



Inês Fernandes Costa **Relatório de Trabalho de Projeto**

Organização da Equipa de Enfermagem nas Salas de Emergência

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 Doutora Alice Ruivo.

Junho de 2013

[DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, 20 de Junho de 2013

Declaro que este Relatório de Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

Setúbal, de de

AGRADECIMENTOS

Às pessoas que cuidei, particularmente as que se encontraram em situação crítica e às suas famílias por terem constituído uma fonte contínua de aprendizagem e de estímulo para melhor cuidar e por emprestarem grandeza e humanidade ao meu trabalho diário.

A toda a equipa de docentes, em especial à Professora Doutora Alice Ruivo pela disponibilidade, compreensão, incentivo e sentido pedagógico que demonstrou ao longo deste percurso.

À Professora Mariana Pereira, orientadora do Projeto de Intervenção no Serviço, realizado no âmbito da Pós Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pelo estímulo, disponibilidade e interesse demonstrado durante a realização do mesmo.

Aos meus colegas de trabalho, pela partilha de vivências e conhecimentos, que me têm vindo a permitir sistematizar e transmitir a minha própria perspetiva da atividade que desenvolvo.

Aos meus amigos, pela amizade, apoio e incentivo constantes demonstrados nestas etapas da minha formação.

Aos meus irmãos, André e Catarina, por todo o amor e compreensão nos momentos de ausência e pelo incentivo de não desistir de todo este percurso nos momentos de grande cansaço.

Aos meus pais por, mesmo fisicamente longe, estarem sempre presentes, pelas suas palavras de coragem nos momentos de maior esforço e por me transmitirem, desde criança, que com trabalho e dedicação podemos alcançar os nossos sonhos.

RESUMO

O presente relatório de trabalho de projeto surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no ano letivo 2012/2013 e a sua apresentação e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre nesta área científica. Descreve o percurso efetuado no Curso de Pós – Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, considerando como parte integrante o já realizado no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nesta mesma instituição.

No âmbito dos estágios realizados no Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar da Grande Lisboa foi desenvolvido um Projeto de Intervenção no Serviço, segundo a metodologia de trabalho de projeto, intitulado “Organização da Equipa de Enfermagem nas Salas de Emergência”.

Os objetivos do presente trabalho de projeto são (1) enquadrar a prática desenvolvida através da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, (2) realizar revisão bibliográfica acerca da temática do Projeto de Intervenção em Serviço realizado, (3) contextualizar os locais onde decorreram os estágios, (4) apresentar o projeto desenvolvido de acordo com a metodologia de trabalho de projeto, (5) fundamentar as estratégias utilizadas na sua conceção, (6) avaliar a sua adequação atual, (7) refletir criticamente a prática desenvolvida à luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros e (8) analisar as aprendizagens numa relação comparativa com o perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

A prossecução destes objetivos permitiu analisar as aprendizagens efetuadas ao longo deste percurso, o que contribuiu para a qualidade dos cuidados e a excelência no exercício da profissão, numa prática fundamentada pela investigação, enquanto condição *sine qua non* do Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

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

ABSTRACT

The present work, its presentation and public discussion were performed in scope of 2^o *Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica* from *Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*, year of 2012/2013, and mean to obtain the Masters Degree in this scientific area. It describes the journey made during the *Curso de Pós – Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica*, considering the previously completed *Curso de Pós Graduação em Enfermagem Médico- Cirúrgica*, in the same institution.

During the internships performed in the Emergency Department of a Lisbon Hospital an intervention project was developed in the Department, according project work methodology, entitled "Organization of nursing staff in the Emergency Room".

The objectives of this report are (1) conceptually assess the actual practice through the Merle Mishel's Uncertainty in Illness Theory, (2) perform a literary review to assess the state-of-the-art on this subject, (3) contextualize the premises where the internships took place, (4) submit the project in accordance with project methodology (5) support the strategies used in the work's design, (6) assess its current adequacy, (7) critically evaluate the nursing practice, considering the general and specific skills of the Specialist Nurse in Critical Condition Nursing, as defined by *Ordem dos Enfermeiros* and (8) comparatively analyze the learning process and skills profile of a Nurse with a Masters Degree in Medical-Surgical Nursing.

The fulfillment of the proposed objectives allowed to evaluate acquired skills during the undergone internships, which contributed to the healthcare quality and to the excellence in the profession, supported on a research-based practice, as a *sine qua non* attribute of a Masters Degree in Medical-Surgical Nursing.

Key words: Emergency Room; Nursing *Médico - Cirúrgica*; Project Work Methodology; Skills; Uncertainty in Illness Theory;

LISTA DE SIGLAS

ATCN[®] - Advanced Trauma Care for Nurses
ATLS[®] - Advanced Trauma Life Support
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
CHL- Centro Hospitalar Lisboa
CHKS - Caspe Healthcare Knowledge System
CPLEE – Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
DGS – Direção-Geral de Saúde
ECDT – Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System
ERC - European Resuscitation Council
ESS/IPS - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
FCCS[®] - Fundamentals Critical Care Support
HCIS MB[®] – Healthcare Information Systems[®]
IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
ICN - International Council of Nurses
NRBQ - Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PG – Pós Graduação
PIS – Projeto de Intervenção no Serviço
PNCI - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção
PNS – Plano Nacional de Saúde
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
SE – Sala de Emergência
SEC – Sala de Emergência Cirúrgica
SEM – Sala de Emergência Médica
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SU – Serviço de Urgência
SUG – Serviço de Urgência Geral
SWOT – Strenghs, Weaknesses, Opportunities, Threats

TNCC® – Trauma Nursing Core Course

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UO – Unidade de Observação

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO / CONCRETUAL	19
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ESTÁGIOS	33
2.1. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA.....	33
2.1.1 CARACTERIZAÇÃO DAS SALAS DE EMERGÊNCIA DO SUG DO CHL	34
2.1.2. CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SUG DO CHL	35
3. SÍNTESE DA METODOLOGIA DO PIS	39
3.1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	39
3.2. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	40
3.3. OBJETIVOS DO PROJETO	41
3.4. ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	42
3.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	49
3.6. AVALIAÇÃO DO PIS	49
4. REFLEXÃO CRÍTICA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA.....	53
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	54
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	63
5. ANÁLISE CRÍTICA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA.....	73
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	95
ANEXO 1	97
MODELO START TRIAGEM.....	97
ANEXO 2	101
PLANTA DO SUG - PLANO CATÁSTROFE.....	101
APÊNDICES.....	107
APÊNDICE 1.....	109
ARTIGO CIENTÍFICO	109
“ORGANIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NAS SALAS DE EMERGÊNCIA: PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE”	109

APÊNDICE 2.....	121
CRONOGRAMA	121
APÊNDICE 3.....	125
CHECK LIST 1.....	125
APÊNDICE 4.....	129
CHECK-LIST 2.....	129
APÊNDICE 5.....	133
PLANO DE SESSÃO DAS REUNIÕES COM PERITOS	133
APÊNDICE 6.....	137
GUIA DE ATUAÇÃO:	137
“ORGANIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NAS SALAS DE EMERGÊNCIA”	137

INTRODUÇÃO

O presente relatório de trabalho de projeto surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), no ano letivo 2012-2013 e a sua elaboração e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica. O 2º Curso de Mestrado, com um total de 90 *European Credit Transfer and Accumulation System* (ECTS) (2430 horas) desenvolveu-se em 3 semestres e dá continuidade a um percurso iniciado na Pós Graduação (PG) e no Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica (CPLEE) que frequentámos nesta mesma instituição nos anos letivos 2008/2009 e 2010/2011, respetivamente. Da conceção articulada entre este e o 2º CPLEE formalizou-se o sistema de equivalências que previu a atribuição de 83 ECTS (ESS/ IPS, 2012a).

Os Estágios I e II, realizados no âmbito da 2ª PG, tiveram um total de 22 ECTS (Estágio I, 8 ECTS e Estágio II, 14 ECTS) e o Estágio III realizado no âmbito do 2º CPLEE, um total de 3 ECTS (ESS/IPS, 2011). Para cumprimento do previsto no nº 1 do art. 20º do Dec-Lei nº 74/2006 de 4 de Março, remanesciam realizar 7 ECTS para perfazer os 32 ECTS previstos legalmente (ESS/IPS, 2012a).

Os Estágios I e II, foram realizados no nosso contexto profissional, onde exercemos funções desde Agosto de 2006, no Serviço de Urgência Geral (SUG) de um Centro Hospitalar localizado na Grande Lisboa. Com um total de 594 horas, nele foi desenvolvido um Projeto de Intervenção no Serviço (PIS) intitulado “Organização da Equipa de Enfermagem nas Salas de Emergência”. O Estágio III correspondeu a um estágio de adequação que permitiu a reflexão das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que se apresentam também neste trabalho. Estas competências surgiram posteriormente à realização da PG e portanto dos Estágios I e II.

O ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, segundo o Dec-Lei nº 107/2008 de 25 de Junho, pode integrar “uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final” (SOUSA E BAPTISTA, 2011). Neste seguimento, propusemos um tema para o trabalho de projeto, desenvolvido individualmente na área científica de enfermagem, que após aprovação, visa a integração, aplicação e análise de competências e conhecimentos adquiridos na parte curricular do mestrado e aplicadas no projeto, com o intuito da resolução de problemas. Apesar do seu carácter profissionalizante, o trabalho de projeto deve incluir um enquadramento teórico e metodológico com vista à realização de um trabalho de índole científica (SOUSA e BAPTISTA, 2011).

O tema do projeto desenvolvido, “Organização da Equipa de Enfermagem nas Salas de Emergência”, visa dar resposta a uma problemática por nós identificada na nossa prática profissional. Os serviços de urgência são muitas vezes o primeiro ponto de entrada da maioria dos utentes e devem estar preparados para responder a praticamente todo o tipo de situações clínicas complexas, não apenas as do foro médico mas também do foro cirúrgico, como são as vítimas de trauma e que implicam tratamento intensivo, numa resposta que se pretende rápida e eficaz (BHAT, REED E STEELMAN, 2011). Estes serviços são compostos por equipas multiprofissionais onde os enfermeiros se apresentam na linha da frente e são responsáveis pela assistência direta à pessoa em situação crítica, incluindo a triagem, estabilização clínica e educação para a saúde, pelo que a organização e gestão da equipa se eleva como de primordial importância (idem).

Para a realização do PIS foi utilizada a metodologia de trabalho de projeto, uma metodologia que se baseia no princípio da prática reflexiva, que, de forma sistemática, visa a identificação de problemas e a sua resolução com base na melhor evidência sustentada pela investigação (LUNNET, 2010; PEARSON *et. al*, 2010; RUIVO, FERRITO E NUNES, 2010). Apresentam-se no presente relatório, e de acordo com a metodologia utilizada, as etapas de diagnóstico de situação, planeamento, com a definição de actividades, estratégias e meios, execução, avaliação e divulgação dos resultados (RUIVO, FERRITO E NUNES, 2010) com a respetiva contextualização e enquadramento teórico, apresentando-se ainda um artigo científico que sintetiza o mesmo.

Utilizámos como enquadramento concetual de suporte ao trabalho desenvolvido uma teoria de enfermagem de médio alcance, a Teoria da Incerteza de Merle Mishel.

O presente trabalho inclui, desta forma, uma análise crítica acerca do percurso efetuado no âmbito da PG em Enfermagem Médico-Cirúrgica à luz do referencial de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (ESS/IPS, 2011) com comparação ao perfil de competências do Mestre nesta área de especialização. Pretendemos refletir acerca de um conjunto de competências de índole mais diferenciado, próprias de uma prática especializada em Enfermagem e que pressupõe um entendimento mais profundo sobre a forma de resposta do ser humano enquanto pessoa aos processos saúde – doença, na visão de Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Os objetivos do presente relatório de trabalho de projeto são:

- Enquadrar, do ponto de vista teórico e concetual, a prática desenvolvida e o projeto realizado;
- Contextualizar os locais onde decorreram os Estágios I e II;
- Apresentar, sucintamente, o PIS desenvolvido nos Estágios I e II, de acordo com a metodologia de trabalho de projeto;
- Fundamentar, teoricamente, as estratégias utilizadas para a conceção do mesmo;
- Avaliar a adequação atual do PIS no serviço onde foi desenvolvido, em relação aos indicadores de avaliação apresentados;
- Refletir criticamente a prática desenvolvida à luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, no âmbito do Estágio III;
- Analisar as aprendizagens numa relação comparativa com o perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Estruturalmente, o presente trabalho encontra-se dividido em seis partes principais. Uma primeira, onde apresentamos o enquadramento teórico/ concetual que norteou a prática desenvolvida, através da apresentação sumária da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel e dos resultados da pesquisa bibliográfica realizada acerca da temática do projecto desenvolvido; uma segunda onde contextualizamos os estágios realizados, enumerando os objetivos dos mesmos e caracterizando o serviço e instituição onde foram realizados; uma

terceira, onde apresentamos o PIS desenvolvido ao longo dos estágios, com explicitação da metodologia utilizada assim como a avaliação realizada; a quarta, onde refletimos criticamente acerca das competências adquiridas num perfil comparativo com as definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e uma quinta onde se analisa criticamente as competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Termina com as considerações finais, o sexto capítulo, onde realizamos a síntese das aprendizagens ao longo dos Estágios com análise dos objetivos traçados.

Este trabalho encontra-se de acordo com a Norma Portuguesa 405 e redigido com o novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO / CONCETUAL

No presente capítulo apresentamos o enquadramento teórico e concetual que norteou a nossa prática ao longo deste percurso. Nele apresentamos, de forma sumária, a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, enquanto teoria de médio alcance à qual nos filiámos. Apresentamos, em seguida, o enquadramento de suporte que resultou da pesquisa bibliográfica realizada acerca da temática do projecto desenvolvido e que nos permitiu fundamentar as acções desenvolvidas.

A Enfermagem constitui-se como disciplina que suporta e implica epistemologia, entendida como o ramo do saber que estuda a origem, a natureza e os métodos do conhecimento científico, bem como as limitações no seu processo de desenvolvimento (LOPES, 2001 baseado em Meleis, 1991). Enquanto disciplina, a Enfermagem integra um corpo de conhecimentos próprios e fundamentados e nela a necessidade intrínseca de produção e renovação contínuas do conhecimento através da Investigação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2006), o que a distingue de outros campos de estudo. O conhecimento em Enfermagem é o inclusivo total de filosofias, teorias, investigação e sabedoria prática da disciplina (SMITH, 2008) e configura-se inicialmente no metaparadigma, como sendo o nível mais abstrato do conhecimento.

Os conceitos metaparadigmáticos, que clarificam a disciplina e que marcam as conceções de enfermagem, independentemente do seu paradigma explicativo são, Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidados de Enfermagem (KÉROUAC, *et. al.*, 1994). Estes conceitos encontram-se definidos em Portugal, no Enquadramento Concetual definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2002). A pessoa, enquanto “ser social” (OE 2002:6) é definida como um ser único, com direito à auto-determinação, com dignidade própria e com comportamentos de natureza individual influenciados pelo ambiente em que vive. Deve ser encarada como um ser “uno e indivisível”, na medida em que a sua acção se baseia em valores, crenças e desejos individuais e, desta forma, cada pessoa vivencia o seu projecto de vida e de saúde. A pessoa interage com o ambiente em que vive e se desenvolve o que condicionará o seu

estilo de vida e por conseguinte influenciará no seu conceito de saúde. Os enfermeiros, na sua prática profissional, devem centrar a sua atenção nesta mesma relação, uma vez que o ambiente é constituído por diversos elementos, sendo eles humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais. A saúde, por sua vez, trata-se da representação mental do indivíduo que se traduz no “controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no controlo emocional, espiritual e cultural” (OE, 2002:6). Dada a sua subjetividade, não pode ser considerada como um conceito meramente antagónico ao de doença refletindo-se, por isso, num processo dinâmico, contínuo e individual. Por fim, os cuidados de enfermagem focalizam a sua atenção na promoção dos projetos de saúde de cada pessoa, no respeito pelos seus valores, crenças e desejos. Assim, ao longo de todo o ciclo vital procuram “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, satisfazer as necessidades humanas básicas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.” (OE 2002:8,9). No âmbito do exercício profissional dos enfermeiros, a sua formação e experiência permite-lhes cuidar o outro numa perspetiva multicultural e isenta de juízos de valor (OE, 2002).

O crescimento da disciplina de Enfermagem está dependente da sistemática e contínua aplicação do conhecimento na prática e desenvolvimento de novos conhecimentos (SMITH, 2008). A teoria de enfermagem é o corpo de conhecimentos que sustenta a prática dos cuidados em enfermagem e as teorias variam pelo seu nível de abstração e esfera de ação. Quanto mais abstrata e mais abrangente for uma teoria, estamos perante uma Grande Teoria, enquanto que quanto mais concreta e restrita for, trata-se de uma teoria de médio alcance (FAWCETT, 2005).

As teorias de médio alcance são teorias desenvolvidas a partir do cruzamento da prática com a investigação que lhes conferem orientações específicas enraizadas na disciplina de Enfermagem. Elas tratam o conhecimento substantivo da disciplina através da explicitação e expansão de fenómenos estéticos e têm os seus fundamentos numa perspetiva paradigmática claramente definida (SMITH, 2008). As teorias de médio alcance podem derivar especificamente de uma grande teoria ou estarem em relação direta com um paradigma. Com conceitos mais concretos e numa perspetiva mais circunscrita, as teorias

de médio alcance (em vínculo direto com a investigação e a prática) podem conduzir ao desenvolvimento de diretrizes norteadoras da prática em Enfermagem (SMITH, 2008).

Uma teoria de médio alcance, embora tendo um âmbito limitado, é suficientemente estruturada para estimular a investigação nessa mesma área. São portanto concebidas essencialmente por conceitos e proposições em vez de modelos conceituais, mas que podem ser empiricamente testadas e aplicadas na vida real (FAWCETT e GARITY, 2009).

As teorias de médio alcance explicativas, como a Teoria da Incerteza, estabelecem relações entre dois ou mais conceitos. Explicam o porquê e explicitam a forma como um conceito se relaciona com outro. As teorias de médio alcance preditivas vão para além da explicação, prevendo as relações entre conceitos ou os efeitos de um ou mais conceitos. Este tipo de teoria refere-se às mudanças que ocorrem num determinado fenómeno (FAWCETT, 2005).

No presente trabalho filiámo-nos precisamente numa teoria de médio alcance, a Teoria da Incerteza de Merle Mishel como enquadramento de suporte à reflexão acerca do trabalho desenvolvido na prática clínica em contexto dos estágios. Para a realização do PIS, apresentado à frente, não foi utilizada uma filiação teórica de suporte ao projeto uma vez que foi desenvolvido, originalmente, em contexto da PG. No entanto, face ao exposto e numa visão atual enquanto enfermeiros especialistas candidatos ao grau de mestre, torna-se agora imperativa a realização deste enquadramento como fundamento da reflexão acerca das competências desenvolvidas.

Na teoria de Merle Mishel, a incerteza foi definida como a incapacidade de determinar o significado da doença, relatada como uma experiência comum por pessoas que atravessaram processos de doença. Ocorre, segundo a mesma, em situações em que o tomador de decisão não é capaz de atribuir valores definitivos a objetos e eventos ou quando é incapaz de prever com precisão os resultados (MISHEL e CLAYTON, 2008). Esta incerteza está relacionada com a variabilidade no padrão de sintomas da doença, com a complexidade dos cuidados e tratamento, com a falta de informações sobre a doença e tratamento e com a imprevisível natureza do trajeto da doença (Mishel, 1988 citada por ANEMA et. al., 2009).

A Teoria da Incerteza na doença aplica-se às fases de pré-diagnóstico, diagnóstico e tratamento quer de doenças agudas quer crónicas e organiza-se em torno de três conceitos principais que enquadram a incerteza ao longo do processo de doença. São eles, os antecedentes da incerteza, o processo de apreciação da incerteza e o modo de lidar com a mesma (MISHEL e CLAYTON, 2008).

Para Mishel, os antecedentes da incerteza incluem um quadro de estímulos, as capacidades cognitivas e os fornecedores de estímulos, que conferem ao indivíduo habilidades para iniciar o processo de apreciação da incerteza. Este processo consiste na análise e avaliação da situação por parte do indivíduo que lhe pode conferir um resultado positivo ou negativo, uma vez que a incerteza decorre de uma experiência neutra. A fase de apreciação da incerteza envolve dois processos, a inferência e a ilusão. A inferência traduz-se pela capacidade de lidar com os acontecimentos da vida enquanto que a ilusão é definida com base nos aspetos favoráveis da conjuntura, revelando-se como uma oportunidade. A incerteza, na fase de apreciação, pode ser entendida de duas formas, como uma ameaça quando é considerada a possibilidade de um resultado negativo ou como uma oportunidade como resultado do uso da ilusão, isto é, apreciada como algo positivo. A fase de apreciação é por isto essencial, pois a incerteza pode manter a esperança do indivíduo e permite ser adaptada como uma visão normal, tornando-se numa força positiva face às múltiplas situações de vida. No que respeita à fase de lidar com a incerteza, surge o conceito de *coping* que ocorre em duas formas conducentes a um resultado final de adaptação. Se a incerteza é encarada como um perigo, então o *coping* inclui a ação direta, vigilância, procura de informação a partir de estratégias de mobilização, a gestão de afetos recorrendo à fé, separação e apoio cognitivo. Mas se for apreciada enquanto resultado positivo/oportunidade, o *coping* oferece uma memória intermédia para manter a incerteza (TOMMEY e ALLIGOOD, 2004).

A teoria de Mishel resulta da sua tese de investigação, através do desenvolvimento e teste da “*Perceived Ambiguity in Illness Scale*”, que mais tarde veio a ser renomeada como “*Mishel Uncertainty In Illness Scale*”. Esta escala foi usada como base para o desenvolvimento de três novas escalas aplicadas em três contextos diferentes. Uma junto de pessoas com doença crónica em ambulatório, outra avaliando a incerteza nos pais de crianças doentes e uma terceira que mede a incerteza junto da família quando um dos seus

membros sofre de doença aguda (MISHEL e CLAYTON, 2008; TOMMEY e ALLIGOOD, 2004).

Quando foi publicada, esta teoria incluía diversos pressupostos principais, de acordo com o modelo anteriormente referido. O primeiro faz referência à incerteza como um estado cognitivo, representando a inadequação de um esquema para sustentar a interpretação de eventos relacionados com a doença. O segundo, passa por evidenciar que a incerteza é uma experiência inerentemente neutra, ou seja, nem é desejável nem contestada. Os dois últimos pressupostos recaem sobre as raízes da teoria da incerteza nos modelos tradicionais de *stress* e *coping*. Assim, o terceiro refere que a adaptação interpreta a continuidade do comportamento bio-psico-social normal do indivíduo e é o resultado ambicionado dos esforços de *coping* tanto para reduzir a incerteza vista como perigo, como para manter a incerteza, assinalada como oportunidade. O último pressuposto analisado, refere que as relações entre eventos de doença, quer sejam incerteza, apreciação, *coping* e adaptação são lineares e unidirecionais, deslocando-se de situações que promovem a incerteza no sentido da adaptação (TOMMEY e ALLIGOOD, 2004).

No entanto, em 1990, Mishel publicou a reconcetualização da sua teoria a partir dos dois últimos pressupostos. Esta reconcetualização surgiu uma vez que, Mishel e outros, constataram que as pessoas com doença crónica prolongada avaliavam a incerteza como oportunidade em situações sem uma determinada trajetória descendente, desenvolvendo uma nova perspetiva de vida neste contexto (MISHEL e CLAYTON, 2008). A reconcetualização surge portanto na consciência das limitações da teoria original que era linear e não incorporava a mudança ao longo do tempo, isto é, as mudanças de vida expressas por pessoas com doença crónica (MISHEL e CLAYTON, 2008). Usando o processo de derivação da teoria exposta por Walker e Avant (1989), a Teoria do Caos foi escolhida como a teoria pilar para reconcetualizar a teoria da incerteza. Esta teoria enfatiza a instabilidade, o desequilíbrio e a reestruturação enquanto variáveis saudáveis. Assim, a teoria reconcetualizada passou a incluir estas ideias de desorganização e reformulação para explicar a forma como a incerteza prolongada funciona como um catalisador para mudar a perspetiva que uma pessoa tem da vida e da doença (MISHEL e CLAYTON, 2008). Neste novo modelo, nem os antecedentes da incerteza nem o processo de apreciação cognitiva da incerteza como perigo ou oportunidade se alteram (TOMMEY e ALLIGOOD, 2004).

Assim, a relação entre os principais conceitos desta teoria (antecedentes da incerteza, processo de apreciação e o modo de lidar com a incerteza) anteriormente descritos, permitiram enumerar os seguintes postulados, descritos por TOMMEY e ALLIGOOD (2004:635): “A incerteza ocorre quando uma pessoa não consegue estruturar ou categorizar adequadamente um evento relacionado com a doença por haver falta de pistas suficientes; A incerteza pode tomar a forma de ambiguidade, complexidade, falta de informação ou informação inconsistente, e/ou imprevisibilidade; Conforme o padrão de sintomas, a familiaridade do evento e a congruência do evento (quadro de estímulos) aumentam, a incerteza diminui; 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; 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; A incerteza apreciada como oportunidade desencadeia esforços de *coping* orientados no sentido da manutenção da incerteza; A influência da incerteza sobre os resultados psicológicos é medida pela eficácia dos esforços de *coping* na redução da incerteza apreciada como perigo ou na manutenção da incerteza como oportunidade; Quando a incerteza apreciada como perigo não pode ser eficazmente reduzida, podem ser empregues estratégias de *coping* para gerir a resposta emocional; Quanto maior for a duração da incerteza no contexto da doença, mais instável se torna o modo de funcionamento anteriormente aceite pelo indivíduo; Em condições de incerteza contínua, os indivíduos podem desenvolver uma nova perspetiva de vida probabilística que aceita a incerteza como parte natural da vida; 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; A exposição prolongada à incerteza apreciada como perigo pode conduzir a pensamentos incómodos, à revogação e a uma severa perturbação emocional”.

