para um aperfeiçoamento de uma prática preventiva e antecipatória quanto a segurança, privacidade e dignidade do cliente na dimensão ética e deontológica.

As competências no domínio da Melhoria da Qualidade dizem respeito ao desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica; conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade e criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

Torna-se fundamental referir o código deontológico para este domínio, no qual são valores universais a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, assim como, a competência e o aperfeiçoamento profissional, sendo um princípio orientador da nossa atividade a excelência do exercício na profissão em geral (artigo 78º). O enfermeiro tem o dever de respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa durante todo o ciclo vital (artigo 82º) e respeitar também a sua intimidade, protegendo-a de ingerência e salvaguardando sempre a privacidade (artigo 86º). A mencionar igualmente o artigo 88º, em que na procura da excelência, o enfermeiro analisa regularmente o trabalho efetuado e reconhece eventuais falhas que mereçam mudança de atitude, procura adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa e mantém uma atualização contínua dos seus conhecimentos (Decreto-Lei nº 104/98).

Na saúde, como em todas as áreas, a necessidade de criação de sistemas de qualidade tem-se tornado imprescindível e prioritário. Cabe às organizações de cada área profissional assumir esse papel importantíssimo, definindo padrões de qualidade para o domínio específico do respetivo mandato social (OE, 2001).

Sem dúvida, que a criação da OE foi o concretizar de um dos grandes desafios da enfermagem, no qual ficou definido nos seus estatutos que esta, para além de várias competências, teria a necessidade de definir padrões de qualidade para os cuidados de

enfermagem. Assim, esta definição permite refletir a melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos clientes, assim como, dar espaço para a vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, com um contexto de aplicação local, portanto emerge daqui a necessidade supracitada, a criação de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Mas esta qualidade não depende apenas do exercício profissional dos enfermeiros, no sentido em que compete as instituições de saúde criar e adequar estruturas que favoreçam o desenvolvimento da atividade profissional dos enfermeiros. Para favorecer o empenhamento dos enfermeiros em prol da qualidade, estas instituições devem, por princípio, satisfazer as necessidades destes profissionais. Portanto, não basta a aprovação de projetos de qualidade, mas sim, o compromisso de criar um ambiente propício à sua implementação e consolidação (OE, 2001).

Para a OMS, a incidência de eventos adversos é um desafio para a qualidade dos cuidados, em que o desempenho dos sistemas de saúde para a prevenção dos mesmos, torna-se indispensável para a segurança dos clientes e inerentemente, a qualidade dos cuidados. De acordo com o International Council of Nurses, a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem, no qual o desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com largo espectro de ação, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco. A escassez de recursos, bem como a falta de motivação ou insuficientes habilidades técnicas, traduzidas num baixo desempenho profissional, são determinantes na segurança do cliente (OE, 2006).

Nesta tomada de posição anteriormente referida resume-se que “a segurança deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde” e que “devem ser desenvolvidos programas organizacionais que comuniquem claramente a importância da segurança, incluindo gestão e desenvolvimento dos profissionais assim como sistemas e processos que promovam a segurança” (p. 9).

A realização do PIS, desde a fase de diagnóstico até à sua avaliação, utilizando a metodologia de trabalho de projeto, permitiu-nos desenvolver esta competência. A revisão bibliográfica realizada, assim como o recurso a informações institucionais permitiram justificar a necessidade do projeto, definindo metas para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem a nível organizacional e desenvolvendo aptidões na análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, já que com a otimização de um processo decorre a melhoria da qualidade. Portanto, a necessidade de identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades e adequar estratégias para os objetivos delineados, no decorrer do PIS, no sentido de uniformizar práticas nos cuidados de enfermagem em situações emergentes, representados num ganho na segurança e qualidade dos cuidados prestados ao cliente, foi fundamental no desenvolvimento de competências neste domínio.

Abordando o domínio da gestão dos cuidados, este refere-se a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, em articulação com a equipa multidisciplinar, a nível da tomada de decisão e delegação de tarefas. Também reporta para a adequação dos recursos disponíveis para as necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais apropriado para a promoção da qualidade dos cuidados. Novamente toda a liderança ao longo do desenvolvimento do PIS, na gestão dos recursos disponíveis e articulação com outros profissionais foi fulcral para o desenvolvimento destas competências. A pretendida adoção/mudança de comportamentos por parte de toda a equipa apenas seria facilitada com uma liderança eficaz, para obter elevados níveis motivacionais. O envolvimento de toda a equipa e inclusão da opinião de peritos foi fundamental nesse sentido, fazendo parte integrante do projeto. O aporte teórico de algumas unidades curriculares também foi essencial, de referir, Ambientes em Saúde, especificamente a psicossociologia das organizações, Gestão de Processos e Recursos e Supervisão de Cuidados.

Diversos conceitos acompanham a enfermagem e surgem desde logo nas competências do enfermeiro de cuidados gerais, como a gestão de cuidados, ambiente seguro, cuidados de saúde interprofissionais, delegação e supervisão de tarefas. Como já referido, as competências do enfermeiro especialista decorrem e são coerentes com

as do enfermeiro de cuidados gerais, detendo estes um conhecimento aprofundado num determinado domínio, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e na tomada de decisão. Portanto, na prática clínica, desenvolvemos competências no processo de tomada de decisão, em situações complexas, na assessoria aos restantes elementos da equipa de enfermagem, na partilha de conhecimentos, participando nas decisões da equipa multiprofissional. O desenvolvimento deste PIS veio otimizar o trabalho em equipa adequando recursos às necessidades de cuidados, favorecendo um ambiente positivo e favorável à prática.

Por fim, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que engloba o desenvolvimento do auto-conhecimento e assertividade, bem como, assentar a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Esta competência foi desenvolvida ao longo do percurso realizado nos estágios, refletindo sobre as aprendizagens adquiridas, tendo consciência dos recursos e limites enquanto pessoa e enfermeiro, ou seja, na consciencialização de todo o nosso desenvolvimento. Ao longo do desenrolar do projeto e estágios, a constante necessidade de atualização bibliográfica, para a aquisição de conhecimentos e conseqüentemente competências na praxis clínica foi fundamental para poder decidir e fundamentar de forma pertinente todas as nossas intervenções. Assim, este desenvolvimento foi-nos permitindo atuar de uma forma eficaz sob pressão, dadas muitas circunstâncias que a UCIP assim o exige.

Mas este ambiente também pode ser impulsionador ou facilitador de possíveis situações de conflito, no qual pensamos ter um papel muito importante com o desenvolvimento deste PIS. A ausência de organização e articulação normalizada nalguns procedimentos tem um papel importante no surgimento de conflitos, no qual as estratégias delineadas no PIS conduzirão a um ambiente de trabalho e de articulação funcional entre enfermeiros e outros profissionais de saúde adequado a circunstâncias complexas, reduzindo situações de eventual conflitualidade.

Portanto, a contínua e ativa revisão da literatura sobre esta área, utilizando métodos de pesquisa e tecnologias de informação adequadas, tem permitido desenvolver

competências numa base sólida de conhecimentos. O desenvolvimento de uma ação de formação no serviço, após verificação da necessidade da mesma, atuando como formador oportuno, vem favorecer a aprendizagem, proporcionando conhecimento, segurança e melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas do enfermeiro especialista são decorrentes das competências comuns, num campo de atuação definido por cada especialidade, através de um elevado nível de adequação às necessidades de saúde das pessoas. Neste ponto de vista, o enfermeiro especialista deve aprofundar conhecimentos e adquirir competências num domínio específico da enfermagem, de forma a obter uma profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde e doença dessa área de atuação.

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica a avaliação diagnóstica e monitorização são constantes e revelam uma importância máxima. Portanto, cuidar da pessoa e vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica (K1) é uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. São igualmente competências específicas a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação (K2), bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação (K3) (Regulamento n.º124/2011).

O descritivo da Competência K1 considera que dada a complexidade das situações de saúde e respostas necessárias à pessoa em situação crítica ou falência orgânica e a

sua família, o enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades para responder em tempo útil e de forma holística (Regulamento n.º124/2011).

Tendo em conta a área de intervenção desde PIS descrita no capítulo 2, esta competência foi desenvolvida ao longo do projeto. Portanto no âmbito do PIS e no decorrer dos estágios, dado o contexto dos mesmos, tivemos múltiplas oportunidades de prestar cuidados à pessoa em situação crítica. A prestação de cuidados a clientes com instabilidade hemodinâmica e com necessidade ou não de ventilação mecânica, assim como a necessidade de gestão de protocolos terapêuticos complexos, requerem conhecimentos e competências específicas, na monitorização, avaliação, implementação e adequação de respostas por parte dos enfermeiros.

Este PIS engloba de uma forma geral todas as unidades de competência da K1 mas sobressaem a capacidade desenvolvida de prestar cuidados na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, de acordo com os conhecimentos adquiridos para identificação e resposta pronta e antecipatória a focos de instabilidade (Regulamento n.º124/2011).

A execução de cuidados técnicos de alta complexidade à pessoa em situação crítica, de forma a dar resposta às necessidades do mesmo (Regulamento n.º124/2011), foi algo que fomos desenvolvendo na prática, fundamentado nas pesquisas realizadas.

A técnica dialítica mais utilizada na UCIP é a hemodiafiltração venovenosa continua. Esta necessita que o circuito se mantenha permeável, como outras terapias dialíticas, e por isso dependem de um protocolo de anticoagulação eficiente. O anticoagulante mais utilizado é a Heparina não fracionada, porém em clientes que apresentam contra-indicação para anticoagulação sistémica, com risco aumentado de complicações hemorrágicas ou na presença de sangramento ativo, existe o recurso ao citrato trissódico, um método eficiente que necessita de um controlo metabólico rigoroso (Garcés, Victorino & Veronese, 2007). O nosso primeiro contato com o uso deste tipo de anticoagulação surgiu nas primeiras semanas de contato em estágio, no qual o referido cliente apresentava contra-indicação para o uso de heparina, no sentido em

que se tratava de uma pessoa com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico, numa fase inicial, ainda pouco diferenciado.

Outro dispositivo que exige cuidados de enfermagem especializados, utilizado maioritariamente em clientes em situação crítica com o qual tivemos contato e necessidade de aprofundar conhecimentos (mecanismo de ação, indicações, complicações, cuidados a ter, material utilizado) para melhorar a nossa atuação como enfermeiro mestrando nesta área de especialização, foi o balão intra-aórtico. Ainda tivemos o privilégio de poder contactar com outras técnicas invasivas, de suporte hemodinâmico e ventilatório, o ECMO - oxigenação por membrana extracorporeal e o *cell savers*.

Na UCIP, a realização da gasimetria arterial é feita pelos enfermeiros responsáveis pelo cliente, sendo estes os primeiros a ter contato com o respetivo resultado, portando torna-se imprescindível a interpretação imediata do mesmo, para poder atuar em conformidade de forma pronta e eficaz, nomeadamente em cliente em ventilação mecânica, para ajustes de parâmetros ventilatórios, mas também em clientes sob hemodiafiltração ou cardíacos no pós-cirúrgico imediato. De relatar sucintamente uma de muitas situações, em que a intervenção do enfermeiro de forma pronta e eficaz, na prestação de cuidados complexos na antecipação da instabilidade e da falência orgânica (K1), foi fundamental. Um cliente em fase de desmame do ventilador mecânico, em respiração espontânea em atmosfera húmida à relativamente pouco tempo, em que na nossa observação da evolução do estado de consciência e todo o estado clínico, a nossa tomada de decisão rápida para atuar no sentido da realização e avaliação dos gases arteriais e conectar novamente ao ventilador, comunicando posteriormente ao médico que não se encontrava de momento para eventuais ajustes de parâmetros ventilatórios, foi essencial para a estabilização clínica do cliente.

A leitura do traçado electrocardiográfico exige experiência mas o cumprimento sistemático das regras básicas de interpretação do traçado facilitam a identificação rápida e correta do ritmo. Mais importante que identificar o ritmo exato, é saber que se trata de um ritmo anormal e avaliar a sua repercussão no débito cardíaco, ou seja, a sua tradução em termos hemodinâmicos, iniciando o tratamento adequado. A

classificação precisa é secundária (INEM, 2011). O interesse em relembrar e aprofundar conhecimentos nesta área foi importante para a nossa prática em contexto de estágio, no recurso a pesquisa bibliográfica, aos conteúdos teóricos e práticos do módulo das intervenções de enfermagem ao cliente em situação de urgência, bem como na participação numa formação de monitorização cardíaca para enfermeiros realizada por um enfermeiro perito da UCIP.

A necessidade por vezes de recurso a manobras emergentes com o objetivo de manter as funções vitais, o SAV, foi a base do desenvolvimento do PIS (um dos objetivos específicos), aperfeiçoando conhecimentos e habilidades no mesmo, tendo o contributo de algumas pesquisas realizadas, as aulas de alguns módulos como cuidados ao cliente e família em situação de crise; cuidados ao cliente com falência multiorgânica; cuidados ao cliente com múltiplos sintomas; intervenções de enfermagem a clientes em situações de urgência e a participação numa conferência – O ABCDE da reanimação do doente crítico, novas *guidelines*.

A gestão de protocolos terapêuticos complexos encontra-se inerentemente relacionado com a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e naturalmente a este projeto. Assim, o enfermeiro especialista deve demonstrar conhecimentos para além da administração destes protocolos, na sua gestão. Todas as situações complexas que fomos vivenciando na prática clínica assim como no decorrer do PIS, implicou a necessidade de aprofundar e adquirir conhecimentos que possibilitam prevenir complicações resultantes da implementação desses protocolos, assim como na implementação de respostas adequadas às complicações e na monitorização e avaliação dessas respostas.

