

Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS DO PRÉ-HOSPITALAR AOS
CUIDADOS INTENSIVOS**

Ana Carolina de Sousa Paulo

**Relatório de estágio apresentado à Escola de Enfermagem S. José de
Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Funchal

2017

Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS DO PRÉ-HOSPITALAR AOS
CUIDADOS INTENSIVOS**

Ana Carolina de Sousa Paulo

Orientadora: Prof. Doutora Maria Luísa Vieira Andrade dos Santos

**Relatório apresentado à Escola de Enfermagem S. José de Cluny para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Funchal

2017

*The function of education is to teach one to think intensively
and to think critically. Intelligence plus character - that is the
goal of true education.*

Martin Luther King Jr

DEDICATÓRIA

“O SABER não ocupa espaço”

Dedico à minha avó, a minha segunda mãe, porque com as tuas atitudes e com as tuas lições continuas viva em mim. És a estrelinha que me guarda e protege sempre.

Aos meus pais, pelos valores e carácter que inculcaram em mim.

A ti, meu Sílvia, que me tornas melhor.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, pelo apoio e força que me deste em momentos de desânimo e cansaço. Pela tua paciência e por tudo o que suportaste na minha ausência.

Aos meus pais, pelo vosso apoio e a vossa energia, estar com vocês é revigorante.

Obrigada Zé e Sandra pelo vosso apoio fundamental nesta caminhada.

Às minhas colegas e amigas, Sílvia e Élia, esta partilha de forças, foi essencial.

À minha amiga de sempre, Inês, tu nunca te esqueces de mim.

Às minhas Marias, Jenny, Fátima e Isabel, cada uma à sua medida tornou esta caminhada mais fácil.

Aos meus orientadores de estágio, colegas e funcionários dos campos de estágio, que me receberam e partilharam comigo esta jornada.

À Prof.^a Doutora Luísa Santos, orientadora deste relatório, pela paciência, pelo estímulo, pela confiança e saber transmitido.

RESUMO

O presente relatório de estágio, incorporado no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da ESESJC tem como objetivo principal evidenciar as competências adquiridas e desenvolvidas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico bem como a reflexão sobre as ações realizadas para a essência do cuidado baseado na evidência científica, utilizando uma metodologia descritiva e reflexiva. Deste percurso salienta-se a componente prática, académica e profissional que permitiu a consolidação de um distinto olhar sobre o cuidar do doente crítico e família.

Ciente de que nas últimas décadas é destacada a importância de uma intervenção precoce e eficaz nas situações de emergência, e de que o atendimento do doente crítico requer uma intervenção atempada, adequada e baseada nos elos da cadeia de sobrevivência, desde o ambiente pré-hospitalar, passando pelo transporte primário até a assistência intra-hospitalar (Silva, 2015), o relatório descreve um percurso desde a enfermagem pré-hospitalar até a enfermagem dos cuidados intensivos. Suportados nestas ideias, a experiência profissional, que proporcionou a creditação ao estágio I – Urgência, o estágio II – Cuidados Intensivos, realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital Dr. Nélio Mendonça e ainda o estágio III – Opção, realizado em duas fases, uma no Instituto Nacional de Emergência Médica, numa ambulância de Suporte Imediato de Vida em Lisboa e outra fase no Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria, permitiram a aquisição de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica.

No decurso desta especialização, houve a necessidade de convergir a visão do cuidar do doente crítico em áreas que influenciam a intervenção de enfermagem: a liderança e tomada de decisão, tendo-se tornado numa excelente metodologia de crescimento profissional e de aprendizagem. Assim sendo, esta caminhada de aquisição de competências valoriza o percurso profissional e pessoal, contribuindo para a qualidade e a excelência na prática da profissão, imprescindível como Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doente Crítico; Competências; Liderança; Tomada de Decisão.

ABSTRAT

The present internship report, incorporated in the curricular plan of the ESESJC's Master's Degree Course in Nursing in Medical-Surgical Nursing, main aim is to highlight the acquired and developed competencies in the provision of nursing care to the critical patient as well reflection on the accomplished actions for the essence of care based on scientific evidence, using a descriptive and reflective methodology. This path highlights the practical, academic and professional component which allowed the consolidation of a distinct look for the care of critical patients and family.

Aware that in the last decades the importance of an early and effective intervention in emergency situations has been highlighted, and that the care of the critical patient requires a timely, adequate intervention based on the links of the survival chain, from the prehospital environment, through the primary transportation to intra-hospital care (Silva, 2015), the report describes a course that began with prehospital nursing, all the way to intensive care nursing. Supported in these ideas, the clinical practice acquired in the context of professional experience that allowed me to obtain accreditation in relation to training I – Emergency, the Training II - Intensive Care, in the Multipurpose Intensive Care Unit of Dr. Nélio Mendonça Hospital and training III - Option, accomplished into two phases, a phase carried out at the National Institute of Medical Emergency, in an Immediate Life Support Ambulance in Lisbon and another phase in the Central Emergency Service of the Hospital of Santa Maria, allowed the acquisition of specialized skills in medical-surgical nursing.

During this specialization there was a need to converge the vision of critical patient care in areas that influence nursing intervention: leadership and decision making, becoming an excellent methodology for professional growth and learning. Therefore, this process of acquisition of competencies valued me as a professional and a person, contributing to the quality and excellence in the practice of the profession, essential as a Master in Medical-Surgical Nursing.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Critical Patient; Competencies; Leadership; Decision Making.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATLS – *Advanced Trauma Life Support*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CEEEEPSC – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral da Saúde

ECTS – *European Credit Transfer System*

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny

HNM – Hospital Dr. Nélio Mendonça

IACS - Infeções Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

SUC – Serviço de Urgência Central

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I - ENFERMAGEM NA ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO: LIDERANÇA E TOMADA DE DECISÃO.....	19
1.1. Liderança.....	22
1.2. Tomada de decisão	31
CAPÍTULO II – CUIDAR DO DOENTE CRÍTICO: PERCURSO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	37
2.1. Estágio I – Urgência: Serviço de Urgência do HNM.....	45
2.1.1. Capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas	46
2.2. Estágio II – Cuidados Intensivos: UCIP	49
2.2.1. Intervenção avançada face situações complexas do doente com falência multiorgânica.....	50
2.3. Estágio III – OPÇÃO: Suporte Imediato de Vida e Serviço de Urgência do HSM.....	58
2.3.1. Atitude profissional face a situações complexas de vida	60
CAPÍTULO III – A PERTINÊNCIA DA ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	71
CONCLUSÃO.....	77
BIBLIOGRAFIA	79

INTRODUÇÃO

A arte de cuidar fundamenta-se em saberes e na capacidade de conciliar os diferentes elementos que constituem uma determinada situação. Esta arte refere-se a colocar em evidência a qualidade e criatividade, que “constitui uma obra única que exprime a competência dos profissionais em cuidar de uma pessoa na situação igualmente única que é dela” (Hesbeen, 2001, p.45).

No contexto atual deparamo-nos com um aumento do número de acidentes, o surgimento frequente e cada vez maior de doenças com início súbito e de doenças crónicas que agudizam, o aumento da violência e das situações com multivítimas, que desencadeiam uma deterioração progressiva e rápida das funções vitais e criam a necessidade emergente de cuidados especializados e de qualidade. Coadjuvante aos fatores anteriormente aludidos, o desenvolvimento tecnológico e o incremento da investigação desafiam os profissionais da saúde, inclusive os enfermeiros, para o desenvolvimento de competências para prestação de cuidados ao doente crítico.

Na estratégia europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Educação das Enfermeiras enfatiza-se o compromisso de todos os Estados-membros na garantia de formação destes profissionais ao longo da vida, no sentido do desenvolvimento de práticas especializadas, estando justificadas pela emergência de novas necessidades, pela complexificação dos contextos, pela evolução tecnológica, pelos avanços decorrentes da evidência e pela qualidade demandada nos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2007).

Num percurso profissional quase a completar 9 anos, urge uma necessidade da concretização de uma formação pós-graduada, aprofundada e atualizada em enfermagem como recomendado para a formação de Enfermeira Especialista, tendo sido o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) lecionado pela Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny o escolhido por mim.

O plano de estudos do curso de MEMC 2015/2017, publicado em Diário da República no Despacho n.º 8046/2015 de 22 de julho, cumpre com o regulamento para os cursos de mestrado e a matriz preconizada pela Ordem dos Enfermeiros para os cursos de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem.

As unidades curriculares foram fundamentais para uma prática criteriosa, ponderada e de qualidade. A transferência de conhecimentos e saberes transforma a prática de enfermagem, tornando-a mais compreensível e efetiva nas respostas de saúde sensíveis à intervenção do enfermeiro. Destas salientam-se a componente prática, com um peso de 35 ECTS (39%), no total do plano curricular, responsável pela consolidação de um distinto olhar para o cuidar do doente crítico.

A prática clínica adquirida em contexto de experiência profissional de aproximadamente 6 anos em Serviço de Urgência (SU) Polivalente, permitiu-me obter creditação (após processo de validação e certificação de competências nos termos do regulamento de creditação da formação e da experiência profissional da ESESJC, nos termos do Regulamento n.º 506/2014, de 10 de novembro). Em cada prática é imprescindível o desenvolvimento de determinadas competências, neste âmbito foram creditadas as seguintes competências que desenvolvi aquando da minha prática profissional: (1) Participar nos cuidados de enfermagem em situações de urgência/emergência e/ou catástrofe; (2) Revelar conhecimentos aprofundados no atendimento ao doente vítima de trauma e paragem cardiorrespiratória; (3) Aplicar os conhecimentos na resolução de problemas em situações não comuns, em contexto de urgência; (4) Capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da enfermagem de urgência.

O Estágio II de Cuidados Intensivos decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente localizado no Hospital Dr. Nélio Mendonça e teve como objetivo o desenvolvimento das seguintes competências: (1) Revelar conhecimento aprofundado no cuidar do doente e família em contexto de cuidados intensivos; (2) Avaliar e adequar metodologias de análise de situações complexas de doentes com falência multiorgânica, segundo uma perspetiva académica avançada; (3) Realizar gestão de cuidados aos doentes com falência multiorgânica; (4) Assistir a pessoas e famílias nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença e/ou falência orgânica; (5) Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica de alta complexidade do seu estado de saúde; (6) Desenvolver procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

O Estágio III de Opção foi dividido em duas fases, uma fase realizada no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), numa ambulância de Suporte Imediato de Vida

(SIV) em Lisboa e outra fase no Serviço de Urgência Central (SUC) do Hospital de Santa Maria (HSM), que teve como competências a desenvolver: (1) Prestação cuidados de enfermagem de maior complexidade à pessoa em situação crítica e em contexto de unidades diferenciadas; (2) Desenvolver habilidades pessoais e profissionais, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade.

Cada campo de estágio colocou um propósito, no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico, e despoletou o desenvolvimento de competências tanto comuns como específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ciente que nas últimas décadas é destacada a importância de uma intervenção precoce e eficaz nas situações de emergência médica, que o atendimento do doente crítico requer uma intervenção atempada, adequada e baseada nos elos da cadeia de sobrevivência, desde o ambiente pré-hospitalar, passando pelo transporte primário até a assistência intra-hospitalar (Silva, 2015), delineei o meu percurso deste a enfermagem pré-hospitalar até enfermagem dos cuidados intensivos e enfatizei na abordagem de enfermagem ao doente crítico a tomada de decisão e a liderança nas emergências cardiorrespiratórias.

Este relatório terá como objetivo evidenciar as competências adquiridas e desenvolvidas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente em estado crítico e reflexão sobre as ações realizadas para a essência do cuidado baseado na evidência científica.

O recurso a uma metodologia descritiva e reflexiva permitirá e dará destaque ao percurso académico que proporcionou a aquisição de competências especializadas no cuidar a pessoa em situação crítica.

O relatório será organizado em três capítulos. Inicialmente, enquadra a temática da liderança e tomada de decisão, apresentando a pesquisa realizada sobre a evidência científica atual e associando-a à abordagem do doente crítico. A segunda parte é constituída por uma análise ao tema das competências, relacionando-as com o percurso da prática clínica efetuado. Com a descrição dos contextos formativos e do serviço onde decorreu a minha experiência profissional efetuarei a análise das experiências concretizadas destacando em cada contexto a influência e importância na aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Por fim no terceiro capítulo, realizei uma reflexão final sobre a pertinência das competências especializadas face as situações complexas de vida do pré-hospitalar ao intra-hospitalar.

**CAPITULO I - ENFERMAGEM NA ABORDAGEM AO
DOENTE CRÍTICO: LIDERANÇA E TOMADA DE DECISÃO**

Na abordagem ao doente crítico, a equipa de enfermeiros que intervém deve estar preparada para atuar, pois a sua experiência, competência teórica e prática irão fazer a diferença no momento crucial do atendimento ao doente e família.

No percurso da especialização houve a necessidade de convergir a visão do cuidar o doente crítico para áreas que influenciam a intervenção de enfermagem: a liderança e tomada de decisão.

Este percurso de determinação de área de projeto baseou-se em grande parte no meu interesse pessoal em relação ao tema, na minha experiência profissional como enfermeira dum Serviço de Urgência e melhoria do conhecimento. Este projeto tornou-se uma excelente metodologia de crescimento profissional e de aprendizagem.

O enfoque primário nas emergências cardiorrespiratórias permitiu-me uma direção na abordagem ao doente crítico acometido por estas alterações, pois o mundo das emergências é vasto. A especificidade permitiu-me uma maior aquisição de saberes. Existiu igualmente a preocupação em consultar e perceber no panorama nacional, o modo como as patologias/ afeções a nível cardiorrespiratório atingem a população.

De acordo com dados da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2014) é referido que no total de doenças que têm maior impacto sobre a população portuguesa, em termos de morbilidade, incapacidade e morte prematura, destacam-se as doenças do aparelho circulatório (18%). No mesmo relatório destaca-se que do total de dias de internamento, as doenças que causam maior peso são as do aparelho circulatório, as do aparelho respiratório, as neoplasias, as lesões e envenenamento. A DGS (2016) refere que os internamentos por doenças respiratórias constituem a 5ª principal causa de internamento e a 1ª causa de letalidade intra-hospitalar. Ainda o mesmo relatório apresenta dados que referem que numa análise regional da taxa de mortalidade padronizada por doenças respiratórias em 2013/2014 as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores apresentam os valores mais elevados, evidenciando-se a Região Autónoma da Madeira pela negativa, com as taxas mais elevadas de mortalidade (correspondendo a 18,5% do total de óbitos, contrastando com a percentagem nacional de 12,9%). O que atesta a minha experiência profissional em que a abordagem ao doente crítico com afeções/patologias cardiorrespiratórias é frequente.

Uma eficiente prestação de cuidados ao doente crítico não só se alicerça no conhecimento cognitivo e técnico. As competências de gestão e organização de cuidados, como, a liderança e tomada de decisão são determinantes para uma intervenção eficaz. Na

minha prática, numa situação de emergência, na presença de um líder eficiente subsiste um sentimento de segurança, coerência e sintonia, verificando-se uma efetividade nos ganhos em saúde alcançados pelo doente.

Não só pela minha prática, mas também a nível científico deparei-me com um levantamento de estudos realizado por Endacott et al. (2014) que revelam que um défice nas capacidades de gestão e organização dos cuidados, tais como, liderança, trabalho em equipa e tomada de decisão, estão relacionadas com uma série considerável de eventos adversos. As capacidades de gestão e organização dos cuidados, como a comunicação entre os membros da equipa, liderança, trabalho em equipa, pensamento crítico, capacidade de compreender situações e tomada de decisão, são complementares às habilidades técnicas, todas integradas para uma prática segura.

Daí que o desenvolvimento no domínio da liderança e tomada de decisão torna-se pertinente, tendo partido numa jornada de pesquisa e aquisição de conhecimento que me dão mais ferramentas para complementar a minha caminhada na aquisição de competências durante os estágios. Assim passo a descrever os temas separadamente e por etapas importantes até o culminar da abordagem ao doente crítico.

1.1. Liderança

A liderança é o processo de influenciar pessoas, de forma a executarem uma tarefa ou atingirem um objetivo, em determinada situação (Estanqueiros, 2012).

Na perspetiva Hunter (2006) a liderança define-se como a capacidade de persuadir as pessoas para trabalharem de forma entusiástica, de modo a serem alcançados os objetivos identificados tendo em vista o bem comum.

O conhecimento acerca da liderança, de acordo com Tappen (2005) implica um conjunto de fatores como o comportamento humano, inclusive motivação, os impactos da cultura, teorias de liderança, desenvolvimento de grupo, trabalho de equipa, dinâmica organizacional, poder e conflito. Liderança ainda inclui capacidade como comunicação efetiva, confronto e negociação, raciocínio crítico e resolução de problemas.

Um líder tem que fazer uma tomada de decisão dirigida para a ação, liderar demanda capacidade, conhecimento, energia, visão e autoconfiança. Liderança implica também saber não só porque é que as pessoas, que trabalham com eles, agem de certa maneira, mas igualmente como influenciar aquele comportamento (Tappen, 2005).

O mesmo autor refere que o propósito primordial para o estudo da liderança é aprender a trabalhar com pessoas, não só como indivíduos, mas também como membros de grupos, equipas e organizações. Utilizar conceitos e capacidades de liderança e administração em enfermagem, permite uma maior compreensão e controlo dos eventos, em situações de trabalho.

Salienta-se assim a importância do empreendimento de conhecimento nesta área. Passo a abordar a evolução desta temática em termos históricos, expondo a ótica de diversos teóricos, aprofundando o conceito e as suas diversas facetas.

Numa perspetiva histórica, dito por Marquis e Huston (2009) as capacidades administrativas sólidas foram mais privilegiadas do que as habilidades de liderança sólidas, o estudo científico da liderança começou no século XX. O princípio deste estudo destacou conceitos amplos de liderança, tal como aspetos ou comportamentos do líder. As pesquisas atuais convergem mais na liderança como processo de influenciar outros indivíduos na organização e na relação interativa entre líder e liderados.