As teorias da incerteza da doença, segundo alguns estudos, têm vindo a ser usadas de diversas formas para informar as pessoas e família acerca da sua situação de doença. A pesquisa clínica baseada na Teoria da Incerteza da Doença (1988) e na sua reconcetualização (1990), para aqueles que enfrentam uma doença aguda ou crónica, vai

continuar a ajudar na identificação das intervenções de enfermagem apropriadas e personalizadas para muitos tipos de doença e pessoas em situação de doença.

Nesta perspetiva, o reconhecimento da importância da incerteza pode mudar a prática clínica, permitindo o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que facilitam uma adaptação do paciente às experiências da doença (MISHEL e CLAYTON, 2008).

Dentro do âmbito do Serviço de Urgência (SU), a Sala de Emergência (SE) é um dos setores que mais fascínio e insegurança cria nos profissionais que ali trabalham. Os enfermeiros que exercem funções neste domínio devem possuir um conjunto específico e extraordinário de saberes, de forma a alcançar a excelência dos cuidados. A atuação de toda a equipa na Sala de Emergência é operacionalizada através de procedimentos que assentam na deteção e tratamento de lesões que provoquem influência nas funções vitais, colocando a vida em perigo. Ali são admitidas pessoas quer em situação de doença aguda quer crónica agudizada, mas com o denominador comum de se encontrarem em situação crítica e por isso em situação de incerteza em relação ao seu processo de doença. A escolha da Teoria da Incerteza enquanto teoria de suporte recaiu precisamente pelo facto dos estágios terem sido realizados neste contexto e muito particularmente sobre estas pessoas admitidas nas Salas de Emergência onde a incerteza está, inevitavelmente, presente. A visão associada à Teoria da Incerteza de Merle Mishel realçou-nos a necessidade premente de “olhar” a nossa prática com o intuito de melhorar e identificar intervenções de enfermagem consoante o processo de adaptação e mecanismos de lidar com a incerteza que cada pessoa inscreve em si. Isto requer constante avaliação das pessoas e dos cuidados prestados de forma a permitir que os enfermeiros façam uma permanente reavaliação da triagem inicial, estabelecendo-se assim novas prioridades de intervenção, com consequente redefinição e reorganização do trabalho (PENEFF, 2002).

O Serviço de Urgência é considerado um centro estratégico na organização hospitalar. A ele acorrem diariamente milhares de pessoas, em todo o país, pelo que se torna pertinente revelar aquilo que a Direcção Geral de Saúde (DGS) (2001) define como Urgência – “todas as situações clínicas de instalação súbita desde as não graves até às graves, com o risco de estabelecimento de falência de funções vitais”. É nele que se prestam cuidados de primeira necessidade, num curto espaço de tempo, sendo primordial identificar os casos

graves e estabelecer prioridades por entre os cuidados a prestar a uma população alvo com necessidades de saúde muito heterogénea.

A prática de enfermagem nos SU é revestida de condições especiais como elevado stresse, ritmo acelerado e o encarar diário da vida e da morte no meio de urgência (VALDEZ, 2008). A rapidez e o saber agir são as chaves para a excelência nos cuidados de saúde neste setor de cuidados (BHAT, REED E STEELMAN, 2011; FERNANDES, 2007;).

Para lidar com a complexidade das situações de emergência, assim como com as situações difíceis com que se deparam os enfermeiros na prática, são exigidas competências mais específicas (ANDERSSON e NILSSON, 2008; DEFLOOR *et. al.*, 2006; VALDEZ, 2008). O tratamento da pessoa em situação crítica nas SE requer conhecimento interdisciplinar, competências na área da reanimação, comunicação, identificação de prioridades e tomada de decisão clínica e ética (MATSUMOTO, 2008). Esta definição configura a de Enfermeiro Especialista enunciada pela OE como “aquele que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas às situações de vida e aos processos de saúde/doença, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo particular de intervenção “ (OE, 2011a:8648) e que concorre com as competências esperadas do mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (ESS/IPS, 2012b). O ambiente é complexo, sobretudo em resultado da natureza imprevisível da maioria das situações clínicas que as pessoas vivenciam (BHAT, REED E STEELMAN, 2011).

A preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde em geral e de enfermagem em particular e com a segurança das pessoas, tem assumido nos últimos anos particular destaque. A Ordem dos Enfermeiros, afirma a importância da segurança, na sua “Tomada de Posição Sobre a Segurança do Cliente” de 2006 (OE, 2006). Em 2010 é emitida pela DGS, a Circular Normativa N° 07/DQS/DQCO de 31 de Março de 2010, sobre a “Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado”, pela necessidade de uma melhor organização e atendimento a pessoas vítimas de trauma em situação emergente, pela importância na prevenção de complicações e com a finalidade de melhorar significativamente o prognóstico destas pessoas (DGS, 2010a).

No que se refere às SE das unidades de urgência hospitalares, também a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a normalização dos procedimentos nestas salas, de modo a promover a eficiência e eficácia dos procedimentos realizados a pessoas em situação crítica (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2009). Esta normalização é apontada pela OMS como uma das medidas para diminuir a taxa de mortalidade nas SE. Os principais problemas identificados em emergência, referidos pela OMS, são o trabalhar em equipa e a dificuldade em aceitar o erro humano (MOCK et. al., 2004). Desentendimentos sobre os procedimentos, falhas na liderança e na comunicação da equipa, stresse e falta de organização podem conduzir a equipa a perder o seu foco de atenção e levar a um ambiente caótico e confuso (MELLICK e ADAMS, 2009). Uma clarificação do papel do enfermeiro e uma normalização dos procedimentos em situação de emergência, poderá contribuir para facilitar a articulação em equipa e para promover uma maior aceitação dos insucessos terapêuticos e o lidar com o erro. Os enfermeiros, enquanto elementos-chave da equipa de emergência, incorporam a responsabilidade pela manutenção da vida das pessoas em situação crítica e consideram a morte com um insucesso, um fracasso e geradora de angústia (BHAT, REED E STEELMAN, 2011; SALOME et. al., 2009).

É então certo que as equipas das SE necessitam de estar organizadas para que as competências individuais dos seus membros possam ser usadas de forma eficiente e efetiva. Relativamente à composição exacta da equipa de emergência, esta varia de acordo com as regras locais, condições e recursos materiais e humanos existentes, sendo a organização um elemento-chave, designadamente a clarificação de papéis – funções para todos os elementos da equipa e existência de protocolos que garantam a rápida e eficiente resposta em situação de emergência (OMS, 2004).

Em conjunto com as aprendizagens individuais, é recomendado às instituições prestadoras de cuidados de urgência, o estabelecimento de normas de funcionamento e políticas institucionais; a adoção de um manual de procedimentos de enfermagem; referências farmacológicas; manuais e formação obrigatória (*Advanced Cardiac Life Support; Trauma Nursing Core Course; Emergency Nursing Pediatric Course*); e ainda literatura de referência em enfermagem de urgência (PROEHL, 2002; VALDEZ, 2008).

Em Portugal, recomenda-se que deve ser elaborado, aprovado e divulgado, um regulamento interno da SE, cobrindo todas as vertentes do seu funcionamento bem como protocolos de orientação/ atuação normalizando procedimentos mais frequentes para as situações mais graves (GRUPO DE TRABALHO DE URGÊNCIAS, 2006).

No mesmo âmbito, faz parte das recomendações nacionais para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes existirem planos de formação e atualização dos profissionais na área da emergência médica e de trauma, através do SAV (Suporte Avançado de Vida), CAT (Curso Avançado de Trauma)/ ATLS[®] (*Advanced Trauma Life Support*) e FCCS[®] (*Fundamentals of Critical Care Support*) (DGS, 2010; GRUPO DE TRABALHO DE URGÊNCIAS, 2006).

Para a realização do PIS, foi considerado como ponto de partida de referência, a organização numa instituição hospitalar portuguesa que dispõe de um SU polivalente, com idênticas características àquele onde se realizaram os estágios e que dispunha, à data, de um descritivo de normas de orientação publicado como referencial aos profissionais que lá exercem funções.

MASSADA (2002) refere que as normas de orientação clínica, adotadas no hospital em questão, baseiam-se nos conhecimentos clínicos universalmente aceites, respeitando a metodologia ATLS[®] (*Advanced Trauma Life Support*) do *American College of Surgeons* e do TNCC[®] (*Trauma Nurse Core Course*) da *Emergency Nurse Association*. Segundo o mesmo autor, o atendimento da pessoa deve ser orientado com base na diferenciação técnica que cada profissional possui, na formação em ATLS[®] e TNCC[®] e, entre outros, seguindo os cinco passos de ordem de prioridades envolvidos na avaliação primária, A, B, C, D, E.

A abordagem às vítimas nas SE deve ser realizada mediante estas prioridades: A (Via Aérea), B (Ventilação), C (Circulação), D (Disfunção Neurológica), E (Exposição) (DGS, 2010; *European Resuscitation Council* (ERC), 2010), à qual achamos pertinente adicionar as prioridades, F (Avaliação completa de Sinais e Facilitar presença da Família), G

(Promover medidas de Conforto), H (História pessoal e Avaliação “Cabeça- Pés”) e I (Inspeção face corporal posterior) descritas no manual TNCC® (BOERING *et al.* 2007).

Segundo o ERC (2010), a abordagem a todos os doentes em deterioração clínica deve ser feita segundo a abordagem ABCDE. Numa breve abordagem, importa revelar que a avaliação da Via Aérea (A) passa por considerar, antes de mais, a obstrução da via aérea como uma emergência e, por isso, a primeira intervenção dos profissionais deve passar pela procura de sinais de obstrução da via aérea, trata-la como uma emergência médica e administrar oxigénio em alta concentração. No que respeita à Respiração (B) importa diagnosticar e intervir imediatamente nas situações potencialmente fatais. Assim, sistematicamente, começar por ver, ouvir e sentir sinais de dificuldade respiratória, avaliar a frequência e padrão respiratório da pessoa, observar possíveis deformidades torácicas, percutir o tórax, auscultar, verificar a posição da traqueia na fúrcula supra-esternal e palpar a parede torácica. O tratamento de todas as pessoas em situação crítica com patologia respiratória associada passa pela administração de oxigenoterapia, titulada de acordo com a sua patologia prévia. No que respeita à Circulação (C), deve considerar-se a hipovolémia como a principal causa de choque, quer em emergências médicas como cirúrgicas. A observação da cor e temperatura das extremidades dos membros, a avaliação do tempo de preenchimento capilar, estado das veias, o pulso (periférico ou central), a pressão arterial, a auscultação cardíaca, avaliação do estado de consciência e a avaliação do débito urinário, são intervenções fundamentais neste momento de abordagem à pessoa em situação crítica. É ainda fundamental, procurar hemorragias externas ou evidências de prováveis hemorragias internas e a intervenção precoce passa pela substituição de fluidos, controlo de hemorragia e restauração da perfusão tecidual. Importa realçar que se se tratar de uma pessoa com dor torácica associada deve ser realizado electrocardiograma e administrar terapêutica para a situação clínica em questão, síndrome coronário agudo. No que respeita à disfunção neurológica (D), as causas mais frequentes de alteração do estado de consciência são a hipoperfusão cerebral, hipóxia, a hipercapnia e a administração recente de sedativos ou analgésicos. Nesta altura da abordagem à pessoa em situação crítica deve rever-se prioritariamente, o ABC. Examinar as pupilas quanto ao tamanho, simetria e reação à luz, examinar o registo posológico da pessoa e se apropriado administrar terapêutica com efeito antagonista, avaliar o nível de consciência segundo escalas validadas, avaliar a glicemia e atuar em conformidade com os valores que apresenta,

despistar perturbações electrolíticas ou doenças metabólicas de acordo com os exames complementares realizados até ao momento e identificar défices neurológicos. Para examinar a pessoa é necessário expô-la – Exposição (E) – respeitando a dignidade do mesmo e tendo em conta o controlo da temperatura.

BOERING (2007), acrescenta a nomenclatura para ABCDEFGHI e neste seguimento, considera que neste momento é fundamental reavaliar e interpretar todos os sinais avaliados nesta pessoa em situação crítica, em particular, os sinais vitais que devem estar em monitorização contínua. Defende ainda que deve ser facilitada a presença da família, sempre que possível. O enfermeiro desempenha aqui um papel preponderante na medida em que é prestador de cuidados não só à pessoa em situação crítica como também à sua família, fato este decorrente da sua presença permanente junto dos mesmos (MANUEL, SOLBERG e MACDONALD, 2010). Devem ser promovidas medidas de conforto (G – *Give Comfort measures*), cujas intervenções passam pela avaliação da dor utilizando escalas validadas, a explicação de todos os procedimentos com voz calma e suave, adotar medidas de conforto não farmacológicas e administrar terapêutica analgésica segundo prescrição. É fundamental conhecer a história (H) desta pessoa, especificamente antecedentes pessoais de doença, estilos de vida anteriores, dependência prévia e terapêutica em ambulatório. Para além disto o H refere-se também à avaliação céfalo-caudal (*Head to Toe assessment*), ou seja, ao exame objectivo de forma sistematizada. Por fim, o I (Inspeção da face posterior) está intimamente relacionada com o E (Exposição) e diz respeito à necessidade de mobilizar a pessoa para avaliação integral da superfície corporal.

Segundo MASSADA (2002), na sua publicação relativa à organização das equipas de emergência nesta instituição hospitalar portuguesa, existem axiomas fundamentais que não podem ser descurados, designadamente, usar sempre protecção individual, preparar atempadamente as SE para início de uma ressuscitação; tornar material de emergência bem visível, rotulado e de fácil acesso; protocolar os procedimentos e preparar o material para uso imediato. Para além disto, o número de pessoas na sala deve estar restrito às necessárias; o trabalho é feito em equipa, num espírito de coesão e linguagem comum, cada qual sabendo o seu papel e as suas responsabilidades sob a coordenação dum elemento previamente conhecido; a atuação de cada um deve ser precisa e objectiva; a

comunicação entre as pessoas deve ser clara, usando o nome próprio a quem se dirige; o elemento que recebe uma orientação ou um pedido, deve fazer entender que tomou conhecimento dos mesmos e após efetuá-lo deve comunicar a execução do mesmo. Durante a fase de ressuscitação deve-se restringir ao mínimo a comunicação verbal, é importante olhar para o relógio e em situação de mais do que um doente, dedicar-se apenas a um e pedir ajuda para os outros. Afirma, ainda, que sempre que existam lesões externas, é fundamental que fiquem documentadas e registadas com a máquina fotográfica.

Na realidade deste serviço, descrita por MASSADA (2002), as Salas de Emergência contam com dois enfermeiros nelas escalados, à semelhança do que acontece no SU onde realizámos os estágios, conforme descrito à frente. O primeiro enfermeiro, preconiza-se que tenha formação em SAV e/ou em Trauma e seja conhecedor e aderente às orientações clínicas e operacionais da Sala de Emergência e do Grupo de Trauma, naquele caso, do seu hospital. Assim sendo é responsável pela preparação da sala para ressuscitação, coopera na passagem do doente da maca de transporte para a maca da sala, assiste o médico no controlo da via aérea e na ventilação, executa a entubação naso ou orogástrica e coopera na avaliação primária e secundária do doente. Para além disto, supervisiona a rápida admissão do doente, recolhe a informação relevante relativamente ao acontecimento e história clínica do doente e controla o número de pessoas na sala. É responsável pela comunicação, transporte rápido de exames e pedidos dos mesmos, bem como dos seus resultados e, em última instância, prepara o doente para a transferência da sala, bem como do seu transporte.

O plano de ação do segundo enfermeiro é idêntico nas duas primeiras funções acima descritas ao do primeiro enfermeiro. Além da colaboração nestas funções, é responsável por monitorizar o doente (electrocardiograma (ECG), Frequência Cardíaca (FC), Temperatura (T), Dor e saturação de oxigénio (SatO₂), proceder à algaliação quando determinada, executar acessos venosos, recolha de análises e iniciar ressuscitação hídrica segundo orientações clínicas. Assiste, ainda, o coordenador da equipa de trauma na execução de procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos e colabora com o médico anestesista presente no registo clínico da SE (MASSADA,2002).

Os mesmos autores, referem na mesma publicação, que sempre que necessário existe a possibilidade de reforço de um terceiro enfermeiro, além do apoio de um Assistente Operacional (AO).

No plano institucional onde se realizaram os estágios, descrito no capítulo à frente, o atual contexto de acreditação do SUG para a qualidade, obriga a considerar este problema como uma prioridade em termos de normalização. O documento de enquadramento geral do programa de acreditação da instituição contempla a normalização da atuação nas SE como uma área a inscrever, razão pela qual considerámos este projeto como um eixo a desenvolver. [CASPE HEALTHCARE KNOWLEDGE SYSTEM (CHKS), 2010].

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ESTÁGIOS

Os Estágios I e II, foram realizados no nosso contexto profissional, no SUG de um Centro Hospitalar localizado na Grande Lisboa, adiante designado como Centro Hospitalar de Lisboa (CHL) com um total de 594 horas, nos quais foi desenvolvido um PIS intitulado “Organização da Equipa de Enfermagem nas Salas de Emergência”. O Estágio III, correspondeu a um estágio de adequação, com um total de 81 horas onde se refletiram as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, adiante apresentadas no capítulo 4. Para melhor contextualização, apresenta-se, em seguida uma breve caracterização do serviço onde foi desenvolvido o PIS, correspondendo o mesmo à unidade onde exercemos funções atualmente e que nos permitirá avaliar o realizado.

2.1. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA

O SUG do CHL, corresponde, conforme previsto no Despacho nº 18/ 459 de 30 de Julho de 2006, a um Serviço de Urgência Polivalente que proporciona o nível mais diferenciado de resposta a situações de urgência e emergência.

O encerramento de um SU de um dos atuais hospitais que constituem o CHL conduziu a uma reorganização na área de influência do SUG do CHL e por conseguinte que o movimento assistencial neste serviço seja hoje muito elevado. Sabe-se que no período referente ao primeiro semestre de 2012, foram admitidas aproximadamente 80 800 pessoas¹ naquela unidade de urgência.

O SUG do CHL foi alvo de total remodelação em 2007 com vista à implementação do Sistema de Triagem de *Manchester*², e traduz-se hoje num serviço moderno, organizado, física e estruturalmente, e com um circuito interno bem definido. A caracterização abaixo

¹ Dados disponíveis na Intranet do CHL, com dados atualizados em Julho de 2012 [Consultado a 2.Outubro.2012].

² O Sistema de Triagem de *Manchester* inclui uma categorização das pessoas que recorrem às unidades de urgência hospitalar, atribuindo a cada uma cor diferente, de acordo com a sua sintomatologia e a possibilidade de espera pelo atendimento. A cor vermelha corresponde ao risco mais elevado, que implica atendimento imediato (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002)

descrita é sustentada pela nossa observação e vivência diárias, enquanto enfermeiros deste serviço, visto que a mesma não se encontra oficialmente documentada.

Situado no piso 0, o SUG, apresenta acesso fácil a locais de apoio, tais como laboratório, serviço de imagiologia e outros e a admissão de doentes é feita segundo circuito próprio e definido internamente. Em termos gerais, é constituído por duas áreas principais: Ambulatório e Unidade de Observação (UO). A área de ambulatório integra os Balcões Gerais de Atendimento das diferentes especialidades médicas, classificados com as prioridades 2, 3, 4 e 5 (Laranja, Amarelo, Verde e Azul, respetivamente) onde são observadas as pessoas encaminhados da Sala de Triagem. Desde Dezembro de 2011 (com o encerramento de um dos SU do grupo), o SUG integra também a valência de Psiquiatria (que se constitui de unidade de ambulatório e uma unidade de observação, esta última localizada no Piso 3 do hospital). A UO é constituída por uma sala de isolamento, cinco salas de observação, com as necessárias condições de monitorização e vigilância intensivas de pessoas em situação crítica e quatro Salas de Emergência, numa capacidade total para 27 doentes. Nas duas primeiras, as pessoas estão internadas por um curto período que se pretende que seja até um máximo de 24 horas e nas segundas preconiza-se o atendimento emergente, não sendo possível, por isso, prever o tempo que nelas se mantêm.

2.1.1 CARACTERIZAÇÃO DAS SALAS DE EMERGÊNCIA DO SUG DO CHL

No SUG do CHL existem quatro SE, duas de Emergência Médica (SEM) e duas de Emergência Cirúrgica (SEC), estas últimas também conhecidas por *Trauma Room*. Localizadas dentro da UO do SUG, as SE, encontram-se longe das áreas de circuito internas e são acessíveis à entrada direta de doentes vindos do exterior.

Cada uma destas salas é constituída por uma unidade para a receção de pessoas em situação crítica, dispendo de equipamentos sofisticados de monitorização invasiva e não invasiva, ventiladores multimodais, desfibrilhadores, terapêutica e materiais afins. Duas das SE apresentam características que as permitem funcionar como salas de Bloco Operatório e as SEC estão, ainda, equipadas com aparelhos de Imagiologia que permitem a realização de exames de imagem na própria sala.

São encaminhados para as SE, segundo critérios definidos internamente, pessoas em risco imediato de vida, pessoas às quais foi atribuída prioridade vermelha (emergente), doentes politraumatizados e pessoas com *Score* de *Glasgow* inferior a 9. Estas podem ser oriundas do exterior, trazidas pelos meios da emergência pré - hospitalar ou de outras unidades hospitalares com serviços de urgência menos diferenciados que não disponham de recursos ou especialidades necessárias ao tratamento definitivo da pessoa em situação crítica. Recebe ainda pessoas dentro das outras unidades do SUG que apresentem deterioração do seu estado clínico.

2.1.2. CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SUG DO CHL

A equipa de Enfermagem do SUG sofreu várias alterações desde a data de realização dos estágios até à data atual que importam referir.

À data de realização dos Estágios I e II, a equipa de Enfermagem do SUG do CHL era constituída por 97 enfermeiros, dos quais, uma Enfermeira – Chefe do Serviço, sete elementos em horário fixo (dos quais quatro adstritos à área da gestão) e os restantes 90 enfermeiros, divididos em cinco equipas, em horário rotativo, na prestação direta de cuidados. Destes, apenas dois eram enfermeiros especialistas, com a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Aquando do Estágio III (no âmbito do CPLEE) era composta por 105 enfermeiros, dos quais 15 enfermeiros especialistas, num total de 10 especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. À data de 1 de Outubro de 2012 mantinha-se o número total de 105 enfermeiros, apesar de não corresponderem às mesmas pessoas contabilizadas no Estágio III, por mobilidade dos elementos. Destes contam-se uma nova Enfermeira Chefe, 8 enfermeiros em horário fixo e um total de 12 enfermeiros especialistas, dos quais 8 especialistas em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Importa referir, e numa visão de futuros Mestres, a diminuição do número de enfermeiros especialistas no SUG neste período temporal. Sendo os enfermeiros especialistas profissionais com “níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num campo particular de intervenção” como é um SU Polivalente, é fundamental a sua existência em maior número, nos vários domínios das suas responsabilidades (OE, 2011a:8648). O rácio atual é de aproximadamente 2 enfermeiros especialistas por cada

equipa de 18 elementos, que consideramos um número bastante reduzido, tendo em conta as características do serviço.

Cada uma das equipas é chefiada por um elemento (chefe de equipa), sendo que os primeiros quatro elementos de cada equipa são considerados elementos de referência, podendo chefiar a equipa em caso de ausência do primeiro. Tal como defendem vários autores, é difícil definir um tipo de liderança efetivo num serviço com tão grandes dimensões, pois não existe nenhum estilo de liderança único e válido para todas as situações (FACHADA, 2010). Nas SE especificamente, tanto os estilos de liderança situacional como transformacional são essenciais para uma liderança eficaz neste mundo, muitas vezes caótico e carregado de elevado stresse (GRIMM, 2010). Isto acontece porque na atuação nas SE, as equipas diferem muito entre si e as situações são muito díspares.

Deste modo, e porque as chefias formais (diretor clínico e enfermeira chefe) não atuam diretamente nas mesmas, não é identificável um perfil de líder único que exerça a liderança em toda a equipa multiprofissional que ali presta cuidados. O mesmo autor defende que os líderes nestes tipos de departamento devem ser flexíveis na escolha do estilo de liderança com vista ao sucesso da missão. No SUG, e como defende GRIMM (2010), diferentes situações pressupõem estilos diferentes onde muitas vezes é necessário exercer uma liderança autocrática sobre a equipa de enfermagem, provavelmente relacionada com o facto de se tratar de uma equipa jovem e numerosa (com uma média de idades à data de 1 Outubro de 2012, de 31,75 anos). A equipa de enfermagem é agora chefiada por um novo elemento, o que poderá implicar mudanças no estilo de liderança, ainda não passíveis de caracterização, dado o curto período em que se encontra nestas funções.