A necessidade de implementação de protocolos terapêuticos complexos muitas vezes surge devido à dor. Quanto às intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, estas podem ser medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor. Nesse sentido surge a unidade de competência de realizar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas (Regulamento n.º124/2011).

A dor é tão antiga como o próprio homem, inerente à própria vida, sendo uma das experiências mais receadas e das mais experimentadas. Atendendo à importância da dor, enquanto fenómeno fisiológico, isto é, multidimensional e complexo, a sua abordagem e gestão foi considerada como uma prioridade no âmbito na prestação de cuidados de saúde, sendo também um fator decisivo para a humanização dos cuidados.

Esta é definida como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão (Kopf & Patel, 2010).

O controlo eficaz da dor é um direito dos doentes e um dever dos profissionais de saúde. Desta forma, a DGS instituiu a dor como 5º sinal vital, em que a sua avaliação e registo, em todas as suas vertentes, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular de modo a otimizar a qualidade de vida do doente. Assim, a dor e os efeitos da sua terapêutica devem ser valorizados e sistematicamente diagnosticados, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de dor aguda ou dor crónica. Todos os tipos de dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida (DGS, 2003b).

Em ambiente hospitalar a dor pós-operatória é a principal causa de dor aguda. Embora a dor associada ao trauma, queimados, realização de procedimentos invasivos (cateterismos cardíacos, biopsias, pensos), cólica renal, pancreatite aguda também são causas geradoras de sofrimento. A dor aguda não controlada, bem como a resposta de *stress* associada, têm consequências fisiológicas e psicológicas importantes, que podem ser responsáveis por disfunção orgânica e aumento da morbidade e da mortalidade (DGS, 2012).

A dor é uma experiência subjetiva, única e dinâmica, no qual a sua perceção e expressão varia de pessoa para pessoa, de acordo com as suas características individuais, história de vida, processo de saúde / doença, portanto, pressupõe

experiência e formação contínua para adquirir competência para a sua avaliação e controlo, adequando os instrumentos de avaliação. Os cuidadores principais e a família são parceiros ativos, juntamente com o doente, na tomada de decisão sobre o controlo da dor (OE, 2008). Reforçando esta ideia, reportando-se a McCaffery (1999) afirma que dor é “aquilo que a pessoa que a experiência diz que é, existindo sempre que ela diz que existe” (p. 15).

No prefácio desse mesmo documento, Lucília Nunes, elucida que a “negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional.” (p. 7).

O local de estágio escolhido, dado o foro dos clientes que recebe, foi um espaço privilegiado para o desenvolvimento desta competência. Na nossa prática incluímos sempre o cliente como parceiro estratégico, sendo este o melhor fornecedor de informações sobre as diversas componentes da dor. Estivemos atentos às várias formas de comunicar e expressar a dor, como as não-verbais, nomeadamente, taquicardia, agitação, expressão facial, adequando os instrumentos de avaliação da dor, utilizando principalmente, a escala numérica e a Behavioral Pain Scale (BPS), para clientes sedados e/ou ventilados mecanicamente. Sabendo que quanto melhor a avaliação da dor, melhor será o seu controlo. Para além do referido, incluímos sempre que possível na tomada de decisão de controlo da dor, a família e a equipa multidisciplinar, para que este processo seja mais eficaz.

A consolidação de conhecimentos também se deve a aportes teóricos da unidade temática de Intervenção de Enfermagem ao Cliente com Dor, assim como, a realização de um poster para o Encontro de Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS-ESS com o tema “Eficácia das intervenções não farmacológicas, no alívio da dor em pessoas internadas na unidade de cuidados intensivos”.

Por isso, para além da nossa responsabilidade na gestão adequada das medidas farmacológicas, compete-nos o uso das intervenções autónomas. Na nossa prática as medidas mais utilizadas e com melhores resultados foram o toque (massagem, frio/calor).

Uma situação de doença que afete um membro da família, altera a dinâmica familiar, criando tensões e desequilíbrios geradores de stress e ansiedade, levando a uma crise que implica mudanças. Portanto, uma situação crítica de saúde/doença ou falência orgânica implica alterações emocionais na pessoa e família. A gestão da ansiedade e medos vividos pelo cliente, facilitar processos de luto, na dignificação da morte implica a aquisição de competências neste domínio.

Nesse sentido reporta-nos para a teoria que sustenta este trabalho, na medida em que estes desequilíbrios emocionais vão depender de diversos fatores, como a causa da doença, o significado atribuído a esse acontecimento, os recursos que este possui, ou seja, os antecedentes da incerteza. O papel do enfermeiro, como autoridade credível é importantíssimo para a transmissão de confiança, redução de incertezas, dando um sentido aquele momento vivenciado, mobilizando as estratégias de *coping* adequadas, incorporando sempre a família em todo o processo, conduzindo ao objetivo principal de Merle Mishel, a adaptação (Mishel, M. H. & Clayton, M. F., 2008).

Mas todo este processo engloba competências como a comunicação e relação terapêutica. Apenas através da comunicação se torna possível estabelecer uma relação de ajuda, baseada na confiança. A confiança surge enquanto sentimento gerado a partir de uma relação que ocorre entre enfermeiro-cliente-família, sustentada pelos princípios da relação de ajuda, como a empatia, demonstrando disponibilidade para com o cliente e escutá-lo, clarificando o significado do acontecimento, sintomas e preocupações, diminuindo os níveis de ansiedade e medos, as incertezas.

Também aqui o aporte teórico de alguns módulos como a Relação de Ajuda e Aconselhamento em Enfermagem, Espiritualidade e Cuidados de Enfermagem, Cuidados ao Cliente em Fim de Vida, Supervisão de Cuidados foram muito importantes.

A competência dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção (K2) descreve que o enfermeiro especialista neste domínio deve intervir na concepção dos planos institucionais, na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima e gere equipas de forma sistematizada no sentido

da eficácia e eficiência da resposta pronta na existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica (Regulamento n.º124/2011).

De acordo com o Decreto-lei nº 27/2006, de 03 Julho, da Lei de Bases da Proteção Civil a catástrofe “é um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais, e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio-económico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 4696).

A emergência é uma situação em que um individuo sofre uma agressão que lhe origina uma perda brusca e violenta em saúde, podendo potencialmente pôr em causa algum órgão vital, necessitando de assistência imediata. Quando a situação se alarga para um cenário multi-vítima, significa que existe um número suficiente de vítimas para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência. Este exige por parte das equipas de emergência, o melhor uso dos recursos disponíveis, para proporcionar o melhor tratamento possível as vítimas (Regulamento n.º124/2011).

Tendo em conta esta competência foi fundamental conhecer o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC, 2012), que se encontra enquadrado na Lei de Bases da Proteção Civil e diretivas emanadas pela Comissão Nacional de Proteção Civil. Neste documento o plano é descrito como “um instrumento de suporte às operações de proteção civil em caso de ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental, com vista a possibilitar a unidade de direção das ações a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a empenhar e a adequação das medidas de carácter excepcional a adotar” (p. 6).

Assim, este constitui-se uma plataforma que se encontra preparada para responder organizadamente a situações de acidente grave ou catástrofe, definindo as estruturas de Coordenação, Direção, Comando e Controlo, articulando-se com os Planos Regionais, Distritais e Municipais de Emergência de Proteção Civil, descrevendo níveis territoriais de atuação, referenciando responsabilidades, modo de organização, de forma a mobilizar e coordenar os meios e recursos indispensáveis na gestão do

socorro. Foi elaborado tendo em atenção um conjunto de riscos naturais, tecnológicos e mistos, tais como condições meteorológicas adversas, riscos hidrológicos e geológicos, acidentes com transportes, vias de comunicação e infraestruturas, atividade industrial e áreas urbanas, acidentes de poluição e incêndios florestais (PNEPC, 2012).

O Departamento da Qualidade na Saúde, da DGS recomenda todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde a elaborarem um plano de emergência e sua análise periódica, já que se torna uma ferramenta essencial na avaliação dos meios de reação da unidade de saúde face a uma situação de emergência multi-vítima, definindo regras ou normas gerais de atuação. Descreve os quatro principais pilares para este planeamento e preparação, a organização e gestão, recursos humanos, prestação de cuidados e recursos gerais, para que os procedimentos sejam simples e eficazes. Todos os profissionais devem se identificar como elemento fundamental neste processo e conhecer a sua missão, papel e ação no domínio das suas competências (DGS, 2010b).

Os aportes teórico-práticos lecionados pelo núcleo de formação em emergência – Critical ESS foram fundamentais para aquisição de competências nas áreas do trauma e catástrofe, culminando nas formações e simulacro em parceria com os Bombeiros Sapadores de Setúbal.

No campo de estágio, pudemos conhecer o plano de emergência interno do serviço e os princípios de atuação em situação de catástrofe, assim como os métodos de evacuação dos clientes e funções dos respetivos intervenientes.

Neste propósito ainda, qualquer situação de emergência ou catástrofe é considerado uma exceção a normalidade, conduzindo a incertezas. Portanto retomando a Merle Mishel é essencial a mobilização de competências na comunicação por parte dos enfermeiros nestas situações, promovendo juntos dos clientes confiança, transmitindo informações sobre os procedimentos de atuação definidos pela instituição.

A competência K3 concebe no seu descritivo a resposta eficaz do enfermeiro especialista na prevenção e controlo de infeção considerando os múltiplos contextos de

atuação, a complexidade das situações e diferenciação dos cuidados exigidos pelo recurso a diversas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, na manutenção da vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º124/2011).

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. À medida que a esperança de vida aumenta e com acesso à tecnologia cada vez mais avançada e invasiva, o uso de terapêutica agressiva, como nas UCI, aumenta o risco de infecção associada. Vários estudos internacionais revelam que cerca de um terço das IACS seriam evitáveis, sendo inteiramente reconhecido que estas dificultam o tratamento adequado, causam morbilidades e mortalidade, traduzindo um aumento no consumo de recursos hospitalares e da comunidade (DGS, 2007).

O Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) é um dos nove programas de saúde prioritários no âmbito do Departamento de Qualidade na Saúde da DGS. A sua estrutura de gestão estende-se da DGS às unidades de saúde, sejam unidades de saúde locais, centros hospitalares, hospitais, agrupamentos de centros de saúde, unidades de saúde familiar ou unidades de cuidados continuados (DGS, 2014).

Os objectivos principais deste programa são a redução da taxa de infecção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (Despacho n.º 15423/2013).

Daqui surge o pedido de estágio de observação com a CCI da unidade hospitalar da realização do estágio, com a enfermeira do núcleo executivo e elo de ligação com a UCIP, com objetivos de compreender o seu funcionamento e colaborar nas suas áreas de atuação, para consolidar competências neste domínio.

O grupo hospitalar em causa assume como prioridade estratégica a qualidade e segurança do cliente. Assim, o agora denominado Grupo de Coordenação Local do

Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), desenvolve-se sobre esse eixo estratégico no sentido de garantir a identificação e redução de riscos de adquirir e transmitir infeções entre clientes, profissionais de saúde, colaboradores, estudantes e visitantes. É um órgão de assessoria técnica de apoio à gestão. Constitui um recurso com autonomia técnica e executiva, para a implementação do PPCIRA.

Os antimicrobianos revolucionaram o tratamento das infeções, mas o seu uso maciço e inadequado conduziram a emergência e seleção de bactérias resistentes e multirresistentes. Portanto existem bactérias apenas suscetíveis a poucos antibióticos causadores de tratamentos difíceis. Desta forma existe necessidade de diminuir a pressão antibiótica, ou seja, prevenir todas as infeções evitáveis, reduzir o uso indiscriminado de antibióticos (não usando quando não existe infeção bacteriana, reduzindo a duração do tratamento ao mínimo indispensável) (DGS, 2014).

Os principais objetivos da GCL-PPCIRA são reduzir o risco de infeção associada aos cuidados de saúde em doentes e profissionais de saúde, realizar vigilância epidemiológica de infeções e microrganismos relevantes, promover o uso correto de antibióticos, divulgação e monitorização de cumprimento de normas e recomendações de boa prática, formação e sensibilização de profissionais de saúde, colaboradores, estudantes, doentes e visitantes. O núcleo executivo é constituído por dois médicos e um enfermeiro, existindo ainda outros profissionais (farmacêutico e um patologista clínico como núcleo de apoio técnico e consultivo), com reuniões multidisciplinares trimestrais. Cada hospital do grupo apresenta um núcleo executivo com reuniões mensais, o qual se encontra em fase de unificação para apenas um núcleo. Ajustado a complexidade e dimensão do hospital este deve compreender 16h semanais de tempo médico e 40h semanais de tempo de enfermagem. A articulação com os serviços do hospital é realizada através dos elos de ligação de cada serviço. Este grupo hospitalar apresenta um núcleo do programa para a saúde e segurança – NPSS do qual pertence a gestão de risco e não a GCL-PPCIRA, que agora se encontra em fase de reestruturação para a inclusão deste, de forma a responder também as exigências para a acreditação por parte da *Joint Commission International*.

A vigilância epidemiológica da infecção e a monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boa prática é um trabalho árduo e que exige muita dedicação e tempo. Neste momento existem algumas ferramentas que vieram apoiar este trabalho, com recurso a plataformas informáticas, cruzando dados de pedidos médicos nos serviços e laboratórios, tendo acesso a informações muito importantes neste contexto (agentes infecciosos, antibiograma...) para o GCL poder interpretar e intervir. No que diz respeito as normas e recomendações de boa prática, a realização de auditorias da qualidade internas e externas reportam dados relevantes para o GCL.

A formação dos profissionais de saúde é realizada através da Academia de Enfermagem do grupo nas sessões de acolhimento dos novos colaboradores quatro vezes anualmente. Também surgem formações sempre que haja necessidade, como o surto de algum microrganismo, campanhas nacionais como a higienização das mãos.

O GCL encontra-se de momento na fase de implementação do programa de Precauções Básicas de Controlo de Infecção – PBCI.