De forma a perceber a jornada até as teorias de liderança mais recentes, passo a descrever resumidamente o percurso histórico e aparecimento das teorias, com base no exposto por Marquis e Huston (2009).

As teorias comportamentais surgiram no período das relações humanas, compreendido entre 1940-1980, caracterizou-se pelo estudo de administração de diversos cientistas comportamentais e sociais tendo sido realizado o mesmo com a liderança. Colocou-se destaque na descrição dos atos do líder afastando-se do estudo das características. Nesta altura foram identificados três tipos de líder: autoritário, democrático e tipo *laissez-faire*.

Por sua vez, a teoria situacional, surgiu entre 1950-1980, baseando-se na ideia que o tipo de liderança modificava conforme a situação ou os indivíduos envolvidos.

Os teóricos Hersey e Blanchard, por volta de 1977, conceberam igualmente uma abordagem situacional à liderança. O modelo tridimensional de eficiência em liderança, apresentado pelos teóricos, presume qual o estilo de líder mais apropriado a cada situação, baseando-se no nível de maturidade dos seguidores. Com o amadurecimento das pessoas, o estilo de liderança deixa de convergir para a tarefa voltando-se mais para as relações (Marquis & Huston, 2009).

Ainda que esta teoria tenha adicionado uma complexidade necessária à teoria de liderança, tendo sido aplicada de forma eficaz pelos administradores, por volta da década de 1970, os teóricos começaram a discutir que uma liderança eficiente dependia de uma

maior quantidade de variáveis, incluindo cultura organizacional, valores do líder e dos seus seguidores, trabalho, ambiente, influência do líder-administrador e complexidades da situação.

A partir de 1970 até ao presente, surgem as teorias interacionais, que enunciam que o comportamento do líder habitualmente é determinado pelas relações entre a sua personalidade e a situação específica. Para uma liderança bem-sucedida é necessário um diagnóstico à situação e selecionar estratégias apropriadas a partir de um amplo repertório de habilidades (Marquis & Huston, 2009).

Hollander, no ano de 1978, considerou liderança como processo dinâmico de duas vias, sendo uma troca de liderança que envolve três elementos básicos: (1) O líder, com a sua personalidade, percepções e habilidades; (2) Os seguidores, com as suas personalidades, percepções e habilidades; (3) A situação em que atua o líder e os seus seguidores, contendo as normas formais e informais do grupo, o seu tamanho e densidade (Marquis & Huston, 2009).

O mesmo teórico refere que a efetividade da liderança demanda a capacidade de usar o processo de solução de problemas, manter a eficiência grupal, boa comunicação, demonstrar justiça, competência, e a possibilidade de poder contar com o líder e a criatividade ao liderar, além do desenvolvimento da identificação do grupo.

Kanter, em 1989, faz um resumo dos teóricos interacionista quando refere que a autoridade de um título ou de um cargo seria insuficiente para modelar a força do trabalho em situações em que os subordinados fossem incentivados a pensar por si mesmos, nesse caso, os administradores/líderes precisariam aprender a trabalhar de forma sinérgica com as pessoas (Marquis & Huston, 2009).

Mais recentemente surge a liderança transacional e transformacional. O líder transacional determina metas, proporciona rumos e utiliza recompensas para reforçar os comportamentos dos liderados, associado à satisfação ou à ultrapassagem das metas fixadas. O líder transformacional de acordo com o teórico Lonnecker, no ano de 2006, inspira e motiva os seguidores não apenas como modelo, mas igualmente constatando a singularidade dos seguidores e sendo criativo. A visão é o cerne da liderança transformacional (Marquis & Huston, 2009).

O líder transformacional de alto empenho mostra um grande compromisso com a profissão e a organização e quer superar obstáculos, usando a aprendizagem de grupo. Essa autoconfiança relaciona-se com uma sólida sensação estar no controle. Esse líder consegue

ainda criar ambientes de sinergia que reforçam a mudança. Esta ocorre porque possui uma visão futurista da liderança transformacional valorizando a criatividade e a inovação.

Johns, em 2004, defende que uma liderança transformacional consiste num processo intencional de busca de *insight* dentro de si mesmo e de aplicação da criação de condições que intensifiquem a concretização da prática desejada. Três tarefas básicas para o processo de aprendizagem do futuro líder transformacional incluem (a) conhecer as características desse tipo de líder, (b) ficar alerta para a tensão criativa e aos fatores que limitavam a execução de metas e a visão, e (c) livrar-se das amarras relacionadas à liderança transacional (Marquis & Huston, 2009).

No desenvolvimento das habilidades transformacionais e transacionais dos seguidores, bem como no apoio a essas habilidades é fundamental recordar que a organização e o ambiente têm um papel primordial (Marquis & Huston, 2009).

Percebido a evolução do conceito de liderança e as suas diferentes teorias. É primordial uma visão acerca das características de um líder, incluindo no âmbito da prática de enfermagem.

Os líderes, na ótica de Cotovio (2007), devem saber quem são, para onde vão, como se chega lá e quais os benefícios de chegar lá. Envolver os corações e mentes, recrutar e escolher as pessoas certas. Recriar sistemas, procedimentos, e distinguir a capacidade criativa. Apreciar as pessoas pelo que são e pela forma como estão, pelo que fazem e oferecem (relacionamentos e resultados). Legitimar e identificar, elogiando e gratificando. A liderança concebe as equipas e a equipa e os seus elementos fazem e autenticam a liderança.

Por sua vez Estanqueiros (2012), afirma que para ser eficaz, o líder tem de ajustar-se à situação concreta e, se necessário, utilizar estilos diferentes para a mesma pessoa. A mesma pessoa necessitará, algumas vezes, de direção e controlo. Outras vezes, talvez necessite somente de algumas orientação e apoio, depende da situação. Sendo que situações distintas determinam do líder comportamentos diferentes. Só uma liderança flexível poderá ajudar as pessoas a fortalecer a sua autonomia e responsabilidade.

Quando falamos de líder, importa referir a opinião de um autor de referência na área de estudo da liderança e administração em enfermagem, sendo assim Tappen (2005) menciona que um líder eficiente é aquele que tem êxito quando influencia os outros a trabalharem juntos, de uma forma produtiva e satisfatória. Insucessos ocasionais são inevitáveis, mas um líder competente escolhe os melhores meios possíveis para influenciar, aperfeiçoando a possibilidade de sucesso muito para além do que sucederia por

casualidade. Um líder efetivo, segundo este autor, obtém conhecimentos adequados, em liderança e no seu campo profissional, possui autoconhecimento, comunica clara e eficazmente, mobiliza energia, cria metas significativas e atua objetivamente. Passo a expor concisamente cada item que compõe um líder eficiente na ótica de Tappen (2005).

Um líder competente tem conhecimentos apropriados de liderança e da sua própria profissão. A compreensão detalhada da liderança torna possível a análise dos três aspetos de uma situação de liderança: o líder, o subordinado, e o ambiente. E assim a escolha da habilidade mais eficaz.

O autoconhecimento pode igualmente favorecer a sua capacidade para desenvolver relações próximas com outras pessoas, e compreender o comportamento delas. À medida que é desenvolvido o autoconhecimento, descobrindo características próprias, pode escolher técnicas de liderança mais adequadas e, geralmente, melhorar a sua eficácia nas relações interpessoais.

Uma boa comunicação é o cerne da liderança eficiente. Saber escutar de forma eficaz, ser íntegro, reconhecer perceções, reagir, unir e articular, e dividir uma visão do futuro são, no seu todo, elementos para uma boa comunicação.

A energia provém da partilha com pessoas, como informação, ajuda, entusiasmo e motivação. O seu efeito aumenta mercê da sinergia. Sendo necessária uma reserva de energia adequada, para se estar preparado para agir.

Um líder eficiente assegura que as metas são claras, congruentes, e importantes para o grupo. Compartilhar uma visão para o futuro possui um efeito positivo, na motivação dos outros e na vontade deles de dedicarem à realização do trabalho.

A ação é o sexto elemento de uma liderança competente, segundo Tappen (2005). Os líderes desenvolvem a estrutura da sua prática e compreendem o seu papel profissional perante os outros, dão início a ações que incluem o planeamento e a organização do trabalho, a orientação e avaliação de outros, a mobilização de sistemas de apoio, a cedência de poderes a outros. Estes elementos utilizam as capacidades básicas de resolução de problemas, raciocinando criticamente, e comunicando para levar a cabo estas ações.

Tendo tido uma visão global acerca de liderança, conhecendo a sua evolução histórica, e surgimento de diferentes teorias e perspetivas incluindo a área de enfermagem. Coloco agora uma especial atenção sobre o âmbito da liderança em enfermagem na abordagem do doente crítico.

De acordo Hart et al. (2014), quando os pacientes entram no sistema de saúde, entram com a confiança e o pressuposto de que os enfermeiros estão treinados e são

competentes para detetar precocemente sinais de alerta de deterioração aguda, que têm autoconfiança e capacidade de liderança para responder e intervir com ações apropriadas.

A liderança exerce um papel elementar, pois é a partir desta que se consegue a sincronia do trabalho em equipa, um atendimento de qualidade, diminuição dos erros médicos e de enfermagem, gerando assim melhores resultados para o paciente (Silva, Bernardes, Gabriel, Rocha & Caldana, 2014).

Ainda os mesmos autores referem que a liderança no contexto clínico é determinada pela influência constante na equipa para a melhoria do cuidado prestado ao paciente. Sendo assim, um bom líder é competente para criar empatia, construir confiança e ambientes de trabalho mais saudáveis que promovam a segurança do paciente e excelência do cuidado.

Determinante para a aquisição de conhecimentos nesta área foi identificar os estudos mais recentes realizados neste contexto com especial interesse na abordagem ao doente crítico.

Os autores Hart et al. (2014) realizaram um estudo, com o objetivo de explorar e compreender a relação existente entre a autoconfiança dos enfermeiros e o exercício das suas habilidades de liderança, numa situação de emergência, tendo sido determinado que efetivamente existe uma relação preponderante e positiva entre estas duas variáveis, ou seja, os enfermeiros autoconfiantes no tratamento de eventos de deterioração, sentiram-se mais confortáveis na prática de liderança. Estes ao se sentirem autoconfiantes aplicaram habilidades de liderança e usaram competências efetivas de raciocínio clínico, tendo impacto nos resultados do doente, identificando precocemente sinais de alerta de deterioração clínica e promovendo uma rápida intervenção.

Na mesma linha de pensamento já Tappen (2005) considerava que para ser um líder eficiente, a autoconfiança é necessária, implicando um autoconhecimento que ajuda-o a avaliar as suas capacidades, de modo real. Ter noção das suas capacidades, possibilita ao líder saber as áreas em que precisa de melhorar, reconhecer e fundamentar as suas forças.

Ainda em relação ao estudo anterior (Hart et al., 2014), a idade e a formação foram fatores identificados como estando relacionados diretamente com a autoconfiança dos enfermeiros e suas habilidades de liderança no tratamento de eventos de deterioração do doente. O aumento da idade e obtenção de formação estão associados a níveis mais elevados de perceção de autoconfiança e habilidades de liderança.

Estes achados não só destacam a importância da experiência e da formação como fatores importantes para o desenvolvimento de habilidades de raciocínio clínico e

autoconfiança no enfermeiro, mas também identificam o impacto que a falta de autoconfiança e habilidades de liderança têm na intervenção perante situações de deterioração clínica. Os doentes que apresentam uma deterioração clínica exigem uma resposta rápida, uma atuação coordenada e eficiente, de modo a garantir a melhor oportunidade para a sua sobrevivência. Podemos assim dizer que a autoconfiança permite desenvolver habilidades de liderança que aliadas ao fator idade e à inclusão crescente de formação vão permitir capacitar o líder/enfermeiro para um desempenho profissional rápido, eficaz e competente, impedindo a deterioração do estado do doente.

Outro estudo realizado por Silva et al. (2014), teve como objetivo analisar as contribuições das pesquisas sobre liderança em enfermagem em contexto dos serviços de urgência/emergência no período de 2001 a 2012, tratando-se de uma revisão integrativa da literatura.

Foi determinado que uma das teorias aplicadas em ambiente de urgência é a teoria situacional, de Hersey e Blanchard, sendo descrita como resultado da relação entre o comportamento diretivo do líder e o nível de maturidade do liderado, sendo que esse comportamento mostra a direção dada ao grupo no que concerne a definição de papéis. Os estilos de liderança, compartilhar e delegar surgem como os mais utilizados pelos enfermeiros numa unidade de emergência, sendo estes o que aparecem como os mais adequados perante o perfil dos liderados. Estes estilos dão autonomia ao liderado relativamente às decisões a serem tomadas e o líder, neste caso, participa apenas quando ocorre alguma complicação.

De acordo com Almeida (2012) esta teoria para além das variáveis de comportamento, mais propriamente a preocupação com a tarefa ou preocupação com as pessoas, os teóricos Hersey e Blanchard introduziram uma variável relacionada com o grupo e com a tarefa. Essa variável foi designada de maturidade. Na liderança situacional, a maturidade classifica-se como sendo a capacidade e a disposição das pessoas de assumirem a responsabilidade dirigindo o seu próprio comportamento. Não há um único modo de melhor influenciar as pessoas. O estilo de liderança dependerá do grau de maturidade das pessoas que o líder quer influenciar.

O mesmo autor alude os quatro estilos de liderança, que são, (1) determinar, (2) persuadir, (3) compartilhar e (4) delegar, sendo uma combinação de comportamentos virados para a tarefa e de comportamentos dirigidos para as pessoas.

Como o estudo anterior (Silva et al., 2014) determinou como os estilos mais utilizados são compartilhar e delegar, passo a decrever cada um destes estilos à luz da teoria da liderança situacional.

Compartilhar, é um estilo em que o líder necessita de comunicar (comunicação bilateral e escuta ativa) no sentido de apoiar a sua equipa a usar a capacidade que já detém. É um estilo compartilhado já que líder e liderado tomam decisões juntos, sendo o papel do líder a facilitação na comunicação (Almeida, 2012).

Delegar, é um estilo de liderança adequado para pessoas com maturidade elevada. Sendo que possuem vontade e capacidade de assumir a responsabilidade de executar as tarefas. Este estilo implica apenas uma pequena orientação tanto das pessoas como em relação à tarefa (Almeida, 2012).

Percebendo que é adoptado um estilo de liderança que reconhece um nível mais elevado de maturidade percebemos assim qual é a dinâmica que deverá existir numa equipa que trabalha numa emergência/urgência.

Sendo que o estudo (Silva et al., 2014) revela que delegar é o mais indicado para o enfermeiro que trabalha em sala de emergência/urgência, sendo importante que a maturidade dos liderados também seja tida em conta: maturidade para o trabalho, relacionada com o conhecimento e capacidade técnica, e maturidade psicológica, referente à disposição ou motivação para realizar algo.

Para a aplicação deste tipo de liderança, ainda de acordo com o mesmo estudo, há uma necessidade que os enfermeiros estejam cada vez mais qualificados para o trabalho, visando uma maior autonomia e uma liderança eficaz.

Ainda na ótica de formação é destacada a importância do desenvolvimento de habilidades de relação interpessoal, aprimoramento da inteligência emocional e o conhecimento de estratégias para a criação de empoderamento no ambiente de trabalho.

Outra teoria de liderança aplicada em ambiente de urgência, neste estudo (Silva et al., 2014), é a liderança transformacional, descrita já anteriormente como teoria contemporânea. Este tipo de liderança leva a um alto nível de motivação, baseada numa relação de confiança, dando valor à criatividade e a inovação, de modo que o líder deverá estar desperto para as preocupações e necessidades dos seus liderados.

Um líder transformacional é aquele que mostra inspiração, motivação, influência da equipa, executando abordagens criativas para a resolução dos problemas, criando oportunidades de aprendizagem e crescimento de cada liderado baseando-se nas suas habilidades e desejos. Este tipo de liderança influencia positivamente a sua equipa,

demonstrando ações corretas perante condições adversas, difundindo comportamentos éticos e morais de sua equipe, mantendo assim, a confiança dos liderados (Silva, et al., 2014).

Esta necessidade de criar ambientes prósperos em emergência deve-se ao facto que, como determinado neste estudo, a rotatividade do pessoal não é desejada, já que é necessário que a equipa trabalhe de forma sincronizada, rápida e com segurança em prol de uma melhor qualidade de prestação de cuidados de enfermagem.

Embora seja uma artigo de opinião, Chagani (2015) conta que a liderança transformacional surge como uma estratégia inovadora para a retenção de pessoal no serviço de urgência. Uma vez que os líderes são os guias de uma organização, eles são necessários para esclarecer os objetivos de uma organização para os funcionários, e capacitá-los para melhorar os resultados no atendimento ao paciente. O estilo de liderança transformacional oferece uma solução promissora para o crescente problema de rotatividade de pessoal no serviço de urgência.

Como conclusão do estudo de Silva et al. (2014) foi determinado que predominam dois tipos de liderança em ambiente de abordagem ao doente crítico, são elas a liderança situacional e liderança transformacional. Ainda apoiando o estudo anterior foi determinado que para exercer uma liderança eficaz é preciso praticar o autoconhecimento quanto ao estilo de liderança, adequando-o às diferentes situações, bem como conhecer os seus liderados e o contexto em que está inserido. Ainda é abordada a importância da intensificação do processo comunicativo nesses serviços, bem como investimento na obtenção do conhecimento e formação dos enfermeiros para o desenvolvimento da habilidade de liderança. Contudo, é sublinhado que nem sempre o conhecimento teórico garantirá uma prática de liderança eficaz.