Cada um dos enfermeiros da equipa está escalado em diferentes setores dentro do SUG, sendo que o método de prestação de cuidados é, na globalidade, o método de trabalho individual. No entanto nos balcões e nas SE utiliza-se o método de trabalho em equipa.

Assim, são escalados da seguinte forma: Triagem (1 ou 2 elementos, consoante o turno); Balcão Verdes e Azuis (1 ou 2 elementos); Pequena Cirurgia (1 elemento); Balcão Laranjas e Amarelos (2 / 3 elementos); 1 enfermeiro em cada uma das 5 salas da UO; 1 enfermeiro em cada Sala de Emergência, sendo que o elemento escalado para a segunda

SEC é também responsável pela Sala de Isolamento e o primeiro elemento escalado na SEM é o enfermeiro chefe de equipa. Deste modo, regra geral, no turno da manhã (8h – 16h30min) estão escalados 18/17 enfermeiros, no Turno da Tarde (16h-23h30min) 17 enfermeiros e no da noite (23h – 8h30min) 14 ou 15 enfermeiros.

Encontra-se estabelecido que o período mínimo de tempo de exercício profissional no SUG exigido para se iniciar o processo de integração nas SE, é de 12 a 18 meses, sendo que atualmente, e dada a mudança recente de elementos, existem onze enfermeiros que ainda não iniciaram esta integração.

A equipa que atua nas SE é multiprofissional. Acorrem às SEM, médicos especialistas de Medicina Interna e, às SEC médicos especialistas de Cirurgia Geral e eventualmente de outras especialidades cirúrgicas (de acordo com situação clínica específica), e ainda especialistas em Anestesiologia. Um assistente operacional dá apoio às quatro salas e técnicos de cardiopneumologia e radiologia são chamados às SE sempre que necessária a realização de algum exame complementar de diagnóstico e terapêutica. Completam a equipa quatro enfermeiros, num rácio de um enfermeiro por SE, não obstante a colaboração de outros enfermeiros sempre que a situação da pessoa ali admitida o exija. Assim, existem dois enfermeiros para as SEM e dois para as SEC, respetivamente, tendo sido este o rácio considerado para a elaboração do PIS.

Nas SE preconiza-se a implementação da filosofia do trabalho em equipa, visto dizer respeito ao trabalho de um grupo conduzido por um líder. De acordo com PARREIRA (2005), esta filosofia realça o facto de todos os elementos da equipa conhecerem as necessidades e/ou problemas do utente, contribuindo de forma particular para o bem-estar deste.

Neste SUG não existe um regulamento específico acerca da atuação nas SE nem um documento padronizado com normas e/ ou protocolos de atuação com as funções do enfermeiro na Sala de Emergência, o que motivou a realização do nosso PIS, abaixo descrito.

3. SÍNTESE DA METODOLOGIA DO PIS

O Projeto de Intervenção no Serviço foi realizado no âmbito dos Estágios I e II no decorrer da 2ª PG em Enfermagem Médico-Cirúrgica no ano letivo 2008-2009 na ESS/IPS. Utilizando a metodologia de trabalho de projeto, o PIS foi desenvolvido em duas fases. No 1º semestre (Estágio I) foram desenvolvidos o diagnóstico de situação e o planeamento do projeto. No 2º período letivo decorreram as fases de execução, avaliação e divulgação do mesmo em contexto do Estágio II, ambos realizados no serviço supracitado. No âmbito do 2º Curso de Mestrado elaborou-se um artigo científico acerca do PIS que sintetiza cada uma das etapas neste ponto descritas (Apêndice 1).

3.1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Identificámos como problema alvo de intervenção, a inexistência de um guia de atuação padronizado para a prestação de cuidados de enfermagem nas SE do SUG do CHL. Tal facto pode ter implicações a diferentes níveis: para a pessoa enquanto utente, relacionado com a segurança e qualidade dos cuidados; para os profissionais do serviço, pela exigência em lidar com a complexidade das situações de emergência e pela acumulação e não clarificação de funções, diretamente relacionadas com (in) satisfação profissional; e também para a própria instituição, pelo eventual comprometimento da qualidade assistencial e pelos custos associados a uma prática não normalizada.

O diagnóstico de situação resultou da observação direta enquanto enfermeiros prestadores de cuidados de enfermagem nas SE deste SUG e através da realização de uma entrevista não estruturada de carácter exploratório com a Sra. Enfermeira-Chefe e com alguns elementos de referência do serviço. Destes destacam-se, os enfermeiros da área da gestão que estiveram intimamente envolvidos na remodelação do SUG e especificamente das SE, em 2007.

Todos sustentaram a problemática como real e o projeto como necessário e potenciador de uma reflexão individual da *praxis* e de uma melhor atuação *in loco*, permitindo-nos, deste modo, recolher os dados que consideramos necessários para o diagnóstico inicial.

Os instrumentos utilizados para o diagnóstico de situação foram a observação direta e a realização de entrevista, sendo que a observação está sempre implícita à utilização dos meios de análise de situação (RUIVO, FERRITO e NUNES, 2010). Hoje e, com os conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular (UC) Gestão de Processos e Recursos, utilizaríamos outras ferramentas de diagnóstico que melhor o fundamentassem, em particular no que diz respeito às estratégias de melhoria contínua da qualidade. Assim, e tomando por base o anteriormente descrito, utilizaríamos como instrumentos de diagnóstico, a *Stream Analysis*. Escolheríamos este instrumento de diagnóstico uma vez que se trata de um método de análise cujo objetivo fulcral passa por conduzir à mudança planeada na organização e porque defende que o desempenho organizacional resulta da interação complexa entre diversos componentes da organização (PORRAS, 2002). É ainda considerada pelo mesmo autor como o método de gestão mais eficiente para o diagnóstico de situação em enfermagem. Além desta, e para complementaridade da entrevista realizada, optaríamos por realizar uma análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) com vista à análise das diversas variáveis que poderiam influenciar o nosso projeto (RUIVO, FERRITO e NUNES, 2010).

3.2. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A revisão bibliográfica apresentada no capítulo 1, levou-nos a considerar o problema organizacional identificado, a par com a justificação diagnóstica utilizada através da aplicação dos instrumentos acima descritos, na medida em que surge referido como uma problemática inerente à atuação na emergência hospitalar. Deste modo, a criação de um guia de atuação da Equipa de Enfermagem nas SE, inovador na organização, possibilitará uma clarificação da intervenção de cada enfermeiro. Deste modo aspirámos contribuir para a qualidade pretendida na gestão dos cuidados e nos indicadores de qualidade relativos ao atendimento de emergência.

Existem alguns dados referentes ao SUG, já posteriores à realização do PIS que achamos pertinentes apresentar agora pois são fundamentais na justificação da problemática

escolhida. Considerando os dados disponíveis pelo Grupo de Trabalho em Emergência deste SUG (dados não publicados), verificamos que nas SE, foram admitidas 3013 pessoas no período de 1 de Março a 31 de Dezembro de 2010. Destas, 1197 (39,73%) foram admitidas nas SEC (situação de trauma) e 1816 (60,27%) nas SEM (situação do foro médico). A média diária foi de 9,8 pessoas admitidas nas SE. O número de mortes neste período nas SE foi de 59 pessoas, das quais, 81% (48) ocorreram nas SEM e 18.6% (11) nas SEC. Relativamente ao destino das pessoas admitidas nas SE para Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) temos um total de 341 pessoas, correspondendo a 11.3% do total de admitidos.

Deste modo, justificamos a problemática, ao constatar que nestas SE, que atendem uma média aproximada de 10 pessoas em cada 24 horas, não existe qualquer norma de procedimentos ou protocolo organizacional que normalize a atuação perante estas pessoas em risco eminente de vida.

3.3. OBJETIVOS DO PROJETO

Após a clarificação do problema organizacional formulámos os objetivos, que orientaram o projeto nas suas diferentes fases.

O objetivo geral do Projeto passou por:

- Elaborar um guia de atuação da Equipa de Enfermagem nas Salas de Emergência.

Por sua vez, como objetivos específicos definimos cinco, de acordo com as fases em que decorreu o projeto. São eles:

1. Realizar pesquisa bibliográfica acerca da temática do PIS
2. Observar momentos de atuação da equipa de enfermagem em situações de emergência nas SE do SUG do CHL;
3. Elaborar uma guia de atuação da Equipa de Enfermagem nas Salas de Emergência do SUG do CHL, sustentado pela observação e pela revisão da literatura;
4. Validar e implementar o guia de atuação;
5. Avaliar, sistemática e periodicamente, a viabilidade do projeto implementado.

3.4. ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Para a consecução do PIS, preconizámos a utilização de diversos recursos que se encontram, neste sub-capítulo, descritos. O presente projeto foi implementado num espaço físico específico dentro do SUG do CHL: as Salas de Emergência.

A população – alvo deste estudo foi constituída pelos Enfermeiros do SUG do CHL. A amostra foi, por sua vez, constituída pelos enfermeiros do SUG do CHL adstritos à prestação de cuidados que cumprissem os seguintes critérios de inclusão: integração nas SE e nelas exercer funções. Como critérios de exclusão da amostra contaram-se os elementos que elaboraram o projeto em questão e neste caso, a amostra foi constituída por um total de 93 enfermeiros.

As estratégias que escolhemos para as diversas fases de implementação da intervenção, pretenderam assim afirmar-se como resposta às dificuldades que pudemos antever, no sentido de permitir a efetiva concretização dos objetivos definidos.

Assim, uma das estratégias foi o **envolvimento dos líderes e peritos na área da emergência em todas as fases do projeto**. Como aconteceu na fase de diagnóstico em que envolvemos a Sra. Enfermeira-chefe e os enfermeiros da área da gestão, consideramos que o envolvimento em todas as restantes etapas representou uma forma facilitadora do resultado positivo da intervenção. Para tal, fornecemos informação de forma continuada sobre todo o desenrolar do processo, através de reuniões com os mesmos. Aspeto especial deste envolvimento foi a validação final do guia, conferindo assim o necessário valor institucional deste documento.

O **envolvimento da equipa de enfermagem** nos momentos de observação, constituiu um meio fundamental para ultrapassar uma eventual resistência à mudança e para permitir uma apropriação individual do guia quando chamados a utilizá-lo no seu dia-a-dia profissional. Havendo uma participação no processo, será mais fácil a motivação para as novas práticas e uma maior satisfação pelo sucesso que se pretende alcançar.

A **validação do guia de atuação por um painel de peritos** constituiu também uma estratégia que considerámos necessária para que este se revele adequado. Deste modo, pretendemos que a validação por peritos (enfermeiros) no domínio da atuação de emergência, permita uma real adequação do trabalho produzido e aos dados da evidência e confira a necessária componente científica. Esta validação tornará mais sólida a intervenção e facilitará o trabalho dos líderes na gestão desta mudança organizacional.

Consideramos que a **avaliação e divulgação dos resultados** finais da intervenção, se reveste de extrema importância como forma de tornar público o trabalho desenvolvido e desse modo contribuir para a satisfação profissional dos envolvidos. Os responsáveis pela implementação do projeto, assumirão também a avaliação dos indicadores definidos.

Apresentam-se, agora, as fases em que decorreu o projeto, conforme cronograma planeado (Apêndice 2). Descrevem-se as atividades desenvolvidas, com fundamentação das escolhas bem como a discussão dos resultados. Optámos por agrupar a apresentação e discussão dos resultados neste sub-capítulo, de forma a enquadrá-los mais facilmente e de forma repartida, em cada uma das fases desenvolvidas.

1) Realizar pesquisa bibliográfica acerca da temática do PIS;

Esta primeira fase do projeto correspondeu à pesquisa realizada para fundamentação teórica da temática escolhida que se encontra descrita no capítulo 1 do presente relatório. Esta pesquisa bibliográfica permitiu-nos não só justificar a problemática do PIS como serviu de ponto de partida para a execução do mesmo. No âmbito do 2º Curso de Mestrado procedemos à actualização desta pesquisa através de uma revisão bibliográfica que nos possibilitou actualizar os dados com fontes mais recentes e realizar um artigo científico (Apêndice 1) onde apresentamos o PIS desenvolvido.

2) Observação não participante da atuação da equipa de enfermagem nas Salas de Emergência, utilizando como comparação uma *check-list* inicial (*check list 1*);

Nesta fase procedemos à observação não participante da atuação da equipa de enfermagem na sala de emergência, sendo que não fomos membros do grupo observado aquando desta colheita de dados, como defende FORTIN (2009).

Foram observados vinte momentos de atuação da equipa de enfermagem nas SE, distribuídos equitativamente em dez nas, anteriormente designadas, SEM e SEC. A observação foi realizada desde a admissão da pessoa até à sua estabilização clínica e em alguns casos, até à conseqüente saída da sala para outro destino. Cada momento de observação durou, em média, 30 minutos e decorreu no período compreendido entre 19 e 31 de maio de 2009.

A observação foi transversal à atuação de elementos pertencentes às cinco equipas do SUG, sendo que não foi possível contemplar toda a amostra, visto que alguns elementos se encontravam de licença e ainda por constrangimentos por escala de serviço.

A maioria dos momentos de observação ocorreu no turno da noite (23h – 8h30min), uma vez que, sendo os observadores elementos fora da amostra e tendo em conta que o estágio foi realizado em contexto de serviço, estes elevaram-se como os períodos mais propícios à observação.

Utilizámos como meio de comparação, uma *check-list* (Apêndice 3) elaborada no 1º semestre da PG, designada como *check list 1*, baseada nas normas de orientação clínica descritas na bibliografia nacional e internacional consultada e que se baseia concretamente numa norma de um serviço de urgência português de idênticas características, conforme descrito no enquadramento do projecto apresentado no capítulo 1.

3) Atualização da *check-list 1*, de acordo com a realidade observada e a bibliografia consultada

Nesta fase procedemos à atualização da *check-list 1*, adaptada à realidade observada, e descritiva de todas as responsabilidades de cada um dos enfermeiros escalados nas SE, agora designada como *check-list 2* (Apêndice 4), Esta fase consistiu na reformulação da

check-list 1 de acordo com os resultados obtidos pela aplicação do instrumento de colheita de dados seleccionado e decorreu no período de 1 a 6 de junho de 2009.

A observação dos momentos de atuação conduziu a alterações da *check-list 1* no que diz respeito à sua própria organização, tendo-se procedido a alterações na ordem das responsabilidades dos enfermeiros escalados bem como à introdução de outras habilidades. De forma a tornar a *check-list 2* de fácil leitura e apresentação mais atrativa, optou-se por agrupar nas mesmas linhas, as responsabilidades comuns dos enfermeiros 1 e 2. Com o mesmo intuito, dividiu-se esta *check-list 2* em duas partes principais, uma primeira respeitante à organização das SE e uma segunda respeitante à abordagem à pessoa em situação crítica admitida nas mesmas.

Tendo em conta, a existência de uma folha de “Procedimentos de verificação da funcionalidade das Salas de Emergência” em vigor no serviço, adequou-se a utilização da mesma, integrando-a como uma das responsabilidades dos enfermeiros escalados nas SE e deste modo, não ficaram discriminadas cada uma das etapas já incluídas nesta.

A *check-list 2*, foi realizada tomando por base os sete passos de ordem de prioridades envolvidas na avaliação primária ao doente (A, B, C, D, E, F, G, H, I) conforme descrito no enquadramento teórico/ concetual do projeto.

O facto de se contar com dois enfermeiros escalados nas SE (atente-se que cada SE tem duas unidades distintas), permite realizar ao mesmo tempo, alguns destes passos. Nesta linha de pensamento, optámos por referenciar a exposição do doente (E - Exposição) na abordagem inicial à pessoa, visto que constatámos, na fase de observação, a sua consecução fácil aquando da transferência da pessoa para a maca na SE. No entanto, defendemos como prudente o seguimento dos passos anteriormente descritos.

Introduziram-se, ainda, outras responsabilidades às descritas na *check-list 1*. Realça-se a triagem da pessoa que não constava na primeira. Foi colocada na fase inicial da abordagem, visto que só após a realização da mesma é possível identificar a pessoa com a pulseira correspondente à prioridade atribuída, realizar notas de evolução³, proceder ao

³ As notas de evolução são realizadas no software informático existente (HCIS MB® – Healthcare Information Systems®).

pedido de ECDDT (Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica) e prescrever/ registrar a administração de terapêutica, no sistema de informático existente.

A presença de um enfermeiro na cabina de radiologia do *Trauma Room* aquando da realização de exames de imagem imprime-se como fundamental para a supervisão da pessoa e para a manipulação de equipamentos, designadamente do ventilador e monitor. Encontra-se definido no SUG que o enfermeiro escalado de Pequena Cirurgia é o responsável pelo transporte de doentes aos respetivos serviços e/ ou realização de ECDDT. No entanto, constatou-se que grande parte das vezes (e tendo em conta o conhecimento sobre o estado/ evolução clínicos da pessoa) é o enfermeiro das SE que realiza este acompanhamento. Os critérios de acompanhamento e transporte em situação crítica no SUG são definidos de acordo com as “Recomendações de Transporte de doentes Críticos” da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2008). Posto isto, acrescentou-se esta responsabilidade na *check-list 2*.

4) Validação da *check-list 2* utilizando um painel de peritos;

Segundo FORTIN (2009), validade corresponde ao grau de precisão com o qual o conceito é representado por enunciados particulares num instrumento de medida (observação, no caso deste projeto de intervenção). Para avaliar a validade de conteúdo de um instrumento de medida, recorre-se com frequência à ajuda de peritos (FORTIN, 2009) para que estes opinem sobre quanto um aspeto é mais pertinente ou relevante que outro (GALDEANO e ROSSI, 2006).

Segundo GALDEANO e ROSSI (2006), enfermeiro *expert* (considere-se *expert* como perito) é aquele que possui grande conhecimento e habilidade baseada em estudos e na experiência clínica. Para BENNER (2005), o estadió de enfermeiro perito é a última fase de desenvolvimento segundo o modelo *Dreyfus*, onde este já não se apoia sobre um princípio analítico, uma vez que age a partir de uma compreensão profunda da situação global. É fácil reconhecer um enfermeiro como perito, uma vez que a vasta experiência que apresenta permite-lhe adequar opiniões clínicas ou gerar situações complexas de uma forma admirável e brilhante.

Assim sendo, optámos por contemplar no PIS procedimentos de validação da *check-list* 2 tendo-se recorrido, de forma rigorosa e responsável, à seleção dos peritos, dentro do SUG.

O painel de peritos selecionado para proceder à validação foi constituído pelos Enfermeiros Chefes de Equipa, os Enfermeiros que os substituem aquando da sua ausência (designados habitualmente por “Enfermeiro 2º Elemento da Equipa”) e os Enfermeiros fora de escala com acumulam funções na área da gestão do serviço. Como critério utilizou-se também ser prestador de cuidados nas SE, o que neste caso excluiu a Sra. Enfermeira Chefe, sendo que representou um elemento chave na elaboração final do projeto.

Deste modo, no SUG do CHL encontra-se definido, segundo indicações da Sra. Enfermeira Chefe, que os Enfermeiros Chefes de Equipa estão sempre escalados nas SE. Os mesmos são co-adjutores na avaliação de desempenho dos vários elementos das suas equipas, são responsáveis pela gestão dos cuidados de enfermagem dos mesmos e deste modo, devem conhecer o que é exetável da atuação de cada um dos “seus” elementos nas SE e assim, garantir a boa prática no exercício da profissão.

A escolha dos enfermeiros com horário fixo que cumulativamente exercem funções de gestão no serviço foi feita já que os mesmos foram os responsáveis pela organização e gestão das SE, nomeadamente dos equipamentos e outros recursos materiais lá existentes. Segundo indicação da Sra. Enfermeira Chefe, em regulamento interno, estes enfermeiros quando escalados na prestação direta de cuidados, devem ficar escalados nas SE, o que veio confirmar a escolha destes profissionais para a validação desta *check-list*.

Analisada a amostra de enfermeiros peritos selecionada, torna-se importante realçar como características relevantes dos mesmos: a capacidade de categorizarem problemas com um alto nível de teorização e aplicarem melhor os seus conhecimentos na prática, terem consciência daquilo que sabem e do que não se sabe, serem flexíveis, terem especificidade, capacidade para contextualização e fazer generalizações, atributos designados por Fox Young (1995) citados por GALDEANO e ROSSI (2006).

No total foram selecionados 14 peritos. Por indisponibilidade dos mesmos, dada a rotatividade de turnos de alguns, não foi possível realizar uma reunião única que contasse

com a presença de todos. Realizaram-se, três reuniões, no total, com os peritos selecionados nos dias 8, 11 e 16 de junho de 2009, com a presença de cinco nas duas primeiras reuniões e quatro na última.

As reuniões foram devidamente planeadas (Apêndice 5) e nas mesmas realizaram-se questões intercaladas aos peritos com o objetivo de recolher a opinião dos mesmos relativamente ao apresentado. Discutiram-se formas de organização e apresentação da mesma e foram explanadas as razões das escolhas e fundamentadas algumas responsabilidades que nela constam. Todos os peritos, nas diferentes reuniões, concordaram unanimemente, com os passos descritos na *check-list* 2. Salientaram apenas que a mesma conquistaria melhor atenção por parte dos elementos se apresentada numa só folha, tendo-se procedido a essa alteração, conforme descrito à frente.

5) Apresentação da *check-list* 3 / guia de atuação validado à Equipa de Enfermagem do SUG;

Foi nesta fase, decorrida no período compreendido entre 22 a 30 junho de 2009, que se iniciou o processo de implementação do guia de atuação.

Após validação final pela Sra. Enfermeira Chefe, optámos por, numa fase inicial, disponibilizar a *check-list* validada, adiante designada como guia de atuação, aos enfermeiros chefes de equipa, solicitando a colaboração dos mesmos para a apresentarem aos elementos das suas equipas, mobilizando-os em torno da mesma.

Procedemos, posteriormente, à colocação de um exemplar do guia de atuação (Apêndice 6) em cada uma das pastas das equipas, visto serem utilizadas diariamente. Note-se que cada equipa tem uma pasta correspondente, onde constam além da escala semanal dos postos de trabalho, as folhas de ponto de cada elemento.

6) Afixação do guia de atuação, em forma de poster, em cada uma das SE.

A última atividade do projeto passaria pela divulgação do guia de atuação, através da afixação, em forma de poster, em cada uma das SE. Por constrangimentos vários,

designadamente tempo de execução, esta última actividade do PIS não foi concluída, embora estivesse projetada acontecer na semana de 6 a 10 de julho de 2009.

3.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para cumprimento dos procedimentos formais e éticos, explicámos a todos os elementos sujeitos a observação, o projeto que se encontrava em estudo e o instrumento de observação a utilizar, sendo que todos os elementos consentiram e participaram livremente no mesmo.

Realizámos um pedido de autorização por carta, à Sra. Enfermeira Diretora do CHL enviado no dia 6 de maio de 2009, onde explicitámos os objetivos do projeto e um breve resumo da metodologia escolhida. O pedido de autorização passou, em primeira instância, pela Sra. Enfermeira – Chefe do SUG do CHL, pelo Sr. Enfermeiro Supervisor, responsável pela área de Urgência e Cuidados Intensivos e pela Sra. Enfermeira Diretora, vindo diferido a 19 de maio de 2009.

3.6. AVALIAÇÃO DO PIS

Após elaboração do PIS importa agora avaliar o que se projetou à data de realização do mesmo e o realizado até à presente data.

Durante o Estágio II não foi possível, devido ao curto período de estágio, proceder à avaliação do projeto. Ainda assim, e no âmbito do mesmo, perspectivámos realizar a avaliação do projeto a médio prazo, já que esta deve acontecer após um período de verificação de alterações de comportamento por parte da amostra.

Deste modo as estratégias de avaliação que projetámos no Estágio II foram uma primeira **avaliação pela amostra**, procedendo-se à colocação de um espaço aberto para sugestões nas pastas das equipas, onde cada enfermeiro pudesse registar críticas e sugerir alterações no mesmo. Esta avaliação permitiria realizar reavaliações periódicas, projetando-se a primeira avaliação ao fim de seis meses, visto ser uma altura inicial e, portanto, quando as pessoas são mais críticas e identificam mais facilmente fragilidades ou aspetos a corrigir.

Numa fase posterior, **a avaliação com os pares**, onde o que pretenderíamos seria, após o momento de avaliação inicial projetado para ao fim de seis meses, verificar as alterações de comportamento por parte da amostra, através da aplicação do guia de atuação e verificação de alterações comportamentais na atuação na SE.

Programámos reavaliações ao longo do tempo, designadamente, uma reavaliação ao fim de um ano e as posteriores reavaliações de dois em dois anos. Hoje reconhecemos que tais avaliações só seriam possíveis com indicadores expressos em percentagens concretas. Segundo a DGS (2003), a formulação de indicadores de avaliação depende de três fatores, designadamente, a variabilidade, a adequada delimitação, no que respeita ao tempo, espaço e população alvo e a fonte de informação e respetivo método de avaliação. Deste modo, definiríamos que ao fim de um ano, 50% da equipa adotasse alterações comportamentais na sua atuação nas SE de acordo com o guia realizado e que ao fim de dois anos, toda a equipa de enfermagem, isto é 100%, atuasse de acordo com o regulamentado. Isto implicaria uma apropriação do guia ao longo do tempo por todos os enfermeiros que atuam nas SE.