A realização deste estágio de observação trouxe, sem dúvida, muitos benefícios para o desenvolvimento e fortalecimento de competências neste domínio.

A nossa atuação como futuro enfermeiro especialista no campo de estágio foi sempre de maximizar a prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica, sabendo que este tipo de cliente, dado a sua situação de saúde é submetido a procedimentos invasivos, encontrando-se mais exposto a IACS, não esquecendo mesmo quando o objetivo principal é manter a funções vitais, os protocolos de assepsia nos procedimentos. Utilizamos sempre neste sentido as precauções básicas do controlo da infecção, higienização das mãos e colocação e remoção do equipamento de proteção individual. Na UCIP existem três box de isolamento, uma de contato e duas de pressão negativa com uma antecâmara contendo equipamentos necessários, em que na nossa prática cumprimos com os procedimentos e circuitos requeridos de acordo com as vias de transmissão.

Os aportes teóricos e os trabalhos realizados nos módulos de supervisão de cuidados e cuidados ao cliente com múltiplos sintomas – controlo da infecção, sobre

equipamentos de proteção individual no módulo foram um grande contributo para a aquisição de competências neste âmbito.

3.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA

Esta área de especialização tem como foco de intervenção a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo da vida, nos seus projetos de saúde, assim como, à sua família, cuidadores e grupo a social que pertence. Portanto, em conjunto com toda a equipa multidisciplinar, procura preservar a dignidade maximizando a qualidade de vida e reduzindo o sofrimento (OE, 2011b).

A OMS em 2002, designa cuidados paliativos como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.

Estes apresentam uma filosofia de cuidados muito específica, a mesma assenta em quatro pilares fundamentais, sendo eles, o controlo de sintomas, a comunicação, o apoio à família e o trabalho em equipa, contribuindo sobretudo para o bem-estar físico, psicológico e espiritual.

Ao longo do nosso percurso profissional sempre tivemos contato com pessoas em situação crónica e paliativa, desde em contexto de cuidados continuados, residência de cuidados paliativos e neste momento a nível hospitalar. Mas existem serviços específicos e qualificados para estes tipos de pessoas e famílias. Este campo de estágio aborda a pessoa em situação crítica, mas muitas delas apresentam doenças crónicas e incapacitantes que por um motivo ou outro agudizou. Embora o referido

anteriormente, decidimos realizar um estágio de observação na Unidade de Cuidados Paliativos Agudos desta mesma unidade hospitalar, para desenvolver e aprofundar competências neste âmbito.

Esta unidade surge no sentido de dar resposta a clientes e famílias internadas no hospital a vivenciar uma situação de doença grave e debilitante, nas diferentes fases do doente paliativo (aguda, deterioração, agónica e estabilização), através de uma equipa multidisciplinar, com formação diferenciada em cuidados paliativos. Esta presta cuidados efetivos de 24h, num espaço personalizado, único, com quartos e sala de visitas muito acolhedores, com stock terapêutico específico (não existente no restante hospital). A família é englobada desde do início do processo podendo simultaneamente ser ela própria objeto de cuidados.

Esta unidade é reconhecida pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, respondendo a critérios tais como: equipa médica e de enfermagem com formação base e avançada, contato telefónico disponível 24h, realização de formação, receber estudantes, entre outros. Apresenta como principais objetivos otimizar a qualidade de vida dos clientes/famílias garantindo a minimização do sofrimento (intervenção multidimensional), o respeito pela autonomia e o acesso à informação e facilitação de escolhas.

Dos critérios para o internamento, salienta-se o controlo sintomático de difícil resolução, organização de cuidados/consolidação de controlo sintomático, sofrimento existencial intenso, agonia (contemplam uma instrução de trabalho – cuidados na agonia), problemas de suporte/exaustão familiar que deverão ser analisados pelo médico escalado mas sempre com o conhecimento do enfermeiro responsável. Revela-se a importância de competências específicas nesta área para a identificação das necessidades do cliente (L5.1), avaliando e definindo diagnósticos de enfermagem, identificando os sintomas descontrolados (sendo os principais: astenia, anorexia, dor, náusea, obstipação, confusão e dispneia), com recurso a escalas e ferramentas adequadas, não descorando as variáveis psico-emocionais, valores e crenças, no sentido de avaliar o grau de dependência promovendo o máximo nível de satisfação do cliente.

O enfermeiro responsável programa assim o acolhimento e planeia a primeira conferência familiar a realizar com o cliente e família nas primeiras 48h. De acordo com o estado emocional do cliente/família inicia a colheita de dados construindo um plano de cuidados individualizado (L5.2, L5.3). As medidas não farmacológicas mais aplicadas são a musicoterapia, massagem e toque terapêutico, técnicas de relaxamento e distração, mas também a biblioterapia.

A comunicação em cuidados paliativos não deixa de ser um processo de transmissão de informação, mas é primordialmente um meio para estabelecer um clima de confiança, de empatia, de modo a criar uma relação terapêutica com a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal e seus familiares/cuidadores (L6). O recurso à comunicação verbal e não-verbal, à escuta ativa, à postura permite que haja a expressão dos sentimentos, medos e receios vivenciados pelos clientes/famílias. Daqui se pode retirar a importância da teórica escolhida neste trabalho, recorrendo ao 10º postulado da teoria, a incerteza pode-se acentuar numa recidiva da doença. Torna-se o papel enfermeiro, como autoridade credível, muito importante, ajudando a interpretar o significado destes eventos, apoiando-se na utilização de estratégias de *coping* para conduzir os processos de incerteza (inferência e ilusão) vivenciados no sentido da adaptação, reduzindo as incertezas e gerindo as emoções.

Isto exige treino e formação em comunicação. Preferencialmente o enfermeiro que realiza o acolhimento será o enfermeiro de referência para promover parcerias terapêuticas (L6.1, L6.2, L6.3), incluindo a família/cuidador com parceiro na pesquisa/exploração de aspetos específicos, no sentido da vida. Algo que a equipa desta unidade preconiza é uma primeira abordagem com a questão: o que é mais importante para si agora? A partir daqui desenrola-se todo o processo de enfermagem com planeamento de cuidados e metas, desejos e objetivos a alcançar, dentro dos limites mutuamente acordados. Alguns exemplos são encontro com familiares que não vê há muito tempo, ida ao estádio de futebol do clube de preferência, ida a praia.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para prestar cuidados às pessoas e famílias que vivenciam o processo de morte. Portanto deve existir um ajuste pessoal a cada situação de forma a possibilitar uma adaptação normal à perda (evitando risco de

luto patológico). Portanto, o estabelecimento de parcerias terapêuticas devem incluir o processo de luto, dando apoio emocional e espaço para expressar as suas emoções. Esta unidade toma especial atenção a este processo, discutindo por exemplo, de acordo com cada situação, os cuidados *pós-mortem*, incluindo a roupa, o envio de uma sms personalizada à família, disponibilizando contato telefónico 24h, realização de “*follow-up*” à família no 1º e 3º mês.

Quanto à alta e acompanhamento em ambulatório, esta é programada desde do momento da admissão do cliente, portanto o enfermeiro deve perceber as possíveis dificuldades do cliente e família para poder delinear estratégias para as minimizar, integrando a família nos cuidados. A continuidade dos cuidados é feita em articulação com outras equipas/instituições da comunidade, públicas ou privadas, às quais esta unidade se apresentou e mantém contatos, para além do contato telefónico disponível 24h.

Ao longo deste mestrado, os aportes teóricos lecionados nos módulos de intervenções de enfermagem ao cliente com dor e cuidados à pessoa em fim de vida, aliados ao estágio de observação realizado nesta Unidade de Cuidados Paliativos trouxeram um grande contributo para a aquisição de competências nesta área.

3.4. COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM

A finalidade deste curso é contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade. Portanto, pretende formar mestres em enfermagem que adquiram um conhecimento aprofundado no domínio especializado da área em estudo, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, traduzidas num conjunto de competências clínicas. Ou seja, que demonstrem elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão neste campo de intervenção (IPS-ESS, 2003).

No Decreto-lei 115/2013 de 7 de Agosto surge em anexo a republicação do Decreto-lei 74/2006 de 25 de Março, em que preconiza que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional (artigo 18º, nº 4).

Desta forma, este percurso académico converge para a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, suportando os domínios do enfermeiro especialista anteriormente descritos e analisados. Surge de seguida a análise do perfil de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

De encontro a primeira competência “Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem” (IPS-ESS, 2013) toda a componente teórica ao longo deste mestrado foi essencial para a prestação de cuidados especializados. Seguindo o processo de enfermagem, este implica a avaliação exaustiva da pessoa em situações complexas, incluindo a família e comunidade, tendo em conta os resultados obtidos nessa avaliação, permite a formulação de diagnósticos e intervenções gerais e especializadas. Esta análise crítica, para além da componente técnica e científica, envolve uma natureza ética e deontológica, do respeito pela autonomia, para uma tomada de decisão segura e adequada. A capacidade de estabelecimento de uma relação terapêutica, para além de permitir esta avaliação rigorosa, possibilita a promoção da educação do cliente e família, que tendo inerente a teoria de Mishel, favorece a redução das incertezas que surgem com as mudanças provocadas com o processo de doença e a prevenção de potenciais complicações.

Assim, ao longo dos estágios realizados, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e no desenvolvimento do PIS, que convergiu na otimização da dinâmica e organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória no sentido de uniformizar práticas, para uma atuação mais rápida, eficaz e segura através duma instrução de trabalho, permitiu-nos desenvolver competências no âmbito do planeamento e gestão de cuidados complexos à pessoa em situação crítica. Retomando a teoria da incerteza, no contexto de emergência, um

planeamento prévio da atuação com a clarificação dos papéis e funções de cada elemento, facilitará processos de tomada de decisão, diminuindo possíveis indecisões e desorganizações, reduzindo assim os receios do cliente e família a vivenciar esse momento de incerteza.

A supervisão clínica em enfermagem é um conceito que diz respeito ao processo formal de aprendizagem, no desempenho de sua atividade, contribuindo para a segurança e proteção do cliente, em situações complexas. Daqui se espera o desenvolvimento por parte dos Mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica deste conceito, de forma que avaliem a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade. Neste domínio para além da importante ferramenta teórica do mestrado, a implementação do PIS implicou processos de supervisão clínica no seio da equipa de enfermagem.

A competência “Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas” (IPS-ESS, 2013) vem de encontro desde logo ao código deontológico dos enfermeiros, artigo 88º na alínea c) “Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Decreto-Lei nº 104/98), mas também à necessidade de formação de acordo com o projeto pessoal de desenvolvimento profissional de cada um. Esta competência encontra-se igualmente relacionada com o descrito na competência comum no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Portanto, a formação contínua possibilita a atualização e aquisição de conhecimentos, permitindo a consolidação de capacidades e competências face às solicitações atuais. Esta é também designada formação para adultos, ou seja, o próprio gere e direciona a sua aprendizagem, autoformação.

A conclusão de um mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica faz parte do nosso projeto pessoal e profissional, por isso, a autoformação foi um componente essencial neste percurso, procurando manter sempre os nossos conhecimentos atualizados para basear a prática clínica enquanto enfermeiro especialista em conhecimentos sólidos e

válidos. Ao longo deste trajeto a participação em congressos, jornadas e conferências, algumas referidas neste relatório, também foram importantes neste processo de aprendizagem, que apenas se torna significativo, se traduzir alterações nas nossas competências enquanto profissionais, na procura da excelência dos cuidados.

Com a realização dos vários estágios houve necessidade de integrar algumas equipas, dando, por isso, resposta a competência “integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa” (IPS-ESS, 2013).

Reportando ao código deontológico dos enfermeiros este refere no seu artigo 91º que o enfermeiro como membro de uma equipa de saúde deve integrar uma equipa e atuar responsabilmente na sua área de competência, reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, trabalhando em articulação e complementaridade com os restantes profissionais, respeitando os limites impostos a sua área de competência, para a promoção da qualidade dos serviços (Decreto-Lei nº 104/98). Isto implica a necessidade do conhecimento e domínio dos conceitos, fundamentos e teorias de enfermagem, como orientadores do pensamento do enfermeiro. O modelo seguido ao longo deste percurso, como descrito no enquadramento teórico, foi o de Merle Mishel.

O desenvolvimento de competências tais como a comunicação e articulação com a equipa multidisciplinar é fundamental para a integração de equipas. A metodologia de projeto utilizada neste PIS levou ao envolvimento da equipa multidisciplinar, em que apenas com proatividade, atuando como elemento dinamizador, permitiu a articulação dos diferentes elementos, durante as diferentes fases de desenvolvimento do PIS.

O investimento efetuado numa especialização nesta área requer também demonstrar disponibilidade enquanto consultor em colaboração com outros profissionais, sempre que solicitado.

Quanto à competência “Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos” (IPS-ESS, 2013), o enfermeiro na sua atividade profissional e resultado da sua autonomia enquanto profissional de saúde toma decisões, que têm que ser sustentadas em critérios científicos, técnicos, jurídicos, éticos e deontológicos. Enunciado no artigo 79º do nosso

código deontológico na alínea b) declara-se que o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega (Decreto-Lei nº 104/98). Esta competência cruza-se que a anteriormente analisada nas competências comuns do enfermeiro especialista do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

De acordo com o seu mandato social, respondendo às necessidades das pessoas, o agir do enfermeiro, é fundado na autonomia e na responsabilidade e mediado pela tomada de decisão, que implica assumir responsabilidades pelo seu ato. (Nunes, 2006) Portanto, assume-se aqui a importância do papel do enfermeiro especialista na tomada de decisão em elevados níveis de julgamento clínico. Mas esta autonomia e liberdade de decisão devem ter em conta os princípios éticos, com colaboração da equipa multidisciplinar e família para a tomada de decisão. Ou seja, deve seguir o melhor interesse para o cliente, respeitando a sua vontade, portanto, num agir ético, no respeito pelas suas capacidades, crenças, valores e desejos individuais, já que apenas assim, assume relevância para a sua satisfação.