No que concerne a técnicas de aprendizagem, foi realizado um estudo por Endacott et al. (2014), que analisaram as habilidades de trabalho em equipa dos enfermeiros na gestão simulada da deterioração de um paciente. Concluiu-se que a simulação tem um papel importante na aquisição de habilidades nos profissionais menos experiente permitindo o desenvolvimento capacidades de trabalho em equipa devido à possibilidade de praticar repetidamente sem risco para os pacientes. Daí que deverá ser considerado uma parte integrante dos currículos nas escolas de enfermagem e nos programas de desenvolvimento profissional contínuo. Há assim um espaço para melhorar a liderança, trabalho em equipa e gestão de tarefas para enfermeiras e/ou estudantes de enfermagem. A

inclusão de uma reunião de balanço melhora a aprendizagem durante as atividades de simulação.

Assim, numa situação de emergência é exigida rapidez, eficiência, conhecimento e habilidade técnica, deverá ser aplicada uma liderança adequada para a realização de um trabalho harmonioso e coordenado para um melhor prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico.

1.2. Tomada de decisão

A tomada de decisão também é uma componente importante de um líder e do liderado na área de enfermagem, decidir, resolver dilemas e pensar de forma crítica fazem parte de habilidades aprendidas com a prática e estudo.

Decidir, tomar decisões define-se como sendo a escolha entre duas ou mais alternativas de ação que proporcionem chegar a um determinado resultado esperado. Esta opção deve ser feita com racionalidade, competência e consciência para que se escolha a alternativa que vai de encontro aos objetivos traçados. A tomada de decisão é congruente com os valores culturais, sociais e ideológicos, com o grau de conhecimento, com a informação atual e com a experiência do indivíduo (Nunes, 2007).

De acordo com Marquis e Huston (2009) tomar decisões habitualmente é desencadeado por um problema, embora seja realizado no sentido da eliminação do problema subjacente. No processo de tomada de decisões, uma das etapas do processo de solução do problema baseia-se nas habilidades de raciocínio crítico.

O raciocínio crítico consta de um processo mental de análise e avaliação de informações, especialmente declarações ou proposições, tidas como verdades. Envolve refletir sobre o significado das afirmações, analisar as evidências e as razões oferecidas e conceber juízos sobre os fatos. A definição de raciocínio crítico é um conceito mais difícil do que resolver problemas ou tomar decisões, implica raciocínio e avaliação em nível superior e têm uma componente cognitiva e afetiva. Insight, intuição, empatia e desejo de agir são elementos adicionais do raciocínio crítico. Essas habilidades são necessárias, até certo ponto, na tomada de decisão e na solução de um problema (Marquis & Huston, 2009).

Os autores, Smeltzer, Bare, Hinkle e Cheever (2011), referem o raciocínio crítico como sendo utilizado na deliberação baseada na realidade com validação da exatidão dos dados e da credibilidade das fontes, que inclui a monitorização, a identificação e o

levantamento de inconsistências. O pensamento crítico é igualmente reflexivo, envolvendo metacognição e a avaliação ativa e aperfeiçoamento do pensamento. A interpretação de dados e determinação de ações adequadas acarreta uma tendência pessoal.

Uma abordagem organizada à solução de um problema e à tomada de decisão reforça o raciocínio crítico, sendo a forma mais adequada de aprender a decidir com qualidade, pois elimina o processo de tentativa e erro. Uma abordagem organizada ou profissional implica o uso de um modelo teórico para a solução de um problema e à tomada de decisão (Marquis & Huston, 2009). Este autor expõe diversos modelos tomada de decisão, passo a referir três dos modelos resumidamente.

Um dos modelos mais notórios para a solução de problemas é o modelo tradicional de solução de problemas, que se desenvolve em sete etapas: (1) Reconhecer o problema; (2) Juntar dados para a análise das causas e das consequências do problema; (3) Pesquisar soluções opcionais; (4) Avaliar as opções; (5) Escolher a solução adequada; (6) Executar a solução; (7) Analisar os resultados. Um dos pontos fracos deste modelo está no tempo necessário para a sua implementação, sendo menos eficiente quando limites de tempo são tidos em conta.

Outro modelo mais eficiente e moderno de raciocínio e solução de problemas, o modelo *IDEALS*, criado por Facione em 2006 e envolve seis etapas para o eficaz raciocínio e a solução de problemas, são elas: (I) Identificar o problema; (D) Definir o contexto; (E) Enumerar as opções; (A) Analisar as opções; (L) Listar as razões de forma explícita e (S) Auto-corrigir (*Self-correct*).

Por fim surge o modelo intuitivo de tomada de decisão, em que os teóricos sugerem que a intuição deve ser utilizada como adjuvante aos modelos empíricos ou racionais de tomada de decisão. Este modelo une a intuição e análise, embora o reconhecimento e a experiência estandardizados direcionem os tomadores de decisão diante do limite de tempo ou impossibilidade de uma tomada de decisão racional e sistemática. Aloï, em 2006, refere que muitos enfermeiros especializados usam a intuição para solucionar problemas (Marquis & Huston, 2009).

Dos enfermeiros é esperado que sejam capazes de assumir a sua função de cuidadores sendo capazes de forma autónoma ou interdependente de tomar as decisões apropriadas para as suas intervenções (Nunes, 2007).

Contemplado no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais nº 190/2015 de 23 de abril (2015), a tomada de decisão do enfermeiro

que orienta o exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática – na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo da tomada de decisões em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. (p.5-6)

Diariamente os enfermeiros lidam com dúvidas, ainda que nem sempre estejam conscientes disso. Tomar decisões apropriadas requer, muitas vezes, a relação das mais diversas áreas de conhecimento que tangenciam a racionalidade humana. Avaliar dados objetivos de corpo/sujeito por carácter subjetivo não é, em geral, tarefa fácil. Quantificar/qualificar as dúvidas pode ajudar na sistematização do cuidado e na valorização do processo de enfermagem (Paes et al., 2014).

Num estudo realizado por Jesus (2006) foi determinado que o processo de decisão clínica de enfermagem evidencia cinco categorias de estratégias dos participantes: interagir, intervir, conhecer o utente, resolver problemas e avaliar. Apontando para a existência de um padrão geral de processo de tomada de decisão.

O processo de enfermagem, de acordo com Smeltzer et al. (2011), foi determinada como uma abordagem à solução de problemas, sendo um adjuvante à tomada de decisão, que vai de encontro as necessidades de enfermagem e cuidados de saúde. Embora as etapas sejam discutidas, as comuns são: histórico, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação.

Ainda os autores Crossetti, Bittencourt, Lima, Góes e Saurin (2014) referem que o processo de enfermagem, e o estudo acerca dos diagnósticos de enfermagem, vão de encontro às contínuas e complexas alterações no contexto da saúde, o pensamento crítico desenvolvido pelo enfermeiro permite a realização do cuidado seguro, sendo que a implementação dos cuidados se estrutura em processos cognitivos e lógicos que conferem competência e habilidades, para diagnosticar com exatidão os problemas de saúde dos doentes.

O processo de enfermagem torna-se uma sistematização de resolução de problemas mas enquadrada na prestação de cuidados de enfermagem.

Na prática diária de enfermagem, os profissionais são levados a tomar decisões éticas, políticas, práticas, clínicas e não clínicas, que afetam o cuidado, a segurança e os resultados do paciente. Muitas vezes o enfermeiro é obrigado a tomar decisões rápidas ou escolhas em condições de incerteza. Essas escolhas são influenciadas pelas informações e

dados subjetivos e objetivos disponíveis ao enfermeiro no momento da decisão (Johansen & O'Brien, 2016).

No campo da tomada de decisão ética, Nunes (2011), refere que a tomada de decisão para a planificação dos cuidados a uma pessoa apta e capaz de decidir, passa necessariamente pelo acordo e pelo consentimento livre e esclarecido. A tomada de decisão em situação difícil apresenta ganhos ao ser discutida e analisada na equipa de saúde. Há exceções claras na tomada de decisão em emergência e na ausência de um interlocutor competente. Aqui, é tida em conta a formação profissional, os seus saberes, as experiências e capacidades para atuar em benefício do outro.

A tomada de decisão ética envolve igualmente a consideração de diversos fundamentos que a possam suportar. São analisadas distintas razões para agir, havendo necessidade de escolher aquela que se mostra apta a justificar a intervenção selecionada. Os fundamentos são de múltipla natureza revelando a complexidade das variáveis que a decisão de cuidados engloba. Aos fundamentos éticos que facilmente legitimam uma decisão ética, juntam-se fundamentos deontológicos, jurídicos, profissionais, científicos e socioculturais que preenchem a necessária fundamentação para a opção do cuidado a prestar (Deodato, 2014).

Perante a urgência da tomada de decisão o enfermeiro deve apoiar-se em diversos componentes que o ajudaram na resolução de problemas, tal como o conhecimento, baseado na evidência científica. Que Nunes (2007) refere como um importante elemento na qualidade dos cuidados em todos os âmbitos da intervenção de enfermagem.

Cientes que o conhecimento é importante, ainda assim, a tomada de decisão é orientada por várias fontes de informação, que contribuem para a escolha da alternativa mais adequada: a experiência, os dados e informações recolhidos, o conselho e experiência dos outros e ainda a pesquisa. O enfermeiro tem de estar apto para contextualizar a informação de forma a interpretar e processar, retirando os dados importantes minimizando as interferências individuais. O processo de tomada de decisão pode ser mais efetivo quando ocorre o trabalho em equipa em que todas as opiniões são escutadas e analisadas em conjunto possibilitando um consenso em que se toma a melhor opção (Nunes, 2007).

A tomada de decisão, como referido anteriormente, integra igualmente resultados da investigação na sua prática, uma prática de enfermagem baseada em evidências não é elaborada a partir da intuição, observações não sistematizadas ou princípios patológicos. Paes et al. (2014) salienta a importância do uso prático de revisões integrativas e sistemáticas para gerar pesquisas capazes de guiar as decisões clínicas.

Algo que contém as melhores evidências, de acordo com diversos autores consultados, é a elaboração de protocolos, pois auxilia a prestação de cuidados baseados em boas práticas clínicas, adjuvando a tomada de decisão.

Segundo Paes et al. (2014) a aplicação de diretrizes para o cuidado torna-se cada vez mais necessária para a consolidação de alguns aspectos da prática clínica do enfermeiro, nomeadamente em relação aos doentes críticos, pois sistematiza os cuidados e estabelece objetivamente passos e condutas na abordagem a determinado agravamento.

A tomada de decisão mais adequada na presença de situações complexas nem sempre é fácil, pois torna-se difícil de saber quais as probabilidades de obter um resultado satisfatório. A carência de dados e o tempo limitado são dois dos fatores que interferem na tomada de decisão clínica. Dependendo da falta de um ou de outro, ou ainda dos dois, a decisão pode ser suportada por uma das três possíveis formas de abordagem do processo de tomada de decisão: Informação, Intuição e Continuum Cognitivo. O Processo Continuum Cognitivo refere-se ao julgamento profissional onde há a união do racional, analítico com o intuitivo (Nunes, 2007).

Sendo assim, a tomada de decisão é uma situação complexa e que está sujeita a múltiplos fatores de interferência. Em emergência a abordagem de um doente crítico é uma situação potenciadora de *stress*, onde as decisões devem ser tomadas de forma sistemática e sistematizada, rapidamente e numa sequência de prioridades. O domínio cognitivo, do saber-saber e do saber-fazer, da experiência e da prática são fatores de grande importância para reduzir o *stress* da decisão e da ação. Atualmente as decisões a serem tomadas nas situações emergentes e *life-saving* que encontramos na sala de emergência estão, e de uma forma gradual e crescente, a serem colocadas em *guidelines*, ou melhor, algoritmos de decisão (Nunes, 2007).

Com a aplicação de algoritmos de decisão, consegue-se uma decisão mais rápida, com menor risco e com mais probabilidade de sucesso. Estes algoritmos foram definidos em acordo por diversos peritos, baseados na pesquisa, na evidência prática e nos melhores resultados obtidos.

Os algoritmos mais usuais em Emergência são os do Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Avançado de Vida (SAV), *Advanced Trauma Life Support* (ATLS). Qualquer um deles pressupõe o seguimento de uma linha de raciocínio que conduz a decisões e respetivas ações que se pretendem rápidas. Sendo que a atuação na Sala de Emergência é decorrente, muitas vezes, do seguimento de determinados algoritmos de

decisão, deduz-se, sem dúvida, que os enfermeiros que ali trabalham têm de deter formação específica para estas e outras áreas de intervenção (Nunes, 2007).

Assim sendo, a tomada de decisão na abordagem ao doente crítico beneficia da aplicação de protocolos mas não retira a necessidade da tomada de decisões, que apesar de maioritariamente intuitiva, deverá também ser analítica.

Termino deste modo a abordagem a esta temática em enfermagem na abordagem ao doente crítico, passo agora a apresentar o próximo capítulo do **cuidar do doente crítico: percurso para o desenvolvimento de competências**. Onde inicialmente enquadro o tema das competências, falo das competências no âmbito da formação de enfermagem num contexto recente que é o processo de Bolonha até as competências estipuladas em regulamento pela OE. Nos restantes subcapítulos, abordo a vertente da prática clínica onde realizo uma breve caracterização dos campos de estágio e em cada um deles descrevo a aquisição de competências numa análise crítica e descritiva, com base nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

**CAPÍTULO II – CUIDAR DO DOENTE CRÍTICO: PERCURSO
PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

O conceito de competência tem vindo gradualmente a substituir o de qualificação. O termo competência encontra-se numa matriz conceptual bastante abrangente, sendo muitas vezes empregado para designar habilidade profissional, conhecimentos, aptidões, capacidades, atitudes ou como equivalente a saber-fazer e tarefa (Dias, 2006).

O mesmo autor define então competência como uma construção que resulta da combinação pertinente entre diversos recursos. Esta demonstra-se através da ação ou da prática profissional e corresponde à metodologia de conduta de cada pessoa. Envolve um saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos que se deverão articular com o saber-fazer.

No que concerne ao âmbito mais abrangente das competências, Boterf (2006), autor de referência no âmbito das competências, menciona que um profissional que age com competência e é reconhecido como competente compreende três dimensões. A primeira alude-se à dimensão dos recursos disponíveis (conhecimentos, saber-fazer, capacidades cognitivas, competências comportamentais...) que pode mobilizar para agir. A segunda dimensão é dos resultados das práticas profissionais e do desempenho. A terceira dimensão refere-se à reflexividade, que representa o afastamento em relação às duas dimensões anteriores.

No que conta aos recursos a mobilizar, a primeira dimensão refere-se a uma ação pertinente, que um profissional deve, não só deter, mas também saber conciliar e colocar em prática uma série de recursos coesos. Para além de recorrer aos seus recursos pessoais, um profissional deve mobilizar os recursos do meio envolvente: “torna-se difícil, mesmo impossível, ser competente sozinho e de forma isolada” (Boterf, 2006, p.61).

A segunda dimensão, referida por Boterf (2006), diz respeito às práticas profissionais em conexão às exigências de uma situação profissional e aos imperativos de desempenho. É ser capaz de levar a cabo práticas profissionais adequadas, em relação aos requisitos de um posto de trabalho ou de uma função a cumprir. Cada prática é única, isto é, própria da pessoa que a implementa. Sendo o resultado de uma aprendizagem pela experiência em situações reais e em situações recriadas ou simuladas.

A terceira e última dimensão das competências alude ao distanciamento ou a reflexividade, Boterf (2006) refere que o profissional competente é aquele que, não só é capaz de agir com pertinência numa determinada situação, mas que está ciente do porquê e de como agir. Deve-se ter uma dupla compreensão: a da situação sobre a qual intercede e a forma como o faz. É sobre esta dimensão que o profissional pode desenvolver a sua

capacidade de orientar, o próprio, as suas aprendizagens sendo capaz de as transferir. É nesta dimensão onde se concretiza a análise das práticas.

No domínio da enfermagem, Dias (2006) relata que as competências dizem respeito às características individuais (potencialidades, habilidades, capacidades de ação, aptidões, atitudes, traços de personalidade e comportamentos estruturados), conhecimentos gerais e especializados que possibilitam realizar de forma autónoma uma série de atividades, designadas por cuidados de enfermagem na área preventiva, curativa, reabilitação e/ou reinserção do cliente no seio da família, comunidade e mundo laboral, podem ser observadas através da qualidade da execução das técnicas e procedimentos característicos da profissão que permitem discutir, analisar e decidir sobre os aspetos relacionados com a profissão. Dispõem-se em categorias multidimensionais centradas nas dimensões pessoal, científica, técnica, sócio-afetiva, relacional, comunicativa e ético-moral.

Ainda Dias (2006) alude que as características individuais manifestam-se através de uma panóplia de aptidões, situadas na dimensão das competências pessoais ou genéricas. Os conhecimentos incluem os sistemas de regras interiorizadas pelo enfermeiro no âmbito da socialização em enfermagem, que permitem agir e resolver um conjunto das situações emergentes do contexto profissional. São os saberes-fazer que se manifestam através do desempenho e realçam o saber-ser em contextos de trabalho. Estes contextos compreendem o conjunto das atividades profissionais, missão, função, tarefas e performances requeridas na execução.

Por sua vez Benner, Tanner e Chesla (2009), salvaguardam que a competência desenvolve-se ao longo da vida profissional, de forma progressiva e temporal, nos enquadramentos profissionais. É um processo progressivo de crescimento em que Benner et al. (2009), com base no modelo de Dreyfus, estabeleceu que na aquisição e no desenvolvimento de competências, existem cinco níveis sucessivos de aptidões: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente culminando em perito. Passo a descrever sumariamente cada etapa:

1) Iniciado: Os estudantes apresentam-se sem qualquer experiência perante a nova realidade. São-lhes transmitidas normas e descritas situações de forma objetiva, como guia inicial.

2) Iniciado avançado: Nesta etapa os estudantes já vivenciaram situações reais que lhes permitem compreender que fatores significativos se reproduzem em situações idênticas.

3) Competente: Estabelecem que a profissional têm cerca de dois a três anos de serviço, torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus atos de forma consciencial.