No entanto, por indicação da Sra. Enfermeira Chefe e dado um conjunto de fatores relacionados com a gestão do serviço que surgiram neste período, a implementação do projeto foi adiada e encontra-se, à data actual, em estudo pelo Grupo de Trabalho em Emergência.

Apesar da suspensão na implementação do mesmo, a realização do PIS produziu já alguns resultados. Como exemplo disso, criou-se em fevereiro de 2010, por indicação da chefia, um grupo de trabalho em emergência dentro do SUG, constituído por enfermeiros e do qual fomos convidados a fazer parte. A principal finalidade do mesmo passa por trabalhar todas as questões relacionadas com as SE e um dos objetivos consiste em implementar a “Via Verde de Trauma” (Circular Normativa Nº: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010) onde o PIS realizado será componente essencial. Existiram já algumas reuniões do grupo e perspectiva-se, a médio prazo, criar um grupo multiprofissional no SUG para a elaboração de um referencial de normas de atuação de toda a equipa multiprofissional nas SE.

O grupo de emergência já iniciou trabalhos e foi convidado a palestrar nas V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal, em Outubro de 2011, numa mesa intitulada “Via Verde Trauma” e nas I Jornadas de Enfermagem de Urgência do Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, em Abril de 2013, na mesa intitulada “Recepção ao doente crítico”. Além de dados estatísticos que caracterizam as SE dos SUG do CHL, apresentámos a atual metodologia de trabalho da equipa bem como os projetos que estão em fase de planeamento e execução, como é o caso do PIS.

4. REFLEXÃO CRÍTICA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA

As competências não se desenvolvem por acumulação de conhecimentos ou técnicas, mas sim através da reflexão crítica sobre as práticas e da reconstrução permanente de uma identidade pessoal. Neste quarto capítulo, consideramos importante incluir a reflexão acerca das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, desenvolvidas no decorrer do CPLEE (numa perspectiva integrante do percurso iniciado na PG) com especial enfoque nas respetivas aprendizagens, nas quais se incluem os aportes das diferentes unidades curriculares do plano de estudos. Como enquadramento de suporte optámos por nos filiar aos pressupostos de Merle Mishel, na sua teoria de médio alcance, a “Teoria da Incerteza”. Apesar de no PIS não o termos feito, consideramos agora elementar, a fundamentação filiada a uma teoria ao longo da análise e reflexão acerca das competências.

Enfermeiro especialista é, segundo o art.5º do REPE, “ o enfermeiro habilitado com um curso de especialização 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 especializados na sua área de especialidade”. A atribuição deste título, certifica o enfermeiro que possui um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas às situações de vida e aos processos de saúde/doença, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo particular de intervenção “ (OE, 2011a:8648).

A OE (2011a) regulamentou que o agregado de competências clínicas especializadas dos enfermeiros decorre do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas. As competências comuns são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (OE, 2011a: 8649), já as específicas são definidas para cada área de

especialidade e desenvolvem-se através da prestação de cuidados especializados com elevado grau de adequação às necessidades das pessoas.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do Enfermeiro Especialista dividem-se em quatro domínios principais. São eles, responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2011a).

Do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

Trata-se de uma competência claramente referenciada no âmbito do PIS desenvolvido nos estágios. Nele se descreve que o tratamento da pessoa em situação crítica nas SE requer conhecimento interdisciplinar, competências na área da atuação em emergência, comunicação, identificação de prioridades e tomada de decisão clínica e ética. É esta a nossa postura enquanto enfermeiros especialistas, isto porque, o ambiente é complexo, sobretudo em resultado da gravidade da situação clínica das pessoas ali atendidas e do risco de vida que se encontra presente. As múltiplas necessidades das pessoas ali admitidas exigem uma prática com alto profissionalismo nas respostas diagnósticas e terapêuticas. Foi nesta linha de pensamento que desenvolvemos o PIS e o consideramos como um excelente ímpeto para esta prática nas SE. No PIS foram contemplados os procedimentos éticos e formais necessários ao desenvolvimento de um projeto de âmbito institucional, pelo que foram solicitados consentimentos aos seus participantes após autorização do Conselho de Administração, em particular, das chefias de enfermagem.

Tal como refere nas unidades de competência, o enfermeiro especialista demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada, suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas, lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade e avalia o processo e os resultados da tomada de decisão. Esta competência foi desenvolvida na prestação de cuidados de enfermagem às pessoas admitidas no SUG (e não só

especificamente às admitidas nas SE), de caráter individualizado, pelo agilizar da tomada de decisão mediante uma metodologia fundamentada nos avanços produzidos no campo dos cuidados de saúde, da ética e da evidência científica (FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS, 2007).

Para desenvolvimento desta competência, foram também cruciais os trabalhos desenvolvidos nas UC de Supervisão de Cuidados I e II, nos 1º e 2º Semestres da PG, respetivamente, onde tivemos oportunidade de discutir diferentes casos clínicos da nossa prática em pequenos grupos, o que nos permitiu desenvolver habilidades na tomada de decisão ética e deontológica, bem como realizar avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente. Merle Mishel, defende precisamente que a incerteza relacionada com a ameaça à vida e/ou perante a situação de doença só é superável através de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, através de estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com a pessoa e potenciadores da melhor adaptação às experiências de doença, neste caso em fase aguda (MISHEL e CLAYTON, 2008).

b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

A prática profissional do enfermeiro, implica uma abordagem sistémica e sistemática. Os princípios Humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico encontram-se vinculados à boa prática de enfermagem.

No que respeita à área da saúde e sendo a saúde um direito de todos (art. 64º da Constituição da República Portuguesa), achamos pertinente destacar o “direito a receber os cuidados apropriados ao respectivo estado de saúde”, inscrito na Carta de Direitos dos Doentes. O PIS desenvolvido sob a temática “Organização da Equipa de Enfermagem nas Salas de Emergência” pretendeu, de forma transversal, dar resposta a este direito de todas as pessoas ali admitidas, que de forma particular se encontram em situação crítica. A atuação dos enfermeiros neste departamento implica rapidez, onde muitas vezes se desconhece o histórico de saúde dada a gravidade do estado atual da pessoa. Estas situações de emergência são claramente potenciadoras de incerteza. Mishel refere que os

anteriores da incerteza incluem um quadro de estímulos e capacidades cognitivas individuais prévias que conduzirão ao processo de apreciação da doença (TOMMEY e ALLIGOOD, 2004). Seguindo esta ótica, a promoção dos direitos humanos no respeito pelos seus valores individuais como prática corrente dos enfermeiros potenciará uma melhor adaptação a este processo de incerteza inerente às situações de emergência.

No PIS, procurámos também incluir práticas de cuidados de forma a assegurar a privacidade, a dignidade e a segurança das pessoas ali admitidas, conforme descrito na segunda unidade de competência. A inclusão da “Preparação e verificação da funcionalidade das SE” numa fase antecipatória à admissão é um exemplo da necessidade de prevenir precocemente práticas de risco. Esta conduta preventiva encontra-se também espelhada no guia de atuação onde optámos por incluir os mais variados procedimentos técnicos passíveis de realização para que esteja definida, à partida, a função de cada um dos enfermeiros ali escalados.

Do domínio da melhoria contínua da qualidade:

a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

A conceção do PIS, desde a sua fase de diagnóstico até à projeção da avaliação, utilizando a metodologia de trabalho de projeto, permitiu-nos desenvolver esta competência.

No plano institucional, e particularmente no atual contexto de acreditação do SUG para a qualidade, as aprendizagens decorrentes dos estágios, obrigaram-nos a considerar este problema como uma prioridade em termos de normalização, tendo em conta o programa da CHKS enquanto entidade certificadora (CHKS, 2010). Além disto, a revisão da literatura científica e institucional realizada para a elaboração do PIS permitiu-nos justificar com dados da evidência a necessidade de concretização deste projeto a nível institucional. Permitiu ainda desenvolver aptidões na análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados, já que nela vem inscrita a premente necessidade da normalização de procedimentos como meta para a melhoria da qualidade dos cuidados a nível organizacional.

Além disto, a atualização dos dados apresentados no enquadramento teórico/conceitual levou-nos a incorporar diretivas nacionais como é o caso da Circular Normativa da DGS relativa à “Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado”.

No plano jurídico, o PIS ao promover a qualidade dos cuidados de saúde com recurso a uma estratégia eficiente, consagra os princípios da política de saúde enunciados na Base II da Lei de Bases da Saúde e deste modo aspiramos contribuir para os indicadores de qualidade relativos à atuação em situações de emergência.

No que respeita ao actual Plano Nacional de Saúde (PNS) (PNS, 2011-2016), encontram-se descritas as potenciais oportunidades da promoção da equidade e acesso adequado em saúde, onde se incluem “o reforço da avaliação de necessidades e da capacidade de resposta no planeamento dos seus serviços; melhor comunicação entre profissionais de saúde, com melhoria da qualidade e menor probabilidade de erro (...)”. Com efeito, a melhoria da articulação funcional entre os profissionais envolvidos na emergência, constitui uma forma de gestão eficiente dos recursos humanos e trará melhores resultados para a qualidade assistencial.

b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

O PIS apresentado, onde a proposta de criação e implementação de guia de atuação da equipa de enfermagem nas SE, responde à identificação de uma oportunidade de melhoria de um processo. Com o intuito de melhorar a articulação e organização dos enfermeiros nas SE contribui para a promoção da qualidade dos cuidados de saúde. Não correspondeu, por si só, à elaboração de um programa de melhoria contínua da qualidade, uma vez que não temos, à data, dados relativos à avaliação do mesmo. Ainda assim, na sua elaboração projetámos a avaliação como anteriormente descrito.

A divisão deste trabalho nas diferentes fases a implementar, sob a forma de metodologia de projeto (com recurso a ferramentas da gestão), permitiu-nos um planeamento de intervenção organizacional com vista a uma execução que poderá ser implementada logo que os líderes organizacionais o decidam, uma vez que a sua conceção se suporta nas linhas gerais do programa de qualidade institucional.

Apesar de não termos avaliado alterações comportamentais após implementação do guia de atuação na equipa, a própria criação do grupo de emergência no SUG (como referido anteriormente) correspondeu a uma mudança na organização, onde pensamos ter tido um papel preponderante. E porque o desempenho organizacional resulta da interação complexa entre diversos componentes da organização, o PIS potenciou ainda a hipótese de expandir este projecto a todos os profissionais de saúde envolvidos na atuação nas SE. Enquanto atuais enfermeiros especialistas e originadores deste projeto acreditamos que será possível avaliar uma melhoria nos resultados, tal como a literatura referida nos aponta, contribuindo assim para a qualidade pretendida na gestão dos cuidados e nos indicadores de qualidade relativos ao atendimento de emergência.

c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

O enfermeiro especialista é chamado a criar e manter uma cultura de segurança com vista a atingir ambientes seguros e terapêuticos, devendo para tal integrar procedimentos específicos de atuação.

No guia de atuação final (revisado pelo painel de peritos) procurámos evidenciar esta cultura de segurança em vários itens. Em primeira instância pelo rácio de enfermeiros configurado no guia que concorre com o preconizado pelo *International Council of Nurses (ICN)* que refere que dotações seguras contribuem para melhores resultados nos utentes e, por conseguinte manifesta-se em custos reduzidos de saúde para os indivíduos, as famílias e as comunidades (ICN, 2006). É inquestionável a necessidade da manutenção da segurança dos cuidados prestados nas SE, pelo que o PIS apresentado mostra que é possível uma gestão adequada dos recursos humanos existentes no serviço de modo a que o atendimento de emergência seja eficaz, eficiente e seguro. Em segundo lugar porque prevê a verificação atempada das SE antes da admissão de qualquer pessoa com o objetivo de evitar danos. Depois porque identifica claramente a intervenção de cada um dos enfermeiros nas SE garantindo, desta forma, a segurança na administração de substâncias terapêuticas, realização de procedimentos técnicos de emergência e desenvolver medidas para a segurança dos dados e registos. Conforme descrito no PIS, o enfermeiro não abandona, em qualquer situação, a pessoa em situação crítica nas SE e é ainda responsável por envolver a família desde a primeira abordagem, promovendo assim um ambiente físico, psicossocial,

cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos mesmos (OE, 2011a). Nesta ótica, o PIS desenvolvido, converge com o defendido na teoria da Incerteza de Merle Mishel, quando refere que a incerteza, na fase de apreciação, pode ser entendida de duas formas, como uma ameaça ou como uma oportunidade. Deste modo, o enfermeiro tem um papel preponderante pois, nesta fase de apreciação a forma como é vista a incerteza pode manter a esperança do indivíduo na vida tornando-se numa força positiva para as múltiplas situações subsequentes (TOMMEY e ALLIGOOD, 2004).

A gestão do risco, que implica obviamente, gestão dos cuidados além de contribuir para a Melhoria Contínua da Qualidade contribuirá para a diminuição do erro clínico. O conceito de erro clínico pode ser definido como a incapacidade de concluir uma ação planeada como previsto ou a utilização de um plano errado para atingir um determinado objetivo (KOHN, CORRIGANE, e DONALDSON, 2000). São vários os problemas decorrentes dos erros clínicos, sendo exemplos dos que mais comumente ocorrem, efeitos secundários em resultado de erros na administração de terapêutica ou hemoderivados, quedas, queimaduras, úlceras de pressão, suicídio e morte (KOHN, CORRIGANE, e DONALDSON, 2000). A literatura aponta que as mais altas taxas de erro com graves consequências ocorrem em ambientes como Unidades de Cuidados Intensivos, Bloco Operatório e Unidades de Emergência, ambientes estes onde a atuação do enfermeiro especialista deve ter um papel de mudança. O CHL responde às exigências da entidade de acreditação por nele incluir um gabinete de gestão de risco, com vários enfermeiros que estabelecem relações entre os serviços onde atuam e este gabinete. Exemplo disso é o SUG do CHL onde existe um enfermeiro de ligação com o mesmo. Os pilares da gestão do risco passam pela existência de um sistema de relato de incidentes, identificação e avaliação dos riscos, definição de indicadores da segurança do doente e auditorias clínicas (CHKS, 2010). De acordo com os problemas que mais ocorrem em resultado de erros clínicos, este gabinete já emitiu algumas diretrizes (de acordo as normas internacionais emitidas pela WHO, 2007) que são consideradas no SUG em geral e particularmente nas SE. Trata-se de gerir medicamentos com aparência ou com nomes semelhantes (em que nas SE se encontram em gavetas o mais possível separadas), identificar corretamente o doente (descrito com uma das funções do enfermeiro no guia de atuação); promover comunicação adequada durante a transferência do doente (nas SE preconiza-se que quem fica na estabilização da cervical seja quem coordena a transferência); controlar as soluções

electrolíticas concentradas, em particular aquelas à base de potássio (nas SE encontram-se devidamente identificadas numa gaveta rotulada de cor diferente das restantes); garantir a adequação da medicação em todo o processo de cuidado (conforme descrito no guia de atuação, o mesmo enfermeiro é responsável pela administração e registo de terapêutica administrada); evitar conexão errada de cateteres e de tubo endotraqueal (funções estas bem definidas no guia de atuação); responder à deterioração do quadro do doente, com particular enfoque na identificação da pessoa em risco de paragem cárdio-respiratória (daí a importância da normalização de procedimentos na atuação em emergência como forma do enfermeiro responder rápida e eficazmente perante estas situações); prevenir infeções associadas a cateterismo central, isto porque muitas vezes é nas SE que são colocados os cateteres venosos centrais e é aí que devem começar os cuidados; melhorar a higiene das mãos para prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde (WHO, 2007).

Do domínio da gestão de cuidados:

a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

No que respeita a esta competência e na continuidade do anteriormente exposto, pensamos tê-la desenvolvido de forma maioritária através do PIS enquanto guia orientador de boas práticas nas SE. Além disto, enquanto atuais enfermeiros especialistas a exercer funções no serviço onde foram realizados os estágios, sentimos que diariamente otimizamos o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

O PIS contempla a articulação funcional da equipa de enfermagem nas SE, contudo atua nas mesmas, uma equipa multiprofissional constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico e terapêutica. O PIS foi realizado para uma amostra de enfermeiros, enquanto profissionais autónomos e com exercício profissional auto-regulamentado pela OE. No entanto, enquanto enfermeiros especialistas, elementos do grupo de emergência e enquanto responsáveis pela conceção deste projeto de intervenção é nosso propósito expandir o mesmo a toda a equipa e formalizá-lo através de um procedimento setorial que enforme as boas práticas em emergência. Para isso é imperativo envolver os elementos de todos os grupos profissionais na sua realização.

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

“Os enfermeiros são líderes por natureza da sua profissão” (GRIMM, 2010: 77).

Ao longo dos estágios pudemos desenvolver esta competência pois fomos frequentemente chamados a tomar decisões e a agir de forma a poder alterar profundamente os resultados das pessoas que cuidamos (GRIMM, 2010). E fizemo-lo no que respeita às condições em que elaborámos o nosso PIS. Do ponto de vista da gestão de cuidados adequámos o mesmo ao número de recursos existentes no SUG mas acima de tudo fazendo por cumprir as orientações do ICN (2006) no que respeita às dotações seguras nos serviços desta categoria. Em Portugal, a política de recursos humanos para a saúde tem como finalidades satisfazer as necessidades da população, garantir a formação, a segurança e o estímulo dos profissionais, incentivar a dedicação plena e procurar uma adequada cobertura no país (Lei de Bases da Saúde). A nossa visão vai de encontro ao defendido pelo ICN (2006) que preconiza que as dotações seguras ocorrem em todas as alturas em que existe quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidado dos doentes.

A realização dos estágios e do projeto permitiu-nos adequar as estratégias de implementação do PIS de modo a favorecer a melhor resposta por parte da equipa. Deste modo desenvolvemos esta competência tendo em conta o envolvimento de toda a equipa desde a primeira fase. Procurámos adaptá-lo ao estilo de liderança existente, que não sendo um único efetivo, se faz sentir por alguns elementos de referência do serviço, pelo que foi nossa estratégia consultar um painel de peritos. Pensamos deste modo ter fomentado a motivação da equipa em relação ao PIS com particular enfoque na inovação associada ao mesmo.

Do domínio das aprendizagens profissionais:

a) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade

Esta competência foi desenvolvida ao longo dos três estágios e é aquela que nos permite agora refletir acerca das aprendizagens no que respeita à consciência singular do ser enquanto pessoa e enquanto enfermeiro. O percurso realizado ao longo dos estágios, no

que respeita ao desenvolvimento desta competência, permitiu-nos, em primeira instância, transformar uma oportunidade num processo de melhoria através de um método eficaz, o PIS. Ao realizarmos o presente relatório de trabalho de projeto que tomou como ponto de partida o PIS realizado nos estágios da PG fez-nos consciencializar de uma progressiva maturidade no nosso desenvolvimento. Hoje, reconhecemos algumas limitações no PIS inicial que consideramos como oportunidades de melhoria. Para isso procedemos, neste trabalho, à atualização da bibliografia e introduzimos novos dados que melhor fundamentassem a pertinência do PIS. Este crescimento advém da aprendizagem contínua ao longo desta formação pós graduada e pelo desenvolvimento pessoal que hoje nos serviu para termos noção das nossas potencialidades. É que a prática de enfermagem é feita em relação com os outros mas também connosco próprios. E foi este desenvolvimento pessoal e profissional que nos permite hoje atuar eficazmente sob pressão, num serviço que assim o exige, mas que suportamos com maior facilidade após desenvolvimento destas competências especializadas na prática do cuidar.

Pensamos ter tido um papel fundamental na organização em apreço, onde os conflitos nas SE surgem devido à ausência de articulação funcional entre os diferentes profissionais de saúde, evidenciada pela duplicação e/ou ausência de alguns procedimentos. É por esta razão que, uma das estratégias de resolução do problema centrada na elaboração de um guia de atuação, permitirá resolver eventuais conflitos entre membros da equipa, uma vez que uma articulação normalizada conduzirá a um ambiente de trabalho adequado a um contexto profissional complexo. Para tal, competências no que concerne à comunicação entre os pares e no seio da equipa multiprofissional foram também desenvolvidas, expressas na utilização de uma comunicação mais assertiva necessária num ambiente de alta complexidade como este se caracteriza.

b) Baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

A realização do PIS mobilizou uma série de competências comuns do enfermeiro especialista conforme descrito até aqui. A intensa pesquisa e revisão da literatura, utilizando as tecnologias de informação adequadas, tem-nos permitido criar uma sólida base de conhecimentos nesta área de interesse, a atuação em emergência. A realização da

PG, do CPLEE e do Mestrado tem-nos capacitado para o desenvolvimento de conhecimentos e competências ao longo da vida em complemento às já adquiridas. É que este processo de aprendizagem que optámos vivenciar em concomitância com o percurso da prática profissional trilhado até aqui reporta-se hoje numa prática clínica diária baseada na evidência. Pensamos ainda ter um papel ativo enquanto dinamizadores dos novos conhecimentos e cientes da necessidade de envolver toda a equipa neste processo. Enquanto disciplina não descuramos o enquadramento teórico e concetual de suporte onde considerámos uma teoria de médio alcance como alicerce desta reflexão.

O projecto desenvolvido, tal como apresentado anteriormente, não se baseou apenas numa investigação sustentada num problema identificado mas acima de tudo teve como objectivo intervir sobre o mesmo, utilizando a metodologia de trabalho de projeto centrada na investigação-ação (RUIVO, FERRITO e NUNES, 2010), o que nos permitiu desenvolver competências nesta área. O PIS possibilitou-nos desenvolver pesquisa intensiva sobre esta temática no que concerne a orientações nacionais e internacionais, assumindo-se como um projeto inovador na organização. Além disto, enquanto elementos do grupo de emergência criado após a realização do PIS, enquanto enfermeiros especialistas e futuros Mestres em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é nossa pretensão continuar a investigar nesta área, uma vez que hoje estamos mais alertas para a identificação de potenciais lacunas do conhecimento e da prática de modo a transformá-las em oportunidades relevantes para a investigação. O PIS desenvolvido representou, para nós, um impulso muito importante que nos permitiu hoje sermos nomeados como formadores do CHL nesta área de atuação por nos terem sido reconhecidas competências para tal. Isto leva-nos a crer que adquirimos competências enquanto facilitadores da aprendizagem na nossa área de especialidade, conforme enunciado nas unidades desta competência (OE, 2011a).

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

À data de realização dos Estágios I e II não estavam publicadas ainda as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e por isso algumas das competências abaixo enunciadas não foram alvo concreto da nossa atuação naquele âmbito. Não obstante, o projeto realizado e a prática clínica num serviço de

urgência polivalente leva-nos a incorporá-las enquanto competências específicas da nossa prática especializada, onde a pessoa em situação crítica é alvo do nosso cuidar. “Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2011b: 8656).

O perfil de competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foi definido pelo Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e junto com o perfil das competências comuns acima descritas, representa o conjunto de competências clínicas especializadas dos enfermeiros nesta área de especialidade e aquelas que os cidadãos podem esperar (OE, 2011b). Apresentam-se, de seguida, cada uma delas com a nossa reflexão crítica respetiva:

1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica

Esta foi a competência que consideramos ter sido o mote da realização do nosso projeto nos Estágios I e II. Centrados no cuidar a pessoa que vivencia estes processos e com o intuito de melhorar as práticas nas SE, identificámos um problema inicial com a finalidade de desenvolver na equipa de enfermagem uma atuação rápida, segura e eficaz antecipando formalmente, sob a forma de um guia de atuação, o modo de agir perante pessoas que vivenciem situações de instabilidade hemodinâmica e risco de falência orgânica. Nele vêm referenciados procedimentos técnicos específicos e de alta complexidade dirigidos às diferentes situações.

À semelhança do que a OE (2011b) regulamenta como competências específicas do enfermeiro especialista, também na Europa, o relatório do European Resuscitation Council com as *guidelines* de 2010 (ERC, 2010) refere a propósito da formação nos domínios da reanimação cardio-respiratória que os conhecimentos em Suporte Básico de Vida (SBV) e SAV devem fazer parte das competências dos profissionais que atuam nas SE e que a sua formação é uma componente essencial da implementação dos sistemas de prevenção da paragem cárdio-respiratória. De acordo com um estudo realizado em 2009, no SUG do CHL, 40% dos enfermeiros têm formação em SAV, 59% em Suporte Avançado em

Trauma com os cursos *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN[®]), TNCC[®] ou similares, 95% com o curso de Triagem de prioridades de Manchester e 9% com formação em Suporte de Doentes Críticos - FCCS[®] (SERRANO, FONSECA, GOMES e MOURO, 2009). Atualmente, sabemos que o número de profissionais com formação atualizada em SAV é em número superior uma vez que foi desenvolvida uma acção para todos os enfermeiros do SUG em maio de 2012. Isto leva-nos a pensar na necessidade de atualização formativa como uma oportunidade de intervenção que dê seguimento ao PIS desenvolvido.