O processo de desenvolvimento do PIS, sustentou-se numa fundamentação teórica e científica baseada na evidência, de acordo com a legislação vigente e políticas de saúde. Teve em conta os padrões de qualidade do exercício profissional em enfermagem na procura da excelência dos cuidados. A aplicação desta metodologia de projeto trouxe o desenvolvimento de competências que visa melhorar a segurança e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados. Numa situação de emergência o cliente/família encontram-se numa fase de apreciação da incerteza, que podem resultar em entendimentos positivos ou negativos, sendo vistos como ameaças ou oportunidades. Emerge a importância do enfermeiro estar desperto para a importância do reconhecimento da incerteza, próprias de situação de emergência, para poder atuar e desenvolver intervenções de enfermagem para poder facilitar o processo de adaptação do cliente/família nesta nova realidade.

Dadas as exigências impostas pela sociedade é fundamental o desenvolvimento da profissão, apostando na formação e investigação, para uma prática baseada na evidência, já que só com esta produção de conhecimento em enfermagem promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Assim segue-se a competência “Inicie,

contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência” (IPS-ESS, 2013).

A investigação em enfermagem impõe-se como prática obrigatória, uma vez que visa a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão. Esta vem alargar o campo de conhecimentos, contribuindo para a saúde das populações, através da melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem, portanto, devemos assumi-la como uma ferramenta de trabalho. Assim, a enfermagem baseada na evidência é um meio para aplicar a melhor investigação clínica publicada às práticas de enfermagem, visto que facilita as tomadas de decisões acerca dos cuidados a prestar a cada cliente (Ferrito, 2007).

A adoção desta metodologia de projeto ao longo deste trabalho permitiu-nos centrar na resolução de um problema real, a necessidade de otimizar a dinâmica e organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória, para poder contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, na área especializada da pessoa em situação crítica. A elaboração deste PIS fomentou a investigação, baseada numa revisão bibliográfica pertinente e atual, procurando as evidências mais recentes sobre o tema, acedendo a conhecimentos atuais como *guidelines*, de forma a contribuir para uma prática baseada na evidência. A sua divulgação também trará grande contributo para esta prática baseada na evidência.

A última competência diz respeito a “Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular” (IPS-ESS, 2013).

O enfermeiro, como já descrito anteriormente, assume o dever deontológico de manter uma atualização contínua de conhecimentos com vista a excelência do exercício profissional. Do mesmo modo que ao enfermeiro especialista compete o papel de facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, suportando a sua prática clínica na investigação, para uma prática especializada. A implementação deste projecto, sustentado por fundamentação teórica impôs uma análise diagnóstica, planeamento,

intervenção e avaliação, que culminou em três momentos de formação formal, para além de todos os momentos de formação informal e na divulgação de um poster e de um artigo. Também o aporte teórico de alguns módulos da UC Ambientes em Saúde, como a Economia e Políticas de Saúde e Capacitação e Saúde Global, tiveram relevância para esta competência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços tecnológicos e científicos traduzem uma enfermagem em constante desenvolvimento e crescimento, mas isto exige por parte dos seus profissionais, os enfermeiros, a consciencialização da necessidade de aquisição, aprofundamento e atualização de saberes teóricos e práticos. Apenas com este desenvolvimento de conhecimentos e competências se pode caminhar para uma prestação de cuidados com qualidade e segurança, fundamentais para a excelência do cuidar.

Esta caminhada neste ciclo de estudos foi uma opção tomada perante a vontade e necessidade de aperfeiçoar a nossa conduta profissional, sendo este um dever ético e deontológico de todos os enfermeiros como descritos nos artigos 78º e 88º do código deontológico dos enfermeiros. De referir do primeiro artigo supracitado, um valor universal na relação profissional é “a competência e o aperfeiçoamento profissional” e do segundo artigo, que o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício assumindo o dever de “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Decreto-Lei nº 104/98).

A abordagem e o tratamento da pessoa em situação urgente e emergente constituem desafios cada vez mais significativos e complexos (Ponce & Teixeira, 2006).

A opção do local de estágio foi algo muito desafiante, dado a nossa experiência profissional não ser neste contexto, mas estando em formação de adultos, tínhamos traçado algumas metas para o nosso desenvolvimento profissional, especialmente no âmbito da pessoa em situação crítica. Portanto, tanto pela componente teórica como pela diversidade de oportunidades na componente prática dos estágios, permitiu-nos o ambicionado crescimento e enriquecimento pessoal e profissional. De sublinhar alguns aspetos facilitadores como o acolhimento por parte da enfermeira chefe, equipa de

enfermagem e multidisciplinar, bem como o nosso orientador, no qual os momentos de partilha de conhecimentos foram uma constante, estimulando a revisão da literatura e o pensamento crítico.

Através da metodologia de projeto identificamos necessidades que permitiram o planeamento do nosso PIS. Assim, com a ajuda de ferramentas de diagnóstico delineamos objetivos e prioridades, sendo o objetivo geral otimizar a dinâmica e organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP. Com a consecução deste projeto, através dos objetivos específicos, atividades e cronograma planeados contribuímos para a uniformização de práticas, crescimento da equipa, de forma a melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Após a reflexão crítica realizada sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica e competências de Mestre em Enfermagem, consideramos ter demonstrado a aquisição e desenvolvimento das mesmas, atingindo os objetivos propostos no início deste relatório.

A escolha de uma teoria de médio alcance, da Incerteza na Doença de Merle Mishel, demonstrou-se um pilar orientador neste processo, no qual os seus pressupostos permitiram uma reflexão fundamentada da prática em ambientes complexos.

Finalizamos referindo que a reflexão realizada sobre as aprendizagens e competências adquiridas demonstraram-se muito importantes para a consciencialização do caminho percorrido e alcançado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, C. A. S., Almeida, M. C., Costa, M. I. F., Santos, R. R. & Sousa, P. M. S. J. (2011). As Implicações/Impacto dos Registos de Enfermagem em Linguagem CIPE. *Revista Enformação*, 14, 20-25.

Aehlert, B. (2007). *Suporte Avançado de Vida em Cardiologia – Emergências em Cardiologia*. (3ªed). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*. Recuperado a 30 de Dezembro de 2014 em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf

Bellan, M. C. (2006). *Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória*. Campinas: Brasil.

Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Editora Quarteto.

Cestari, M. E. (2003). Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 24(1), 34-42.

Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique-humaniste*. Boucherville, França: Gaetan Morin Éditeur.

Cheng, A., Overly, F., Kessler, D., Nadkarni, V. M., Lin, Y., Doan, Q., ... Brown, L. L. (2015). Perception of CPR quality: Influence of CPR feedback, Just-in-Time CPR training and provider role. *Resuscitation*, 87, 44–50.

CIPE versão 2 (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

Cooper, S. & Wakelam, A. (1999). Leadership of resuscitation teams: “Lighthouse Leadership”. Resuscitation, 42, 27-45.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril) – REPE (Regulamento do exercício profissional do enfermeiro).

Decreto-Lei n.º 27/2006, de 3 de Julho. Lei de Bases da Protecção Civil. Diário da República n.º 126 – I Série. Assembleia da República. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Diário da República n.º 93 – I Série A. Código Deontológico Enfermeiros. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 151/2013, 7 de Agosto. Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. Diário da República, 1.ª série — N.º 151. Assembleia da Republica. Lisboa.

Despacho n.º 15423/2013. Ministério da Saúde. Diário da República, 2.a série — N.º 229 — 26 de Novembro 2013.

Direção Geral da Saúde (2003a). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde - Direção de Serviços de Planeamento.

Direção Geral da Saúde (2003b). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor – Circular Normativa, n.º 9.

Direção Geral da Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.

Direção Geral da Saúde (2010a). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) - Circular Normativa n.º 15.

Direção Geral De Saúde (2010b). Guia Geral para a Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde e Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional.

Direção Geral da Saúde (2011). Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde - Orientação n.º 08.

Direção Geral da Saúde (2012). Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda – Norma n.º 003.

Direção Geral Saúde (2014). Portugal – Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2014. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

Ferrito, C. (2007). Enfermagem Baseada na Evidência: estudo Piloto sobre Necessidades de Informação Científica para a Prática de Enfermagem. Revista Percursos, 3, 36 - 40.

Garcés, E. O., Victorino, J. A. & Veronese, F. V. (2007). Anticoagulação em terapias contínuas de substituição renal. Revista Associação Médica Brasileira, 53(5), 451-455.

Gilligan, P., Bhatarcharjee, C., Knight, G., Smith, M., Hegarty, D., Shenton, A., ... Bradley, P. (2005). To lead or not to lead? Prospective controlled study of emergency nurses' provision of advanced life support team leadership. Emergency Medicine Journal, 22, 628–632.

Gonçalves, C. A. Z. (2010). Comunicação em enfermagem – a empatia para cuidar e liderar. Revista Nursing, 254, 18-22.

Imaginário, L. (2004). Andragogia. Formar - revista dos formadores, 46/50, 3-9.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida - Departamento de Formação em Emergência Médica. (2ªed). Lisboa: Portugal.

Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem. (2013). 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Guia de Curso – 1º semestre.

Kopf, A. & Patel, N. B. (2010). Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP).

Lazure, H. (1994). Viver a relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.

Marques, S. C. L., Correia, C. I. S. & Teixeira, R. A. J. (2006). A relação de ajuda como essência dos cuidados de enfermagem. *Revista Servir*, 54(2), 69-72.

Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30 (5), 258-263.

Mishel, M. H. & Clayton, M. F. (2008). Theories of Uncertainty in Illness. In Smith, M. J. & Liehn, P. R. (Eds), *Middle Range Theory for Nursing (2ªed.)* (pp. 55-84). New York: Springer Publishing Company.

Novak, J. D. (2006). *Aprender a Aprender*. Lisboa, Portugal: Plátano.

Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Apresentado no II Congresso Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, 16 (1), 41-50.

Nunes, L. (2010). Do Perito e Do Conhecimento em Enfermagem. *Revista Percursos*, 17, 3-9.

Oliveira, J. (2005). Gestão do Risco Hospitalar - Perspectiva Multiprofissional. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 19, 12-15.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. *Divulgar*, recuperado a 22 de Novembro de 2014 em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Divulgar.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de posição sobre segurança do cliente. Conselho Jurisdicional, recuperado a 6 de Janeiro de 2015 em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2008). DOR – Guia Orientador de Boas Práticas. Edições: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Divulgar, recuperado a 22 de Novembro de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf.

Pedersoli, C. E. (2009). O uso da máscara laríngea pelo enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar: revisão integrativa da literatura. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo: Brasil.

Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC) (2012). Versão para consulta pública.

Ponce, P. & Teixeira, J. (2006). Manual de Urgências e Emergências. Lisboa, Portugal: Lidel-Edições Técnicas, Lda.

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (nº 122/2011). Diário da Republica 2ª série nº 35. 18 de Fevereiro de 2011.

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. (nº 124/2011). Diário da Republica 2ª série nº 35. 18 de Fevereiro de 2011.

Santos, L. F. (2010). A recusa de Tratamento em Portugal: Questões de Filosofia, Direito, Saúde e Educação. *Interações*, 19, 23-47.

Silva, S. C. & Padilha, K. G. (2000). Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: análise das ocorrências iatrogénicas durante o atendimento. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 34 (4), 413-20.

Silva S. C. & Padilha, K. G. (2001). Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogénicas. *Revista Escola Enfermagem USP*, 35 (4), 360-5.

Silva, A. R. (2006). Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Brasil.

Somera, E. A. S., Junior, R. S. & Rondina, J. M. (2010). Uma proposta da andragogia para a educação continuada na área da saúde. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*, 17(2), 102-8.

Swearingen, P. L. & Keen, J. H. (2001). Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos – intervenções de enfermagem independentes e interdependentes. (4ªed). Loures, Portugal: Lusociência.

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem. (5ªed). Loures, Portugal: Lusociência.

Vilaça, I. C. R. (2004). Relação de Ajuda no âmbito do Cuidar em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 8(1), 14 -20.

APÊNDICES

APÊNDICE I – ANÁLISE SWOT

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Ambiente Interno	<p>Interesse das chefias;</p> <p>Bom ambiente e espírito de equipa entre enfermeiros;</p> <p>Presença de peritos na equipa de enfermagem;</p> <p>Presença de carro de emergência organizado, verificado e de fácil acesso;</p> <p>Baixo custo.</p>	<p>Desatualização de alguns elementos da equipa de enfermagem em SAV;</p> <p>Falta de definição dos papéis de cada elemento numa situação emergente;</p> <p>Inexistência de uma instrução de trabalho;</p>
	Oportunidades	Ameaças
Ambiente Externo	<p>Uniformizar os cuidados prestados em situação emergente;</p> <p>Melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico;</p> <p>Crescimento pessoal e profissional da equipa de enfermagem;</p> <p>Existência de <i>guidelines</i> / evidência sobre a temática.</p>	<p>Resistência dos enfermeiros à mudança de comportamentos/rotinas;</p> <p>Necessidade de aprovação externa da Instrução de trabalho.</p>

APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO



3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Ano Lectivo 2014/2015

Questionário

Estudante: Micael Cordeiro Fernandes
Instituição: Hospital [REDACTED]
Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)
Título do Projeto: Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiopulmonar na UCIP

No âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, encontro-me a realizar estágio na UCIP, do Hospital [REDACTED]. Este apresenta como principal objetivo o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço, que visa desenvolver as Competências do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica.

Dado o tema escolhido, supracitado, serve o seguinte questionário como ferramenta de colheita de dados para identificação das diferentes áreas de intervenção, procedimentos, treino, formação possíveis de abordar para melhorar a dinâmica da equipa.