4) Proficiente: As profissionais avaliam as situações no seu todo e não em aspetos isolados, aprendem com a experiência o que pode acontecer numa determinada situação. Esta perceção de globalidade melhora o processo de decisão, tornando-se cada vez menos trabalhoso.

5) Perito: Neste nível já possuem uma grande experiência, devem compreender de maneira intuitiva cada situação e fazem um diagnóstico concreto sem se perder em diagnósticos prováveis. São flexíveis e demostram um nível elevado de adaptabilidade e de competências.

Segundo Phaneuf (2005) na formação de uma enfermeira ou no seu trabalho quotidiano, a aquisição de competências é um ideal a atingir, a prosseguir e mesmo a enriquecer. Este conceito, que se identifica muitas vezes com a excelência, não se forma instantaneamente. Baseia-se em vias das quais algumas são claramente identificáveis, tais como uma sólida formação, mas também sobre outras, mais subtis e mais pessoais, que decorrem da personalidade da enfermeira e de um saber fazer orientado não somente pelas regras codificadas da prática, mas também por uma capacidade aguda de perceção, de interpretação das situações e pela acumulação de experiências que deixaram marcas. Estando assim perante um fenómeno difícil de definir.

Na perspetiva de Moraes (2004), o modo de formação subjetivo das competências é orientado para a expressão e realização do potencial interno de cada um num dado contexto, podendo ser designadas por competências pessoais. É um processo contínuo que exprime o carácter singular da motivação e da profissionalização e, que invoca ao trabalho refletido.

O mesmo autor refere que o desenvolvimento de competências surge também do aperfeiçoamento da perícia do desempenho, baseando este aprimoramento na experiência situacional e na formação, providenciando em simultâneo uma base para o desenvolvimento do corpo teórico da profissão e progressão na carreira.

Numa época em que existe uma necessidade de adaptação, os enfermeiros têm um grande papel no processo de mudança e contextos, torna-se indispensável o desenvolvimento de competências. A multi-profissionalidade na complexidade de respostas aos défices de saúde e a necessidade indispensável dos cuidados de enfermagem exigem a resposta de um profissional competente (Serrano, Costa & Costa, 2011).

A saúde, de acordo com Mendonça (2009), incluída nos novos contextos, exige profissionais possuidores de competências multidimensionais, capacidades de interação, adaptação e readaptação. Os enfermeiros são atores deste processo dinâmico e progressivamente evolutivo, usam saberes teóricos nas diversidades e adversidades dos quotidianos. Na complexidade das suas tarefas, são profissionais em formação contínua.

A OE (2015a), mais propriamente em termos de deontologia profissional, aborda o aperfeiçoamento profissional, como sendo mais que uma mera atualização dos conhecimentos que se espera dos profissionais, é o caminho da construção de competências. Associado à competência e como forma de operacionalizar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional impõe-se a autoformação, a formação contínua e o processo de avaliação de desempenho.

Quando falamos em formação em enfermagem, de acordo com Mendonça (2009), começa a surgir o exercício de saberes que servem como indicador de competências para o desenvolvimento em formação.

No que concerne a formação superior na área de enfermagem, inevitavelmente temos que abordar o Processo de Bolonha que, de acordo com o autor anterior, apresenta-se como paradigma de mudança do sistema educativo passivo a uma política educativa de aquisição e desenvolvimento intra e inter-pessoal de competências instrumentais, interpessoais e sistemáticas, onde a componente prática atinge expoente máximo, tendo desencadeado recentemente um extraordinário desafio conducente a uma reflexão profunda sobre a profissão e as políticas educativas do sistema de formação em enfermagem, nacional e internacional, envolvendo os elementos destacados do panorama nacional de enfermagem: a Ordem dos Enfermeiros, Escolas de Enfermagem e os Estudantes, como pares no processo de aprendizagem.

De acordo com a OE (2007) que aborda o tema do desenvolvimento profissional e a individualização das especialidades em Enfermagem, é feita referência ao Processo de Bolonha como aquele que

assume a mudança do paradigma de ensino – de um modelo passivo baseado na transmissão de conhecimentos para um ensino baseado no desenvolvimento de competências, a valorização e o reconhecimento da aprendizagem ao longo da vida assegurado pela atribuição de créditos, valorizando a aprendizagem formal realizada e as competências adquiridas. Evidencia também a necessidade de adequar as carreiras profissionais em diversos domínios, nomeadamente revendo as suas normas de ingresso e acesso. (p. 13)

Desencadeou-se desde a implementação do processo de Bolonha uma reestruturação do ensino de enfermagem no sentido de atualização do ensino superior no

enquadramento do novo paradigma que estipula uma perspectiva de intervenção ativa, participativa e responsável do aluno, enquanto impulsionador do processo de ensino-aprendizagem, salientando que o formando se desenvolva através do que foi criado como os Descritores de Dublin nas suas cinco categorias de competências (Mendonça, 2009).

Os Descritores de Dublin, também conhecidos como descritores de qualificações, ilustram a natureza e as particularidades das principais qualificações em cada nível e a comparação demonstra a natureza e as características da transição entre as qualificações de níveis distintos. Sendo assim, a Direção-Geral do Ensino Superior (2013), preconiza que o grau de mestre é atribuído aos que demonstrem:

- 1) Ter conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível em que: (a) Baseando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; (b) Sejam capazes de desenvolver e aplicar esse conhecimento em situações originais, muitas vezes em contexto de investigação;
- 2) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- 3) Possuir a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- 4) Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- 5) Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Assim percebemos o enquadramento da formação superior e Descritores de Dublin do 2º ciclo de Mestrado e as competências a desenvolver neste âmbito. Este mestrado integra uma especialização em enfermagem médico-cirúrgica, assim importa referir que constitui uma das competências estatutárias do Conselho de Enfermagem, o reconhecimento da individualização das especialidades (OE, 2007).

Neste sentido a OE regulamentou as competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, que engloba as competências comuns e específicas.

As competências comuns do enfermeiro especialista são paralelas a todas as especialidades, manifestadas através da sua grande capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, por meio de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no domínio da formação, investigação e assessoria (OE, 2007).

Na área de especialização, surge as competências específicas que resultam das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e da área de intervenção determinado para cada âmbito de especialidade, reveladas por meio de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2007).

No que se refere à especialização em pessoa em situação crítica esta é “dirigida à pessoa a vivenciar processos saúde/doença crítica e falência orgânica passível de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2007, p.20).

O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (CEEEEPSC) compreende três domínios, que dizem respeito a um campo de ação que contém um agregado de competências com uma linha condutora correspondente e uma série de elementos agregados. São os três domínios de competência: (1) Presta cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; (2) Promove a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação; (3) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção ante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro).

Associado aos domínios encontram-se as unidades de competência que representam uma realização concreta, função major ou uma série de elementos de competência afins que correspondem a uma execução concreta, tornando o processo claro e reconhecido (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011).

Nos próximos subcapítulos faço inicialmente uma breve caracterização dos campos de estágio e logo após realizo uma análise das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que incorre numa descrição que teve patente as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, 2011), como a gestão da qualidade e dos cuidados prestados, da responsabilidade ética e legal e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

2.1. Estágio I – Urgência: Serviço de Urgência do HNM

O Serviço de Urgência do HNM trata-se de um SU polivalente, que consultando a Rede de Referenciação Hospitalar (RRH) de Urgência/Emergência (DGS, 2001) denominam urgência polivalente, como urgência com valências médico-cirúrgica, “são o segundo nível, e com maior grau de diferenciação técnica, para o acolhimento de situações de urgência/emergência, referenciados no âmbito do Sistema de Emergência Médica” (p.8).

O Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM) está inserido no Hospital Central, é constituído por recursos humanos, materiais e clínicos que dão resposta a um nível diferenciado de situações de urgência/ emergência, que assistem a toda a população da Região Autónoma da Madeira.

Este serviço está situado no Andar Técnico do HNM e está dividida em diversos setores de atuação para o atendimento de utentes, segundo o grau de prioridade e necessidade terapêutica.

Em relação a estrutura, o serviço de urgência do HNM, possui diversas salas/ áreas: Acolhimento; Triagem; Sala de Emergência; Sala de Espera; 4 Gabinetes médicos (3 para área médica e 1 para a área cirúrgica); Sala de Tratamento; Sala de Recuperação; Sala de Cirurgia; Sala de Pequena Cirurgia; Sala Aberta; Sala de Observação; Cuidados especiais; Área Ortopédica (inclui uma sala de espera, gabinete médico e gabinete de enfermagem) (Hospital Dr. Nélio Mendonça, 2013).

É utilizado neste serviço, como sistema de triagem, o sistema de triagem de Manchester. O sistema de triagem de Manchester usa um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada doente que recorre ao Serviço de Urgência. São atribuídos fluxogramas, de acordo com a queixa do doente e de acordo com o preenchimento dos discriminadores há a inclusão dos doentes em uma das cinco prioridades clínicas, são elas: Vermelho – Emergente (0 min); Laranja – Muito Urgente (10min); Amarelo – Urgente (60 min.); Verde – Pouco Urgente (120 min.); Azul – Não Urgente (240 min.) (Grupo Português de Triagem, 2002).

Na Triagem de Manchester é deduzido os possíveis candidatos a alguma via verde. Os critérios da ativação das vias verdes não substituem a Triagem de Manchester, as vias verdes em vigor neste serviço, são: Trauma; Sepsis; Coronária; AVC (Hospital Dr. Nélio Mendonça, 2013).

No que concerne os recursos humanos neste serviço, a equipa de enfermagem é composta por cerca de oitenta enfermeiros, sendo oito destes especialistas em médico-

cirúrgica, sete especialistas em saúde mental, quatro em saúde comunitária e um enfermeiro em reabilitação. A equipa subdivide-se maioritariamente em cinco equipas, todas têm um responsável de equipa que normalmente é um especialista. Destaco que neste momento encontram-se nove enfermeiros em formação para mestre com especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

De acordo com estatísticas fornecidas pelo chefe de enfermagem do Serviço de Urgência, do Núcleo de Gestão de Doentes e Estatística, durante o ano de 2015, deram entrada neste serviço 95 166 pacientes. Relativamente à área médica e cirúrgica, baseados nos denominadores do sistema de triagem de Manchester, destacam-se como os mais frequentes: Indisposição no Adulto (16,1%), Dispneia (6,4%), Dor Torácica (5,6%) e Dor Lombar (5,6%).

Em relação a prioridade e a situações que exigem uma maior atenção, ocorreram 435 casos que foram atribuídos cor vermelha e 13 135 casos atribuídas a cor laranja. Pude verificar que de fato o denominador: dispneia, foi o que se destacou entre a atribuição da cor laranja. Ou seja, destaca-se as alterações respiratórias no âmbito das situações que exigem um atendimento rápido neste serviço.

Passo à descrição sumária dos destaques que suportaram a aquisição de competência na capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.

2.1.1. Capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas

O estágio referente ao Estágio I no Serviço de Urgência foi-me creditado, nos termos do Regulamento n.º 506/2014, de 10 de novembro, tendo sido reconhecidas as competências que fui obtendo e desenvolvendo na minha prática profissional, num percurso de 6 anos no Serviço de Urgência Geral do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

Durante o meu percurso profissional no Serviço de Urgência aprimorei a minha capacidade de deteção de focos de instabilidade e gestão de situações complexas. Lembrando as palavras de Benner (2001), que caracteriza uma enfermeira perita numa Urgência:

as peritas funcionam como chefes de orquestra em situações complexas, enfrentando em todas as frentes, respondendo a todas as necessidades. Elas são particularmente capazes de separar os problemas, estabelecer rapidamente as prioridades e delegar no pessoal disponível. Elas sabem como agir face a situações imprevisíveis e ajustar a sua própria capacidade, e raramente entram em pânico em alturas de crise. É preciso muito para destabilizar uma enfermeira perita. (p.140)

O âmbito de trabalho numa Urgência é vasta, existem ações que vão do acolhimento à reanimação.

A prática de enfermagem de urgência, na ótica de Howard & Steinman (2011), agrupa, como em nenhuma outra, competências gerais e especializadas de avaliação, intervenção e tratamento. As múltiplas dimensões da enfermagem de urgência elucidam as funções, os comportamentos e os procedimentos próprios à prática, bem como as particularidades próprias da especialidade. O ambiente da prática, a população de doentes e a diversidade dos que dedicam cuidados são tão variados como na enfermagem no seu todo. A prática de enfermagem de urgência é sistemática e envolve o processo e o diagnóstico de enfermagem, tomada de decisões, pensamento científico e analítico e investigação.

A diversidade das patologias que acometem os doentes críticos que recorrem ao serviço de urgência, associada à necessidade de atuação imediata elevam o grau de complexidade e os níveis de *stress* impostos aos que intervêm nesta área. A identificação deste problema motivou a criação das Salas de Emergência, um espaço fulcral dos Serviços de Urgência que centraliza meios logísticos e recursos humanos altamente diferenciados capazes de dar resposta ao doente emergente, que por definição padece de “situação clínica de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou iminente, compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001, p.24).

No Serviço de Urgência, executo as mais diversas funções no que concerne a gestão de cuidados e da gestão de recursos por delegação do enfermeiro chefe de equipa. Uma dessas delegações é a liderança ou colaboração na Sala de Emergência atuando num grande espetro de cuidados de enfermagem ao doente crítico.

De acordo com Nunes et al. (2009) é essencial que a equipa que atua numa sala de emergência detenha uma base de conhecimentos teóricos e capacidade para os mobilizar, mas é igualmente importante competências referentes à capacidade de liderança, o discernimento e antecipação das necessidades, a iniciativa, a capacidade de ensino, a maturidade e a segurança emocional do mesmo modo que capacidade de reflexão e tomada de decisão, são primordiais para o exercício autónomo e interdependente de cada elemento da equipa.

Durante o exercício profissional, atuei de acordo com os conhecimentos que tenho em Traumatologia e em Suporte Avançado de Vida (tido como protocolo terapêutico complexo), atuando como líder ou como elemento da equipa da sala de emergência, no contexto de urgência/emergência, identificando focos de instabilidade, executando/

colaborando em cuidados técnicos complexos e respondendo atempadamente e adequadamente aos focos de instabilidade.

No que concerne ao internamento curto de doentes críticos no Serviço de Urgência, uma área por vezes vigiada pela medicina intensiva, pude desenvolver habilidades e capacidade de reagir a situações imprevistas e complexas, evidenciei conhecimentos aprofundados, bem fundamentados, reconheci problemas e necessidades potenciais ou reais atuando em conformidade, tendo desenvolvido uma metodologia de trabalho eficaz garantindo uma boa prática.

Num Serviço de Urgência, é notório que as situações críticas de saúde/doença e/ou falência orgânica ocasionam alterações emocionais. Assim sendo implica ao enfermeiro desta área saber geri-las, nomeadamente a ansiedade e medo vivenciado pelo doente e ainda auxiliar os processos de luto através da comunicação interpessoal. Desta forma desenvolvi técnicas e estratégias de comunicação adaptadas à complexidade do estado de saúde do doente e família (na situação crítica e/ou falência orgânica do doente e o impacto doente/família que vivencia a situação).

No meu percurso profissional colaborei na orientação de alunos de enfermagem. Os processos de orientação tiveram por base um conhecimento prévio da dinâmica, objetivos e dos projetos em vigor no serviço. Foram processos de aprendizagem contínuos que visaram a aplicação da teoria na prática de forma refletida e adequada, subjacente ao suporte ético e legal inerente à profissão.

O serviço de urgência onde exerço funções é um serviço polivalente que se encontra organizado para assistir e receber vítimas em caso de catástrofe e multivítimas.

Estão em vigor no serviço protocolos que entram em funcionamento caso existam critérios de ativação, sendo que o objetivo máximo nestas situações é reduzir ou eliminar as baixas humanas, reduzir os efeitos físicos e psicológicos na maior extensão possível.

A presença de uma norma não implica uma boa prática, sendo importante a concretização de simulacros, permitindo dotar os elementos de capacidades para enfrentar estes eventos. Durante a minha prática pude colaborar em simulacros, que complementaram a minha atuação nestas circunstâncias. Na minha prática atuei em ativações do plano de catástrofe onde prestei cuidados e colaborei na gestão de cuidados. Importa assim uma preparação para estas ocorrências, já que segundo Powers (2010) os enfermeiros durante uma situação de catástrofe são elementos intervenientes fundamentais devido às suas capacidades únicas e compreensão acerca da comunidade.

Ainda fez parte do meu percurso, investir em formação nesta área tendo realizado em 2015, o curso *Medical Response to Major Incidents* (MRMI). Que consiste em uma formação muito importante para a aprendizagem da resposta a catástrofe de uma forma integrada por diversas entidades/intervenientes como: Proteção Civil, Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Bombeiros, Polícia, Militares, Seguranças, Gestores, Administrativos da área da Saúde. O que de acordo com Powers (2010) vai de encontro a uma intervenção eficaz, já que esta implica preparação através da formação, interação com os elementos de preparação e compreensão dos recursos locais e regionais.

Uma vertente também importante num Serviço de Urgência é o controlo e prevenção de infeção. O serviço de urgência é um serviço de porta de entrada dos doentes onde permanecem em curto ou médio espaço de tempo com infeção já identificada ou doentes que não recorrem por este motivo, é necessário um cuidado maior no controlo da infeção de forma a evitar a infeção cruzada entre os profissionais e até entre os doentes, que inclui igualmente ensino de medidas de prevenção e controlo.

No panorama nacional e de forma a controlar e minimizar as taxas elevadas de infeção em Portugal e fiscalizar a prescrição de antibioterapia de forma a reduzir a resistência microbiana, foram organizados grupos de trabalhos Nacionais, Regionais e Locais. Desta forma nasce o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) que tem como principais objetivos: redução da taxa de infeção relacionada aos cuidados de saúde, promoção do uso adequado de antimicrobianos, decrescimento da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos (DGS, 2013).