O cuidar a pessoa a vivenciar instabilidade e risco de falência orgânica implica necessariamente a gestão de protocolos terapêuticos complexos, como exemplo, os algoritmos de SAV, protocolos de administração terapêutica à pessoa vítima de traumatismo vertebro - medular e todos os demais específicos, consoante o foro da sua patologia, em doentes com forte instabilidade hemodinâmica. Dada a alta complexidade e porque os enfermeiros “procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro, artigo 9º, nº 4, alínea e), procurámos individualizar num enfermeiro a administração e registo de terapêutica, como forma de antecipar e evitar erros. O mesmo se aplica à gestão diferenciada da dor, como 5º sinal vital, onde apenas um enfermeiro a avalia e regista e em parceria com a equipa médica é chamado a adotar medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor.

Mishel refere que a incerteza associada à ansiedade e medo vivenciados pela pessoa em situação crítica e a sua família podem conduzir a pensamentos negativos e graves problemas emocionais futuros. Defende ainda que a influência da incerteza sobre os resultados psicológicos é medida pela eficácia das estratégias de *coping* na redução das mesmas (TOMMEY e ALLIGOOD, 2004). Como meio de assistir a pessoa e sua família neste processo, o guia de atuação foi realizado seguindo as prioridades na abordagem à pessoa em situação crítica defendida por BOERING *et. al.*, (2007), onde consta como prioridade facilitar a presença da família. Deste modo, incorporámos no PIS como uma das responsabilidades do enfermeiro nas SE além de facilitar a presença dos mesmos, prestar-lhe apoio emocional. A importância desta atitude é ainda justificada por dados mais

recentes que indicam que 1% das pessoas admitidas morrem nas SE e 33% acabam por morrer noutras unidades⁴, o que nos levou a dar primazia no estabelecimento da relação de ajuda com a pessoa e sua família.

2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção

A competência em apreço não foi desenvolvida no âmbito dos estágios I e II, já que o projeto desenvolvido não contemplava esta temática. Ainda assim, considerando as normas nacionais referentes à exigência na resposta perante estas situações e o facto de representar uma competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica definida pela OE, consideramos de sobre valor incluir a sua reflexão no presente relatório. Procurámos, nas horas de contacto do Estágio III, conhecer mais profundamente o trabalho desenvolvido no SUG do CHL e refletir acerca do mesmo na visão de enfermeiros especialistas, nesta área.

A DGS (2010b) recomenda que todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde elaborem um plano de emergência, ou caso já exista, que seja realizada uma análise periódica do mesmo, como ferramenta de resposta sistemática e integrada que reforça a avaliação dos meios de reação da unidade de saúde face a uma situação de emergência multi-vítima ou catástrofe, definindo regras ou normas gerais de actuação nesse contexto. Os quatro pilares principais no planeamento e preparação de uma unidade de saúde são, a organização e gestão, recursos humanos, prestação de cuidados e os recursos gerais, pretendendo-se que os procedimentos a contemplar sejam simples e eficazes (DGS, 2010b).

A identificação dos potenciais riscos que podem conduzir a uma situação de crise deve ser a primeira fase do planeamento. Estes podem ser de origem natural, provocados por situações meteorológicas extremas (onde se incluem os sismos), incêndios, colapso de edifícios, acidentes em transportes individuais ou coletivos, acidentes industriais e acidentes nucleares de risco Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico (NRBQ), catástrofes relacionadas com o comportamento humano (como atos de terrorismo, acidentes decorrentes de utilização de pirotecnia, intoxicações alimentares), ameaças ou acontecimentos de Saúde Pública (DGS, 2010b).

⁴ Dados gentilmente fornecidos pelo Grupo de Emergência do SUG do CHL, referentes ao período compreendido entre 1 de Abril de 2010 e 31 de Março de 2011.

A elaboração dos planos de emergência deve contemplar três fases, a de alerta, de alarme e a de execução, cujo objetivo central passa por informar internamente os profissionais acerca das modalidades de ação com enfoque na eventual necessidade de ativação de outras autoridades sanitárias (DGS, 2010b).

No CHL está aprovado e publicado um plano de atuação em situações de emergência e catástrofe desde Agosto de 2008, elaborado pela Comissão de Catástrofe desta instituição que é constituída por seis médicos e dois enfermeiros. Um destes enfermeiros, é especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e exerce funções no SUG representando o elemento de ligação entre estes dois.

Através dos quatro hospitais que o constituíam à data de elaboração do plano de emergência, o CHL, dispõe de todas as valências de avaliação e internamento necessárias para a resposta à emergência externa e catástrofe, desempenhando também funções de hospital de evacuação em relação a emergências que possam ocorrer na sua área de influência (COMISSÃO CATÁSTROFE, 2008). Sabemos que atualmente este plano se encontra em fase de atualização com o intuito de integrar as restantes unidades hospitalares que agora integram o CHL. Em caso de catástrofe ou emergência, existe um número de emergência interno no CHL que ao ser ativado, alerta todos os responsáveis para a necessidade de atuação rápida.

Existem conceitualmente dois tipos distintos de situações que podem conduzir a situações de emergência e catástrofe, são elas, as situações de alta intensidade mas de curta duração, em que o fator precipitante ocorre de modo inesperado e atinge um pico dentro de poucas horas e as situações de baixa intensidade mas de longa duração. Consoante a extensão e gravidade da emergência/ catástrofe é o gabinete da crise (assim denominado) que define o nível previsível da mesma em três possíveis. O Nível 1 deve ser ativado sempre que se perspetive a chegada até 20 vítimas, resultante de um evento tipo de alta intensidade e curta duração, com interferência mínima e moderada na atividade do hospital, cuja resposta e organização é da total responsabilidade do SUG. O nível 2 é activado quando se perspetiva a entrada entre 21 a 40 vítimas resultante de um evento tipo de alta intensidade e curta duração ou qualquer situação que envolva potenciais ameaças de NRBQ. Esta resposta implica a utilização de recursos existentes no hospital previamente preparados

para ativar em situações especiais. Por último, o nível 3 implica a assistência a um número de vítimas superior a 40, o que implica mobilizar a totalidade dos meios e recursos existentes no hospital e eventualmente externos. Poderá haver mudança de nível sempre que as circunstâncias internas ou externas se modifiquem (COMISSÃO CATÁSTROFE, 2008). No que respeita ao SUG e à sua organização funcional perante cenários semelhantes, a sua área preconiza-se que seja dividida nas seguintes zonas, a área de triagem onde deverá estar um enfermeiro escalado e a triagem a realizar será segundo o modelo START para definição das prioridades (Anexo 1); a área vermelha, respeitante à reanimação; a área amarela, de tratamento urgente; a área verde, de tratamento não urgente; as áreas cinzentas, onde são encaminhadas as pessoas cujo prognóstico é de escassa reversibilidade e a área negra, onde são encaminhadas a pessoas com prognóstico clínico irreversível ou já falecidas, conforme planta no anexo 2 (COMISSÃO CATÁSTROFE, 2008).

O elemento de ligação com o SUG realizou, em Julho de 2011, cinco ações de formação para os enfermeiros do SUG (uma sessão por equipa) onde foi apresentado sumariamente o plano de emergência do CHL. Em junho de 2012 realizaram-se ações de atualização para a equipa de enfermagem do SUG com simulações clínicas para preparação e treino acerca da forma como nos devemos organizar perante situações de emergência multi-vítima ou catástrofe. É responsável pela verificação de materiais, consumíveis e equipamentos existentes nas áreas funcionais a utilizar em caso de necessidade (ativação dos níveis 2 e 3), onde existem *kits* de procedimento pré-preparados.

No caso da pandemia da gripe aviária decretada pelas autoridades competentes no ano 2010, no SUG, foi criado um serviço de atendimento próprio, com um enfermeiro e um médico 24 horas escalados neste setor e com um circuito próprio das pessoas ali admitidas.

Na nossa ótica, o trabalho desenvolvido até à data é de capital importância. Ainda assim consideramos que seria importante a realização de um simulacro para analisar a adequabilidade do mesmo e auditorias periódicas, dada a importância central deste serviço na unidade orgânica.

Reconhecemos as situações de catástrofe e emergência como situações de exceção, onde existe incerteza e uma sensação global de perda de controlo (DGS, 2010b). Neste propósito, Mishel refere que a incerteza ocorre em situações de doenças complexas, imprevisíveis e quando a informação não está disponível ou é inconsistente para aqueles que as vivenciam (MISHEL e CLAYTON, 2008). Identificando a incerteza, os enfermeiros devem mobilizar competências na área da comunicação e explicar às pessoas que estão a vivenciar este processo, o que se está e vai passar, quais os procedimentos inerentes à atuação neste tipo de situações e o circuito definido dentro da instituição.

3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é “uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade” (DGS, 2007: 4). Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das IACS são evitáveis e no que respeita à atuação em emergência, confirma-se que a urgência na realização de um determinado procedimento, a não perceção do risco à partida e a indisponibilidade de meios de proteção individual são os motivos mais assinalados para o facto de se descurem a utilização dos mesmos, em particular o uso das luvas (LIMA, 2008).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) prevê a qualidade nos processos, nas estruturas e nos resultados a favor da qualidade nos cuidados de saúde. Nele se inscreve a criação de Comissões de Controlo de Infecção (CCI) nas unidades de saúde como uma das iniciativas tomadas para minimizar o risco e controlar a infeção. No CHL existe uma CCI em cada um dos seis hospitais, constituído por médicos e enfermeiros com formação especializada, instalações próprias com acesso à internet e periódicos da especialidade tal como recomendado pela DGS (2007).

Nesta instituição, a CCI é constituída por vários profissionais sendo que a tempo integral, existem dois enfermeiros peritos na área. O elemento de ligação com o SUG é um enfermeiro que exerce funções neste serviço e detentor do título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Existem vários procedimentos multissetoriais emitidos e revistos pela CCI, disponíveis na *intranet* da instituição e cujo âmbito de aplicação se estende a todos os serviços. São exemplos disso os seguintes procedimentos multissetoriais “Higiene das Mãos”, “Precauções de Isolamento baseadas nas Vias de Transmissão”, “Higiene Hospitalar”, “Plano de Investigação num Surto de Infecção”; “Precauções de Controlo em Doenças de Declaração Obrigatória e de Infecção em Doentes de Alto Risco”, entre outros. Estes procedimentos concorrem para o que se encontra descrito no programa de acreditação para a qualidade da CHKS (2010).

No SUG existe já muito trabalho desenvolvido para dar resposta a estas exigências, ainda assim, conseguimos diagnosticar algumas necessidades de intervenção em matéria de prevenção e controlo de infeção.

Apesar de com o PIS não termos, por si só, esta competência desenvolvida, importa-nos, refletir sobre ela. No SUG estão reunidas muitas condições, através da disponibilidade de alguns equipamentos que permitem dar resposta a esta exigência institucional. Assim, existem posters elucidativos da prática relativa à lavagem das mãos junto de cada um dos lavatórios (estão disponíveis no SUG instalações para a lavagem das mãos em todos os setores). A separação dos lixos, consoante o seu tipo, é realizada em todos os setores do SUG, onde existem recipientes para o efeito.

No que respeita à atuação em emergência, encontram-se disponíveis armários com material de proteção individual à porta das SE (um armário que serve as duas SEM e um para as SEC). Além disto, existem *kits* de material pré-preparado para a realização urgente e emergente de alguns procedimentos nas SE (como colocação de cateter venoso central, linha arterial, drenagem torácica, traqueostomia e lavagem peritoneal) onde estão disponíveis materiais de proteção individual esterilizados.

No SUG existe uma sala de isolamento com uma ante-câmara onde estão disponíveis todos os equipamentos de proteção individual necessários para cuidar as pessoas ali admitidas.

Uma das orientações para a qualidade definida pela CHKS (2010) é que os indicadores da qualidade clínica devem reflectir as directrizes nacionais e incluir, por exemplo, as taxas de infeção. Para dar resposta a esta orientação e dada a inexistência de estudos que reflitam acerca destas práticas no SUG, pensamos ser uma prioridade avaliar o impacto destes

procedimentos através de auditorias. É premente monitorizar, registar e avaliar as medidas de prevenção e controlo implementadas no SUG.

Pensamos ainda ser possível melhorar as estratégias de informação e comunicação, através da comunicação interpares (com ações periódicas de formação no serviço) de forma a garantir que os profissionais estão bem informados acerca das dimensões reais dos problemas inerentes a uma má prática.

5. ANÁLISE CRÍTICA ACERCA DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA

O Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica é aquele que é dotado de competências profissionais diferenciadas para intervir em ambiente complexo, mas sobretudo capaz de suportar na evidência, o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos na área da Enfermagem Médico - Cirúrgica (nº 1 do art. 2º do Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, ESS/ IPS, 2011b).

O Decreto-Lei nº 74/2006 de 25 de Março, preconiza que no ensino superior 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). Deste modo, dando continuidade ao capítulo anterior onde se analisaram criticamente as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica e conservando a filiação teórica na “Teoria da Incerteza” de Merle Mishel, importa agora fazer a ponte com o perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dada a sua forte vinculação.

Segundo o Regulamento de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (ESS/IPS, 2011b:4), o perfil de competências do Mestre inclui:

1. Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.

A prática profissional, o desenvolvimento dos estágios e o aporte teórico das UC do Curso de Mestrado foram fundamentais para a aquisição desta competência.

A prestação de cuidados de enfermagem especializada, de qualidade, implica uma avaliação exaustiva do indivíduo, das famílias e da comunidade, em situações complexas, conforme descrito nas Competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (ESS/IPS, 2012). Esta avaliação (que apesar de se pretender rápida, tendo em conta a situação de emergência em si), implica uma tomada de decisão clínica, autónoma e segura,

fundamentada em premissas de “natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica” (DEODATO, 2008:27).

A fase de identificação do problema é determinante para o decorrer da tomada de decisão em enfermagem, que se pressupõe sustentada nos princípios éticos (Autonomia, Justiça, Beneficência e Não Maleficência) e nos valores profissionais inscritos no Código Deontológico do Enfermeiro, especificamente no respeito pelos direitos do Homem, na responsabilidade social e na excelência do exercício profissional (DEODATO, 2008:31).

Os enfermeiros que exercem funções no SUG são confrontados diariamente com situações que envolvem cuidados de enfermagem diferentes para pessoas diferentes, no entanto, o modo e a forma de agir do enfermeiro deverá respeitar um conjunto essencial de princípios, que orientam e mantêm a qualidade dos cuidados prestados (CAMPOS e GRAVETO, 2009). Estes princípios resultam do atual crescimento científico da enfermagem e do suporte jurídico ao exercício da mesma, a partir de uma continuada reflexão (DEODATO, 2008). Assim, e por meio do artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro que enuncia os valores principais e fundamentais da profissão, poderemos considerar a ética como intrínseca às intervenções de enfermagem que têm como padrão a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do próprio enfermeiro (NUNES, AMARAL e GONÇALVES 2005).

Para além disso, o contexto onde se desenvolve o agir em enfermagem influencia a tomada de decisão e por conseguinte o planeamento e gestão dos cuidados. Foi neste âmbito que convergimos a nossa pesquisa e trabalho de projeto à área da urgência e emergência e assim, fundamentámos as nossas escolhas e processos. Com o intuito de desenvolver na equipa de enfermagem uma atuação rápida, segura e eficaz perante uma situação de emergência, antecipando os problemas e condições da pessoa em situação crítica, através da elaboração de um guia de atuação, permitiu-nos desenvolver competências na prescrição de intervenções de enfermagem geral e do domínio especializado, especialmente no que respeita ao cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica (OE, 2011b).

Em articulação com o realizado no PIS, consideramos que clarificámos esta necessidade ao defendermos a avaliação primária para além da tradicional metodologia ABCDE utilizada em emergência, adicionando-lhe o F (*Full Set of signs / Facilitate Family Presence*), G

(*Give Comfort measures*), H (*History/ Head to Toe assessment*) e I (*Inspect posterior surfaces*), defendida por BOERING *et. al* (2007).

Tomando como linha orientadora a “Teoria da Incerteza” de Merle Mishel que declara os processos de incerteza face a uma situação de doença e apropriando ao contexto de emergência, o PIS determina a forma como um planeamento eficaz, prévio à atuação, com a clarificação dos papéis dos intervenientes, facilitará o processo de tomada de decisão e diminuirá os receios próprios da pessoa e família que vivem este período de incerteza.

Para além disto, de modo a que desenvolvam os seus conhecimentos e competências, assumindo a responsabilidade pela sua prática clínica, é esperado dos Mestres em Enfermagem Médico – Cirúrgica, a integração plena do conceito de supervisão clínica, pois deles se espera que avaliem a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade (ESS/ IPS, 2012). O conceito de supervisão clínica em enfermagem respeita ao processo formal de aprendizagem, no desempenho da sua actividade clínica e que contribui para a segurança e protecção do utente, em situações clínicas complexas. Trata-se de um processo que promove não só a aprendizagem profissional como pessoal permanentes, integrando a experiência prática de forma a facilitar a resolução de problemas do quotidiano profissional e a desenvolver a sua identidade profissional (Sloan, 1999 e Zoan, 2002 citados por CUNHA, 2008). Hoje, no nosso contexto profissional demos já alguns passos importantes nesta matéria. Foi nomeado um enfermeiro supervisor, Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica, detentor de conhecimentos, experiência e qualificações, conforme as características que deve ter para o desempenho deste papel e que iniciará este processo no próximo mês, pelo que ainda não temos resultados disponíveis para avaliação da implementação deste processo. No que respeita ao processo de supervisão dos cuidados e enquanto enfermeiros especialistas, consideramos que desenvolvemos esta competência com a integração dos novos elementos no serviço (formalmente com registos de avaliação do processo de integração) mas também na prática diária, ainda que de forma informal, com os pares com menos experiência ou *expertise* em determinadas áreas.

2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas;

O caminho apontado para a competência profissional em enfermagem, passa hoje pela formação de uma consciência crítica e por um espírito aberto ao aprender a aprender, como forma de revolucionar o saber fazer. É aqui que entra o conceito de competência sustentado pelo conhecimento e que, tal como defende LE BOTERF (2006), estas não se esgotam num saber, nem tão pouco num saber fazer, mas antes correspondem a um saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos adquiridos, quer em formação, quer através de experiências adquiridas ao longo da vida e que se manifestam nos contextos de trabalho específicos.

Concluir o mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica faz parte do nosso projeto pessoal e profissional. Este projeto iniciou-se com a licenciatura em enfermagem, concluída em 2006 e foi a partir dela que fomos identificando os nossos recursos pessoais e carências formativas. A nossa atividade profissional iniciou-se neste SUG, nesse mesmo ano, e o gosto pessoal pela área da urgência e emergência permitiu-nos ir ajustando as necessidades formativas ao longo do tempo. No que respeita à formação académica, o percurso tem sido efetuado na área da enfermagem Médico-Cirúrgica, primeiro com a realização da PG e posteriormente com a conclusão do CPLEE nesta mesma área.

Pautamo-nos pela integração plena do conceito de “*Long Life Learning*” no nosso quotidiano de trabalho e de estudo. De facto, a integração deste conceito - o de aprendizagem - permite-nos responder melhor aos desafios que nos são colocados diariamente, resultantes das rápidas e profundas alterações sociais. Participámos em diversas ações de formação, globalmente centradas na área da enfermagem em urgência e emergência, não só como participantes e mas também como preletores. Publicámos, até à data, dois artigos científicos em revistas nacionais e apresentámos em seminários e congressos seis comunicações em forma de póster e comunicação livre. E porque a intervenção do enfermeiro é feita junto da pessoa, família e comunidade, tivemos recentemente oportunidade de coordenar e organizar uma campanha de recolha de sangue para potenciais doadores de medula óssea, em articulação com o centro de histocompatibilidade do centro, em regime de voluntariado.

Consideramos a autoformação como componente essencial do desenvolvimento uma vez que nos permite uma atualização de conhecimentos e desta forma respondemos a um dos deveres do enfermeiro, configurado no Código Deontológico do Enfermeiro no Artigo 88º na alínea c) “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos...”.

Quanto mais conhecimento se adquire, maior noção se tem do que não sabemos, do que não dominamos, das novas descobertas e abordagens. Perante isto, a melhor atitude é a de aprender, num processo dinâmico e contínuo, que nos envolve permanentemente numa consciência simultaneamente recetiva e empenhada (CARVALHO, 2007).

3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proativa

No seguimento do descrito no ponto anterior, a procura de novos conhecimentos torna-se fundamental para a aquisição e desenvolvimento desta competência enquanto futuros mestres em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

A conclusão do CPLEE Médico – Cirúrgica trouxe-nos vários ganhos para além dos pessoais, particularmente a integração em novas equipas. Fazemos, hoje, parte integrante do grupo de trabalho em emergência do SUG, um grupo constituído por seis enfermeiros do SUG, responsável pelas questões inerentes às SEC, *Trauma Room* e trabalhamos atualmente para a implementação da Via Verde Trauma no SUG, conforme descrito nos pontos anteriores. Já apresentámos alguns dados estatísticos acerca da nossa realidade nas V Jornadas de Enfermagem do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal, em Outubro de 2011 e mais recentemente nas I Jornadas de Enfermagem de Urgência da Unidade de Saúde Local do Baixo Alentejo, em Abril de 2013. A elaboração do PIS sob a temática “Organização da Equipa de Enfermagem nas Salas de Emergência” foi o ponto de partida para ter surgido este convite para integrarmos este grupo de trabalho.

A aquisição do título profissional de enfermeiros especialistas possibilitou-nos a integração na equipa de enfermeiros orientadores dos estágios dos CPLEE que decorrem no SUG, sob indicação da Sra. Enfermeira – Chefe. Até à data fomos enfermeiros orientadores de duas estudantes do CPLEE no âmbito do estágio enfermagem Médico-Cirúrgica no módulo de urgência.

O CHL criou recentemente um núcleo de formação em SBV, com a finalidade principal de formar nesta área todos os profissionais da instituição, não só para responder a questões

relacionadas com a acreditação mas acima de tudo para capacitar os profissionais a atuar em situações de urgência em contexto intra e extra hospitalar. Este núcleo é constituído por 17 profissionais, dos quais três médicos e 14 enfermeiros e iniciaram as formações no dia 7 de Março de 2012, contando já com cerca de 2000 profissionais formados na área. É objetivo deste núcleo de formação vir a ser uma escola reconhecida pelo Conselho Português de Ressuscitação, pelo que frequentámos já o Curso de Instrutores de SBV promovido por aquela entidade e somos hoje reconhecidos como formadores seniores deste Conselho.

Na ESS/ IPS, onde desempenhamos funções como Assistente Convidada desde 2009, abraçámos um novo projeto neste ano letivo, na coordenação da *Critical ESS* – Núcleo de Formação em Emergência. Trata-se de um grupo de docentes que trabalha as formações relacionadas com SBV no Adulto, Pediátrico e Neonatal, Desfibrilhação Automática Externa e SAV nos 1º e 2º ciclos de estudos da ESS e também com instituições do exterior.

Na realidade, a integração nestas equipas tem-nos permitido aplicar os nossos conhecimentos e capacidade de resolução de problemas em contextos alargados, multidisciplinares, relacionados com a nossa área de especialização, conforme declara o perfil de competências do mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica. Para além disto possibilita-nos trabalhar com outros profissionais de saúde, alguns deles com funções de chefia nas instituições, e desta forma servirmos como consultores para alguns deles, quando apropriado.

4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.

A tomada de decisão é um fator preponderante na qualidade dos cuidados de enfermagem nas suas diferentes áreas de atuação. O contexto particular de emergência, conduz-nos a uma questão fundamental que se prende com a reflexão acerca da forma como o nosso agir, enquanto enfermeiros especialistas e futuros mestres em enfermagem Médico – Cirúrgica, se reflete na melhoria dos cuidados de enfermagem.

Conforme enunciado pela OE (2001:10), “a tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistemática”, pelo que no processo de tomada de decisão, devemos incorporar os resultados da investigação na prática clínica, utilizando argumentos rigorosos e por conseguinte contribuirmos para a melhoria contínua da qualidade e excelência no

exercício da profissão. Foi baseado nesta premissa que incluímos os mais recentes dados da evidência em todas as fases de elaboração do projeto e na reflexão acerca das competências desenvolvidas neste percurso.

A dimensão do nosso agir em enfermagem foi norteada por uma teoria de enfermagem mas também pelo nosso percurso pessoal e de auto-formação, conforme analisado anteriormente. Segundo o art. 8º do Cap. IV do REPE, “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos” (BUTES et. al., 2010:11).

Na perspectiva deontológica, a responsabilidade do processo de tomada de decisão eleva-se como de capital importância e contempla fatores, positivos e negativos, que o enfermeiro deve estar ciente, em relação às suas ações. Fazendo a ponte com a Teoria da Incerteza de Merle Mishel, a que nos associamos neste percurso, também a pessoa (na fase de apreciação da incerteza) pode conferir resultados positivos ou negativos da sua experiência perante a situação de doença e dela fazer diferentes entendimentos, vê-la como uma ameaça ou como uma oportunidade (TOMMEY e ALLIGOOD, 2004). A necessidade de reconhecer a importância da incerteza, própria das situações clínicas de emergência, possibilita o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que facilitam o processo de adaptação da pessoa a esta nova realidade (MISHEL e CLAYTON, 2008).

No nosso quotidiano de trabalho, não apenas nas SE mas em todos os outros setores, e no decorrer do desenvolvimento desta competência enquanto futuros mestres concorreremos com o enunciado pelo Código Deontológico do Enfermeiro, na alínea b) do art. 79º que declara que o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega. Esta competência entrecruza-se com as competências comuns do enfermeiro especialista do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, analisadas no ponto anterior.