Quero frisar que este questionário não pretende atribuir classificações, mas apenas obter uma opinião/avaliação dos momentos vividos em contexto laboral, tendo em conta a sua experiência.

O questionário é anónimo, assegurando-se a confidencialidade das respostas.

A metodologia utilizada reporta-se a uma escala de Likert, de 1 a 5, em que o 1 se refere ao “discordo totalmente” e o 5 ao “concordo totalmente”.

Agradeço a atenção e colaboração disponibilizada,

Micael Cordeiro Fernandes.

	1- Discordo Totalmente	2- Discordo	3 - Nem Concordo / Nem Discordo	4 - Concordo	5 -Concordo Totalmente
1 – A minha formação SAV está atualizada. (conteúdos teóricos e práticos estão presentes)					
2 – Sinto-me sempre seguro (a) na atuação perante uma situação de emergência.					
3 – A equipa está organizada para uma resposta eficaz, numa situação de emergência.					
4 – A comunicação na equipa, perante uma situação de emergência, é eficaz.					

De seguida, poderá expor a sua opinião sobre quais as estratégias, prioridades de intervenção, possíveis atividades a realizar para otimizar a dinâmica da equipa numa situação de emergência cardiorrespiratória.

APÊNDICE III – PLANEAMENTO DO PROJETO**3º Mestrado em Enfermagem****Planeamento do Projeto**

Estudante: Micael Cordeiro Fernandes	Orientador: Professora Armandina Antunes
Instituição: Hospital [REDACTED]	Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)
Título do Projeto: Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP	
<p>Objetivos (geral específicos, centrados na resolução do problema. Os objetivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u>):</p> <p><u>OBJETIVO GERAL</u></p> <p>Otimizar a dinâmica e organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP.</p> <p><u>OBJETIVOS Específicos</u></p> <p>Aprofundar conhecimentos sobre o tema; Elaborar uma instrução de trabalho perante uma situação de emergência cardiorrespiratória; Formar/consolidar os conhecimentos da equipa de enfermagem em SAV no adulto e sobre a instrução de trabalho; Elaborar um Poster para divulgação da instrução de trabalho.</p>	
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	

Enfª Chefe Pascale Mateus
 Enfª Adjunta Helena Carvalho
 Enfº Orientador e elo de ligação a Academia de Formação do hospital, Octávio Azevedo
 Equipa de enfermagem da UCIP

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura: _____

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Aprofundar conhecimentos sobre o tema	Realização de pesquisa bibliográfica acerca da dinâmica e organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória;				Pesquisa bibliográfica
Elaborar uma instrução de trabalho perante uma situação de emergência cardiorrespiratória	Realizar proposta/1ª versão da instrução de trabalho; Pedir a colaboração/opinião de peritos do serviço acerca da instrução de trabalho; Reestruturação de acordo com as sugestões; Validação da instrução de trabalho com Enfª Chefe e Adjunta; Reestruturação caso seja necessário; Validação junto da Academia de Formação de Enfermagem; Apresentação da versão final.				Instrução de trabalho

<p>Formar/consolidar os conhecimentos da equipa de enfermagem em SAV no adulto e sobre a instrução de trabalho</p>	<p>Disponibilizar estudos e dados, sobre o tema, à equipa de enfermagem, na forma de um dossier; Realizar uma ação de formação; Elaborar um Poster para divulgação da instrução de trabalho. Afixação do Poster no serviço junto ao carro de emergência.</p>				<p>Questionário Ação de formação Poster</p>
<p>Cronograma:</p>					
<p>Orçamento:</p> <p><u>Recursos Humanos:</u> Equipa de enfermagem da UCIP</p> <p><u>Recursos Materiais:</u> Papel, canetas, Tinteiros, impressora, PC, internet, sala de formação, data show, impressão de Poster.</p>					
<p>Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:</p> <p>Resistência por parte da equipa de enfermagem a mudança/novos comportamentos. Mas a realização do questionário visa suscitar interesse no sentido em que será valorizado a sua opinião e a ação de formação, com a divulgação do fluxograma, também ajudará a esclarecer dúvidas e demonstrar vantagens.</p>					

Data 05/01/ 2015

Assinatura: Micael Fernandes

Docente: _____

APÊNDICE IV – CRONOGRAMA**ATIVIDADES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO**

	Outubro 2014	Novembro 2014	Dezembro 2014	Janeiro 2015	Fevereiro 2015	Março 2015	Abril 2015	Maió 2015	Junho 2015
Diagnóstico de Situação – Definição do Problema									
Pesquisa bibliográfica									
Construção do Questionário									
Aplicação do Questionário									
Disponibilizar estudos e dados à equipa de enfermagem									
Elaboração do fluxograma									
Ação de formação - Divulgação do fluxograma									
Construção e afixação do Poster									

APÊNDICE V – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP

1. OBJETIVO

Uniformizar a dinâmica e organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP, do Hospital [REDACTED]

2. ÂMBITO

Esta instrução de trabalho destina-se a enfermeiros e médicos da UCIP, do Hospital [REDACTED]

3. REFERÊNCIAS, DEFINIÇÕES, ABREVIATURAS E ANEXOS

1. Direção Geral da Saúde (2010a). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) - Circular Normativa n.º 15.
 2. Cooper, S. & Wakelam, A. (1999). Leadership of resuscitation teams: "Lighthouse Leadership". *Resuscitation*, 42, 27-45.
 3. Cheng, A., Overly, F., Kessler, D., Nadkarni, V. M., Lin, Y., Doan, Q., ... Brown, L. L. (2015). Perception of CPR quality: Influence of CPR feedback, Just-in-Time CPR training and provider role. *Resuscitation*, 87, 44–50.
 4. Gilligan, P., Bhatarcharjee, C., Knight, G., Smith, M., Hegarty, D., Shenton, A., ... Bradley, P. (2005). To lead or not to lead? Prospective controlled study of emergency nurses' provision of advanced life support team leadership. *Emergency Medicine Journal*, 22, 628–632.
- Aehlert, B. (2007). *Suporte Avançado de Vida em Cardiologia – Emergências em Cardiologia*. (3ªed). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora.

DAV - Diretiva Antecipada de Vontade

DNR - Decisão de Não Reanimar

EV - Endovenoso

SAV - Suporte Avançado de Vida

SF - Soro Fisiológico

UCIP - Unidade de Cuidados de Intensivos Polivalentes

4. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Numa situação de emergência, a atuação da equipa multidisciplinar de forma organizada, precisa e sistematizada é determinante para a eficiência e sucesso dos cuidados prestados ao cliente. Cada elemento deve saber quais são as suas responsabilidades, ter uma noção clara do que é necessário, a compreensão das decisões tomadas dentro da equipa, a forma como a liderança é exercida, os recursos necessários e como devem ser utilizados. Portanto, esta instrução de trabalho determina as funções de cada elemento dentro da equipa. Esta é constituída pelo *Team-líder*, elemento da Via Aérea, Compressões Torácicas e Acesso Vascular e Terapêutica.

A. QUEM EXECUTA

Médicos e enfermeiros.

B. FREQUÊNCIA

Uma situação de paragem ou peri-paragem cardiorrespiratória é uma situação que implica uma atuação rápida e eficaz. Assim, esta instrução de trabalho impõe-se

sempre que ocorra uma situação de emergência cardiorrespiratória. Nas situações em que exista uma DAV ou DNR, a implementação desta deverá ter em conta a informação aí descrita.

C. ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO

- Identificar sinais de deterioração clínica, tais como: dispneia, taquipneia, hipoxia, hipotensão, prostração, letargia, estado confusional ou deterioração do estado de consciência, taquicardia e oligúria;

Os sinais clínicos de deterioração de uma situação clínica aguda são relativamente semelhantes, independentemente de qual a doença subjacente e refletem, habitualmente, falência do sistema respiratório, cardiovascular e/ou neurológico (1).

- O *Team-líder* (médico de serviço) deve assumir uma posição de “*hands off*” (coordenação e delegação de tarefas) - excepto na desfibrilhação e estabelecimento de uma via aérea avançada;

O líder “*hands off*” traz muito mais vantagens numa situação de emergência, no sentido que tem uma visão geral da equipa, uma noção global do decurso dos procedimentos gerindo mais eficazmente os recursos delegando especificamente tarefas e dando feedback no momento (2, 3).

- Nas situações em que o médico não se encontra disponível deverá ser o enfermeiro com mais experiência em SAV no turno a assumir essa função, até a chegada do mesmo;

Numa situação de emergência na ausência de um médico disponível para liderar a equipa de reanimação, um enfermeiro experiente e com formação SAV poderá liderar a equipa (4).

- O chefe de equipa no turno é quem define o *Team-líder* (enfermeiro), na ausência do médico de serviço;

- Os elementos que asseguram a Via Aérea, Compressões Torácicas e Acesso Vascular e Terapêutica são enfermeiros, definidos pelo chefe de equipa;

- O(s) enfermeiro(s) que ficam de fora da equipa de reanimação são responsáveis por assegurar os cuidados aos restantes clientes internados na UCIP e eventuais visitas.

D. RECURSOS

- Carro de emergência.

E. PROCEDIMENTO

Funções do *Team-líder*:

- Avaliar o cliente e determinar as prioridades de atendimento;
- Assumir a responsabilidade de coordenar e supervisionar os elementos da equipa, garantindo que cada um realiza as tarefas de forma segura e correta;
- Avaliar a adequação das compressões torácicas, incluindo a posição das mãos, profundidade das compressões cardíacas, ritmo apropriado e a relação entre compressões e ventilações;
- Certificar-se que seja administrado aporte de O₂ a 100%;
- Avaliar a adequação da ventilação, verificando a expansão torácica simétrica e bilateral em cada ventilação;
- Estabelecer e confirmar a posição correta de uma via aérea avançada;
- Definir e validar as terapêuticas administradas, dose, via e concentração correta;
- Garantir que as terapêuticas em bolus EV sejam seguidas da administração de 20ml de SF e elevação da extremidade;
- Manusear o desfibrilhador manual;
- Executar as técnicas de desfibrilhação e cardioversão sincronizada;

- Assegurar-se da existência de condições de segurança durante a desfibrilhação;
- Ponderar o recurso ao pacemaker transcutâneo;
- Aceder à história do cliente e considerar razões de paragem cardiorrespiratória e possíveis causas reversíveis;
- Decidir quando terminar as manobras de ressuscitação, consultando os elementos da equipa;
- Registrar os dados completos da ocorrência e comunicar à família.

Funções do Elemento da Via Aérea:

- Executar a permeabilização da via aérea;
- Utilizar os adjuvantes da via aérea;
- Utilizar os dispositivos de administração de oxigénio;
- Realizar aspiração da via aérea;
- Manter uma via aérea avançada;
- Monitorizar a capnografia (quando existente).

Funções do Elemento das Compressões Torácicas

- Executar as compressões torácicas;
- Manter a posição das mãos, profundidade das compressões cardíacas e ritmo apropriado.

Nota: Deverá verificar-se a alternância de posição dos elementos da Via Aérea e Compressões torácicas, a cada dois minutos.

Funções do Elemento do Acesso Vascular e Terapêutica

- Responsabilizar-se pelo carro de emergência;
- Estabelecer acesso venoso periférico de calibre e localização adequada (se não tiver acesso venoso central ou periférico adequado);
- Identificar e validar as vias de administração e dosagens da terapêutica utilizada;
- Administrar terapêuticas conforme indicado;
- Realizar a administração do bolus de 20ml de SF e elevação da extremidade após cada terapêutica;
- Colher amostras de sangue para análise.

O feedback fornecido pelo *Team-líder* para além de ser dado durante uma situação de emergência, deve ser também usado após cada reanimação, assim como, o de todos os intervenientes, para fazer uma avaliação sobre o decorrido e a melhorar numa próxima situação.

ELABORADO POR

Micael Fernandes

APROVADO POR

Octávio Azevedo

APÊNDICE VI – AÇÃO DE FORMAÇÃO



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

3º Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Unidade Curricular – Estágio I e II



Projeto de Intervenção em Serviço

Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP

Junho, 2015

Professora Orientadora:
Armandina Antunes
Orientador de Estágio:
Octávio Azevedo
Elaborado por:
Micael Fernandes

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A UCIP contempla:

- Competência e saberes;
- Peritos com muita experiência em doentes críticos e Suporte Avançado de Vida (SAV);
- Carro de emergência com facilidade de acesso;

Mas onde existe um déficit na dinâmica e organização da equipa de enfermagem em situações de emergência cardiorrespiratória.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

ANÁLISE SWOT

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Ambiente Interno	<p>Interesse das chefias;</p> <p>Bom ambiente e espírito de equipa entre enfermeiros;</p> <p>Presença de peritos na equipa de enfermagem;</p> <p>Presença de carro de emergência organizado, verificado e de fácil acesso;</p> <p>Baixo custo.</p>	<p>Desatualização de alguns elementos da equipa de enfermagem em SAV;</p> <p>Falta de definição dos papéis de cada elemento numa situação emergente;</p> <p>Inexistência de um fluxograma de atuação;</p>
Ambiente Externo	Oportunidades	Ameaças
	<p>Uniformizar os cuidados prestados em situação emergente;</p> <p>Melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico;</p> <p>Crescimento pessoal e profissional da equipa de enfermagem;</p>	<p>Resistência dos enfermeiros à mudança de comportamentos/rotinas.</p>

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

- Uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade em clientes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração clínica agudo.
- É crucial a implementação de **mecanismos organizacionais** que permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada.
- *First Consensus Conference on Medical Emergency Team*, afirma que é imprescindível a definição de uma componente “aférente” de deteção dos clientes com agravamento do seu estado clínico e em risco de PCR e do **acionamento de uma resposta organizada e padronizada**
(Direção Geral da Saúde, 2010)

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Manual de SAV do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), edição de 2011, explicita algumas estratégias que podem prevenir a PCR intra-hospitalar evitável, de evidenciar:

- Treinar todo o pessoal clínico em reconhecimento, monitorização e abordagem do doente em estado crítico;
- Garantir que cada um sabe o papel que lhe cabe na equipa de emergência;
- Devem ser treinados em comunicação estruturada, com a intenção de assegurar articulação eficaz entre médicos, enfermeiros e os outros profissionais de saúde.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Ocorrências iatrogénicas na atuação da equipa multidisciplinar perante a PCR em UCI, relatando um percentual de falhas de:

- 58,6% na realização de procedimentos técnicos,
- 8,6% na falta de organização das atividades,
- 31,28% de problemas relacionados aos recursos materiais e equipamentos.