Sendo que a implementação de diversas medidas de diversas medidas em vigor no SU, foram despoletadas pela PPCIRA, temos no serviço elos de ligação (enfermeiros) que dinamizam e promovem atividades no âmbito da melhoria da prática. Procurei estar em permanente atualização nesta área, colaborando com os programas de controlo de infeção, assistindo formação neste domínio e contribuindo para que todos os profissionais cumpram as normas.

2.2. Estágio II – Cuidados Intensivos: UCIP

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) está idealizada, equipada, e provida de pessoal para satisfação das necessidades que se prevê serem as do doente em situações de risco de vida (Phipps, Sands & Marek, 2003).

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), onde decorreu o estágio, está localizada no Hospital Dr. Nélio Mendonça, recebe doentes de diversas especialidades. É composta por um total de onze camas, dividindo-se por oito camas no andar técnico, classificada como UCIP 1, e três camas no 1º andar poente, denominada como UCIP 2. Possui um sistema avançado de informatização de dados comum e ligado aos diversos serviços desta unidade hospitalar.

Em termos de recurso humanos a equipa de enfermagem é constituída por cinquenta e dois enfermeiros, que inclui o enfermeiro chefe, três enfermeiros especialistas em reabilitação, um enfermeiro especialista em saúde mental e treze em médico-cirúrgica. O serviço é assegurado por cinco equipas de sete elementos. Cada uma destas equipas é constituída por um elemento coordenador de equipa, o chefe de equipa, que é responsável por gerir os recursos humanos e materiais.

Esta unidade é reconhecido na região como uma das unidades de referência em formação, desempenho e competência profissional.

Cabe aos profissionais da UCIP a função de equipa de emergência intra-hospitalar, composta por um médico e um enfermeiro. Também garantem o transporte inter-hospitalar de doentes críticos, quer seja na região ou fora desta.

Em termos de estatísticas mais recentes (2016), fornecidos pela chefia deste serviço, receberam o total de 554 doentes, cerca de 51% destes doentes têm idades igual/superior a 65 anos. Em relação à proveniência, 49% deram entrada encaminhados pelo Serviço de Urgência. Em relação à falência de órgão, as falências cardiovasculares representaram 34% do total e as falências respiratórias corresponderam a 25%. No que concerne diagnósticos, há enfoque na paragem cardiorrespiratória com 11%, ou seja um total de 63 casos.

Após uma breve descrição do serviço, onde decorreu o estágio II, preconizado de acordo com o plano de estudos deste curso, passo agora à descrição das competências adquiridas no sentido de uma intervenção avançada face situações complexas do doente com falência multiorgânica.

2.2.1. Intervenção avançada face situações complexas do doente com falência multiorgânica

Uma Unidade de Cuidados Intensivos, de acordo com Varon e Acosta (2010) é uma área do hospital caracterizada pela terapia agressiva, onde se utiliza tecnologia de ponta,

monitorização invasiva e não-invasiva para doentes críticos de alto risco. As alterações fisiológicas do paciente são relatadas continuamente aos profissionais, permitindo direcionar da melhor forma o tratamento.

A Medicina Intensiva têm evoluído ao longo dos anos em termos de estrutura, processo e resultados. Menos intervenções invasivas, os cuidados mais humanizados, o diagnóstico e o tratamento mais precoce e a expansão do serviço, são apenas algumas das muitas mudanças. Sendo um campo médico em crescimento rápido em termos de número de pacientes e representando uma parte dos sistemas de saúde no mundo desenvolvido (Vicent, 2013).

Falar de Cuidados Intensivos é falar de uma Unidade altamente especializada onde se prestam cuidados de última linha para o doente em estado crítico. Esta unidade encontra-se dotada de um ambiente que inclui as mais complexas e diferenciadas intervenções médicas e de enfermagem.

Os doentes que necessitam de Cuidados Intensivos são aqueles que apresentam um grande risco de disfunções efetivas ou potenciais que ameaçam a vida (Urden, Stacy e Lough, 2008).

Numa UCI, é o enfermeiro que presta cuidados ao doente crítico durante 24h, sendo um elemento-chave para uma recuperação bem-sucedida, pois esta constante presença junto ao doente permite identificar problemas, intervir ou corrigir situações e pedir ajuda diferenciada.

Sendo que Phipps et al. (2003) validam a afirmação, referindo que os enfermeiros nos cuidados ao doente crítico são a chave do sucesso da UCI, o enfermeiro dos cuidados críticos atua no domínio do controlo de um regime de tratamento complexo, detetando alterações, identificando rapidamente os problemas, iniciando as terapêuticas apropriadas e assim intervindo para antecipar ou corrigir, situações que ameaçam a vida.

A escolha de uma UCI Polivalente foi benéfica no sentido que possibilitou o lidar com uma grande variedade de situações/patologias, tais como: Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) Hemorrágicos e Isquémicos, Traumatismos Cranianos, com colocação de Monitorização da Pressão Intracraniana em Pós-Cirúrgico com Craniotomia Descompressiva, Insuficiências Respiratórias, Acidoses Metabólicas/Respiratórias, sob terapia de substituição da função renal, Bradicardia *status* pós-PCR conectado a suporte externo (Pacemaker Externo), Endocardites e Tromboembolismo. Tendo tido a oportunidade de prestação de cuidados de enfermagem específicos, conciliando e

permitindo o aprofundamento de conhecimentos, aplicando evidência científica na prática, de modo, a uma prestação de cuidados de enfermagem efetiva.

A minha experiência profissional, certamente auxiliou este percurso, mas tendo em conta o ambiente diferenciado da UCI, a tecnologia e a especificidade, desenvolvi estratégias que facilitaram a minha integração, como responsável por manter de forma contínua e autónoma o meu processo de crescimento pessoal e profissional, assim como: leitura de normas e protocolos em vigor na UCI, pesquisa bibliográfica pertinente e criação de livro de bolso para consulta rápida.

Os elementos anteriores certamente permitiram cimentar e aprofundar o conhecimento teórico-prático no âmbito da gestão da instabilidade do doente crítico. Esta gestão contempla diversas vertentes inerentes aos cuidados do doente crítico, tal como, a prestação de cuidados ao doente sob monitorização, VMI ou VMNI e sob a administração de terapêutica (que abrange a gestão de protocolos terapêuticos).

A monitorização do doente é uma das ferramentas mais importantes e fundamentais no manuseio de pacientes críticos. Lidar eficazmente com a um doente com instabilidade hemodinâmica, implica saber lidar com os mais diversos dispositivos de monitorização invasiva ou não.

Os autores Azereto e Oliveira (2013) referem que a monitorização, nomeadamente a invasiva, muitas vezes fornece informações acerca do diagnóstico do doente e auxilia ao tratamento. Cuidar de um doente sob monitorização invasiva exige uma atenção redobrada, sendo que o enfermeiro é também responsável pela garantia da fidedignidade dos dados fornecidos pelo monitor, devendo possuir conhecimentos acerca, não só das técnicas indispensáveis a uma boa monitorização invasiva, como deve ter um conhecimento teórico e científico para avaliar criticamente o doente.

De acordo com Silva e Lage (2010) a gravidade do estado de saúde e a instabilidade dos doentes delimitam um juízo clínico do enfermeiro – juízo diagnóstico, intervenção e avaliação – de forma eficaz e eficiente, coadjuvando a produção dos melhores resultados em saúde e, para os quais, se torna pertinente a aquisição de um conjunto de competências específicas, indispensáveis na presença de dispositivos invasivos.

Durante o estágio, tive muitas oportunidades de lidar com os dispositivos de monitorização invasiva, a sua colocação, o manuseio das mesmas, monitorização de complicações e interpretação das alterações. Ainda tive a oportunidade de observar utente

sob ECMO VV (*Extracorporeal Membrane Oxygenation – Veno-Venous*), tendo acompanhado a sua evolução.

Um dos principais meios de manutenção da vida utilizado na UCI é de fato a ventilação mecânica, constituindo uma forma de tratamento artificial com o principal objetivo de manutenção da oxigenação e/ou ventilação dos doentes críticos que desenvolvem insuficiência respiratória, pois incrementa a sobrevida desses nas mais diferentes situações (Wagner, Alves, Brey, Waldrigues, & Caveião, 2015).

Daí neste estágio estabeleci como objetivo perscrutar conhecimentos relativamente aos cuidados de enfermagem à pessoa com ventilação mecânica invasiva/não invasiva, para além da pesquisa realizada e consulta a manuais, pude lidar com diversos utentes, com diferentes necessidades de apoio ventilatório, pude relacionar os diferentes parâmetros ventilatórios e a sua adequação relativamente à patologia e relacionei alterações gasométricas com alterações dos parâmetros ventilatórios.

Realizei a gestão de diversos protocolos terapêuticos complexos, correspondente a uma das unidades de CEEEEPSC (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro), pois é algo inerente ao trabalho do enfermeiro de cuidados intensivos e exige um elevado conhecimento em termos de terapêutica e pensamento crítico. Como Silva e Lage (2010) referem que para além da monitorização e vigilância, a administração de terapêutica representa uma meta no tratamento do doente crítico.

De facto todas as unidades anteriores exigiram de mim uma necessidade de procura de informação adequada para uma prática segura, mas mesmo com uma base teórica que me permitiu compreender os diferentes aspetos de uma técnica em particular, o manuseio dos diferentes dispositivos e a monitorização específica dos parâmetros que pretendia identificar, foi de particular importância para um desempenho eficaz na prestação de cuidados técnicos de alta complexidade, indo de encontro à unidade de CEEEEPSC que se refere à prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro).

Determinante também neste percurso, foi a presença de situações urgentes, tendo permitido aprimorar a capacidade de reconhecer estas situações, antecipar complicações e atuar rapidamente, consolidando a aquisição de competências cognitivas e técnicas.

Mas os cuidados intensivos apesar de serem um serviço que exige um conhecimento técnico/teórico muito elevado, não excluí a importância das restantes vertentes, que contribuem num todo para o cuidado efetivo e holístico.

O que reforça Urden et al. (2008) quando refere que a prestação de cuidados nos cuidados intensivos é de alta qualidade e de grande competência, utilizando tecnologias adequadas e integrando igualmente abordagens psicossociais e holísticas, quando apropriadas ao tempo e à situação do doente.

Numa revisão de literatura realizada por Alderson e McKechnie (2013), determinou que os doentes na UCI que padecem de dor, pouco ou mesmo não tratada, têm efeitos físicos e psicológicos potencialmente sérios.

Já que o doente não pode comunicar a dor, pois maioritariamente está sedado, torna-se difícil uma avaliação adequada, sendo necessário recorrer a escalas que implicam a observação de diferentes parâmetros, tais como: expressão facial, o tónus muscular e a adaptação ao ventilador. Nos doentes conscientes, sem possibilidade de comunicar, podem ser aplicados quadros de comunicação. A aplicação destas ferramentas para avaliação da dor era feita todos os turnos, constando no plano diário do doente na UCIP, indo de encontro à unidade de CEEEEPSC em realiza a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro).

De fato uma das grandes dificuldades na UCI é a comunicação, como refere Phaneuf (2005, p. 24): “comunicação consiste em influenciar”. A mesma autora ainda reforça que a pessoa em estado de doença está particularmente vulnerável, e a enfermeira que entra em contacto com ela influencia-a pelo seu papel profissional, pela sua atitude, pela sua maneira de ser, pela qualidade da sua presença, pelo seu tom de voz, mas sobretudo pela intencionalidade que se manifesta nas suas palavras e nos seus gestos.

Tendo sempre presente a influência da comunicação, percebendo o pânico que não seria estar doente, sentir um conjunto de dispositivos que invadem o corpo e preenchem o olhar e a frustração de não poder expressar-se, é da nossa competência possuir sensibilidade para esta temática e comunicar (apresentar-se, explicar o procedimento, etc..) ou mesmo utilizar auxiliares de comunicação (quadro de comunicação), que pude aplicar durante o estágio contemplado na unidade de CEEEEPSC em que é realizada a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro).

Validando as afirmações anteriores relativamente à comunicação na UCI, Sole, Klein e Moseley (2013) referem que a falta de expressão verbal foi identificada pelos doentes como um fator de *stress* relevante que provoca sentimentos de pânico, isolamento,

raiva, desamparo e insônia. Os doentes sentem necessidade de expressar, necessidade de conhecer e de se fazer entender. Sendo assim, eles precisam de constante reorientação, palavras tranquilizadoras, enfatizando a presença de um cuidador comunicando informações do ponto de situação, explicando que os procedimentos dolorosos aplicados são necessários e úteis. Além disso, o toque, o contato visual e as expressões faciais positivas são benéficas para aliviar a ansiedade.

Apesar de, em certas situações, não conseguirmos interagir com o doente, surgem os familiares como a melhor fonte de informação sobre o doente, lidar com a família devo dizer que no início do meu estágio foi objeto de reflexão e partilha com a minha orientadora, já que tinha a perceção que a UCI intimida os familiares e está associado a um mau prognóstico, podendo despoletar uma situação de crise no seio familiar. Esta temática corresponde à unidade de CEEEEPSC em que assistimos a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro).

Lembrando a importância da família, Norton (2013), conta que a família continua a ser a componente social mais importante a ter em consideração. O cuidado à família é descrita como uma extensão do cuidado completo ao utente. A família deve fazer parte do planeamento e implementação do processo de enfermagem.

A dinâmica familiar pode ser alterada secundariamente a um internamento dos seus membros numa UCI, quer pelo isolamento do paciente como por problemas financeiros e igualmente pelo medo de perda da pessoa amada (Lopes, 2012).

Embora as necessidades percebidas pela família possam diferir daqueles percebidas pelo enfermeiro, uma boa comunicação, bem como uma atmosfera de preocupação e carinho, ajuda o enfermeiro a reunir os dados subjetivos e objetivos de avaliação e formular os diagnósticos de enfermagem adequadas para a família. (Norton, 2013)

Ainda o mesmo autor refere que pesquisas recentes mostraram que as principais necessidades das famílias de doentes críticos são: necessidade de informações, necessidade de apoio da equipa do hospital e a necessidade de esperança.

A reflexão sobre esta temática, a pesquisa e a partilha de conhecimentos permitiu aprimorar as competências no cuidado à família do doente crítico, levando para a minha prática esta nova segurança. Que converge para a unidade de CEEEEPSC de gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro).

Neste estágio, a orientação/tutoria, foi realizada pela chefe da equipa em que permaneci, permitindo-me perceber o papel de gestão do serviço e gestão de cuidados. As oportunidades de ensino foram múltiplas mas coloco destaque em dois aspetos, em primeiro, no que se refere à gestão do serviço e recursos na aplicação do programa TISS (*Therapeutic Intervention Scoring System*) 28, como instrumento que quantifica a carga de trabalho de enfermagem, importante para a gestão de recursos neste âmbito de cuidados. E segundo, no que concerne a gestão de cuidados global, em caso de dificuldade ou agravamento do doente observei uma colaboração da chefe de equipa e incentivo ao trabalho de equipa.

Os autores Sole et al. (2013) destacam que algumas dos elementos essenciais para ambientes de trabalho saudáveis, incluem respeito, responsabilidade e reconhecimento das contribuições únicas de cada elemento da cadeia de cuidado. Outros aspetos do ambiente de trabalho saudável incluem tomada de decisão eficaz, pessoal competente, reconhecimento significativo e liderança eficaz.

Verificando assim que de fato uma gestão de cuidados e serviço efetiva implica também a criação de ambientes de trabalho saudáveis, por meio dos dados anteriormente referidos, tendo tido a oportunidade da observação da gestão de cuidados e liderança com esta proximidade revelou-se vantajosa já que subsidiou a minha reflexão sobre a liderança e tomada de decisão.

Uma das componentes consideradas como referência para a aquisição de competências, neste estágio, foi a elaboração de um estudo de caso fundamentado. O processo de enfermagem aplicado à pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos, a sua fundamentação fisiopatológica, a avaliação inicial, os planos de cuidados elaborados e implementados, bem como a avaliação dos resultados, permitiu a consolidação de saberes e uma prática baseada em evidência.

De acordo com Sole et al. (2013) este processo promove o desenvolvimento de características fundamentais do enfermeiro de cuidados críticos, em contexto de cuidados intensivos.

A elaboração do estudo de caso fundamentado permitiu escrutinar cada etapa do processo de enfermagem de prestação de cuidados ao doente crítico. Para um processo de enfermagem fundamentado e individualizado a este caso, exigiu pesquisa e conhecimento acerca da fisiopatologia, ou seja uma prática com base na evidência, um tratamento e um plano de cuidados adequado ao doente/família em estudo, com a aplicação da CIPE®, terminologia padronizada, que têm dado um contributo significativo para a aquisição de

dados sobre a prestação de cuidados de saúde (OE, 2014). Na construção do processo desenvolvi um guia de prestação de cuidados de enfermagem ao doente sob *pacing* cardíaco temporário, tendo culminando com a sua apresentação, permitindo a partilha de conhecimentos e assim desenvolvimento de habilidades teóricas na equipa.

A prevenção e controlo da infeção é um tema de grande importância quando falamos de UCI, pois o utente nesta unidade encontra-se na sua fase mais vulnerável e debilitadora. Temos que reconhecer a relevância do nosso impacto, como enfermeiros e elementos-chave para a prevenção e controlo da infeção.

O risco de complicações sérias devidas a Infeções Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é particular elevado para os doentes que necessitam de cuidados intensivos, contribuindo para este problema o aumento da resistência antimicrobiana, a tecnologia médica invasiva, o desenvolvimento de procedimentos cada vez mais complexos, que põem os doentes em risco para infeções associadas a procedimentos e dispositivos, assim como a crescente população de doentes idosos e imunocomprometidos (Sousa, 2010).

O mesmo autor reforça que a prevenção da infeção adquirida na UCI baseia-se na implementação de uma estratégia de boas práticas e sua monitorização, tendo como pontos fundamentais: (1) A Higienização das mãos; (2) Diminuir a disseminação de microrganismos: Precauções de isolamento; (3) Evitar a infeção associada a procedimentos invasivos; (4) Reduzir a multi-resistência: uso racional de antibióticos; (5) Vigilância e execução de programas de prevenção das IACS.