Para além disto e em articulação com o PIS desenvolvido, consideramos que a metodologia de trabalho de projecto utilizada também evidenciou a necessidade de argumentação rigorosa em todas as etapas da sua elaboração, conforme descrito nos capítulos anteriores.

5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

Ao longo de todo o percurso, procurámos, através da pesquisa bibliográfica, fundamentar as nossas escolhas e delinear os processos em que decorreu a realização do PIS e da reflexão acerca do percurso efetuado. Ainda assim, e tendo em conta o processo de adequação ao 2º Curso de Mestrado (em continuidade ao CPLEE), sentimos necessidade de atualizar alguma desta informação, designadamente no que respeita ao enquadramento teórico e justificação da problemática dos PIS. Desenvolvemos, por isso um artigo científico (Apêndice 1) que reúne uma revisão bibliográfica sobre o PIS apresentado.

CRAYG e SMITH (2004) baseados em Pursey *et. al*, 1997, referem que o desafio para a prática de enfermagem passa por desenvolver uma base clara de evidência relativa a procedimentos e tratamentos clínicos especializados com vista a melhorar os cuidados prestados.

Não basta elaborar documentos com altos níveis de evidência. Enquanto futuros mestres pensamos ser fundamental desenvolver uma cultura organizacional baseada na evidência. THOMPSON e LEARMONTH (2004) referem que uma cultura da prática baseada na evidência conta com um maior número de boas decisões, onde as preferências dos doentes, os recursos disponíveis e a competência clínica são incluídos no processo de tomada de decisão. Apesar do PIS não ter sido implementado na sua globalidade, a avaliação do mesmo permite-nos compreender os efeitos que ele provocou em especial na criação de grupos de trabalho focados na questão da atuação em ambiente complexo. É por isto, nossa pretensão continuar a praticar e promover a prática baseada na evidência junto dos nossos pares e na instituição onde exercemos funções, utilizando estratégias de superação a possíveis resistências à mudança.

6. Realiza 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.

Esta competência foi desenvolvida com a elaboração do PIS, onde seguimos a metodologia de trabalho de projeto e que, portanto, engloba as fases acima descritas, conforme enunciado nos relatórios da PG e no relatório de estágio referente ao CPLEE. A elaboração do PIS contou com reuniões com as chefias das equipas de enfermagem e por conseguinte

um envolvimento de toda a equipa. Apesar de não ter sido implementado e não termos realizado formações em serviço neste âmbito, criámos o grupo de trabalho e tivemos já oportunidade de proceder à divulgação de resultados dos estudos por nós efetuados, contribuindo, desta forma para a formação de pares de diferentes administrações de saúde.

A valorização das metodologias de investigação em enfermagem tem favorecido a contextualização das problemáticas de investigação e a compreensão da complexidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros (RODRIGUES, 2009).

Os enfermeiros investigadores são convidados a participar em redes partilhadas na área da saúde e deste modo poderem ser vistos e reconhecidos pela qualidade do contributo na produção de conhecimento útil. Claro que esta visibilidade científica só será efetiva se o conhecimento científico produzido for publicado em revistas científicas de impacto e fique disponível em bases de dados cientificamente relevantes, de grande capacidade de difusão e acessibilidade. Uma boa produção científica divulgada gera uma cultura científica de consumo e utilização, com repercussão em novas investigações e em aplicações nas práticas clínicas e educativas, fundamentais ao crescimento e afirmação da enfermagem (RODRIGUES, 2009).

Enquanto futuros mestres pretendemos publicar o artigo científico referente ao PIS como forma de divulgar o nosso projeto que trata uma problemática provavelmente comum dos serviços de urgência nacionais e que poderá ser um contributo para o desenvolvimento de novos projetos, em colaboração ou não e até potenciador de mudanças de políticas institucionais.

Após a reflexão das competências do mestre em enfermagem médico-cirúrgica, pensamos ter conseguido demonstrar e mobilizar as competências desenvolvidas ao longo do percurso efetuado, iniciado em 2008 com a PG, passando pelo CPLEE concluído em 2011 e terminando com o Curso de Mestrado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de projeto proporcionou uma oportunidade ímpar para crescer, aprendendo e refletindo, sobre as suas diferentes vertentes.

Do cruzamento da teoria com a prática enraizada na disciplina de enfermagem, a reflexão das competências adquiridas à luz de uma teoria de médio alcance, foi o seu fundamento norteador. A escolha da Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel revelou-se adequada, no sentido em que os seus pressupostos permitiram uma reflexão fundamentada da prática de enfermagem em ambientes complexos, como aquele em que decorreram os estágios.

O facto de os estágios terem sido realizados em contexto profissional reforçou a autonomia e maximizou a gestão do tempo por intermédio de uma integração mais célere.

A recapitulação de algumas temáticas estudadas aquando da PG, conduziu à identificação de alguns aspetos que hoje consideramos suscetíveis de melhoria e que nos levaram à sua atualização no presente relatório. Esta situação parece-nos estar relacionada com o tempo que mediou a realização da PG e a sua continuidade no CPLEE, que consideramos longo.

Contribuiu para o desenvolvimento de competências, designadamente com a elaboração de um Projecto de Intervenção no Serviço, que reputamos de inovador e de alavanca de desenvolvimento crucial na organização. Tal projeto mobilizou um vasto conjunto de conhecimentos adquiridos ao longo das unidades curriculares integradas no plano de estudos e permitiu-nos refletir acerca das competências, ora testadas numa vertente prática. Desencadeado e aplicado num contexto real, o PIS responde com sucesso a uma lacuna existente ao nível organizacional, o que nos traz dupla satisfação, pessoal e profissional. Acreditamos que, as recentes alterações orgânicas e o contexto atual de acreditação do SUG conduzirão à implementação em pleno do guia realizado, apesar de numa fase mais tardia.

Este percurso autocrítico revestiu-se de primordial importância no sentido em que nos forneceu maturidade como forma de apurar práticas indispensáveis à condição de especialista e mestres nesta área científica.

Face ao exposto, consideramos cumpridos os objetivos delineados para o presente trabalho de projeto uma vez que, para além de enquadrar conceitualmente a prática desenvolvida, contextualizámos os locais de estágios, apresentámos o PIS de acordo com a metodologia de projecto e avaliámos a sua adequação actual. A integração da reflexão crítica acerca das competências do enfermeiro especialista e do mestre em enfermagem Médico-Cirúrgica permitiram-nos analisar as aprendizagens efetuadas ao longo deste percurso e incluir os aportes teóricos decorrentes das unidades curriculares do plano de estudos.

Chegados ao fim deste percurso formativo, ambicionamos continuar a contribuir para a qualidade dos cuidados e excelência no exercício da profissão, quer através de ações a desenvolver no terreno, quer contribuindo para a formação de futuros profissionais e de pares ou ainda pela investigação sustentável que possa alargar as bases científicas que fundamentam a nossa *praxis*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSSON, H. e NILSSON, K. - Questioning Nursing Competences in Emergency Health Care. In Journal of Emergency Nursing. 2008. p.1-7.

ANEMA, Cheryl; JOHNSON, Mary; ZELLER, Janice; FOGG, Louis; ZETTERLUND, Joan. – Spiritual Well- Being in Individuals With Fibromyalgia Syndrome: Relationships With Symptom Pattern Variability, Uncertainty and Psychosocial Adaptation. In Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal. Springer Publishing Company. 2009 DOI: 10.1891/1541-6577.23.1.8. p. 8-22.

BENNER, Patricia. – De Iniciado a Perito. 2º Ed. Actual. Quarteto. 2005 – ISBN 989-558-052-5.

BHAT, Neeraj; REED, Skyler; STEELMAN, Lisa. – The Emergency Department: Departmental Assessment Project. 2011.

BOERING, Beth A. et al. eds., TNCC - Trauma Nursing Core Course, Provider Manual 6.º ed., United States of America : Emergency Nurses Association.2007.

BUTES, Lara; GALHANAS, Dulce; RODRIGUES, Miguel; SILVA, Andreia; DEODATO, Sérgio – Informar, quando? – Análise de Caso. Princípios Éticos, Normas Deontológicas e do Direito. Revista Percursos. [Em linha] Nº 18. Out-Dez 2010. [Consultado 27.Set.2012] Disponível em URL: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n18.pdf

CAMPOS, Diana; GRAVETO, João - Papel Do Enfermeiro E Envolvimento Do Cliente No Processo De Tomada De Decisão Clínica. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [Em linha] Vol. 17 (6). 2009. [Consult. 25. Set. 2012] Disponível em URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_21.pdf

CARVALHO, Vilma de – Sobre conhecimento geral e específico: destaques substantivos e adjectivos para uma epistemologia da enfermagem. Escola Anna Nery. Revista Enfermagem. 11:2, 2007. 337-342.

CHKS – Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação. 3ª Edição, Versão 01. CHKS, Lt. (Capita Groups): Abril de 2010.

COMISSÃO DE CATÁSTROFE – Plano de Actuação em Emergência e Catástrofe. CHL. Agosto. 2008

CRAYG, Jean V.; SMITH, Rosalind L. – Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros. Tradução: Maria Julieta Sampaio. Loures: Lusociência. 2004. ISBN 972-8383-61-4

CUNHA, Ana P. B – Supervisão das práticas clínicas: o caso particular da utilização dos sistemas de informação em Enfermagem. Aveiro: Universidade de Aveiro. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, 2008. [Em linha] [Consult. 20. Abril.2013]. Disponível em URL: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1344/1/2009000050.pdf>

DEFLOOR, T; HECKE, A. V; VERHAEGHE, S; GOBERT, M; DARRAS, E; e GRYPDONCK, M. - The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. In Journal of Advanced Nursing, Vol. 6 n. °56. 2006. p.669–678.

DEODATO, Sérgio – Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade. Coimbra: Almedina. 2008. ISBN: 978-972-40-3401-0

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – 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. Maio. 2010b.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Circular Normativa Nº: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010. Ministério da Saúde. Março de 2010a. [Em linha] [Consultado 08. Out. 2011]. Disponível em URL: www.dgs.pt.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. Maio de 2007. [Consultado em 18. Outubro.2011]. Disponível em URL:

<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

ESS/IPS – Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo de Relatórios e Trabalhos de Projeto. Departamento de Enfermagem. (Maio, 2012a).

ESS/IPS – Guia de Curso do 2º Mestrado em Enfermagem (Turma A). Ano Letivo 2012/2013. Departamento de Enfermagem (2012b).

ESS/IPS – Guia Orientador dos Estágios 2º Semestre (Adequação 2ª PG). Anos Lectivos 2010/2011 e 2011/2012. Departamento de Enfermagem (2011).

ESS/IPS – Sistema de equivalência entre os cursos de pós graduação de enfermagem médico-cirúrgica e curso de pós licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica. Área Disciplinar de Enfermagem (Dezembro, 2009).

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL - Guidelines for Resuscitation 2010. [Em linha]. 2010. [Consultado em 13. Julho.2011]. Disponível em URL: <http://www.cprguidelines.eu/2010/>

FACHADA, Odete. - Psicologia das relações interpessoais. Lisboa: Edições Sílabo. 2010. ISBN 9789726185659.

FAWCETT, Jacqueline. - Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories – 2ª Ed. Philadelphia: F. A. Davis Company. 2005.

FAWCETT, Jacqueline e GARITY, Joan. - Evaluating research for evidence-based nursing practice. Philadelphia: F. A. Davis Company. 2009. ISBN-13: 978-0-8036-1489-5.

FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS ed., Perfil Profesional de La Enfermería de Urgencias, Emergencias y

Desastres. [Em linha]. 2007. [Consult. 3 Jan. 2009]. Disponível em URL: http://www.enfermeriaurgencias.com/documentos/fundamentos/perfil_ibameue.pdf

FERNANDES, Olga. - Entre a Teoria e a Experiência. Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura. Loures: Lusociência. 2007. ISBN 978-972-8930-36-3.

FORTIN, Marie - Fabienne – Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta. 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

GALDEANO, L. E. e ROSSI, L. A. – Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para selecção de expertos. In Ciência, Cuidado e Saúde. [Em linha]. Vol. 5 n.º1, p.60–66. (2006). [Consult. 26 Setembro. 2011], Disponível em URL: http://www.portalbvsnf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612006000100008&lng=pt&nrm=iso.

GRIMM, Jason Wade. – Effective Leadership: Making the Difference. In Journal of Emergency Nursing. DOI: 10.1016/j.jen.2008.07.012. Vol. 36. 2010. p. 74-77.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM – Triagem no Serviço de Urgência – Manual de Serviço. Grupo de Triagem de Manchester, 2ª Ed. Maio, 2002.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES – Dotações seguras salvam vidas: Instrumentos de Informação e Acção. Genebra: ICN, 2006. ISBN 9295040449. [Em linha] [Consultado em 17. Set. 2011]. Disponível em URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf

KÉROUAC, Suzane, et. al. - La Pensée Infirmière. Conceptions et stratégies. Laval (Québec): Édition Études Vivantes & Édition Maloine, 1994. ISBN 2-224-02284-0.

KOHN, Linda T., CORRIGANE, Janet M., DONALDSON, Molla S. - To Err is Human: Building a Safer Health System Institute of Medicine. 2000. ISBN 978-0-309-06837-6.

LE BOTERF, Guy. - Avaliar a competência de um profissional - Três dimensões a explorar. Pessoal, n.º46, 2006. 60-63.

LIMA, Jorge - A utilização de equipamentos de protecção individual pelos profissionais de Enfermagem – práticas relacionadas com o uso de luvas. Dissertação de Mestrado.

Universidade do Minho. [Em linha] Outubro de 2008. [Consultado em 27 de Outubro de 2011]. Disponível em URL:

http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9160/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Jorge_Lima_01.03_frente_verso.pdf

LOPES, Manuel José – Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Socio-Moral: Alguns dados e implicações. 2ª Ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2001. ISBN 972-98149-0-2

LUNNEY, M. - Use of critical thinking in the diagnostic process - International Journal of Nursing Terminologies & Classifications, (Em linha) nº 21 (2), p. 82–88. 2010. [Consult. 28 Outubro 2011]. Disponível em URL:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010629514&site=ehost-live>

MANUEL, April; SOLBERG, Shirley e MACDONALD, Sandra. Organ Donation Experiences of Family Members – Nephrology Nursing Journal. Maio – Junho (2010), Vol. 37, No. 3.

MATSUMOTO, Ivania - A Importância da Atuação do Enfermeiro Frente a PCR. [Em linha]. 2008 [Consultado 13. Maio. 2011]. Disponível em URL: http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_10126/artigo_sobre_a_importancia_da_atuacao_do_enfermeiro_frente_a_pcr

MENDES, Gildásio e TACHIZAWA, Takeshy – Como fazer monografia na prática. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. ISBN 805-225-0260-9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Actualização da Referenciação de Urgência / Emergência. Circular Normativa nº 5/CD/2011 de 13/07/2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional da Saúde 2011-2016 [Em linha] [Consultado 21. Set. 2011]. Disponível em URL: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>

MISHEL, Merle H. e CLAYTON, Margaret F. – Theories of Uncertainty in Illness IN SMITH, Mary Jane e LIEHR, Patricia R. – In Middle Range Theory for Nursing. New York: Springer Publishing Company, 2008. ISBN 978-0-8261-1916-2.

MOCK C.; LORMAND J. D.; GOOSEN J.; JOSHIPURA M. e PEDEN M. - Guidelines for essential trauma care. Geneva: World Health Organization. 2004. ISBN 92 4 154640 9

NUNES, Lucília, AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Tomada de Posição sobre Investigação (26.Abril.2006). [Em linha]. [Consultado em 29. Set.2011] Disponível em URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento nº 122/2011 – DR 2ª série, nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011a. 8648-8653.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento nº 124/2011 – DR 2ª série, nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011b. 8656-8657.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Tomada de Posição Sobre a Segurança do Cliente. (Em linha) 2006 [Consultado em 14.04.11]. Disponível em URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

PARREIRA, Pedro – Organizações. Coimbra: Formasau – Formação em Saúde Lda. 2005. ISBN 972-8485-46-8.

PEARSON, A., WIECHULA, R., COURT, A., e CARIG, L. - O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs – Tradução de L. Lopes e S. Santos. Referência - Revista de Enfermagem, II, (Em linha) vol. 12,p. 123 –133. 2010.

[Consult. 20 Set. 2012] Disponível em URL:

http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2162&id_rev=4&id_edicao=32

PENEFF, Jean. – O Hospital na Urgência. Coimbra: Formasau. 2002. p. 74-78 – ISBN 972-8485-26-3.

PORRAS, Jerry - Stream analysis: A powerful way to diagnose and manage organizational change. Addison-Wesley Publishing Company. 2002. ISBN 0-201-05693-3.

REGULAMENTO INTERNO DO CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E, 2007, p. 2-3.

RODRIGUES, Manuel – O caminho da enfermagem científica moderna. In colectanea ICE. [Em linha] 1ª ed. 2009. Isla Canárias: grupo ICE. ISSN – 978-972-8612-41-2 [Consultado 27. Set. 2012]. Disponível em URL: <http://ice-mac.org/pdf/colectanea/1.pdf>

RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida e NUNES, Lucília. – Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. In Revista Percursos nº 15 Janeiro - Março 2010. ISSN 1646-5067.

SALOME, Geraldo Magela; CAVALI, Amanda; ESPOSITO, Vitória Helena Cunha. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. In Revista Brasileira de Enfermagem. [Em linha]. 2009, vol.62, n.5 [Consultado 13.Set.2011]. p.681-686. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000500005&lng=en&nrm=iso. ISSN 0034-7167. DOI: 10.1590/S0034-71672009000500005.

SERRANO, Cláudia; FONSECA, Fernanda; SANTOS, Guida; MOURO, Marta – Monografia: Formação Contínua dos Enfermeiros em contexto de Urgência/Emergência. Barcarena: Universidade Atlântica (Documento não publicado). 2009.

SMITH, Marlaine C. – Disciplinary Perspectives Linked to Middle Range Theory IN SMITH, Mary Jane e LIEHR, Patricia R. – In Middle Range Theory for Nursing. New York: Springer Publishing Company, 2008. ISBN 978-0-8261-1916-2.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – Transporte de Doentes Críticos: Recomendações. Em colaboração com a Ordem dos Médicos. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, (em linha) 2008. [consultado em 30.set.2012] Disponível em URL: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

SOUSA, Maria José e BAPTISTA, Cristina Sales – Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha. Lisboa: Pactor, 2011. ISBN 978-989-693-001-1.

THOMPSON, Carl e LEARMONTH, Mark – Como podemos desenvolver uma cultura baseada na evidência? Cap. 9, p. 211-239 IN CRAYG, Jean V.; SMITH, Rosalind L. – Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros. Tradução: Maria Julieta Sampaio. Loures: Lusociência. 2004. ISBN 972-8383-61-4

TOMMEY, Ann Marriner e ALLIGOOD, Martha Raile. Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Ed. Loures: Lusociência. 2004. ISBN 972-8383-74-6.

VALDEZ, Anna Maria. - Transitioning From Novice to Competent: What Can We Learn From the Literature about Graduate Nurses in the Emergency Setting. In Journal of Emergency Nursing, n.º5 Vol.34, 2008 p. 435-440.

WORLD HEALTH ORGANIZATION Collaborating Centre for Patient Safety Solutions - Patient Safety Solutions [Em linha]. 2007. [Consultado em 10.Outubro.2011]. Disponível em URL: <http://www.ccforspatientsafety.org/Patient-Safety-Solutions/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Guidelines for trauma quality improvement programmes. Geneva: World Health Organization. 2009. ISBN 978 92 4 159774 6.

Fontes Jurídicas

Código Deontológico do Enfermeiro

Constituição da República Portuguesa

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro)

Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto)

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Dec-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro)

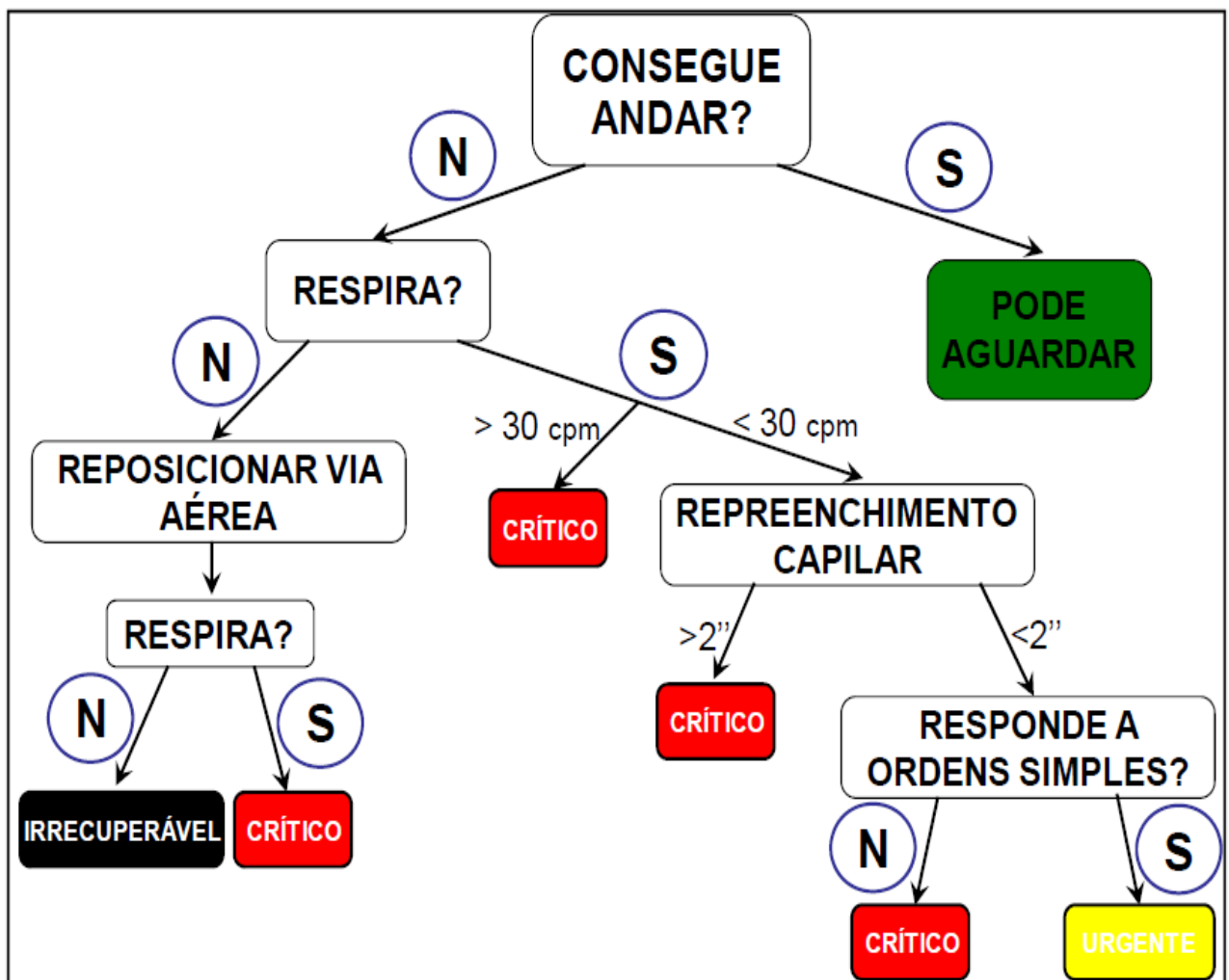
Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência (Despacho nº 18/ 459. DR 2º série de 30 Julho)

ANEXOS

ANEXO 1

MODELO START TRIAGEM

PROTOCOLO DE TRIAGEM: MODELO START



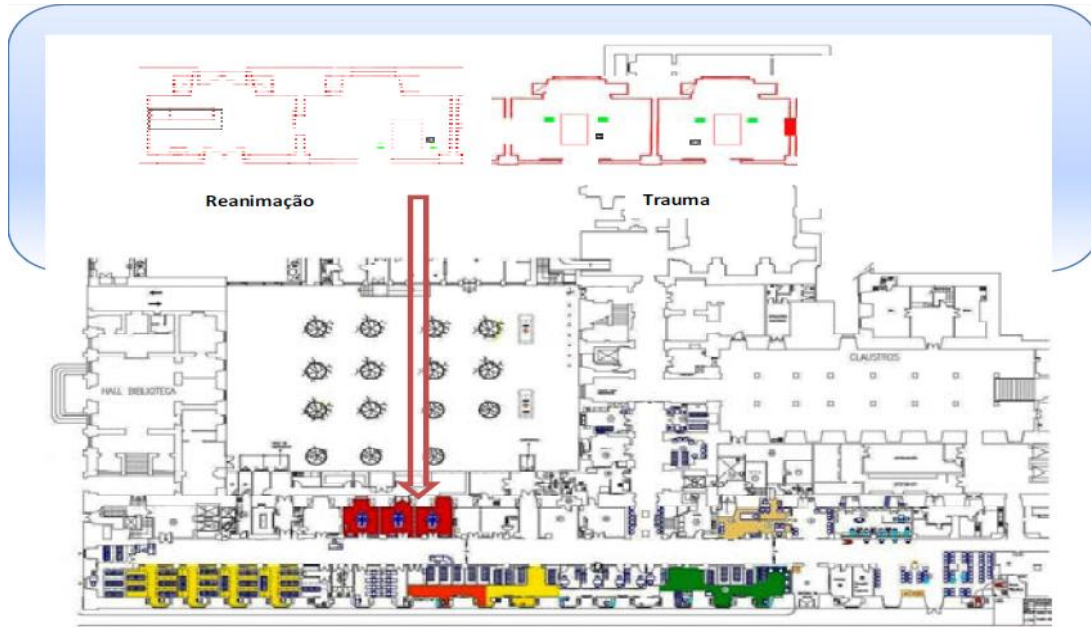
Fonte: COMISSÃO CATÁSTROFE (2008)