Silva & Padilha (2000)

Também Silva (2006) alude que

“a falta de conhecimento e habilidade dos profissionais envolvidos no atendimento à PCR, a **falta na organização** do atendimento, assim como a provisão insuficiente de materiais necessários para a realização de medidas de reanimação tem favorecido a ocorrência de iatrogenias no decorrer da assistência aos clientes em PCR”

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A **falta de uniformidade das condutas** podem colocar em risco o sucesso da reanimação.

Em relação ao sincronismo é preciso que haja comportamentos de liderança dentro da equipe, e a partir disso, a organização e distribuição das tarefas de cada membro.

Bellan (2006)

Igualmente Silva & Padilha (2001), reforçam que o êxito da assistência eficaz na UCI dependerá para além dos recursos humanos, financeiros, materiais, equipamentos e a determinação de papéis de cada profissional,

da necessidade de protocolos de atuação, visando a padronização das ações, colocado de forma estratégica dentro da UCI.

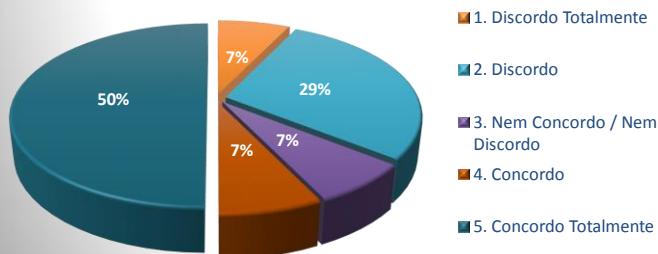
DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Em suma,

o papel do enfermeiro é de extrema importância, podendo afetar diretamente o estado de saúde de um doente crítico em situação de emergência, no qual é certo afirmar que a atuação deste profissional de forma organizada, precisa e sistematizada é determinante para a eficiência e sucesso dos cuidados prestados ao cliente

QUESTIONÁRIO

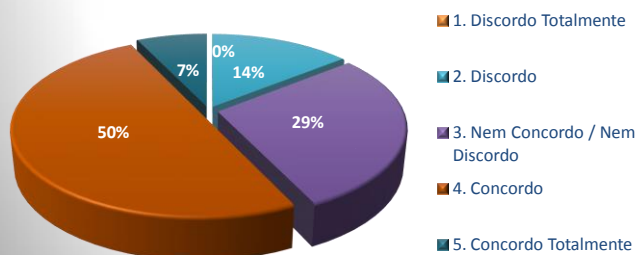
1. A minha formação SAV está atualizada. (conteúdos teóricos e práticos estão presentes)



Pode-se aferir que apenas 50% dos enfermeiros referem estarem totalmente atualizados. Já 29% discordam e 7% discordam totalmente, portanto, mais de um terço dos enfermeiros (36%) afirmam não ter a formação em SAV atualizada.

QUESTIONÁRIO

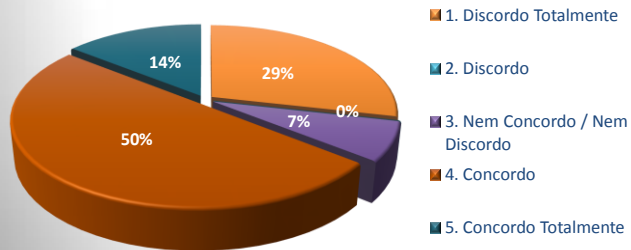
2. Sinto-me sempre seguro (a) na atuação perante uma situação de emergência.



Pode-se verificar que apenas 57% dos enfermeiros mencionam sentirem-se seguros numa emergência.

QUESTIONÁRIO

3. A equipa está organizada para uma resposta eficaz, numa situação de emergência.

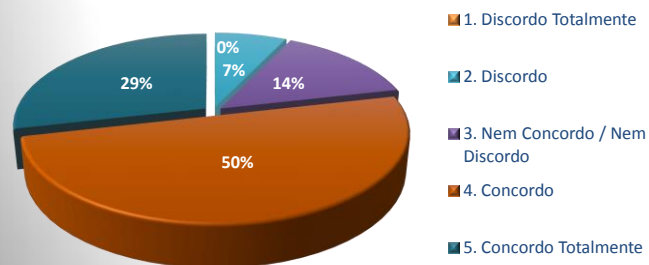


50% concordam que a equipa está organizada e 14% concordam totalmente.

Mas 29% discordam totalmente, expondo que a equipa não está organizada, somando aos que nem concordam/nem discordam dá uma percentagem de 36%.

QUESTIONÁRIO

4. A comunicação na equipa, perante uma situação de emergência, é eficaz.



Pode-se extrair que 79% dos enfermeiros concordam com a afirmação.

QUESTIONÁRIO

Resumidamente,

- Mais de 1/3 dos enfermeiros afirmam não ter os aportes de SAV atualizados e que a equipa não está organizada;
- Cerca de 1/2 não se sente seguro numa situação de emergência cardiorrespiratória;
- E quase 1/4 expõe que a comunicação não é eficaz.

Na questão de índole aberta,

- Necessidade de atualização da formação em SAV (treino/simulações);
- Exposição e análise crítica de casos e situações experienciadas;
- Realização e implementação de um protocolo de atuação numa situação de emergência, definindo as funções de cada elemento.

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Objetivo

Uniformizar a dinâmica e organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), do Hospital [REDACTED].

Âmbito

Esta instrução de trabalho destina-se a enfermeiros e médicos da UCIP, do Hospital [REDACTED].

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Descrição do processo

Numa situação de emergência, a atuação da equipa multidisciplinar de forma organizada, precisa e sistematizada é determinante para a eficiência e sucesso dos cuidados prestados ao cliente. Cada elemento deve:

- Saber as suas responsabilidades;
- Ter uma noção clara do que é necessário;
- Ter a compreensão das decisões tomadas dentro da equipa;
- Conhecer a forma como a liderança é exercida;
- Saber os recursos necessários e como devem ser utilizados.

Portanto, esta instrução de trabalho determina as funções de cada elemento dentro da equipa. Esta é constituída pelo:

- *Team-líder*,
- Elemento das Compressões Torácicas;
- Elemento da Via Aérea;
- Elemento do Acesso Vascular e Terapêutica.

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Quem executa

Médicos e enfermeiros.

Frequência

Uma situação de paragem ou peri-paragem cardiorrespiratória é uma situação que implica uma atuação rápida e eficaz. Assim, esta instrução de trabalho impõe-se sempre que ocorra uma situação de emergência cardiorrespiratória. Nas situações em que exista uma DAV ou DNR, a implementação desta deverá ter em conta a informação aí descrita.

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Orientações quanto à execução

- Identificar sinais de deterioração clínica, tais como: dispneia, taquipneia, hipoxia, hipotensão, prostração, letargia, estado confusional ou deterioração do estado de consciência, taquicardia e oligúria;
- O *Team-líder* (médico de serviço) deve assumir uma posição de “*hands off*” (coordenação e delegação de tarefas) - excepto na desfibrilhação e estabelecimento de uma via aérea avançada;
- Nas situações em que o médico não se encontra disponível deverá ser o enfermeiro com mais experiência em SAV no turno a assumir essa função, até a chegada do mesmo;

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

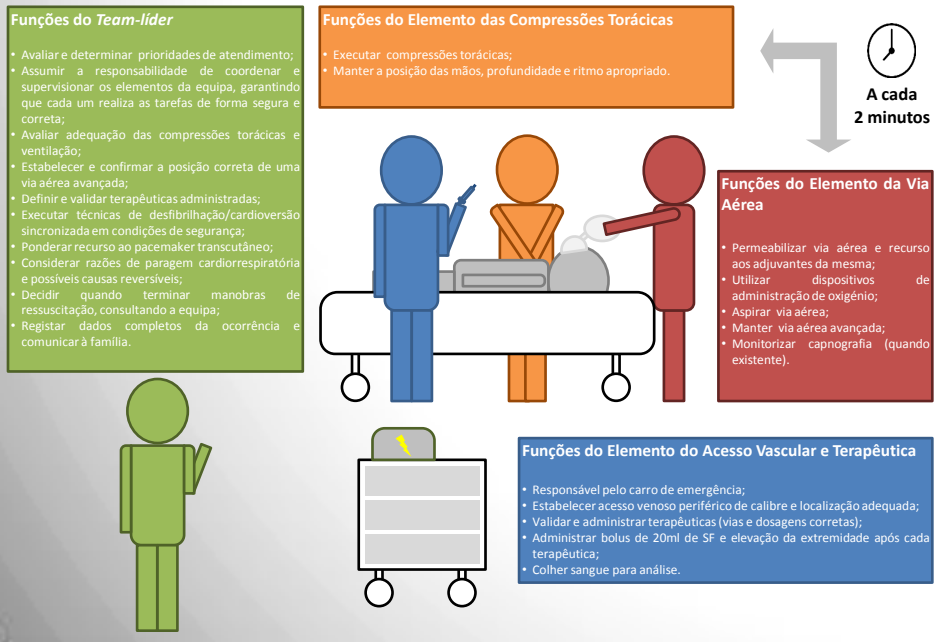
Orientações quanto à execução (cont.)

- O chefe de equipa no turno é quem define o *Team-líder* (enfermeiro), na ausência do médico de serviço;
- Os elementos que asseguram a Via Aérea, Compressões Torácicas e Acesso Vascular e Terapêutica são enfermeiros, definidos pelo *chefe de equipa*;
- O(s) enfermeiro(s) que ficam de fora da equipa de reanimação são responsáveis por assegurar os cuidados aos restantes clientes internados na UCIP e eventuais visitas.

Recursos

- Carro de emergência.

Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiopulmonar na UCIP



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

O feedback fornecido pelo *Team-líder* para além de ser dado durante uma situação de emergência, deve ser também usado após cada reanimação, assim como, o de todos os intervenientes, para fazer uma avaliação sobre o decorrido e a melhorar numa próxima situação.

BIBLIOGRAFIA

- Aehlert, B. (2007). Suporte Avançado de Vida em Cardiologia – Emergências em Cardiologia. (3ªed). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora.
- Bellan, M. C. (2006). Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. Campinas: Brasil.
- Cheng, A., Overly, F., Kessler, D., Nadkarni, V. M., Lin, Y., Doan, Q., ... Brown, L. L. (2015). Perception of CPR quality: Influence of CPR feedback, Just-in-Time CPR training and provider role. *Resuscitation*, 87, 44–50.
- Cooper, S. & Wakelam, A. (1999). Leadership of resuscitation teams: “Lighthouse Leadership”. *Resuscitation*, 42, 27-45.
- Direção Geral da Saúde (2010a). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) - Circular Normativa n.º 15.
- Gilligan, P., Bhattacharjee, C., Knight, G., Smith, M., Hegarty, D., Shenton, A., ... Bradley, P. (2005). To lead or not to lead? Prospective controlled study of emergency nurses’ provision of advanced life support team leadership. *Emergency Medicine Journal*, 22, 628–632.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida - Departamento de Formação em Emergência Médica. (2ªed). Lisboa: Portugal.
- Silva, S. C. & Padilha, K. G. (2000). Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: análise das ocorrências iatrogênicas durante o atendimento. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 34 (4), 413-20.
- Silva S. C. & Padilha, K. G. (2001). Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. *Revista Escola Enfermagem USP*, 35 (4), 360-5.
- Silva, A. R. (2006). Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Brasil.

OBRIGADO!

APÊNDICE VII – PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

Tema: “Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP”

Objectivo Geral: Uniformizar a dinâmica e organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP, do Hospital [REDACTED].

Local: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) - Hospital [REDACTED]

Formandos: Enfermeiros e Médicos da UCIP

Datas: 5, 11 e 15 de Junho de 2015

Horário: 15h30

Formador: Micael Cordeiro Fernandes

Objectivos	Conteúdos	Estratégias		Avaliação
		Métodos	Recursos	
- Apresentar o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) delineado no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; (10min)	- Diagnóstico de situação; - Análise SWOT; - Resultados do questionário.	- Método expositivo;	- Computador - Power point.	- Participação e interesse dos formandos durante a sessão.
- Apresentar a Instrução de Trabalho sobre o tema e respetivo Poster; (10min)	- Objetivos e âmbito; - Descrição do processo; - Quem executa e frequência; - Orientações quanto à execução e recursos; - Poster.	- Método expositivo e interativo;	- Computador - Power point - Instrução de trabalho em papel	- Participação e interesse dos formandos durante a sessão.
- Partilhar de opiniões/experiências e casos clínicos. (10min)		- Método interactivo.		- Feedback dado pelos formandos.