Esta temática foi outra das reflexões realizadas por mim, contribuindo para uma prática mais refletida e rigidez nas medidas preventivas de infeção. A junção de educação e reflexão permitiu-me aperfeiçoar a prática. Estou ciente que neste percurso melhorei a minha prática no que concerne à prevenção e controlo de infeção, indo de encontro à CEEEEPSC que inclui a incrementação da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro).

2.3. Estágio III – OPÇÃO: Suporte Imediato de Vida e Serviço de Urgência do HSM

Realizei o estágio III de opção em duas fases, uma fração foi realizada no INEM, numa ambulância de SIV e outra fração no SUC do HSM. Passo a descrever brevemente cada contexto separadamente.

A primeira fase, em ambiente de enfermagem pré-hospitalar, decorreu no Instituto Nacional de Emergência Médica numa ambulância de Suporte Básico de Vida.

A emergência médica pré-hospitalar tem realizado avanços significativos tanto com a qualidade da assistência como relativamente à sua rapidez. Há uma maior preocupação em fazer chegar a assistência médica aos locais onde se encontram as vítimas, quer de acidente ou doença súbita (Oliveira & Martins, 2013).

De entre as necessidades de melhoramento e posteriormente intervenção em ambiente pré-hospitalar foi o início do funcionamento, em Outubro de 2007, das primeiras quatro ambulâncias SIV no Alentejo, no âmbito do projeto do Ministério da Saúde de requalificação das urgências – Odemira, Estremoz, Moura e Elvas (Instituto Nacional De Emergência Médica, INEM, 2014).

As ambulâncias de SIV destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de SAV.

A tripulação da ambulância de SIV é constituída por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência. Ao nível dos recursos técnicos tem a carga de uma ambulância de SBV, acrescida de um monitor-desfibrilhador há possibilidade de administração de fármacos e realização de atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos aplicados sob supervisão médica. O equipamento das SIV permite a transmissão de electrocardiograma e sinais vitais para o CODU (INEM, 2014).

No que concerne a sua atividade, de acordo com dados disponibilizados pelo INEM (2016) os acionamentos das ambulâncias SIV ascenderam os 35 mil durante o ano de 2015 (INEM, 2016).

A segunda fase, em enfermagem em ambiente de enfermagem em urgência, decorreu no Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (CHLN).

O CHLN foi criado a 01 de Marco de 2008, pelo Decreto-Lei n.º 23/2008 de 08 de Fevereiro e resultou da fusão dos Hospitais de Santa Maria, E.P.E., e do Pulido Valente,

E.P.E. O CHLN está inserido na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo é responsável pela prestação direta de cuidados de saúde a uma população de 222 mil habitantes. Abrange as áreas dos Centros de Saúde de Alvalade, Benfica, Lumiar, Coração de Jesus e Sete Rios. Recebe doentes de todas as zonas do país e estrangeiro, constituindo referência indireta de toda a zona sul do país e as Regiões Autónomas dos Açores e Madeira.

O CHLN, E.P.E. é uma reputada instituição de prestação de cuidados de Saúde, cuja marca é unanimemente reconhecida, nacional e internacionalmente, pela sua confiança e credibilidade (Centro Hospitalar Lisboa Norte, CHLN, 2015).

O Serviço de Urgência Central (SUC) é um serviço polivalente que garante recursos referentes aos Serviços de Urgência Médico e Cirúrgicos podem dar resposta específica às valências específicas, ou seja, tem capacidade para atendimento de todas as situações de urgência/emergência que impliquem a existência de todas as valências das especialidades médicas e cirúrgicas, bem como áreas de diagnóstico e terapêutica que permitem a abordagem global da pessoa em situação de emergência.

A área de ambulatório do SUC encontra-se subdividida da seguinte forma: triagem; salas de reanimação (duas salas com lotação ideal para três doentes); gabinetes laranjas (dois gabinetes de medicina e um de cirurgia); gabinetes médicos (cinco gabinetes); um gabinete cirurgia; um gabinete de ortopedia; duas salas de espera; uma sala de aerossóis; uma sala de tratamentos e a pequena cirurgia (com duas salas). O internamento, a sala de observação (SO), com dezasseis camas, onde poderão estar doentes internados de múltiplas especialidades.

O SUC possui desde 2003 a triagem de Manchester e desde 2006 tem o sistema de registos em suporte informático (programa ALERT®).

De acordo com dados foram atendidos no ano de 2014 no SUC do HSM 151 454 doentes. Durante o ano de 2014 no que concerne a atribuição de prioridades de acordo com a Triagem de Manchester, 833 atendimentos foram de cor vermelha e 15 738 foram de cor laranja (CHLN, 2015).

Tendo feito uma breve caracterização dos campos de estágio passo a descrever um percurso entre enfermagem pré-hospitalar e enfermagem de urgência que permitiram a aquisição de competências e uma atitude profissional face a situações complexas de vida.

2.3.1. Atitude profissional face a situações complexas de vida

Na prestação de cuidados de saúde de hoje, de acordo com Smeltzer et al. (2011), os profissionais de enfermagem deparam-se com questões cada vez mais complexas. Situações resultantes da tecnologia avançada, maior perspicácia dos pacientes, populações envelhecidas e com processos de doença complexos, bem como fatores culturais e éticos em constante mudança. Todos estes fatores assumem-se como desafios importantes à nossa profissão e requerem de forma preponderante o desenvolvimento de competências específicas.

O surgimento de competências específicas leva-nos a um novo compromisso, ou tomada de decisão. Esta tomada de decisão como solução de problemas assume-se cada vez mais exigente e requer o desenvolvimento de pensamento crítico (Smeltzer et al., 2011).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na segurança do paciente, pois implementa um sistema de vigilância contínuo, que permite detetar precocemente sinais de deterioração fisiológica que possam evitando danos irreparáveis. A vigilância e deteção da deterioração do paciente é o primeiro passo na segurança do doente. O segundo prende-se com a reação à deterioração, onde o foco é uma adequada e atempada prestação de cuidados. Parker (2014) correlaciona o aumento do risco de morte com a incapacidade de identificar e intervir em tempo útil em doentes com deterioração fisiológica. Num estudo de Pantazopoulos et al. (2012) foi atribuído um aumento da proporção de mortes relacionadas com alterações fisiológicas sem tratamento apropriado.

Sendo o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica um profissional competente e sensível a deteção dos focos de instabilidade que desempenha um papel imprescindível no atendimento imediato deste tipo de doentes. Com o acumular de experiência profissional aprimorei a minha capacidade de deteção, no entanto com a prática reflexiva acurei o meu pensamento crítico, permitindo desta forma adquirir competências na gestão dos vários focos de instabilidade que este tipo de doente contém.

A escolha de um Hospital Central na região de Lisboa, permitiu-me uma multiplicidade de experiências singulares comparativamente a um Serviço de Urgência Regional. Ainda a prática clínica no pré-hospitalar numa ambulância tripulada por um enfermeiro, fez-me entender a dinâmica do pré-hospitalar, e é pelo pré-hospitalar que inicio esta análise.

O trabalho no pré-hospitalar é exigente, não apenas pela necessidade de aplicação de conhecimentos amplos e a necessidade de rapidez na atuação, como igualmente pela

responsabilidade da atuação e decisão. No entanto, é compreendido como estimulante, ocasionando uma aproximação com as pessoas e o meio onde se inserem, levando os enfermeiros a comprometer-se a cuidar nestas circunstâncias com atenção, empenho e respeito (Oliveira & Martins, 2013).

A minha passagem pelo pré-hospitalar proporcionou momentos de aprendizagem onde refleti sobre a prática. A primeira reflexão coincidiu com o primeiro dia de experiência na ambulância SIV Lisboa e até mesmo com a primeira chamada, descrevo esta situação porque foi de fato uma experiência que me marcou, pois compreendi a efetividade do papel do enfermeiro no pré-hospitalar, sendo assim descrevo este caso que vivenciei, numa análise crítica com base na evidência.

Recebemos uma mensagem do CODU com apenas a informação: Dor torácica (descriptor da triagem pré-hospitalar feita pela CODU) numa senhora de 81 anos: referência a mal-estar e dor torácica num consultório, numa consulta de rotina de cardiologia. A SIV desloca-se ao local, na abordagem, encontrava-se sentada em cadeira (descrição baseado na mnemônica do ABCDE, dados mais importantes): A/B - Via aérea permeável. Respiração superficial e com ligeira dispneia; C – Apresenta palidez generalizada. Com fácies de dor, refere dor torácica intensa, tipo aperto, constante. Monitorizada de imediato e realizado eletrocardiograma de 12 derivações; Colocado oxigénio a 3 l/min. Enviado para CODU para ser visto por médico. Puncionado acesso periférico no sangradouro esquerdo. Realizada auscultação pulmonar. Transferida para a ambulância, dado início ao protocolo da Dor Torácica, por síndrome coronário agudo provável.

No decurso desta abordagem, não foram esquecidas aspetos como: Encerrada a porta do consultório, por respeito à privacidade; Explicados procedimentos e pedido autorização para a realização dos procedimentos; Dadas informações ao familiar presente (o marido); Prestado apoio emocional à utente. Perante esta abordagem, dei um ‘passo atrás’ e refleti o quanto de enfermeiro estão nestas ações e como esta abordagem se tornou tão completa, embora realizada num ambiente não-hospitalar.

O trabalho do enfermeiro no pré-hospitalar é amplo, o que valida Oliveira e Martins (2013), quando referem que a prestação de cuidados neste âmbito não se restringe apenas ao tratamento da sintomatologia e estabilização da vítima, mas igualmente às múltiplas dimensões do cuidar. Até mesmo no âmbito da ética em emergência, Nunes et al. (2009), refere que é premente garantir a dignidade e a integridade das pessoas que necessitam de cuidados de saúde.

Daí que a presença do enfermeiro é essencial para a prestação de cuidados de qualidade no pré-hospitalar. O aumento de enfermeiros tripulantes em ambulância não é um desenvolvimento surpreendente, Melby e Ryan (2005) determinaram que diversos estudos têm demonstrado que os enfermeiros têm uma ampla base de conhecimento que permite dispor do melhor tratamento, a realização de procedimentos técnicos, prestando apoio psicológico às pessoas assistidas e seus familiares. Ainda a ampla base de conhecimento teórico e a experiência clínica, são elementos importantes na prestação de cuidados holísticos e intervenções no local. As habilidades dos enfermeiros são cruciais para situações de emergência.

De acordo com Oliveira e Martins (2013) os enfermeiros desenvolvem e aprimoram as competências técnicas e científicas, porque, para além de destreza nas ações e técnicas realizadas, revela-se igualmente importante um amplo conjunto de conhecimentos científicos determinantes para implementar de forma correta e apropriada. Conjuntamente a aplicação e desenvolvimento de competências humanas, que favorecem a relação de proximidade e de ajuda que se estabelece entre os profissionais e as pessoas socorridas.

Efetivamente o enfermeiro perante estas situações deve possuir uma base de conhecimentos vasta, sólida e atualizada e com capacidade de saber mobilizar conhecimentos para uma prestação de cuidados apropriada e individualizada, já que a ajuda especializada não está tão próxima como no intra-hospitalar. Nesta situação foi estabelecida com uma relação terapêutica que em conjunto com uma intervenção medicamentosa através do tratamento preconizada pelo protocolo que melhoraram significativamente a dor nesta doente.

Relativamente aos protocolos na ambulância da SIV, o INEM implementou cerca de 30 protocolos e cerca de 22 procedimentos para diferentes incidentes com modos de atuação que servem de apoio na prestação de cuidados do enfermeiro da SIV. O mais utilizado durante o estágio foi o protocolo da Dor Torácica. Ainda adjuvante à prestação de cuidados no pré-hospitalar é a presença de Vias Verdes e comunicação do CODU com a Unidade Hospitalar para preparação da receção, desencadeando uma preparação que permite uma maior rapidez no cuidado ao doente crítico.

A aplicação de diretrizes para o cuidado torna-se cada vez mais necessária para a consolidação de alguns aspetos da prática clínica do enfermeiro, nomeadamente em relação aos doentes críticos, pois sistematiza os cuidados e estabelece objetivamente passos e condutas na abordagem a determinado agravamento (Paes et al., 2014).

Os protocolos são realmente instrumentos de orientação de grande valor para a prestação de cuidados e tomada de decisão, mas não substitui a nossa atuação como enfermeiros e pensamento crítico perante a situação e aparecimento de complicações.

Como enuncia Crossetti et al. (2014), o pensamento crítico é um elemento fundamental do processo de enfermagem e na resolução de problemas, deverá ser conduzido por padrões, políticas e códigos de ética, para além de envolver a lógica, a intuição e a criatividade, sendo essenciais e fortalecidas pelo conhecimento específico e experiência clínica. O pensamento crítico ressalta a segurança e a qualidade indo de encontro as necessidades do paciente, família e comunidade.

Com a aplicação do protocolo, a atuação do enfermeiro do pré-hospitalar baseada no pensamento crítico adequado permitiu uma atuação individualizada, de qualidade e com segurança, demonstrado neste caso com a melhoria significativa da paciente durante o transporte até a Unidade Hospitalar mais próxima.

Como podemos constatar a prestação de cuidados de enfermagem no pré-hospitalar, acarreta mais autonomia, mas também mais responsabilidade já que o enfermeiro é líder numa equipa constituída por ele e um TAE, pois é o elemento mais diferenciado, ao qual cabe avaliar e decidir sobre as intervenções a realizar (Oliveira & Martins, 2013).

Durante a abordagem e o transporte, destaco ainda a procura por informações e registo da mesma, como contemplado no REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, 1996), o enfermeiro aplica critério científico quando identifica os problemas de saúde do indivíduo, recolhe e aprecia dados referentes a cada situação, permitindo assim uma adequada passagem de informação e continuidade de cuidados. A continuidade de cuidados também é realizada na passagem de informação pelo enfermeiro do pré-hospitalar com o enfermeiro da triagem no Serviço de Urgência.

Neste itinerário onde enfatizo etapas do pré-hospitalar contempladas num caso real com base na evidência, termino com a abordagem final: foi o momento de despedida do doente, em que segurou a mão do colega e agradeceu pelo cuidado. De fato este reconhecimento é gratificante, validando a importância das intervenções de enfermagem.

Este conhecimento da realidade antes da urgência, com a prestação de cuidados de enfermagem pré-hospitalar permitiu a aquisição de competências técnico-científicas, mas igualmente competências humanas e relacionais, indo de encontro ao domínio da CEEEPSC na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro). Destaco por fim, a importância destes elementos do pré-hospitalar, de acordo com o Parecer n.º 22/2015

(OE, 2015b), carecerem da dotação de enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, pois interessa que estes elementos possuam competências específicas na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico.

A entrada do doente crítico num serviço de Urgência destaca-se por estar organizada em determinados postos preparados com recursos humanos e materiais para o tratamento dos doentes que necessitam de vigilância contínua e adequada.

A triagem é um destaque obrigatório já que permite o desencadear de um processo que determina a gravidade de uma doença ou lesão, encaminhando apropriadamente o doente. O Sistema de triagem de Manchester é o sistema utilizado tanto na SUC do HSM, como o SU onde exerço funções. Num estudo recente realizado por Guedes, Martins e Chianca (2015) foi determinado que o sistema de triagem de Manchester revela-se um bom preditor para a gravidade clínica. O que revela ser importante para uma abordagem atempada aos doentes críticos. Associado igualmente à triagem é a ativação das vias verdes.

A criação de vias verdes no Serviço de Urgência permite o desencadear de eventos que permitem um atendimento rápido, apropriado e sistematizado. Com o aumento da investigação nestas áreas é do nosso conhecimento que o benefício deste sistema está mais do que comprovado. Mais uma prova da eficácia das vias verdes é a sua implementação efetiva no pré-hospitalar. E como enuncia Despacho n.º 10319 de 11 de agosto (2014), publicado pelo Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, “a implementação das Vias Verdes deve ser continuada e intensificada”. (p. 20675)

A ativação de uma via verde é realizada por um enfermeiro na triagem, daí o enfermeiro ser um elemento-chave para o seu bom funcionamento. Um dos meus objetivos durante o estágio no serviço de urgência foi a minha passagem pela triagem, já que é uma área de grande importância e onde se ativam as Vias Verdes. A minha passagem pela triagem foi composta por tempo de observação e consulta aos manuais de triagem deste serviço, tendo observado múltiplos mecanismos que permitem ao enfermeiro uma tomada de decisão adequada no encaminhamento do utente.

Quando o enfermeiro ativa uma Via Verde, lidera a situação que assume, sendo que a sua tomada de decisão, apoiada por um protocolo, permite o devido encaminhamento do doente. A implementação de protocolos, como as Vias Verdes sistematiza pensamento/ação e ajuda à uma melhor prestação de cuidados de enfermagem.

Tendo encaminhado o doente em situação crítica para a sala apropriada, a receção destes doentes deverá ser realizada por profissionais com formação, conhecimento técnico

e científico, já que na abordagem a estes doentes temos ao nosso dispor uma multiplicidade de tecnologia como monitores portáteis, ventiladores, desfibriladores, monitores marca-passo e material completo de atendimento ao trauma (Salomé, Cavali & Espósito, 2009).

Os autores Baggio, Callegaro e Erdmann (2009), descrevem que o enfermeiro que atua nestas unidades deve demonstrar destreza, agilidade, habilidade, do mesmo modo, capacidade para estabelecer prioridades e intervir de forma consciente e segura no atendimento à pessoa, sem descuidar que, mesmo na situação de emergência o cuidado é o elo de interação/inclusão/relação entre profissional e doente.