ANEXO 2

PLANTA DO SUG - PLANO CATÁSTROFE

PLANTA DO SUG SEGUNDO PLANO CATÁSTROFE DO CHL

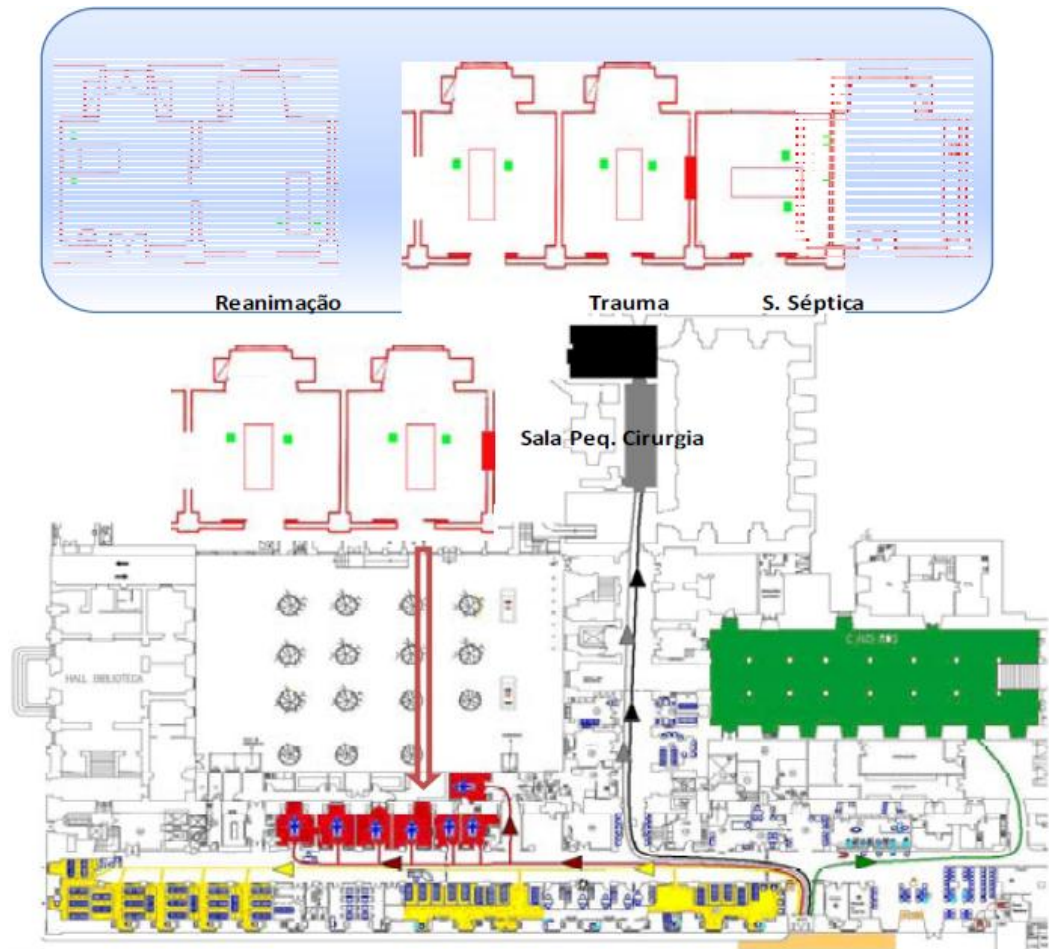
Piso 0 (Nível 1)



Piso 0 (Nível 2)



Piso 0 (Nível 3)



Fonte: COMISSÃO CATÁSTROFE (2008)

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ARTIGO CIENTÍFICO

**“ORGANIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NAS SALAS DE EMERGÊNCIA:
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA POLIVALENTE”**

Organização da Equipa de Enfermagem nas Salas de Emergência:

Projeto de Intervenção num Serviço de Urgência Polivalente

Costa, Inês⁵;Pereira, Mariana⁶; Ruivo, Alice⁷

Resumo: A prática de enfermagem nos Serviços de Urgência e, particularmente nas salas de Emergência, requer competências específicas na abordagem à pessoa em situação crítica. O ritmo acelerado, o stresse e as situações clínicas complexas exigem destes profissionais uma atuação rápida mas sobretudo segura e eficaz. Destaca-se assim a necessidade de normalizar procedimentos como forma de responder a critérios de qualidade e no sentido de promover a excelência no exercício profissional na atuação em emergência. O presente artigo tem o propósito de dar a conhecer um projeto de intervenção aplicado a uma equipa de enfermagem de um Serviço de Urgência polivalente de um hospital central português, sob a filiação concetual à Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel. A metodologia do trabalho assenta no trabalho de projeto e o objetivo geral passa por criar um guia de atuação das equipas de enfermagem dentro das salas de emergência. Decorreu em cinco fases, com estratégias e atividades bem definidas e os resultados demonstram um guia padronizado com as competências dos enfermeiros escalados na sala de emergência, discutidos à luz da bibliografia atual. A avaliação, que foi projetada, permitirá antever as mudanças comportamentais dos enfermeiros após apropriação do mesmo.

Palavras-chave: Equipa de Enfermagem; Guia de Atuação; Metodologia de trabalho de projecto; Salas de Emergência; Teoria da Incerteza na Doença.

Abstract: *Nursing practice in the Emergency Department requires specific skills when approaching a patient in critical condition, particularly on the emergency room. The fast paced, stressful and complex clinical situations these professionals face demand quick action but, more importantly, a safe and effective one. In this sense, the need to normalize procedures in order to uphold quality standards and to promote professional excellence in the Emergency Department stands out. This article intends to divulge an intervention program applied to a Nursing Team in a multi-purposed Emergency Department of a Portuguese central hospital, using the theoretical principles of Merle Mishel's Uncertainty in Illness Theory. This work uses project methodology and its main goal is to create a nursing-team practice guideline on the emergency room. It was held in five stages and, using well defined strategies, it allowed the creation of a guideline which appropriately distributes nursing skills in the Emergency Room, in light of current knowledge. It is also proposed an assessment which will allows to measure changes on the nursing practice after the guideline adoption.*

Key words: Emergency Room; Guide Action; Nursing team; Project Work Methodology; Uncertainty in Illness Theory;

⁵ Mestranda do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica na ESS/IPS

⁶ Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

⁷ Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

INTRODUÇÃO

O presente artigo intitula-se “Organização da Equipa de Enfermagem nas Salas de Emergência” e traduz um projeto de intervenção realizado num serviço de urgência polivalente de um hospital central português. Surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS) e pretende-se com o mesmo dar continuidade a um percurso iniciado na Pós Graduação (PG) e no Curso de Pós Licenciatura de Especialização frequentados na mesma instituição, nos anos letivos 2008/2009 e 2010/2011, respetivamente.

A problemática escolhida foi identificada no contexto da nossa prática profissional aquando da realização dos estágios integrados nos planos de estudo.

O presente artigo tem como objetivos, (1) enquadrar o projecto, com filiação à Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel; (2) realizar revisão bibliográfica acerca da temática em estudo (3) apresentar e justificar a metodologia de trabalho utilizada, (4) refletir acerca dos resultados obtidos (5) avaliar a adequação do projeto de intervenção no serviço (PIS) à data atual com base nos indicadores de resultado definidos.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Na realização do PIS não foi utilizada, desde o início da sua conceção, uma filiação teórica de suporte ao projeto uma vez que foi desenvolvido em contexto da PG. No entanto, numa visão atual enquanto enfermeiros especialistas candidatos ao grau de mestre, torna-se agora imperativa a realização deste enquadramento conceptual como fundamento da reflexão acerca das competências desenvolvidas. Deste modo, filiámo-nos numa teoria de médio alcance em enfermagem, a Teoria da Incerteza de Merle Mishel como enquadramento de suporte à reflexão acerca do trabalho desenvolvido.

Na teoria de Merle Mishel, a incerteza foi definida como a incapacidade de determinar o significado da doença, relatada como uma experiência comum por pessoas que atravessaram processos de doença (MISHEL e CLAYTON, 2008).

Esta incerteza está relacionada com a variabilidade no padrão de sintomas da doença, com a complexidade dos cuidados e tratamento, com a falta de informações sobre a doença e tratamento e com a imprevisível natureza do

trajeto da doença (Mishel, 1988 citada por ANEMA *et. al.*, 2009).

A Teoria da Incerteza na doença aplica-se às fases de pré-diagnóstico, diagnóstico e tratamento quer de doenças agudas quer crónicas e organiza-se em torno de três conceitos principais que enquadram a incerteza ao longo do processo de doença. São eles, os antecedentes da incerteza, o processo de apreciação da incerteza e o modo de lidar com a incerteza (MISHEL e CLAYTON, 2008).

Em última instância, o reconhecimento da importância da incerteza pode mudar a prática clínica, permitindo o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que facilitam uma adaptação do paciente às experiências da doença (*idem*).

A visão associada à Teoria da Incerteza de Merle Mishel realçou-nos a necessidade premente de “olhar” a nossa prática com o intuito de melhorar e identificar intervenções de enfermagem consoante o processo de adaptação e mecanismos de lidar com a incerteza que cada pessoa inscreve em si.

Os serviços de urgência são muitas vezes o primeiro ponto de entrada da maioria dos utentes e devem estar preparados para responder a todo o tipo de situações clínicas complexas que implicam tratamento intensivo, numa resposta que se pretende rápida e eficaz (BHAT, REED E STEELMAN, 2011).

Devido à natureza imprevisível da maioria das situações clínicas que as pessoas vivenciam, estes serviços são compostos por equipas multiprofissionais onde cada um dos elementos tem competências específicas na abordagem à pessoa em risco de vida eminente (*idem*).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011:8656), pessoa em situação crítica, é “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”.

A abordagem sistemática a uma pessoa em situação crítica, admitida nas salas de emergência, pressupõe por parte da equipa multiprofissional, determinados procedimentos organizacionais e de liderança eficazes. Desentendimentos sobre os procedimentos, falhas na liderança e na comunicação da equipa, *stress* e falta de organização podem conduzir a equipa a perder o seu foco de atenção e levar a um

ambiente caótico e confuso (MELLICK e ADAMS, 2009).

Face ao exposto, e no que se refere às salas de emergência (SE) das unidades de urgência hospitalares, a Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2009) recomenda a normalização dos procedimentos nestas salas, de modo a promover a eficiência e eficácia dos procedimentos realizados à pessoa em situação crítica.

Em conjunto com as aprendizagens individuais, é recomendado às instituições prestadoras de cuidados de urgência, o estabelecimento de normas de funcionamento e políticas institucionais, a adoção de manuais de procedimentos, referências farmacológicas, formação obrigatória e ainda, literatura de referência para os profissionais que ali exercem funções (PROEHL, 2002; VALDEZ, 2008).

Estas são algumas estratégias que nos levaram a prever o impacto na organização de saúde em causa, como uma melhoria no processo de atendimento da pessoa em situação crítica nas SE e a justificar a problemática escolhida para o projeto à frente apresentado.

A realidade num Serviço de Urgência Polivalente

Um serviço de urgência polivalente, corresponde, segundo o Despacho do Ministério da Saúde nr. 727/2007 de 15 de Janeiro, ao nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, localizando-se em regra num hospital geral central ou centro hospitalar e dispondo,

para além de todos os recursos próprios de um Serviço de Urgência (SU) médico – cirúrgico, a articulação com as urgências específicas de pediatria, obstetrícia e psiquiatria segundo as respetivas redes de referenciação.

O SU polivalente onde foi elaborado o projeto de intervenção reúne as condições acima descritas e é constituído por quatro salas de emergência, duas das quais de emergência médica e duas de emergência cirúrgica, também designadas por *trauma room*.

Cada uma destas salas é constituída por uma unidade para a receção de pessoas em situação crítica, dispondo de equipamentos sofisticados de monitorização invasiva e não invasiva, ventiladores multimodais, desfibriladores, terapêutica e outros dispositivos necessários à prática clínica em situação de emergência. Duas das SE apresentam características que as permitem funcionar como

salas de bloco operatório, estando a *trauma room* ainda equipada com aparelhos de imagiologia.

Equipas de Enfermagem nos Serviços de Urgência Polivalente

Os enfermeiros apresentam-se, muitas vezes, na linha da frente das equipas de reanimação e são responsáveis pela assistência direta à pessoa em situação crítica, incluindo a triagem, estabilização clínica e educação para a saúde pelo que a organização e gestão da equipa de enfermagem se eleva como de primordial importância (BHAT, REED E STEELMAN, 2011).

Os cuidados de enfermagem à pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência ou risco de falência orgânica são cuidados altamente qualificados cujo principal fim é a recuperação total das funções vitais daquela pessoa. Exigem observação, colheita exaustiva de dados, prevenção e deteção precoce de problemas ou complicações eventuais e intervenções clínicas precisas, eficientes e em tempo útil (OE, 2011).

METODOLOGIA

A metodologia de trabalho assentou no trabalho de projeto, uma metodologia que se baseia no princípio da prática reflexiva, que, de forma sistemática, visa a identificação de problemas e a sua resolução com base na melhor evidência sustentada pela investigação (LUNNEY, 2010; PEARSON *et. al*, 2010; RUIVO, FERRITO E NUNES, 2010).

Diagnóstico de situação

Os instrumentos utilizados para o diagnóstico de situação foram a observação direta, enquanto enfermeiros prestadores de cuidados nas SE deste SU e através da realização de uma entrevista não estruturada de carácter exploratório com a Sra. Enfermeira- Chefe e alguns elementos de referência do serviço.

Contextualização da Problemática

A equipa de enfermagem no SU polivalente em questão era constituída, à data de realização do PIS, por 97 enfermeiros, dos quais dois enfermeiros especialistas, divididos em cinco equipas. Atualmente, é constituída por 105 enfermeiros, dos quais 15 são especialistas (10 com especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica).

Estão escalados nas SE um total de quatro enfermeiros, num rácio de um enfermeiro por SE, não obstante a colaboração de outros enfermeiros sempre que a situação da pessoa ali admitida o exija. Assim, existem dois enfermeiros para as SE do foro médico e dois para as *trauma room*, respetivamente, tendo sido este o rácio considerado para a elaboração do PIS.

Tal como defendem vários autores, é difícil definir um tipo de liderança efetivo num serviço com tão grandes dimensões, pois não existe nenhum estilo de liderança único e válido para todas as situações (FACHADA, 2010). Nas SE especificamente, tanto os estilos de liderança situacional como transformacional são essenciais para uma liderança eficaz neste mundo, muitas vezes caótico e carregado de elevado *stress* (GRIMM, 2010).

Nas SE preconiza-se a implementação da filosofia do trabalho em equipa, visto dizer respeito ao trabalho de um grupo conduzido por um líder. De acordo com PARREIRA (2005), esta filosofia realça o facto de todos os elementos da equipa conhecerem as necessidades e/ou problemas do utente, contribuindo, de forma particular, para o bem-estar deste.

A normalização de procedimentos na atuação nas SE é apontada pela WHO (MOCK *et. al.*, 2004) como uma das medidas para diminuir a taxa de mortalidade nas mesmas. Segundo a mesma, os principais problemas identificados em emergência, são o trabalhar em equipa e a dificuldade em aceitar o erro humano (MOCK *et. al.*, 2004). Uma clarificação do papel do enfermeiro e uma normalização dos procedimentos em situação de emergência, poderá facilitar a articulação em equipa e promover uma maior aceitação dos insucessos terapêuticos e o lidar com o erro.

Além disto, justificamos a problemática com dados mais recentes, ao constatar que nestas SE, que atendem uma média aproximada de dez pessoas em cada 24 horas⁸, não existe qualquer norma de procedimentos ou protocolo organizacional que normalize a atuação perante estas pessoas em risco eminente de vida.

No plano institucional, o atual contexto de acreditação do SU para a qualidade, obriga a considerar este problema como uma prioridade em termos de normalização. Com efeito, o documento de enquadramento geral do programa

a implementar contempla a normalização no serviço como uma área a inscrever [CASPE HEALTHCARE KNOWLEDGE SYSTEM (CHKS), 2010].

Deste modo aspiramos contribuir para a qualidade pretendida na gestão dos cuidados e nos indicadores de qualidade relativos ao atendimento de emergência.

Identificação do Problema

Identificámos, assim, como problema alvo de intervenção, a inexistência de um guia de atuação padronizado para a prestação de cuidados de enfermagem nas SE neste SU. Consideramos que tal fato pode ter implicações a diferentes níveis: para a pessoa enquanto utente, relacionado com a segurança e qualidade dos cuidados; para os profissionais do serviço, pela exigência em lidar com a complexidade das situações de emergência e pela acumulação e não clarificação de funções, diretamente relacionadas com (in)satisfação profissional; e também para a própria instituição, pelo eventual comprometimento da qualidade assistencial e pelos custos associados a uma prática não normalizada.

Objetivos

O objetivo geral do Projeto passou por:

- Elaborar um guia de atuação da Equipa de Enfermagem nas SE.

Por sua vez, como objetivos específicos definimos cinco, de acordo com as fases em que decorreu o projeto. São eles:

1. Realizar pesquisa bibliográfica acerca da temática do PIS,
2. Observar momentos de atuação da equipa de enfermagem em situações de emergência nas SE do SU;
3. Elaborar um guia de atuação da Equipa de Enfermagem nas SE do SU, sustentado pela observação e pela revisão da literatura;
4. Validar e implementar o guia de atuação;
5. Avaliar, sistemática e periodicamente, a viabilidade do projeto implementado.

População e amostra

O presente projeto foi implementado num espaço físico específico dentro do SU: as Salas de Emergência.

A população – alvo deste estudo foi constituída pelos Enfermeiros do SU. A amostra foi, por sua vez, constituída pelos enfermeiros do SU adstritos à prestação de cuidados que

⁸ Dados (não publicados) gentilmente fornecidos pelo Grupo de Trabalho em Emergência deste SU, referentes ao período compreendido entre 1 de Março de 2010 e 31 de Dezembro de 2010.

cumprissem os seguintes critérios de inclusão: integração nas SE e nelas exercer funções. Como critérios de exclusão da amostra contaram-se os elementos que elaboraram o projeto em questão. Assim, à data de elaboração do PIS, a amostra foi constituída por um total de 93 enfermeiros.

Estratégias e atividades desenvolvidas

As estratégias que escolhemos para as diversas fases de implementação da intervenção, pretenderam afirmar-se como resposta às dificuldades que pudemos antever, no sentido de permitir a efetiva concretização dos objetivos definidos. Deste modo, uma das estratégias passou pelo **envolvimento dos líderes e peritos na área da emergência em todas as fases do projeto** e para tal fornecemos informação de forma continuada sobre todo o desenrolar do processo. O **envolvimento da equipa de enfermagem**, nos momentos de observação, constituiu um meio fundamental para ultrapassar uma eventual resistência à mudança e permitiu uma apropriação pessoal do guia a desenvolver. A **validação do guia de atuação por um painel de peritos** (enfermeiros da área da emergência) permitiu uma real adequação do trabalho produzido aos dados da evidência atuais, conferindo-lhe a necessária componente científica. Por fim, a **avaliação e divulgação dos resultados** finais da intervenção foi outra das estratégias escolhidas como forma de tornar público o trabalho desenvolvido e assim, contribuir para a satisfação dos profissionais envolvidos.

Apresenta-se, agora, a fase de execução do projeto com a descrição das fases em que decorreu. O mesmo foi projetado de acordo com um cronograma previamente definido, sendo que a fase de execução decorreu no período compreendido entre Maio e Julho de 2009.

1) Realizar pesquisa bibliográfica acerca da temática do PIS

Começámos por realizar pesquisa bibliográfica acerca da temática em questão, o que nos possibilitou não só justificar a problemática como justificar as nossas escolhas ao longo deste processo, de acordo com os dados da evidência, enunciados no enquadramento do projecto.

2) Observação não participante da atuação da equipa de enfermagem nas Salas de Emergência, utilizando como comparação uma *check-list* inicial (*check list* 1)

Foram observados vinte momentos de atuação da equipa de enfermagem nas SE, distribuídas

equitativamente em dez nas SE de foro médico e dez na *trauma room*. A observação foi realizada desde a admissão da pessoa até à sua estabilização clínica e, em alguns casos, até à consequente saída da SE para outro destino. Cada momento de observação durou, em média, trinta minutos.

A *check -list* 1, orientadora da observação, foi realizada baseada nas normas de orientação clínicas descritas na literatura consultada e baseia-se concretamente numa norma em vigor num outro SU com características semelhantes.

3) Atualização da *check list* 1 de acordo com a realidade observada e a bibliografia consultada (*check list* 2).

A observação dos momentos de atuação conduziu a alterações da *check-list* inicial no que diz respeito à sua própria organização, tendo-se procedido a alterações na ordem das responsabilidades dos enfermeiros escalados bem como pela introdução de outras habilidades.

A *check-list* 2 foi realizada tomando por base os sete passos de ordem de prioridades envolvidas na avaliação primária ao doente (A, B, C, D, E, F, G, H, I) defendido pelo *Trauma Nursing Core Course* (TNCC®) (BOERING *et. al.*, 2007).

4) Validação da *check-list* 2 utilizando um painel de peritos

O painel de peritos selecionado para proceder à validação foi constituído pelos enfermeiros chefes de equipa, os enfermeiros que os substituem aquando da sua ausência e os enfermeiros fora de escala que acumulam funções na área da gestão do serviço. Como critério utilizou-se também ser prestador de cuidados nas Salas de Emergência, o que neste caso excluiu a Sra. Enfermeira Chefe. No total foram selecionados 14 peritos. Para o efeito foram realizadas três reuniões.

As reuniões foram devidamente planeadas e nelas discutiram-se formas de organização e de apresentação da *check list*. Todos os peritos, nas diferentes reuniões, concordaram com o apresentado, salientaram apenas que a *check list* conquistaria melhor atenção se apresentada numa só página (estava disponível em duas páginas), pelo que se procedeu a essa alteração, tendo ficado a versão final a designar-se guia de atuação.

5) Apresentação do guia de atuação validado à Equipa de Enfermagem do SU

Após validação final pela Sra. Enfermeira Chefe, optámos por, numa fase inicial, disponibilizar o guia de atuação aos enfermeiros chefes de equipa, solicitando a colaboração dos mesmos para o apresentarem aos elementos das suas equipas, mobilizando-os em torno do mesmo. Procedemos, posteriormente, à colocação de um exemplar do guia de atuação em cada uma das pastas das equipas, visto serem utilizadas diariamente.

6) Afixação do guia de atuação, em forma de Poster, em cada uma das SE.

Procedimentos Formais e Éticos

Para cumprimento dos procedimentos formais e éticos, explicámos a todos os elementos sujeitos a observação, o projeto que se encontrava em estudo e o instrumento de observação a utilizar, sendo que todos os elementos consentiram e participaram livremente no mesmo.

Para além disto foi solicitado um pedido de autorização formal ao conselho de administração da instituição, tendo vindo deferido pela direção de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O percurso efetuado desde a PG, Curso de Pós Licenciatura de Especialização e, atualmente, o Curso de Mestrado permitem-nos refletir acerca das escolhas efetuadas na elaboração do projeto bem como a forma como as atividades foram desenvolvidas.

Os instrumentos utilizados para o diagnóstico de situação foram a observação direta e a realização de entrevista, sendo que a observação está sempre implícita à utilização dos meios de análise de situação (RUIVO, FERRITO e NUNES, 2010). Hoje e, com os conhecimentos adquiridos, utilizaríamos outras ferramentas de diagnóstico que melhor o fundamentassem, em particular no que diz respeito às estratégias de melhoria contínua da qualidade. Assim, utilizaríamos como instrumentos de diagnóstico, a *Stream Analysis*, uma vez que se trata de um método de análise cujo objetivo fulcral passa por conduzir à mudança planeada na organização e porque defende que o desempenho organizacional resulta da interação complexa entre diversos componentes da organização (PORRAS, 2002). É ainda considerada pelo mesmo autor como o método de gestão mais eficiente para o diagnóstico de situação em enfermagem. Além

desta, e para complementaridade da entrevista realizada, optaríamos por realizar uma análise *SWOT* (*Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*) com vista à análise das diversas variáveis que poderiam influenciar o nosso projeto (RUIVO, FERRITO e NUNES, 2010).

No que respeita à fase de execução, designadamente a primeira, importa referir que a observação foi transversal à atuação de elementos pertencentes às cinco equipas do SU, sendo que não foi possível contemplar toda a amostra, visto que alguns elementos se encontravam de licença e ainda por constrangimentos por escala de serviço.

A maioria dos momentos de observação ocorreu no turno da noite, uma vez que, sendo os observadores elementos fora da amostra e o fato do estágio ter sido realizado em contexto de serviço, elevaram-se como os períodos mais propícios à observação.