APÊNDICE VIII – POSTER

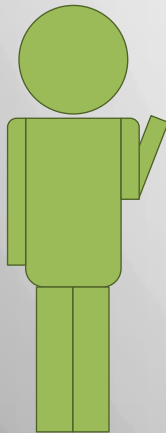


Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiopulmonar na UCIP

Micael Fernandes*, Armandina Antunes**, Octávio Azevedo***
*Estudante do 3º Mestrado E. M. C. da ESS/IPS, **Professora da ESS/IPS, ***Orientador de Estágio

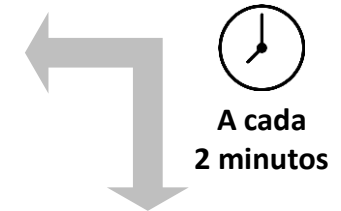
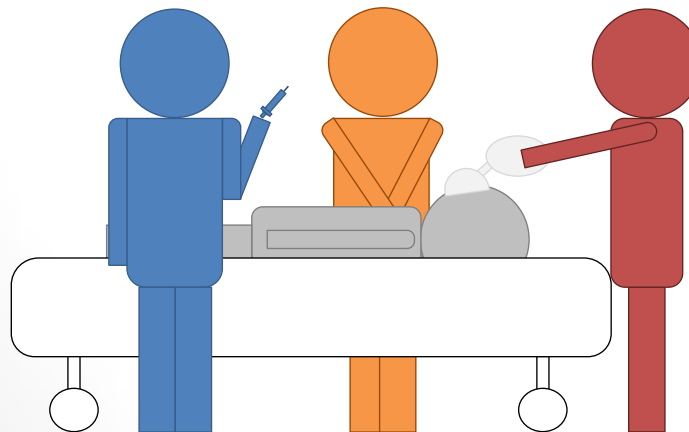
Funções do Team-líder

- Avaliar e determinar prioridades de atendimento;
- Assumir a responsabilidade de coordenar e supervisionar os elementos da equipa, garantindo que cada um realiza as tarefas de forma segura e correta;
- Avaliar adequação das compressões torácicas e ventilação;
- Estabelecer e confirmar a posição correta de uma via aérea avançada;
- Definir e validar terapêuticas administradas;
- Executar técnicas de desfibrilhação/cardioversão sincronizada em condições de segurança;
- Ponderar recurso ao pacemaker transcutâneo;
- Considerar razões de paragem cardiopulmonar e possíveis causas reversíveis;
- Decidir quando terminar manobras de ressuscitação, consultando a equipa;
- Registrar dados completos da ocorrência e comunicar à família.



Funções do Elemento das Compressões Torácicas

- Executar compressões torácicas;
- Manter a posição das mãos, profundidade e ritmo apropriado.

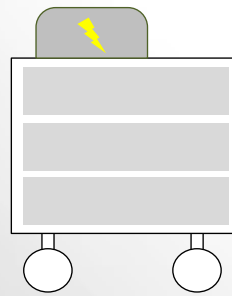


Funções do Elemento da Via Aérea

- Permeabilizar via aérea e recurso aos adjuvantes da mesma;
- Utilizar dispositivos de administração de oxigénio;
- Aspirar via aérea;
- Manter via aérea avançada;
- Monitorizar capnografia (quando existente).

Funções do Elemento do Acesso Vascular e Terapêutica

- Responsável pelo carro de emergência;
- Estabelecer acesso venoso periférico de calibre e localização adequada;
- Validar e administrar terapêuticas (vias e dosagens corretas);
- Administrar bolus de 20ml de SF e elevação da extremidade após cada terapêutica;
- Colher sangue para análise.



Referências
Ahlert, B. (2007). Suporte Avançado de Vida em Cardiologia – Emergências em Cardiologia. (3ed). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora. // Cheng, A., Owenly, F., Kessler, D., Nadkarni, V. M., Lin, Y., Doan, G., ... Brown, L. L. (2015). Perception of CPR quality: influence of CPR feedback, just-in-time CPR training and provider role. Resuscitation, 82, 44-50. // Cooper, S. B., Waiselma, A. (1995). Leadership of resuscitation teams: "lightbulb Leadership". Resuscitation, 42, 27-45. // Direção Geral da Saúde (2019a). Criação e implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEM) - Circular Normativa N.º 15. // Gilligan, P., Bhattacharjee, C., Knight, G., Smith, M., Hegarty, D., Shenton, A., ... Bradley, P. (2005). To lead or not to lead? Prospective controlled study of emergency nurses' provision of advanced life support team leadership. Emergency Medicine Journal, 22, 628-632.

APÊNDICE IX – ARTIGO

“Dinâmica da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP”

Fernandes, Micael¹; Antunes, Armandina²; Azevedo, Octávio³.

RESUMO

Neste artigo apresenta-se a aplicação da metodologia de trabalho de projeto, incluída no Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) realizado no estágio do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal.

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) é uma unidade que presta cuidados a clientes que necessitam de monitorização e suporte vital adequado, numa otimização dos recursos disponíveis, visando sempre a qualidade dos cuidados, com o objetivo de suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente (Direção Geral da Saúde, 2003). Surge a necessidade deste projeto no sentido de criar modelos organizacionais e metodologias que as tornem capazes de cumprir aqueles objetivos.

Os objetivos deste projeto são aprofundar conhecimentos sobre o tema, elaborar uma instrução de trabalho perante uma situação de emergência cardiorrespiratória, formar/consolidar os conhecimentos da equipa de enfermagem em SAV no adulto e sobre a instrução de trabalho e elaborar um Poster para divulgação da instrução de trabalho, desenvolvidos com suporte à Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel.

A prossecução destes objetivos convergem numa otimização da dinâmica e organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória, com a definição de papéis de cada elemento, no sentido de uniformizar práticas, para uma atuação mais rápida, eficaz e segura. Contribui assim, para a melhoria da qualidade dos cuidados e a excelência no exercício da profissão, numa prática fundamentada pela investigação, ou seja, baseada na evidência.

A implementação desta instrução de trabalho, uniformizando práticas de organização, vem de encontro aos critérios do programa de acreditação em curso no hospital, a *Joint Commission International*.

Palavras-chave: Metodologia de Trabalho de Projeto; Teoria da Incerteza na Doença; Dinâmica de equipa; Emergência cardiorrespiratória.

ABSTRACT

This article presents the implementation of the project work methodology. It reflects an intervention project in service during the internships carried out within the context of the 3rd Master Degree course in Medical-Surgical Nursing, School of Health Sciences - Polytechnic Institute of Setúbal.

The UCIP is a unit that provides care to patients who require monitoring and appropriate life support in a perspective of optimizing the available resources, and never forgetting the quality of care, in order to withstand and recover vital functions that are mandatory for the treatment of the underlying disease (Direção Geral da Saúde, 2003). This project will aim to create models and methodologies to meet those goals.

The objectives of this project are to improve the knowledge on the subject; draw up a guideline to use in a cardiac emergency room; strengthen the use of that guideline among the adult SAV nursing team and, finally, prepare a poster to disclose the guideline. All of these objectives were supported by Mishel's Uncertainty in Illness Theory.

The pursuit of the objectives move towards an optimization of the dynamics and organization of the cardiac emergency multidisciplinary team, with the definition of each element's roles in order to standardize practices for faster, more efficient and safer operations. It thus contributes for the improvement of the quality of care and the excellence in the profession, a practice grounded in research and based on evidence.

The implementation of the guideline as a standard model to organize practices, confirms the criteria of the current accreditation program in the hospital, the *Joint Commission International*.

Keywords: Project Work Methodology; Uncertainty in Illness Theory; Team dynamics; Cardiac emergency.

¹Enfermeiro, mestrando no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do IPS/ESS

²Professora do IPS/ESS

³Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Com a literatura disponível e no parecer das Ordens Profissionais e das Sociedades Científicas, é uniformemente aceite que, uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade em clientes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração clínica agudo. É crucial a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada (Direção Geral da Saúde, 2010).

O Manual de SAV do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2011) explicita algumas estratégias que podem prevenir a PCR intra-hospitalar evitável, de evidenciar: “Treinar todo o pessoal clínico em reconhecimento, monitorização e abordagem do doente em estado crítico. Garantir que cada um sabe o papel que lhe cabe na equipa de emergência. Devem ser treinados em comunicação estruturada, com a intenção de assegurar articulação eficaz entre médicos, enfermeiros e os outros profissionais de saúde” (p.304).

O sucesso de uma reanimação aquando de uma PCR está intimamente relacionado com o fator tempo, em que o índice de sobrevivência do cliente está diretamente correlacionado com o tempo entre a ocorrência do incidente e o início das manobras de Suporte Básico de Vida ou neste caso da atuação da equipa multidisciplinar. Mas existem outros fatores preponderantes. Silva & Padilha (2000) demonstraram no seu estudo diversas ocorrências iatrogénicas na atuação da equipa multidisciplinar perante a PCR em UCI, relatando um percentual de falhas de 58,6% na realização de procedimentos técnicos, 8,6% na falta de organização das atividades e 31,28% de problemas relacionados com os recursos materiais e equipamentos.

Também Silva (2006) alude que “a falta de conhecimento e habilidade dos profissionais envolvidos no atendimento à PCR, a falta na organização do atendimento, assim como

a provisão insuficiente de materiais necessários para a realização de medidas de reanimação tem favorecido a ocorrência de iatrogenias no decorrer da assistência aos clientes em PCR” (p. 29).

Bellan (2006) afirma que “a falta de uniformidade das condutas e a assistência inadequada concorrem para falhas que podem colocar em risco o sucesso da reanimação e, conseqüentemente, a vida do cliente”. E acrescenta que “em relação ao sincronismo é preciso que haja comportamentos de liderança dentro da equipa, e a partir disso, a organização e distribuição das tarefas de cada membro. Estudos associam a ausência de coordenação, transferência de informação, distribuição das tarefas na atuação prática, pelo membro que iniciou e liderou o atendimento, e excesso ou deficit no número de profissionais presentes, à má atuação da equipa” (p.42).

Igualmente Silva & Padilha (2001) reforçam este pensamento no qual o êxito da assistência eficaz em qualquer situação na UCI, principalmente nas situações de PCR dependerá, para além dos fatores anteriormente referidos, da necessidade de protocolos de atuação, visando a padronização das ações a serem seguidas, como forma de facilitar a abordagem terapêutica.

Em suma, o papel do enfermeiro é de extrema importância, podendo afetar diretamente o estado de saúde de um doente crítico em situação de emergência, no qual é certo afirmar que a atuação deste profissional de forma organizada, precisa e sistematizada é determinante para a eficiência e sucesso dos cuidados prestados ao cliente.

As equipas de reanimação necessitam de estar organizadas de tal forma que as habilidades individuais de cada elemento da equipa possam ser utilizadas de forma mais eficaz e eficiente. Cada membro deve chegar a uma reanimação com a noção clara do que é necessário, o que, para além das suas próprias habilidades técnicas, inclui a compreensão das decisões tomadas dentro da equipa, a forma como a liderança é exercida, os recursos

necessários e como devem ser utilizados. Portanto deve existir a manutenção de padrões de organização, detalhando o que precisa de ser feito, como deve ser feito e uma comunicação clara durante a reanimação (Cooper & Wakelam, 1999).

Estes autores ressaltam ainda que um aspecto essencial na liderança da equipa, que foi muitas vezes esquecido, é a atribuição dos elementos para tarefas específicas. Supõe-se que estes cumpram o seu papel automaticamente sem a necessidade de instruções no momento. Portanto, o líder “*hands off*” traz muito mais vantagens numa situação de emergência, no sentido que tem uma visão geral da equipa, uma noção global do decurso dos procedimentos gerindo mais eficazmente os recursos delegando especificamente tarefas e dando *feedback* no momento (Cooper & Wakelam, 1999).

Quanto à questão de quem deve ser o *team-líder* da equipa de reanimação parece existir um paradoxo, em que enfermeiros podem agir como formadores SAV e instrutores de cursos em reanimação, mas não o fazem na realidade como líderes de equipas de reanimação. Isto parece implicar que os enfermeiros são suficientemente bons para ensinar SAV mas não para liderar equipas envolvidas no mesmo.

Num estudo realizado por Gilligan *et al* em 2005 conclui-se que enfermeiros com formação e treino em SAV obtiveram melhores resultados em simulacros de PCR a nível de consciência de causas potencialmente reversíveis do que outros profissionais. Assim, asseguram que numa situação de emergência na ausência de um médico disponível para liderar a equipa de reanimação, um enfermeiro experiente e com formação SAV poderá liderar a equipa.

Num outro estudo (Cheng *et al*, 2015) conclui-se que existe grande diferença entre a qualidade percebida e o real desempenho de cada profissional, como por exemplo na profundidade e ritmo das compressões cardíacas. O papel do *team-líder* é importantíssimo para melhorar a

qualidade da reanimação, no qual se verificou que o *feedback* em tempo real melhora a qualidade da RCP (Reanimação Cardio-Pulmonar), já que melhora a percepção da atuação de cada profissional durante a reanimação. Também o treino e formação em ambientes próprios com simulações em tempo real melhoram a percepção e consequentemente a qualidade da RCP. O *feedback* fornecido pelo *team-líder* para além de ser dado durante uma situação de emergência, deve ser também usado após cada reanimação, para fazer um ponto de situação sobre o decorrido e a melhorar numa próxima situação.

Portanto, o *team-líder* é responsável por orientar as ações da equipa como um todo, porque situações de emergência requerem trabalho de equipa. Cada elemento da equipa deve saber quais são as suas responsabilidades, assim como, ser capaz de prever as instruções do *team-líder*. Logo, este orienta os elementos da sua equipa e supervisiona todo o trabalho durante a RCP, garantindo que cada membro realize as tarefas da forma mais segura e eficiente possível. Este deve assumir uma posição de observador (“*hands off*”) para ver e orientar todas as tarefas (Aehlert, 2007).

Reportando a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel os clientes internados em UCI estão fortemente expostos a desequilíbrios emocionais que vão depender de diversos fatores, como a causa da doença, o significado atribuído a esse acontecimento, os recursos que este possui, ou seja, os antecedentes da incerteza. O papel do enfermeiro, como autoridade credível é importantíssimo para a transmissão de confiança, redução de incertezas, dando um sentido aquele momento vivenciado, mobilizando as estratégias de *coping* adequadas, incorporando sempre a família em todo o processo, conduzindo ao objetivo principal de Merle Mishel, a adaptação (Mishel, M. H. & Clayton, M. F., 2008).