A abordagem ao doente crítico num serviço de urgência iniciou-se na triagem com a tomada de decisão de encaminhamento, na prestação de cuidados imediatos a este doente, o enfermeiro deve possuir um conjunto de habilidades/competências relatadas anteriormente para uma tomada de decisão segura. A tomada de decisão implica pensar criticamente, que Crossetti et al. (2014) revela ser competência básica dos enfermeiros para sistematizar o processo de enfermagem e resolver os problemas dos doentes, coadjuvando para uma prestação de cuidados seguros e eficazes.

Uma sistematização dos cuidados permite uma abordagem mais organizada e focada, de acordo com Azevedo, Scarparo e Chaves (2013), as premissas do ATLS recomendam as ações dos profissionais de saúde através da abordagem mnemônica do ABCDE. Esta abordagem completa conforme as prioridades estabelecidas, auxilia a avaliação do doente sem retirar a autonomia do profissional. Esta organização auxilia igualmente a distribuição de tarefas entre os enfermeiros intervenientes, cada elemento da equipa deverá executar o seu papel corretamente, trabalhar harmoniosamente, sendo fundamental para a recuperação do doente. Referido em artigo de Costa e Costa (2007), é proposto a organização ideal com cinco, sendo o ideal, e a organização de três elementos. No SUC de HSM presenciei os dois tipos de organização, embora não descritos em protocolos ou procedimentos, o que associei a uma formação adequada dos diferentes elementos. A existência de algoritmos de atuação, como o SIV e SAV, permitem igualmente uma organização na prestação de cuidado.

Fundamental na organização da equipa durante uma emergência é a liderança, que como relata Santos e Lima (2011) subsidia a gestão do cuidado, auxiliando o planeamento da prestação de cuidados, coordenação da equipa de enfermagem, a delegação e distribuição de tarefas. A liderança é essencial para um funcionamento adequado do serviço, sendo considerada uma competência de gestão fundamental na dinâmica do trabalho em emergência, tendo sido explorado no Capítulo I.

No que concerne a oportunidades de aprendizagem relativamente à pessoa a vivenciar processos críticos de doença tive diversas oportunidades de aprendizagem, lidei com os mais diferentes doentes, com as mais diversas patologias/traumas, tais como: Edema Agudo do Pulmão, Enfarte Agudo do Miocárdio, Angina Instável, Bradicardia (Bloqueio AV de II e III grau), Fibrilação Auricular, Acidentes Vasculares Cerebrais (Hemorrágicos e Isquémicos), Obstruções da Via Aérea, Intoxicações, Sepsis, Politraumatizados, entre outros. Foram inúmeras as oportunidades de prestar cuidados técnicos de alta complexidade, que exigiam monitorização contínua, ventilação invasiva e não invasiva, drenagem torácica, entre outros.

O leque de experiências proporcionado por esta oportunidade de aprendizagem permitiu-me a aquisição de conhecimentos acerca das mais diferentes abordagens face ao doente crítico, que corresponde à unidade de CEEEEPSC relativamente à prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro). A necessidade de pesquisar e sintetizar deve ser aptidão inerente ao enfermeiro que lida com o doente crítico. Fortalecendo assim o desígnio que o enfermeiro em enfermagem especialista em médico-cirúrgico deverá estar em constante atualização relativamente a abordagem aos doentes.

A vigilância do doente numa sala apropriada/equipada é importante para o doente crítico, mas ao longo do estágio pude determinar que o transporte é importante e é uma necessidade na abordagem ao doente crítico. O facto de ter colaborado numa revisão integrativa acerca deste tema na unidade curricular de Investigação deste Curso de Mestrado, permitiu-me estar atualizada e atuar com mais segurança.

O transporte de doentes críticos é uma área fulcral para a melhoria do estado clínico e determinante para a sobrevivência e futura qualidade de vida dos mesmos. Estes doentes têm o direito a ser transportados de uma forma totalmente segura, onde o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte, não deverão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem (Meneguín, Alegre & Luppi, 2014). A equipa de enfermagem tem uma importância crucial em todo esse processo, sendo participantes ativos na tomada de decisão para o transporte. No Serviço de Urgência colaborei no transporte do doente crítico até diferentes serviços.

A gestão de cuidados de enfermagem, a sua organização, a sua estrutura na prestação de cuidados ao doente crítico no SU exigiu esta exploração, deixando claro o investimento nestes âmbitos. Mas não descurei as restantes vertentes, que passo a relatar.

A dor é um dos principais sintomas presentes no doente crítico. O controlo da dor aguda começa com a avaliação inicial de enfermagem e é de suma importância que seja concisa e abrangente, não esquecendo o seu registo. De acordo com Duignan e Dunn (2008), a dor é uma das principais queixas (70%) dos doentes que dão entrada nos serviços de urgência.

Como refere Howard e Steinman (2011) os doentes devem ser avaliados singularmente, e as intervenções devem ser apropriadas à situação.

Após a monitorização e registo, as intervenções terapêuticas incluem as intervenções terapêuticas com a administração de fármacos, mas também são as intervenções autónomas de enfermagem, estas são intervenções não-farmacológicas, durante o estágio prestei suporte emocional e intervim a nível cognitivo-comportamental, que associada à ansiedade da doença súbita em ambiente de urgência, na sua maioria surtia um resultado positivo. Também utilizei outra intervenção não-farmacológica: física, nos doentes vítima de trauma, com aplicação de gelo local e imobilização com ligadura elástica. Correspondente à unidade de CEEEEPSC no que concerne a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro).

Uma comunicação efetiva durante a prestação de cuidados ao doente crítico é importante, mas sem dúvida um desafio. O utente poderá fundamentar a sua perceção dos cuidados recebidos pelo enfermeiro nas capacidades de comunicação de carácter interpessoal, também o nível de competência pode ser aferido por essa demonstração (Phipps et al., 2003).

Somos nós a primeira fonte de informação quer para o doente como para os familiares. Neste percurso tive a oportunidade de comunicar com diferentes utentes e familiares, tendo sido possível manter uma relação de ajuda, tendo sempre presente que a comunicação é a base para a relação de empatia entre paciente-profissional de saúde. Condizente a unidade de CEEEEPSC que faz a gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro).

Entre profissionais de saúde existe um reconhecimento da interconexão entre mente, corpo e espírito na sustentação do bem-estar e na superação ou enfrentamento da doença. A perspetiva holística enfatiza não apenas a promoção do bem-estar, mas igualmente a compreensão sobre como o estado emocional de uma pessoa contribui para saúde e para a doença (Smeltzer et al., 2011).

O mesmo autor reforça que a ligação entre saúde física, saúde emocional e bem-estar espiritual deve ser compreendida e ponderada na prestação de cuidados. É essa integração conceitual realizada pela enfermeira da condição de saúde fisiológica com o contexto emocional e social, somada aos desafios e aos desenvolvimentos do estágio da vida do paciente, que possibilita o desenvolvimento de um plano holístico de cuidados de enfermagem.

A nossa educação-base como enfermeiros é focada sobre o cuidado holístico. Gestos simples como a nossa identificação, a identificação do local onde está, assegurar a utente/família que se encontram num serviço habilitado para os ajudar, a transmissão de toda esta informação permite o início de uma relação de ajuda, que conseqüentemente torna o utente mais colaborante à prestação de cuidados. Como a minha experiência confirmava, também durante este estágio pude verificar que maioritariamente a presença de um familiar tranquiliza o utente.

De acordo com Smeltzer et al. (2011), a família fornece recursos físicos e emocionais para a manutenção da saúde sendo um sistema de apoio nos momentos de crise, tais como nos períodos de doença. A educação das famílias desenvolve o poder de recuperação, adaptação e ajuste às desordens da vida.

As intervenções junto aos familiares são importantes e influenciam diretamente o utente. O mesmo autor refere que as intervenções com os membros da família baseiam-se no reforço das aptidões de enfrentamento da desordem através do cuidado direto, habilidade de comunicação e educação. A comunicação na família saudável têm um grande impacto na qualidade de vida da família. A comunicação efetiva pode ajudar a família nas opções adequadas, procura de estratégias alternativas ou persistir através de circunstâncias complexas. Não devemos subestimar o impacto que as interações terapêuticas causam, informações educacionais, adaptação do papel social positivo, realização de cuidados diretos e ensino corretivo possuem sobre a promoção da saúde.

Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde é uma das unidades de competência que desenvolvi na minha prática (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro).

Durante a minha passagem pelo serviço empenhei-me igualmente na pesquisa deste tema e pude testemunhar uma linha de pensamento atual em diversos artigos que defende a presença de familiares durante intervenções como em caso de reanimação cardiopulmonar. Como Balogh-Mitchell (2012) determinou que a presença de familiares na reanimação é

apoiada na pesquisa e já se encontra implementada na prática. Esta questão mantém-se controversa, já que cria dilemas morais e éticos. Mesmo sem ser em situações tão extremas, nos atendimentos de emergência, de acordo com Soares, Martin, Rabelo, Barreto e Marcon (2016), a presença da família cria um ambiente de confiança e conforto para o doente. Este tema entrou num campo de reflexão e atualização de conhecimentos acerca da prática atual em ambiente de SU, que demonstra a procura de conhecimento determinante para a atuação do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica.

Tendo assim apresentada as componentes humanas e relacionais. Retomo a componente organizacional de um SU que se refere aos planos de catástrofe. Contemplado no despacho n.º 10319 de 11 de agosto (2014) cada SU necessita um “plano de catástrofe/contingência, que inclua a resposta a situações multivítimas, seguindo as orientações emanadas pela DGS” (p. 20677). Durante o estágio pedi para consultar o plano de Catástrofe em vigor no Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria, que consultei e apenas estava disponível no sistema interno através da consulta do *website* do Hospital de Santa Maria. Pude confirmar que o plano foi recentemente verificado e atualizado no mês de Junho de 2016. Convergente com a unidade de CEEEEPSC em que dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro).

É do conhecimento geral que práticas e procedimentos de saúde deficientes ou ambientes sujos levam à transmissão de infeções. A transmissão de infeções em estabelecimentos de saúde pode ser prevenida e controlada através da aplicação de medidas de controlo de infeção.

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA, 2016) as infeções associadas aos cuidados de saúde complicam o tratamento apropriado do doente e são causa de significativa morbimortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. No entanto, cerca de um terço são seguramente evitáveis. Daí a criação de um programa com o objetivo de diminuir as infeções associadas aos cuidados de saúde e a resistência aos antimicrobianos, através da implementação de práticas basadas na evidência. O controlo de infeção envolve uma série de procedimentos e medidas que incluem tanto precauções padronizadas, como precauções universais que têm como objetivo reduzir o risco de transmissão na prestação de cuidados de saúde.

No pré-hospitalar pude verificar que eram utilizadas medidas para redução da transmissão de microrganismos de pessoa para pessoa com a utilização de equipamento de

proteção individual com a colocação de luvas, na ambulância apesar de não existir a possibilidade de lavagem das mãos, há na ambulância uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA). No Serviço de Urgência Central, existe a possibilidade de higienização das mãos, também existe diversos locais com SABA e encontrando-se à entrada das salas de Reanimação bem como o equipamento de proteção individual. Pelo Serviço de Urgência encontram-se distribuídos cartazes acerca dos 5 momentos de higienização das mãos e utilização de medidas de proteção individual. A adesão a estas medidas converge ao domínio da CEEEEPSC em que maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção ante a pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas atempadamente e adequadas (Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro).

**CAPÍTULO III – A PERTINÊNCIA DA ESPECIALIZAÇÃO
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

O âmbito da profissão de Enfermagem centra-se nas interações onde cada pessoa, por viver um projeto de saúde, torna-se singular, única e indivisível num momento único de prestação de cuidados (Serrano et al., 2011).

Os mesmos autores enunciam que a resposta à multiplicidade de relações estabelecidas nos comportamentos observados, suportados por diversos paradigmas, e a presença de múltiplos saberes transferidos pela enfermagem, mobilizam no enfermeiro competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas), competências afetivas (a arte de cuidar) e competências estéticas e reflexivas. Devido à multiplicidade do domínio da prestação de cuidados de enfermagem demanda a aquisição/ aperfeiçoamento de variadas competências.

O domínio da saúde, incluída nos novos contextos, exige profissionais possuidores de competências multidimensionais, capacidades de interação, adaptação e readaptação. Os enfermeiros são atores deste processo dinâmico e progressivamente evolutivo, usam saberes teóricos nas diversidades e adversidades dos quotidianos. Na complexidade das suas tarefas, são profissionais em formação contínua (Mendonça, 2009).

A OE (2015a), fala em aperfeiçoamento profissional, sendo mais que uma mera atualização dos conhecimentos que se espera dos profissionais, é o caminho da construção de competências. Associado à competência e como forma de operacionalizar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional impõe-se a autoformação, a formação contínua e o processo de avaliação de desempenho.

A necessidade de formação integra assim um dever, que garante um desempenho de excelência, através do desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos, neste sentido, que consolidam as competências no exercício profissional, colmatando a necessidade de especialização cada vez mais imprescindível.

No percurso que se iniciou no contexto profissional, passando pela formação especializada, culminando com este relatório final desenvolvi pensamento crítico-reflexivo fundamentado no conhecimento específico da prestação de cuidados ao doente crítico, ou seja na área de especialidade. A aquisição de competências reflete conhecimento, capacidade e atitude. O seu desenvolvimento resultou da aprendizagem individual e coletiva pela integração de conhecimentos, habilidades e adoção de atitudes importantes para um contexto específico que permitiu desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa e à família.

Prestei cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família, colaborando com a mesma na vivência de processos complexos de doença crítica e/ou de falência orgânica, no SU do HNM, na UCIP, no SU do HSM e SIV Lisboa. Recrutando saberes e habilidades múltiplas para prestação de cuidados em tempo útil e à luz do cuidar holístico. Otimizando de forma transversal nestes estágios a liderança e a tomada de decisão na abordagem ao doente crítico.

Promovi a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, mais propriamente no meu contexto profissional, quer em simulações, quer em ativações do plano catástrofe, atuando na prestação e gestão de cuidados. No contexto de estágio procurei informar-me da planificação e atualização para as situações de catástrofe no SU do HSM, e atuei no âmbito de emergência nas salas de atendimento imediato, desta unidade.

Maximizei a intervenção na prevenção e no controlo da infeção, nos três campos de estágio, tendo demonstrado conhecimentos e colaborado da aplicação do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das Diretivas das Comissões de Controlo da Infeção.

De fato os estágios permitem atuar numa ótica crítico-reflexiva, já que previamente foram nomeadas as situações que necessitavam de intervenção, tendo procedido ao planeamento de estratégias que resultaram na realização de atividades que permitiram a efetivação dos objetivos propostos, possibilitando assim a aquisição de competências na área de prestação de cuidados ao doente crítico. Passo a destacar cada estágio/percurso profissional e as suas especificidades.

Pelo percurso profissional, que creditou o estágio I, permitindo-me desenvolver a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, destaca-se deste percurso, um aprimoramento na deteção de focos de instabilidade (quer no âmbito da prestação de cuidados imediatos, quer na unidade de curto internamento), capacidade de reação a situações imprevistas (adaptabilidade) e habilidade de gestão e orientação das equipas para a prestação de cuidados ao doente crítico, liderando a equipa na prestação de cuidados. Outro destaque neste percurso é a prestação de cuidados em situação de catástrofe, tendo participado em simulações e mesmo em situações de ativação do plano de catástrofe, devido à complexidade da temática existiu uma preocupação na aquisição de formação neste âmbito.

No estágio II no âmbito de Cuidados Intensivos, onde foquei a atenção na intervenção avançada face situações complexas do doente com falência multiorgânica, saliento as múltiplas atividades na prestação de cuidados ao doente sob monitorização,

VMI ou VMNI e gestão de protocolos terapêuticos. A componente de procura de conhecimento e o manuseio concreto dos elementos, efetivou a aprendizagem e um desempenho eficaz. Destaco a oportunidade de observação da liderança e tomada de decisão neste serviço, já que foi tutorada por profissional que desempenhava a chefia desta equipa. Neste estágio, destaco os dois temas que foram objeto de reflexão detalhada durante o estágio, o primeiro foi a temática da infeção, envolvendo-me no projeto desta unidade, levando esta aprendizagem para a minha prática. A segunda reflexão referiu-se à família, adquirir conhecimentos que me permitiram aprimorar as competências no cuidado à família do doente crítico, levando para a minha prática esta nova segurança. Por fim a elaboração de um estudo de caso permitiu o desenvolvimento do pensamento crítico no que concerne os cuidados intensivos, com foco numa emergência cardiopulmonar, com elaboração de um plano de cuidados ao doente sob *pacing* cardíaco transitório.

No estágio III que foi de opção, dividiu-se entre a SIV Lisboa e o Serviço de Urgência do HSM, permitindo-me desenvolver uma atitude profissional face a situações complexas de vida. Destaco a minha passagem pelo pré-hospitalar, onde a prestação de cuidados de enfermagem no pré-hospitalar exige um conjunto de competências que ultrapassam o tratamento dos sintomas do doente, a componente mais humana está presente, igualmente a dimensão ética subentendida no cuidar que considera a dignidade humana de quem necessita de cuidados globais centrados na própria pessoa. Foi importante a perceção do âmbito da prestação de cuidados no pré-hospitalar e a ligação entre o pré-hospitalar e a urgência. A escolha de um Serviço de Urgência de um Hospital Central na região de Lisboa, permitiu-me uma multiplicidade de experiências singulares comparativamente a um Serviço de Urgência Regional.

Neste percurso de especialização como já referido convergi a minha visão do cuidar o doente crítico para áreas que influenciam a intervenção de enfermagem, foram elas: a liderança e a tomada de decisão. Passo a abordar resumidamente as conclusões no âmbito da abordagem ao doente crítico.

Foi determinado que predominam dois tipos de liderança em ambiente de abordagem ao doente crítico, são elas a liderança situacional e liderança transformacional. Para uma liderança eficaz é preciso praticar o autoconhecimento quanto ao estilo de liderança, adequando-o às diferentes situações, bem como conhecer os seus liderados e o contexto em que está inserido (Silva et al., 2014).