Na segunda fase da execução do projeto, referente à elaboração da *check-list* inicial, optámos por agrupar nas mesmas linhas, as responsabilidades comuns dos enfermeiros de forma a tornar mais fácil a leitura. Com o mesmo intuito, dividiu-se esta *check-list* em duas partes principais, uma respeitante à organização das SE e outra respeitante à abordagem à pessoa em situação crítica.

O facto de se contar com dois enfermeiros escalados nas SE permite realizar ao mesmo tempo, alguns destes passos. Assim, optámos por referenciar a exposição (E - Exposição) na abordagem inicial à pessoa, visto que constatamos, na fase de observação, a sua consecução fácil aquando da transferência da pessoa para a maca na SE.

Introduziram-se, nesta fase, outras responsabilidades do enfermeiro que não constavam na *check list* inicial, tais como a triagem, as notas de evolução⁹, o pedido de ECDT (Exames Complementares de Diagnóstico e Terapêutica) e o registo da administração de terapêutica, no sistema de informático existente. Daqui se reforça a importância da escolha da observação enquanto instrumento da colheita de dados, pois permitiu-nos adequar as estratégias ao contexto onde se desenvolveu a ação.

Para além disto contemplou-se, como necessária, a presença de um enfermeiro na cabina de radiologia do *Trauma Room* aquando da realização de Rx's, fundamental para a supervisão da pessoa e para a manipulação de equipamentos.

⁹ As notas de evolução são realizadas no software informático existente (HCIS MB – Healthcare Information Systems[®]).

Mishel refere que a incerteza associada à ansiedade e medo vivenciados pela pessoa em situação crítica e a sua família podem conduzir a pensamentos negativos e graves problemas emocionais futuros (TOMMEY e ALLIGOOD, 2004). Assim, como meio de assistir a pessoa e sua família neste processo, o guia de atuação foi realizado seguindo as prioridades na abordagem à pessoa em situação crítica defendida por BOERING *et. al.*, (2007), onde consta como prioridade facilitar a presença da família

Analisada a amostra de enfermeiros peritos selecionada, torna-se importante realçar as características partilhadas pelos mesmos: a capacidade de categorizarem problemas com um alto nível de teorização e aplicarem melhor os seus conhecimentos na prática, terem consciência daquilo que sabem e do que não sabem, serem flexíveis, terem especificidade, capacidade para contextualização e fazer generalizações, atributos designados por Fox Young (1995) citados por GALDEANO e ROSSI (2006).

Na fase de validação pelos peritos selecionados, importa referir que todos concordaram unanimemente, com os passos descritos na *check-list*, tendo salientado apenas que a mesma conquistaria melhor atenção por parte dos elementos se apresentada numa só folha, tendo-se procedido a essa alteração.

As fases finais do projeto culminaram na apresentação do guia de atuação final conforme apresentado na Figura 1.

A última atividade do projeto passaria pela divulgação do guia de atuação, através da afixação, em forma de póster, em cada uma das SE. Por constrangimentos vários, designadamente tempo de execução, esta última atividade do PIS não foi concluída.

AValiação

Durante os estágios não foi possível, devido ao curto período de tempo, proceder à avaliação do projeto, no entanto estas ficaram programadas.

As estratégias de avaliação que projetámos foram: uma primeira avaliação pela amostra, que consistiria na colocação de um espaço aberto para sugestões onde cada enfermeiro pudesse registar críticas e sugerir alterações no mesmo, ao fim de seis meses. O tempo escolhido prende-se com o facto das pessoas serem mais críticas e identificarem mais facilmente fragilidades ou aspetos a corrigir, neste período.

Numa fase posterior, a avaliação com os pares, onde o que pretenderíamos seria, após o momento de avaliação inicial, verificar as alterações de comportamento por parte da amostra.

Deste modo, definiríamos que ao fim de um ano, 50% da equipa adotasse alterações comportamentais na sua atuação nas SE de acordo com o guia realizado e que ao fim de dois anos, toda a equipa de enfermagem, isto é 100%, atuasse de acordo com o regulamentado. Isto implicaria uma apropriação do guia ao longo do tempo por todos os enfermeiros que atuam nas SE.

No entanto, por indicação da Sra. Enfermeira Chefe e dado um conjunto de fatores relacionados com a gestão do serviço que surgiram neste período, a implementação do projeto foi adiada e encontra-se ainda suspensa até novas indicações por parte das chefias.

CONCLUSÃO

A realização deste projeto tem-se revelado uma mais-valia em termos institucionais e no seio da equipa. Exemplo disso foi a criação de um grupo de trabalho em emergência dentro do SU, constituído por enfermeiros e do qual fazemos parte. Um grupo de trabalho que pretende implementar a “Via Verde de Trauma” onde a organização das equipas é uma área a inscrever.

Pretende-se que este projeto seja o ímpeto para criar um grupo multiprofissional no SU para a elaboração de um referencial de normas de atuação alargado a toda a equipa multiprofissional nas SE.

Desta forma reafirmamos a premente necessidade da organização das equipas de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados e a excelência no exercício desta profissão.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os enfermeiros participantes no PIS pela partilha de vivências e pela grandeza e humanismo como realizam o seu trabalho. Às pessoas em situação crítica e suas famílias por constituírem uma fonte contínua de aprendizagem e estímulo para melhor cuidar.

ORGANIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NAS SALAS DE EMERGÊNCIA	
SALAS DE EMERGÊNCIA	
ENFERMEIRO 1	ENFERMEIRO 2
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparação/Verificação da funcionalidade das salas de Emergência conforme “Procedimentos de verificação de funcionalidade das Salas de Emergência” em vigor no serviço”. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar disponibilidade de dispositivos de proteção individual para os elementos da equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar temperatura da sala; ▪ Confirmar disponibilidade de soros e roupa quente na estufa.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confirmar <i>stock</i> de terapêutica; ▪ Colocar em local acessível, material de cateterização venosa e recolha de análises. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisionar reposição de <i>stock</i> de material existente nas SE.
ABORDAGEM AO DOENTE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento ao doente (apresentação da equipa e dos procedimentos básicos); ▪ Coopera na passagem do doente para a maca da sala e na exposição do mesmo, se possível; ▪ Posiciona doente, de acordo com patologia. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordena a equipa de enfermagem e Assistentes Operacionais na abordagem sistematizada ao doente; ▪ <u>Receber dados do Doente:</u> Cinemática/Etiologia; antecedentes pessoais; terapêutica em ambulatório; sintomatologia e procedimentos efetuados no local de origem, fornecidos pelo doente, testemunhas, família, profissionais de saúde e/ou equipa de transporte. 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; transform: rotate(-90deg); transform-origin: left top;">Via Aérea e Ventilação</div> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir no Controlo da via aérea e ventilação (invasiva ou não); ▪ Administrar O2; ▪ Proceder à aspiração de secreções, quando necessária; ▪ Colaborar na EOT ou extubação;
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procede à triagem do doente; ▪ Supervisionar a identificação do doente; ▪ Monitorizar o doente: ECG; FC; SatO2; EtCO2; T° e dor; ▪ Identifica ritmo cardíaco e assiste na cardioversão/desfibrilhação, colocação de <i>pace</i> externo ou outros, sempre que necessário; ▪ Executa ENG ou orogástrica; ▪ Assiste na colocação de Drenagem Torácica, toracotomia e/ou lavagem peritoneal; ▪ Comunica e providencia transporte rápido de pedidos de exames; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procede à cateterização de acessos venosos periféricos, caso não tenham sido estabelecidos anteriormente; ▪ Avalia Glicémia Capilar; ▪ Identifica as vias de administração de terapêutica e o horário de administração da mesma; ▪ Administra fluidos e terapêutica, segundo prescrição médica; ▪ Procede à colheita de produtos para análise; ▪ Colabora na colocação de CVC, linha arterial ou outros; ▪ Procede à algaliação, quando determinada; Avaliação Neurológica do doente; ▪ Avaliação da integridade cutânea: <ul style="list-style-type: none"> - Executa tratamento a lesões/feridas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regista as notas de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regista a terapêutica administrada, com hora exacta de administração; ▪ Acompanha doente aquando da realização de exames complementares de diagnóstico (na sala de emergência)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparar doente para a transferência da sala de emergência 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicar informações à família/pessoas significativas e prestar apoio emocional às mesmas; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanha o doente ao local para onde foi transferido;
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparação/Verificação da funcionalidade das salas de Emergência conforme “Procedimentos de verificação de funcionalidade das Salas de Emergência” em vigor no serviço” 	

Figura 1 - Guia de Atuação Final "Organização da Equipa de Enfermagem nas Salas de Emergência"

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANEMA, Cheryl, et al. – Spiritual Well-Being in Individuals With Fibromyalgia Syndrome: Relationships With Symptom Pattern Variability, Uncertainty and Psychosocial Adaptation. In Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal. Springer Publishing Company. 2009 DOI10.1891/1541-6577.23.1.8.p 8-22.
- BHAT, Neeraj; REED, Skyler; STEELMAN, Lisa. – The Emergency Department: Departmental Assessment Project. 2011.
- BOERING, Beth A. et al. eds., TNCC - Trauma Nursing Core Course, Provider Manual 6.º ed., United States of America : Emergency Nurses Association. 2007.
- CHKS – Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação. 3ª Edição, Versão 01. CHKS, Lt. (Capita Groups): Abril de 2010.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Saúde na comunidade. Guia orientador para elaboração de indicadores. (Em linha). Lisboa. 2003. [Consultado 5 Outubro de 2012]. Disponível em URL: http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/sau-decomunidade_guia.pdf
- FACHADA, Odete. - Psicologia das relações interpessoais. Lisboa: Edições Sílabo. 2010. ISBN 9789726185659.
- GALDEANO, L. E. e ROSSI, L. A. – Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para selecção de expertos. In Ciência, Cuidado e Saúde. [Em linha]. Vol. 5 n.º1, p.60–66. (2006). [Consult. 26 Setembro. 2011], Disponível em URL: http://www.portalbvsnf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612006000100008&lng=pt&nrm=iso.
- GRIMM, Jason Wade. – Effective Leadership: Making the Difference. In Journal of Emergency Nursing. DOI: 10.1016/j.jen.2008.07.012. Vol. 36. 2010. p. 74-77.
- LUNNEY, M. - Use of critical thinking in the diagnostic process - International Journal of Nursing Terminologies & Classifications, (Em linha) nº 21 (2), p. 82–88. 2010. [Consult. 28 Outubro 2011]. Disponível em URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010629514&site=ehost-live>
- MELICK, L. B; ADAMS, B.D. - Resuscitation Team Organization for Emergency Departments: A Conceptual Review and Discussion. In Emergency Medicine Journal, Vol.2, 2009 p.18-27.
- MISHEL, Merle H. e CLAYTON, Margaret F. – Theories of Uncertainty in Illness IN SMITH, Mary Jane e LIEHR, Patricia R. – In Middle Range Theory for Nursing. New York: Springer Publishing Company, 2008. ISBN 978-0-8261-1916-2.
- MOCK C.; LORMAND J. D.; GOOSEN J.; JOSHIPURA M. e PEDEN M. - Guidelines for essential trauma care. Geneva: World Health Organization. 2004. ISBN 92 4 154640 9
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Regulamento nº 124/2011 – DR 2ª série, nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011. 8656-8657.
- PARREIRA, Pedro – Organizações. Coimbra: Formasau – Formação em Saúde Lda. 2005. ISBN 972-8485-46-8.
- PEARSON, A., WIECHULA, R., COURT, A., e CARIG, L. - O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs – Tradução de L. Lopes e S. Santos. Referência - Revista de Enfermagem, II, (Em linha) vol. 12,p. 123 –133. 2010. [Consult. 20 Set. 2012] Disponível em URL: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2162&id_rev=4&id_edicao=32
- PORRAS, Jerry - Stream analysis: A powerful way to diagnose and manage organizational change. Addison-Wesley Publishing Company. 2002. ISBN 0-201-05693-3.
- PROEHL, J.A. - Developing Emergency Nursing Competences. The Nursing Clinics of North America. Revista: Emergency Nursing, Vol. 37 n.º1, p. 89-96 e 97-119. (2002). – ISBN 0029-6465.
- RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida e NUNES, Lucília. – Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. In Revista Percursos nº 15 Janeiro - Março 2010. ISSN 1646-5067.
- SALOME, Geraldo Magela; CAVALI, Amanda; ESPOSITO, Vitória Helena Cunha. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. In Revista Brasileira de Enfermagem. [Em linha]. 2009, vol.62, n.5 [Consultado 13.Set.201]. p.681-686. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000500005&lng=en&nrm=iso. ISSN 0034-7167. DOI: 10.1590/S0034-71672009000500005.
- VALDEZ, Anna Maria. - Transitioning From Novice to Competent: What Can We Learn From the Literature about Graduate Nurses in the

Emergency Setting. In Journal of Emergency Nursing, n.º5 Vol.34, 2008 p. 435-440.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Guidelines for trauma quality improvement programmes.

Geneva: World Health Organization. 2009. ISBN 978 92 4 159774

APÊNDICE 2

CRONOGRAMA

Cronograma

MÊS ACTIVIDADE	Outubro 2008	Novembro 2008	Dezembro 2008	Janeiro 2009	Fevereiro 2009	Maió 2009	Junho 2009	Julho 2009	Janeiro 2010
Escolha do Tema									
Pesquisa Bibliográfica									
Elaboração do Projecto									
Entrega do Projecto					6				
Pedido de Autorização						6			
Resposta autorização						16			
1º Fase Observação não participante									
2º Fase Realização da check-list provisória							1-6		
3º Fase Validação junto do grupo de peritos							8-16		
4º Fase Apresentação do guia de actuação aos elementos de equipa							22-30		
5º Fase Afixação do guia de actuação, em forma de Poster, em cada um das Salas de Emergência								6-10	
Avaliação do Projecto (1ª fase)									

APÊNDICE 3

CHECK LIST 1

CHECK LIST 1 - INICIAL

ENFERMEIRO 1	ENFERMEIRO 2
<p><u>- Preparação da Sala de Emergência:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar disponibilidade dos dispositivos de protecção individual para os elementos da equipa; • Confirmar adequada preparação e funcionamento do equipamento: <ul style="list-style-type: none"> - Sistema de aspiração, oxigénio, vácuo, equipamentos de ventilação, desfibrilhadores, ecógrafo, plano duro, colares cervicais, macas. • Confirmar terapêutica de Urgência; • Colocar em local acessível material de canulação venosa e recolha de análises; <ul style="list-style-type: none"> - Cooperar na passagem do doente da maca de transporte para a maca da sala e na exposição do doente; - Receber os dados do doente – cinemática/ etiologia, antecedentes patológicos, terapêutica que faz no domicílio, sintomatologia e procedimentos efectuados no local de origem – fornecidos por testemunhas, profissionais de saúde e/ou pessoal de transporte; - Controlar o número de pessoas na sala; - Assistir o médico, no controlo da via aérea e ventilação; - Proceder à aspiração de secreções, quando necessário; - Executar entubação naso ou orogástrica; - Comunicar e providenciar transporte rápido de pedidos de exames; - Colaborar com a equipa na abordagem sistematizada; - Realizar as notas de registo de enfermagem; - Preparar o doente para a transferência da Sala de Emergência; - Comunica as informações necessárias à família/ pessoa significativa e presta apoio emocional à mesma após saída do doente da SE. 	<p><u>Colaboração na preparação da Sala de Emergência:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar a temperatura da sala; • Confirmar disponibilidade de soros e roupa na estufa; • Conferir kits de colocação de cateter venoso central, linhas arteriais, toracotomia e laparotomia, drenagem torácica e trousses de pequena cirurgia disponível em cada uma das salas. • Supervisionar reposição de stock de material necessário para outras técnicas (realizado pelos Assistentes Operacionais). <ul style="list-style-type: none"> - Colabora na passagem do doente da maca de transporte para a maca da sala e na exposição do doente; - Monitoriza o doente (ECG, FC, FR, SaO2, Temperatura e Dor); - Procede à cateterização de acessos venosos periféricos, caso não tenham sido estabelecidos anteriormente; - Identifica as vias de administração de terapêutica bem como o horário de administração da mesma; - Administra fluidos e terapêutica segundo prescrição médica; - Procede à colheita de análises; - Procede à algaliação, quando determinada; - Realiza o registo de administração de terapêutica no sistema informático, com hora exacta de administração; - Colabora com a equipa na abordagem sistematizada.

APÊNDICE 4

CHECK-LIST 2

**ORGANIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM
NAS SALAS DE EMERGÊNCIA**

SALAS DE EMERGÊNCIA	
ENFERMEIRO 1	ENFERMEIRO 2
<ul style="list-style-type: none"> Preparação/Verificação da funcionalidade das salas de Emergência conforme “Procedimentos de verificação de funcionalidade das Salas de Emergência” em vigor no serviço” 	
<ul style="list-style-type: none"> Verificar disponibilidade de dispositivos de protecção individual para os elementos da equipa; 	<ul style="list-style-type: none"> Verificar temperatura da sala; Confirmar disponibilidade de soros e roupa quente na estufa;
<ul style="list-style-type: none"> Confirmar stock de terapêutica; Colocar em local acessível, material de cateterização venosa e recolha de análises; 	<ul style="list-style-type: none"> Supervisionar reposição de stock de material existente nas SE;
ABORDAGEM AO DOENTE	
<ul style="list-style-type: none"> Acolhimento ao doente (apresentação da equipa e dos procedimentos básicos); Coopera na passagem do doente para a maca da sala e na exposição do mesmo, se possível; Posiciona doente, de acordo com patologia; 	
<ul style="list-style-type: none"> Coordena a equipa de enfermagem e Assistentes Operacionais na abordagem sistematizada ao doente; Receber dados do Doente: Cinemática/Etiologia; antecedentes pessoais; terapêutica em ambulatório; sintomatologia e procedimentos efectuados no local de origem, fornecidos pelo doente, testemunhas, família, profissionais de saúde e/ou equipa de transporte; 	<p>Via Aérea e Ventilação</p> <ul style="list-style-type: none"> Assistir no Controlo da via aérea e ventilação (invasiva ou não); Administra O2; Proceder à aspiração de secreções, quando necessária; Colaborar na EOT ou extubação;
<ul style="list-style-type: none"> Procede à triagem do doente; Supervisionar a identificação do doente; Monitorizar o doente: ECG; FC; SatO2; EtCO2; T° e dor; Identifica ritmo cardíaco e assiste na cardioversão/desfibrilhação, colocação de pace externo ou outros, sempre que necessário; Executa ENG ou orogástrica; Assiste na colocação de Drenagem Torácica, toracotomia e/ou lavagem peritoneal; 	<ul style="list-style-type: none"> Procede à cateterização de acesso venosos periféricos, caso não tenham sido estabelecidos anteriormente; Avalia Glicémia Capilar; Identifica as vias de administração de terapêutica e o horário de administração da mesma; Administra fluidos e terapêutica, segundo prescrição médica; Procede à colheita de produtos para análise;

<ul style="list-style-type: none"> ■ Comunica e providencia transporte rápido de pedidos de exames; 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Colabora na colocação de CVC, linha arterial ou outros; ■ Procede à algaliação, quando determinada; ■ Avaliação Neurológica do doente; ■ Avaliação da integridade cutânea: <ul style="list-style-type: none"> - Executa tratamento a lesões/feridas.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Regista as notas de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Regista a terapêutica administrada, com hora exacta de administração; ■ Acompanha doente aquando da realização de exames complementares de diagnóstico (na sala de emergência)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Preparar doente para a transferência da sala de emergência 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Comunicar informações à família/pessoas significativas e prestar apoio emocional às mesmas; 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acompanha o doente ao local para onde foi transferido;
<ul style="list-style-type: none"> ■ Preparação/Verificação da funcionalidade das salas de Emergência conforme “Procedimentos de verificação de funcionalidade das Salas de Emergência” em vigor no serviço” 	

Elaborado por Inês Fernandes Costa

Enfermeira do Serviço de Urgência do CHL

APÊNDICE 5

PLANO DE SESSÃO DAS REUNIÕES COM PERITOS

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL

TEMA: “Organização da equipa de enfermagem na sala de emergência”

AUTOR: Inês Fernandes Costa

DATAS: 8, 11 e 16 de Junho de 2009

LOCAL: Serviço de Urgência do CHL– Sala nº5 da UO

GRUPO ALVO: Enfermeiros peritos na sala de emergência (14 enfermeiros – 5+5+4)

OBJECTIVO GERAL: Validar a Check-List de actuação da Equipa de Enfermagem nas SE

OBJECTIVOS	CONTEÚDO	DURAÇÃO	ESTRATÉGIAS		AVALIAÇÃO
			Métodos	M.A.E.	
- Apresentar o Projecto de Intervenção delineado no âmbito do 2º Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Médico Cirúrgica;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemática e diagnóstico de situação; ▪ Objectivos do projecto; ▪ População e amostra; ▪ Estratégias e actividades; ▪ Procedimentos formais e éticos; 	30 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expositivo ▪ Interactivo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Folhas em branco A4 (distribuídas aos peritos); ▪ PC ▪ Projector 	Diagnóstica (através de questões intercalares dirigidas aos peritos de forma a recolher opinião dos peritos acerca do mesmo).
- Apresentar a Check- -list de actuação provisória resultante da fase de observação.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsabilidades do enfermeiro nas salas de emergência; ▪ Apresentação dos resultados da observação não participante realizada; ▪ Alterações realizadas na Check-list inicial. 	60 min	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expositivo ▪ Interactivo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Check List provisória em formato de papel ▪ PC ▪ Projector 	Diagnóstica (questões dirigidas aos peritos, enumerando o número de concordâncias/ as alterações sugeridas em cada passo da check-list)

APÊNDICE 6

GUIA DE ATUAÇÃO:

“ORGANIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NAS SALAS DE EMERGÊNCIA”

ORGANIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM NAS SALAS DE EMERGÊNCIA	
SALAS DE EMERGÊNCIA	
ENFERMEIRO 1	ENFERMEIRO 2
<ul style="list-style-type: none"> Preparar/Verificar a funcionalidade das Salas de Emergência conforme “Procedimentos de verificação de funcionalidade das Salas de Emergência” em vigor no serviço. 	
<ul style="list-style-type: none"> Verificar disponibilidade de dispositivos de proteção individual para os elementos da equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> Verificar temperatura da sala; Confirmar disponibilidade de soros e roupa quente na estufa.
<ul style="list-style-type: none"> Confirmar <i>stock</i> de terapêutica; Colocar em local acessível, material de cateterização venosa e recolha de análises. 	<ul style="list-style-type: none"> Supervisionar reposição de <i>stock</i> de material existente nas SE.
ABORDAGEM À PESSOA	
<ul style="list-style-type: none"> Acolher a pessoa (apresentação da equipa e dos procedimentos básicos); Cooperar na passagem da pessoa para a maca da sala e na exposição do mesmo, se possível; Posicionar a pessoa, atendendo à sua situação clínica. 	
<ul style="list-style-type: none"> Coordenar a equipa de enfermagem e Assistentes Operacionais na abordagem sistematizada à pessoa em situação crítica; Realizar colheita de dados: Cinemática/Etiologia; antecedentes pessoais; terapêutica em ambulatório; sintomatologia e procedimentos efectuados no local de origem, fornecidos pela pessoa, testemunhas, família, profissionais de saúde e/ou equipa de transporte. 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; transform: rotate(-90deg); transform-origin: left top;">Via Aérea e Ventilação</div> <ul style="list-style-type: none"> Assistir no Controlo da via aérea e ventilação (invasiva ou não); Administrar O₂; Proceder à aspiração de secreções, quando necessária; Colaborar na EOT ou extubação;
<ul style="list-style-type: none"> Proceder à triagem da pessoa; Identificar com pulseira correspondente à prioridade atribuída; Monitorizar sinais vitais: ECG; FC;TA; SatO₂; EtCO₂;T° e dor; Identificar ritmo cardíaco e assistir na cardioversão/desfibrilhação, colocação de <i>pace</i> externo ou outros, sempre que necessário; Executar ENG ou orogástrica; Assistir na colocação de drenagem torácica, toracotomia e/ou lavagem peritoneal; Comunicar e providenciar transporte rápido de pedidos de exames; 	<ul style="list-style-type: none"> Proceder à cateterização de acessos venosos periféricos, caso não tenham sido estabelecidos anteriormente; Avaliar glicémia capilar; Identificar as vias de administração de terapêutica e o horário de administração da mesma; Administrar fluidos e terapêutica, segundo prescrição médica; Proceder à colheita de produtos para análise; Colaborar na colocação de CVC e linha arterial; Proceder à algaliação, quando determinada; Realizar avaliação neurológica do doente; Avaliar a integridade cutânea: - Executar tratamento a lesões/feridas.
<ul style="list-style-type: none"> Registrar as notas de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> Registrar a terapêutica administrada, com hora exacta de administração; Acompanhar pessoa aquando da realização de exames complementares de diagnóstico (na sala de emergência)
<ul style="list-style-type: none"> Preparar pessoa para a transferência da sala de emergência 	
<ul style="list-style-type: none"> Comunicar informações à família/pessoas significativas e prestar apoio emocional às mesmas; 	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhar a pessoa ao local para onde foi transferido;
<ul style="list-style-type: none"> Preparar/Verificar a funcionalidade das Salas de Emergência conforme “Procedimentos de verificação de funcionalidade das Salas de Emergência” em vigor no serviço” 	
<p>Elaborado por Inês Fernandes Costa Enfermeira do Serviço de Urgência Geral</p>	