No contexto de emergência, um planeamento prévio da atuação com a clarificação dos papéis e funções de cada elemento, facilitará processos de tomada de decisão, diminuindo possíveis indecisões e desorganizações, reduzindo assim os receios do cliente e família a vivenciar esse momento de incerteza.

METODOLOGIA

- Diagnóstico de situação

Da observação realizada no contexto específico da UCIP onde decorreu o estágio, corroborada com entrevistas por diversos enfermeiros verifica-se que estão contempladas as competências e saberes, peritos com muita experiência em doentes críticos e Suporte Avançado de Vida (SAV), carro de emergência com facilidade de acesso. No entanto, existe um défice na dinâmica e organização da equipa de enfermagem em situações de emergência cardiorrespiratória.

Para análise do problema realizou-se uma análise SWOT, como instrumento de diagnóstico, permitindo uma confrontação e reflexão sobre os aspetos positivos e negativos identificados neste problema. De salientar aspetos positivos tais como o interesse das chefias, presença de peritos na equipa de enfermagem e carro de emergência organizado, de fácil acesso e verificado, para além de uniformizar práticas de atuação contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Como aspetos negativos de referir a falta de definição dos papéis de cada elemento numa situação emergente, a inexistência de uma instrução de trabalho e resistência dos enfermeiros a mudança de comportamentos/rotinas.

Também se realizou um questionário como ferramenta de diagnóstico de forma a poder identificar os interesses e necessidades formativas da equipa de enfermagem. O

questionário foi aplicado a todos os elementos da equipa de enfermagem, obtendo dezasseis questionários preenchidos, correspondente a 76% do total da equipa. Assim, com a realização dos questionários à equipa de enfermagem pode-se apurar opiniões, interesses e necessidades da mesma. Resumidamente, pode-se concluir que mais de um terço dos enfermeiros afirmam não ter os aportes de SAV atualizados e que a equipa não está organizada. Mais de metade não sente um clima de segurança numa situação de emergência cardiorrespiratória. E cerca de um quinto dos enfermeiros expõe que a comunicação não é eficaz.

Em resposta à pergunta aberta obtiveram-se diversas opiniões e sugestões importantes para o desenvolvimento do projeto. Reafirmaram a necessidade de atualização da formação em SAV nomeadamente dos conhecimentos teóricos e práticos (treino/simulações), sugeriram o recurso a exposição e análise crítica de casos e situações experienciadas e a realização e implementação de um protocolo de atuação numa situação de emergência cardiorrespiratória, definindo as funções de cada elemento. Portanto o objetivo geral dos PIS é otimizar a dinâmica e organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória na UCIP. Como objetivos específicos definimos: Aprofundar conhecimentos sobre o tema; Elaborar uma instrução de trabalho perante uma situação de emergência cardiorrespiratória e Formar/consolidar os conhecimentos da equipa de enfermagem em SAV no adulto e sobre a instrução de trabalho.

- Planeamento

Apresentam-se, de seguida, os objetivos específicos delineados, com as atividades e estratégias a desenvolver para a sua consecução.

- Aprofundar conhecimentos sobre o tema: Realização de pesquisa bibliográfica acerca da dinâmica e organização da equipa multidisciplinar numa situação de emergência cardiorrespiratória.

- Elaborar uma instrução de trabalho perante uma situação de emergência cardiorrespiratória: Realizar proposta/1ª versão da instrução de trabalho; Pedir a colaboração/opinião de peritos do serviço acerca da instrução de trabalho; Reestruturação de acordo com as sugestões; Validação da instrução de trabalho com Enfª Chefe e Adjunta; Reestruturação caso seja necessário; Validação junto da Academia de Formação de Enfermagem; Apresentação da versão final.

- Formar/consolidar os conhecimentos da equipa de enfermagem em SAV no adulto e sobre a instrução de trabalho: Disponibilizar estudos e dados, sobre o tema, à equipa de enfermagem, na forma de um dossier; Realizar uma ação de formação; Elaborar um Poster para divulgação da instrução de trabalho; Afixação do Poster no serviço junto ao carro de emergência.

- Execução e Avaliação

Para a realização da primeira proposta da instrução de trabalho recorreremos a pesquisa de estudos e *guidelines*. Depois esta foi sofrendo algumas alterações, com o apoio de alguns peritos do serviço, incluindo o orientador de estágio. As principais sugestões iam de encontro, principalmente, ao espaço físico e recursos materiais e humanos disponíveis no serviço. Assim, a equipa de reanimação será composta por quatro elementos, menos que o recomendado pelas *guidelines*.

Outra questão levantada foi a do *team-líder*, que apesar de existir um médico presencial 24h este poderá não se encontrar disponível no momento da emergência cardiorrespiratória. Assim, quem definirá o enfermeiro com mais experiência para assumir essa função? Após

algumas discussões, incluindo também a chefia, conclui-se que o chefe de equipa no turno terá a responsabilidade de definir todos os elementos da equipa de reanimação no momento, podendo estar incluído ou não, até a chegada do médico. No que diz respeito ao *team-líder* “*hands-off*” foi uma outra alteração realizada. Para se adequar à realidade do serviço, não se pode seguir este conceito de forma rigorosa. Assim, ao *team-líder* ficaram também definidas funções como o estabelecimento de via aérea avançada (preconizada como do elemento responsável pela via aérea) e a realização da desfibrilhação e cardioversão sincronizada (preconizada como do elemento responsável pela monitorização cardíaca, pelo carro de emergência, neste caso associado ao responsável pelo acesso vascular e terapêutica).

A validação da instrução de trabalho junto da Academia de Formação de Enfermagem do hospital (responsável pela formação de Suporte Básico e Avançado de Vida), foi um processo que não teve obstáculos. Este foi facilitado devido a coordenação que foi realizada entre ambas as partes durante a construção da instrução de trabalho.

Portanto na UCIP, a equipa de reanimação é constituída pelo *team-líder*, elementos da Via Aérea, Compressões Torácicas e Acesso Vascular e Terapêutica. O *team-líder* “*hands off*” (coordenação e orientação de tarefas) deve ser o médico de serviço, excepto na desfibrilhação e estabelecimento de uma via aérea avançada. Nas situações em que o médico não se encontra disponível deverá ser o enfermeiro com mais experiência em SAV no turno a assumir essa função, até à chegada do mesmo. O chefe de equipa no turno é quem define o *team-líder* (enfermeiro), na ausência do médico de serviço. Os elementos que asseguram a Via Aérea, Compressões Torácicas e Acesso Vascular e Terapêutica são enfermeiros, definidos pelo chefe de equipa. Desta forma, mesmo nos turnos em que o rácio de enfermeiros é menor (4 elementos) fica garantido um enfermeiro fora da equipa

de reanimação para assegurar os cuidados aos restantes clientes internados na UCIP e eventuais visitas.

A instrução de trabalho impõe-se sempre que ocorra uma situação de emergência cardiorrespiratória. Nas situações em que exista uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) ou Decisão de Não Reanimar (DNR), a implementação desta deverá ter em conta a informação aí descrita.

Descreve-se de seguida as funções de cada elemento.

Funções do *Team-lider*:

- Avaliar o cliente e determinar as prioridades de atendimento;
- Assumir a responsabilidade de coordenar e supervisionar os elementos da equipa, garantindo que cada um realiza as tarefas de forma segura e correta;
- Avaliar a adequação das compressões torácicas, incluindo a posição das mãos, profundidade das compressões cardíacas, ritmo apropriado e a relação entre compressões e ventilações;
- Certificar-se que seja administrado aporte de O₂ a 100%;
- Avaliar a adequação da ventilação, verificando a expansão torácica simétrica e bilateral em cada ventilação;
- Estabelecer e confirmar a posição correta de uma via aérea avançada;
- Definir e validar as terapêuticas administradas, dose, via e concentração corretas;
- Garantir que as terapêuticas em bolus EV sejam seguidas da administração de 20ml de SF (Soro Fisiológico) e elevação da extremidade;
- Manusear o desfibrilhador manual;
- Executar as técnicas de desfibrilhação e cardioversão sincronizada;
- Assegurar-se da existência de condições de segurança durante a desfibrilhação;
- Ponderar o recurso ao pacemaker transcutâneo;
- Aceder à história do cliente e considerar razões de paragem cardiorrespiratória e possíveis causas reversíveis;

- Decidir quando terminar as manobras de ressuscitação, consultando os elementos da equipa;

- Registrar os dados completos da ocorrência e comunicar à família.

Funções do Elemento da Via Aérea:

- Executar a permeabilização da via aérea;
- Utilizar os adjuvantes da via aérea;
- Utilizar os dispositivos de administração de oxigénio;
- Realizar aspiração da via aérea;
- Manter uma via aérea avançada;
- Monitorizar a capnografia (quando existente).

Funções do Elemento das Compressões Torácicas:

- Executar as compressões torácicas;
- Manter a posição das mãos, profundidade das compressões cardíacas e ritmo apropriados.

Nota: Deverá verificar-se a alternância de posição dos elementos da Via Aérea e Compressões torácicas, a cada dois minutos.

Funções do Elemento do Acesso Vascular e Terapêutica:

- Responsabilizar-se pelo carro de emergência;
- Estabelecer acesso venoso periférico de calibre e localização adequados (se não existir previamente);
- Identificar e validar as vias de administração e dosagens da terapêutica utilizada;
- Administrar terapêuticas conforme indicado;
- Realizar a administração do bolus de 20cc de SF e elevação da extremidade após cada fármaco;
- Colher amostras de sangue para análise.

O *feedback* fornecido pelo *team-lider* para além de ser dado durante uma situação de emergência, deve ser também usado após cada reanimação, assim como, o de todos os intervenientes, para fazer uma avaliação sobre o decorrido e a melhorar numa próxima situação.

A ação de formação no serviço decorreu em três sessões separadas, de forma a poder abranger o máximo número de elementos da equipa. Conseguimos desta forma a participação de mais de 70% dos elementos da equipa de

enfermagem. Cada sessão decorreu com a apresentação do PIS, incluindo os resultados dos questionários, a instrução de trabalho e o Poster. Estas tinham um momento, no final, para a partilha de opiniões/experiências, de modo a realizar a avaliação das mesmas, de acordo com o plano da formação.

O *feedback* foi bastante positivo com muito interesse demonstrado ao longo das formações; surgiram algumas questões que foram discutidas, assim como, no final de cada sessão houve espaço para a partilha de experiências e de casos clínicos. A adoção desta instrução de trabalho pelo serviço foi vista com muito benéfica para a uniformização de práticas na UCIP, no sentido de definição e estabelecimento de funções para cada elemento da equipa, trazendo enormes vantagens para uma prática mais rápida, eficaz e segura. Consequentemente, foi opinião partilhada que a formalização e cumprimento desta instrução de trabalho traduzirá progressos na comunicação, segurança e organização da equipa multidisciplinar perante uma situação de emergência cardiorrespiratória, contribuindo portanto para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a excelência no exercício da profissão.

CONCLUSÃO

Como futuro enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pensamos que a realização deste PIS trouxe-nos muitas vantagens para a aquisição de competências nesta área. Este tema foi uma de forma a mobilizar conhecimentos e habilidades para otimizar os cuidados de enfermagem à pessoa a vivenciar processos complexos de doença e/ou falência orgânica (K1), dando respostas à pessoa e sua família em tempo útil e de forma holística. Não descurando a prevenção e controlo de infeção dado a complexidade das situações muitas vezes com necessidade de recurso a medidas invasivas, para

manutenção da vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica (K3). Desta forma, compreendeu duas das três competências descritas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, nº 124/2011.

Com a consecução deste projeto, através dos objetivos específicos, atividades e cronograma planeados contribuímos para a uniformização de práticas, crescimento da equipa, de forma a melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aehlert, B. (2007). Suporte Avançado de Vida em Cardiologia – Emergências em Cardiologia. (3ªed). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora.
- Bellan, M. C. (2006). Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. Campinas: Brasil.
- Cheng, A., Overly, F., Kessler, D., Nadkarni, V. M., Lin, Y., Doan, Q., ... Brown, L. L. (2015). Perception of CPR quality: Influence of CPR feedback, Just-in-Time CPR training and provider role. *Resuscitation*, 87, 44–50.
- Cooper, S. & Wakelam, A. (1999). Leadership of resuscitation teams: “Lighthouse Leadership”. *Resuscitation*, 42, 27-45.
- Direção Geral da Saúde (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde - Direção de Serviços de Planeamento.
- Direção Geral da Saúde (2010). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI) - Circular Normativa n.º 15.
- Gilligan, P., Bhatarcharjee, C., Knight, G., Smith, M., Hegarty, D., Shenton, A., ... Bradley, P. (2005). To lead or not to lead? Prospective controlled study of emergency nurses' provision of advanced life support team leadership. *Emergency Medicine Journal*, 22, 628–632.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida - Departamento de Formação em Emergência Médica. (2ªed). Lisboa: Portugal.

Mishel, M. H. & Clayton, M. F. (2008). Theories of Uncertainty in Illness. In Smith, M. J. & Liehn, P. R. (Eds), Middle Range Theory for Nursing (2ªed.) (pp. 55-84). New York: Springer Publishing Company.

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. (nº 124/2011). Diário da República 2ª série nº 35. 18 de Fevereiro de 2011.

Silva, S. C. & Padilha, K. G. (2000). Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: análise das ocorrências iatrogénicas durante o atendimento. Revista Escola de Enfermagem USP, 34 (4), 413-20.

Silva, S. C. & Padilha, K. G. (2001). Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogénicas. Revista Escola Enfermagem USP, 35 (4), 360-5.

Silva, A. R. (2006). Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Brasil.