Hart et al. (2014) destaca a importância da experiência e da formação como fatores importantes no desenvolvimento de capacidades de raciocínio clínico e autoconfiança no

enfermeiro. Determinante para a atuação em situações de deterioração é a autoconfiança do enfermeiro, pois está relacionado com melhores capacidades de liderança, estando associado a um impacto positivo no doente.

Um método determinante para aprendizagem de capacidade de liderança, trabalho em equipa e gestão de tarefas, de acordo com estudo de Endacott et al. (2014), é de fato a simulação, devido à capacidade de praticar repetidamente sem risco para os pacientes.

Outro fator reforçado entre alguma bibliografia é a inconveniência da rotatividade do pessoal, sugere-se uma alteração na liderança. E de fato em contato com a realidade atual urge a necessidade de líderes que motivem, confiem, que deem valor à criatividade e inovação, que estejam atentos às inquietações dos seus liderados.

A tomada de decisão na abordagem ao doente crítico, é sugerida por Nunes (2007), como fatores importante para reduzir o *stress* da decisão e ação: o domínio cognitivo, do saber-saber e do saber-fazer, da experiência e da prática. Outro fator adjuvante às tomadas de decisões é a implementação de *guidelines*, ou melhor, algoritmos de decisão, já que consegue-se uma decisão mais rápida, com menor risco e com mais probabilidade de sucesso. Estes algoritmos foram definidos em acordo por diversos peritos, baseados na pesquisa, na evidência prática e nos melhores resultados obtidos. Os algoritmos mais usuais em Emergência são os do Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Avançado de Vida (SAV), *Advanced Trauma Life Support* (ATLS).

De fato este projeto tornou-se uma excelente metodologia de crescimento profissional e de aprendizagem. Posso dizer que regresso à minha prática com um novo olhar, sendo que esta caminhada criou uma nova segurança. Revisto o percurso, a escolha dos locais de estágio e o tema de projeto revelaram-se excelentes âmbitos de aprendizagem já que foi possível um amplo espectro no que concerne à prestação de cuidados ao doente crítico.

CONCLUSÃO

No fim deste percurso, passo a expor as minhas principais conclusões, destacando a importância da formação no perfil de competências desenvolvido.

De fato este percurso começou com uma preocupação pois, como referido por Moraes (2004) a enfermagem está em constante evolução, surgindo a necessidade da adoção de estratégias que possibilitem a renovação contínua dos diferentes saberes, atualizando e desenvolvendo competências, recusando a rotina e a acomodação às circunstâncias.

A importância da formação e atualização de saberes é primordial para o incremento de um conjunto de conhecimentos específicos, que cimentam competências, sendo cada vez mais importante perante a atual realidade, quer nacional, quer internacional. Contemplado o nosso código deontológico, a competência e aperfeiçoamento profissional, são valores universais a ter em conta na relação profissional (OE, 2015a). Ou seja, a necessidade de formação integra um dever, de forma a manter um desempenho de excelência na prestação de cuidados de enfermagem.

Interiorizando a relevância cada vez mais evidente de formação superior integrei há cerca de 18 meses este curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, que com uma carga teórica adequada/ pertinente e os estágios, contribuíram para a obtenção de saberes e para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem especializada à pessoa/família em situação crítica, ao associar competências técnicas, éticas, comunicacionais, científicas e relacionais, permitindo um olhar crítico e reflexivo sobre a prática.

Passando a um balanço deste curso, existiram de fato algumas dificuldades, a mais preponderante foi a conciliação entre atividade profissional com estágios e mesmo as aulas teóricas. Tentei encarar as dificuldades como desafios a serem superados, assimilando o benefício deste percurso, que mesmo íngreme me traria benefícios como profissional e como pessoa, porque não há ‘montanha sem subida’.

Com efeito esta jornada aumentou os meus horizontes do ponto de vista profissional e pessoal, pois permitiu a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos, melhorando a qualidade, a eficácia e a eficiência da prestação de cuidados especializados. Destaco que este percurso colocou-me perante novos conhecimentos que me permitiram o desenvolvimento da reflexão sobre a tomada de

decisão e a liderança, reconhecendo e valorizando a importância da investigação na prática da enfermagem, pois permitiu-me o incremento de uma atitude reflexiva e fundamentada que levo para a minha prática profissional. Assim sendo, é da minha opinião que esta formação superior contribuiu para o progresso da profissão, já que promove o desenvolvimento do conhecimentos e de habilidades, proporcionando benefícios para prestação dos cuidados de enfermagem.

Findado este relatório, devo dizer que a sua realização foi estimulante, já que possibilitou a reflexão de todo o percurso, fazendo uma análise crítico-reflexiva do planeamento realizado e das intervenções desenvolvidas, convenientemente fundamentadas, consolidando conhecimentos e desenvolvendo as competências enquanto Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Termino com uma referência a Benner (2001), que aponta que uma boa narração do conhecimento prático é fundamental para o desenvolvimento da teoria de enfermagem, já que existe muito para aprender e analisar, à medida que os profissionais de enfermagem encontram significados comuns obtidos em resultado da ajuda, da orientação, e da intervenção nos eventos humanos significativos incluídos no domínio da arte e ciência de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Alderson, S. & McKechnie, S. (2013). Unrecognised, undertreated, pain in ICU: causes, effects, and how to do better. *Open Journal of Nursing*, 3, 108-113, DOI: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2013.31014>.
- Almeida, F. (2012). *A arte de gerir pessoas: guia completo de técnica e competências essenciais*. Coimbra: Conjuntura Actual Editora.
- Azereto, T. & Oliveira, L. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Sinais Vitais*, (108), 44-54. Consultado a 12 junho de 2016 disponível em file:///C:/Users/win7/Desktop/Downloads/RSV%23108_art44_54.pdf.
- Azevedo, A., Scarparo, A. & Chaves, L. (2013). Ações assistenciais e gerenciais do enfermeiro em urgências traumáticas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(1), 36-43. Consultado a 30 setembro de 2016 disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v31n1/v31n1a05.pdf>.
- Baggio, M., Callegaro, G. & Erdmann, A. (2009). Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Brasileira Enfermagem*, 62(3), 381-386, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000500004>.
- Balogh-Mitchell, C. (2012). Is it time for family presence during resuscitation in the OR?. *AORN Journal*, 96(1), 14-25, DOI: 10.1016/j.aorn.2011.06.013.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (A. A. Queirós, B. Lourenço, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (tradução do original inglês *From novice to expert*, 2001, Pearson Education).
- Benner, P., Tanner, C. A. & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment & Ethics*. (2º ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Boterf, G. L. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. *Pessoal*, 60-63. Consultado a 05 de janeiro de 2017 disponível em <http://www.guyleboterfconseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>.

- Centro Hospitalar Lisboa Norte (2015). *Relatórios e contas: 2014*. Lisboa: Autor. Consultado a 8 janeiro de 2016 disponível em <http://www.chln.pt/media/k2/attachments/administracao/Relatorio%20e%20Contas%202014.pdf>.
- Chagani, S. (2015). Transformational leadership in emergency department for nursing staff retention. *I-manager's Journal on Nursing*, 5(2) , 4-9. Consultado a 4 de setembro disponível em <http://search.proquest.com/openview/959abcdae2b85624a80b557a6d9f9b28/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2030615>
- Costa, A. & Costa, M. (2007). Organização e recursos humanos e materiais em emergências. *Revista Sinais Vitais*, (75), 61-66.
- Cotovio, V. (2007). *Procura de Si e Liderança*. Lisboa: Caminho.
- Crossetti, M., Bittencourt, G. K., Lima, M., Góes, M. & Saurin, G. (2014). Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(3), 55-60, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45947>.
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para agir*. Coimbra: Edições Almedina.
- Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com grau de licenciado*. Loures: Lusociência.
- Direção Geral de Saúde (2001). *Rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa: Autor. Consultado a 15 novembro de 2016 disponível em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Direção Geral de Saúde (2013). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Lisboa: Autor. Consultado a 15 novembro de 2016 disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>.

- Direção-Geral da Saúde (2014). *Morbilidade hospitalar: Serviço Nacional De Saúde 2013*. Lisboa: Autor. Consultado a 23 maio de 2016 disponível em <file:///C:/Users/win7/Desktop/Downloads/i020373.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Doenças respiratórias em números: 2015*. Lisboa: Autor. Consultado a 17 setembro de 2016 disponível em http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Doencas_Respiratorias.pdf.
- Direção-Geral do Ensino Superior (2013). *Relatório de referência do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações*. Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional. Consultado a 9 de janeiro de 2017 disponível em https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf
- Duignan, M. & Dunn, V. (2008). Barriers to pain management in emergency departments. *Emergency Nurse*, 15(9), 30-34, DOI: <http://dx.doi.org/10.7748/en2008.02.15.9.30.c8179>.
- Endacott, R., Bogossian, F., Cooper, S., Forbes H., Kain, V., Young, S., ... First2Act Team (2014). Leadership and teamwork in medical emergencies: performance of nursing students and registered nurses in simulated patient scenarios. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 90-100, DOI: 10.1111/jocn.12611.
- Estanqueiros, A. (2012). *Saber Lidar com as Pessoas: Princípios da Comunicação Interpessoal*. (20ª ed.) Barcarena: Editorial Presença.
- Grupo Português de Triagem (2002). *Triagem no serviço de urgência: grupo de triagem de Manchester: Manual do formando*. Informativa, 22(3), 241-460.
- Guedes, H., Martins, J. & Chianca, T. (2015). Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 45-51, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680107p>.
- Hart, P., Spiva, L., Baio, P., Huff, P., Whitfield, D., Law T., ... Mendoza, I. (2014). Medical-surgical nurses' perceived self-confidence and leadership abilities as first responders in acute patient deterioration events. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2769–2778, DOI: 10.1111/jocn.12523.

- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar* (M. Martins, Trad.). Loures. Lusociência.
- Hospital Dr. Nélio Mendonça (2013). *Política nº 1*. Manual do Serviço de Urgência. Disponível no Serviço de Urgência do SESARAM, Funchal, Portugal.
- Howard, P & Steinman, R. (2011). *Enfermagem de urgência da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (6º ed.). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Emergency Nursing – Principles and Practice, 6th ed., 2010, New York: Elsevier).
- Hunter, J. (2006). *Servir para liderar: uma história acerca da verdadeira essência da liderança* (R. Figueiredo, Trad.). Cascais: Editora Pergaminho.
- Instituto Nacional De Emergência Médica (2014). *Sistema integrado de emergência médica*. Lisboa: Autor. Consultado a 5 de setembro de 2016 disponível em <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108162916460041.pdf>
- Instituto Nacional De Emergência Médica (2016). *Relatório de atividade e contas 2015*. Lisboa: Autor. Consultado a 5 de setembro de 2016 disponível em <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20160519174524546969.pdf>.
- Jardim, S. (2014). *Normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.
- Jesus, E. (2006). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Johansen, M. & O'Brien, J. (2016). Decision making in nursing practice: a concept analysis. *Nursing Forum*, 51(1), 40-48, DOI: 10.1111/nuf.12119.
- Lopes, F. (2012). *Estresse e enfrentamento dos familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva*. (Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem, São Paulo). Consultado a 16 de junho de 2016 disponível em file:///C:/Users/win7/Desktop/Downloads/original_FRANCINE_JOMARA_LOPES_DO.pdf.
- Marquis, B. & Huston, C. (2009). *Administração e liderança em enfermagem* (6ª ed.) (R. M. Garcez. Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora.

- Melby, V. & Ryan, A. (2005). Caring for older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference. *Journal of Clinical Nursing*, (14), 1141–1150, DOI: 10.1111/j.1365-2702.2005.01222.x.
- Mendonça, S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: a excelência do cuidar*. Santo Tirso: Editorial Novembro.
- Meneguim, S., Alegre, P. & Luppi, C. (2014). Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. *Acta Paul Enfermagem*, 27(2), 115-119, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400021>.
- Morais, C. (2004). Perspetivas das competências. *Nursing*, 188, 23-24.
- Norton, C. (2013). The family's experience with critical illness. In P. Morton & D. Fontaine (Eds.), *Critical care nursing: a holistic approach* (pp. 29-38). Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- Nunes, F. (2007). Tomada de decisão em enfermagem de emergência. *Nursing*, (219), 6-11.
- Nunes, F. M., Meira P. M., Martins A. J., Carvalho I., Saraiva, M. Silva, P. N. ... Ribeiro, G. E. (2009). *Manual de trauma (5ª ed.)*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2011). *Ética em enfermagem: fundamentos e horizontes*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, A. & Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: significado das experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 115-124.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Desenvolvimento Profissional: Individualização das especialidades em Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 26 (Supl.), 9-20. Consultado a 12 de janeiro de 2017 disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *CIFE® versão 2011: classificação internacional para a prática de enfermagem* (H. Castro, Trad.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Genebra: International Council of Nurses, ICN).
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros (2015b). *Parecer n°22/2015: Funções a desempenhar por enfermeiros em ambulância de suporte imediato de vida*. Lisboa: Mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. Consultado a 28 de setembro de 2016 disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_22_2015_05_19_MCEEMC_Funcoes_desempenhar_por_enfermeiros_em_Ambulancia_Suporte_Imediato_Vida.pdf

Paes, G., Mello, E., Leite, J., Mesquita, M., Oliveira, F. & Carvalho, S. (2014). Protocolo de cuidados ao cliente com distúrbio respiratório: ferramenta para tomada de decisão aplicada à enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(2), 303-310, DOI: 10.5935/1414-8145.20140044.

Pantazopoulos, I., Tsoni, A., Kouskouni, E., Papadimitriou, L., Johnson, E. & Xanthos, T. (2012). Factors influencing nurses' decisions to activate medical emergency teams. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2668–2678, DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04080.x.

Parker, C. (2014). Decision-making models used by medical-surgical nurses to activate rapid response teams. *MedSurg Nursing*, (23)3, 159-164. Consultada a 23 de maio de 2016 disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4723d8f6-8070-47f5-a82c-c1622daaee98%40sessionmgr104&vid=1&hid=129>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (N., Salgueiro, R. P. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência.

Phipps, W. Sands, J & Marek, J. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (H. Azevedo, L. Leal, N. Diogo, A. P. Espada, Trad.) (6º ed.) (Vol. 1). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês *medical-surgical nursing: concepts & clinical practice*, 6th ed., 1999, New York, Mosby).

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (4 set. 1996). Decreto-Lei n.º 161/96. *Diário da República, n.º205, I Série*.

PORTUGAL. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (11 ago. 2014). *Diário da República n.º 153, II Série*.

- PORTUGAL. Ministério da Educação e Ciência. (22 jul. 2015). Despacho n.º 8046/2015. *Diário da República n.º 141, II série.*
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 35, II Série.*
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n.º 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n.º 35, II Série.*
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (23 abr. 2015). Regulamento n.º 190/2015: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República n.º 79, II série.*
- PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. (10 nov. 2014). Regulamento n.º 506/2014. *Diário da República n.º 217, II série.*
- Powers, R. (2010). Introduction to disasters and disaster nursing. *Cambridge University Press*. 1-12. Consultado a 9 de fevereiro de 2017 disponível em <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=659F5B4255AB4AC1128B43A7E4D95531?doi=10.1.1.174.2975&rep=rep1&type=pdf>.
- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (2016). *Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números: 2015*. Lisboa: Autor. Consultado em 30 de setembro de 2016 disponível em file:///C:/Users/win7/Desktop/Downloads/i022993.pdf
- Salomé, A., Cavali, A. & Espósito, V. (2009). Sala de Emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Revista Brasileira Enfermagem*, 62(5), 681-686, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500005>
- Santos, J. & Lima, M. (2011). Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(4), 695-702, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400009>
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver competências. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 15-23.

- Silva, A & Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra: FORMASAU.
- Silva, A. R. S. (2015). *Sala de emergência – abordagem do doente crítico*. (Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto). Consultada em https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=614293.
- Silva, D., Bernardes, A., Gabriel, C. Rocha, L. & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1), 211-9, DOI: 10.5216/ree.v16i1.19615.
- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J. & Cheever, K. (2011). Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica (A. F., Paulo, J. E. Figueiredo, P. L. Voeux, Trad.) (12ª ed.) (Vol. 1 e 4). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan (tradução do original inglês Brunner & Suddarth's Textbook of medical-surgical nursing, 12th ed., 2010).
- Soares, J., Martin, A., Rabelo, J., Barreto, M. & Marcon, S. (2016). Presença da família durante o atendimento emergencial: percepção do paciente vítima de trauma. *Aquichan*, 16 (2), 193-204, DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.7.
- Sole, M. Klein, D. & Moseley, J. (2013). *Introduction to critical care nursing* (6ª ed.). Missouri: Elsevier.
- Sousa, C. (2010). Prevenção da infecção nosocomial: ponto de vista do especialista. *Revista Portuguesa De Medicina Intensiva*, 17(1), 47-53.
- Tappen, R. (2005). *Liderança e administração em enfermagem* (4ª ed.) (A. H. Martins e F. Martins, Trad.). Loures: Lusociência.
- Urden, L. Stacy, K. & Lough, M (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção* (L. Abecasis, F. A. Silva, M. T. Leal, Trad.) (5ª ed.). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Thelan's Critical care nursing: diagnosis and management, 5th ed., 2006, New York: Elsevier).
- Varon, J. & Acosta, P. (2010). *Handbook of critical and intensive care medicine* (2ª ed.). New York: Springer.
- Vicent, J. (2013). Critical care – where have we been and where are we going?. *Critical Care*, 17, 1-6, DOI: 10.1186/cc11500.

Wagner, B., Alves, E., Brey, C., Waldrigues, M. & Caveião, C. (2015). O conhecimento do enfermeiro acerca das intervenções destinadas à prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. *Revista Enfermagem UFPE*, 9(5), 7902-7909. DOI: 10.5205/r euol.6121-57155-1-ED.0905201521.