



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Sofia Isabel Fernandes Pinto

O lugar da formação contínua na atuação da equipa da sala de emergência nos cuidados à pessoa em situação crítica

abril de 2021



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Sofia Isabel Fernandes Pinto

O lugar da formação contínua na atuação da equipa da sala de emergência nos cuidados à pessoa em situação crítica

Relatório de estágio de Mestrado da Pessoa em Situação crítica

Trabalho realizado sob a orientação do Professor Mestre João Manuel Pimentel Cainé

Braga, abril de 2021

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do Repositório UM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição—Sem Derivações

CC BY-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

(Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.)

“O conhecimento perito, e desde logo também o conhecimento competente é uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento”

Patrícia Benner

Agradecimentos

Aos professores Ana Paula Macedo e João Cainé pelo apoio, ajuda e orientação que prestaram ao longo deste percurso, permitindo que este relatório de estágio se tornasse possível.

Ao Enfermeiro Faria por toda a disponibilidade e apoio incondicional. Obrigada por apostar em mim.

Ao meu orientador de estágio, Enfermeiro Rui, por todo o apoio, ajuda, parceria, orientação e ensinamentos prestados ao longo deste percurso... Um muito obrigado!

A todos os profissionais do Serviço de urgência que de uma forma ou de outra contribuíram para a concretização deste estágio.

Um obrigado enorme ao meu pai Augusto, à minha mãe Isabel, ao meu irmão Filipe e ao meu marido André pelo apoio incondicional e único, pela paciência e compreensão e pelas palavras encorajadoras que não me permitiram baixar os braços e desistir. Obrigada por tudo e desculpem-me qualquer coisita.

A todos os que direta ou indiretamente me apoiaram ao longo desta caminhada e que não foram aqui mencionados reconhecerão nestas palavras o meu apreço pelo apoio prestado... obrigada!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração. Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Resumo

No âmbito do Estágio do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, decorrido num Serviço de urgência foi realizado o presente relatório. Este relatório para além de descrever e refletir sobre as atividades e competências desenvolvidas também descreve o projeto de intervenção desenvolvido no serviço ao longo do estágio, no âmbito da temática “O lugar da formação continua na atuação da equipa da sala de emergência nos cuidados à pessoa em situação crítica”.

A formação em contexto de urgência influencia direta e favoravelmente os níveis de desempenho dos enfermeiros perante emergências tais como periparagem/PCR. A continua e constante formação de qualidade diminui consideravelmente os riscos para o doente no sentido em que diminui o caos em que se pode tornar o serviço de urgência perante situações de *life saving* em que os profissionais de saúde concretamente os enfermeiros pelas mais variadas razões não estejam devidamente preparados para atuar em conformidade com a situação, por falta de formação complementar ou prática.

A finalidade principal deste trabalho é detetar as lacunas existentes nas equipas alocadas à sala de emergência e trabalhar essas “falhas” com o intuito de melhorar a confiança e desempenho dos enfermeiros perante situações de emergência e assegurar a prestação de cuidados de alta qualidade, diminuindo assim o caos e a perda de controlo que se podem instalar devido à falta de formação/conhecimento de atuação.

O plano de ação implementado passou pela aplicação de uma grelha de observação, direcionada aos aspetos que a mesma pretende observar objetivamente nos enfermeiros do serviço de urgência/emergência do Hospital em análise antes e após a ministração de formação de acordo com as *guedlines*.

Após a análise dos resultados, o objetivo mediante os resultados obtidos e as ilações retiradas, foi organizar e ministrar uma formação com o intuito de melhorar os níveis de qualidade da prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico. Dos 6 casos abrangidos em contexto de sala de emergência cerca de 80% dos casos cumpriram com os itens observados na grelha.

Quando observados os procedimentos realizados pelos enfermeiros, verifica-se que estes adaptam a sua prática clínica às suas aprendizagens e experiências pessoais, embora cumpram os protocolos instituídos. Conseguem seguir os algoritmos preconizados, mas gerem o cenário dentro das suas próprias experiências inclusive, com métodos de trabalho adequados às suas equipas.

Constata-se assim que o facto de existirem equipas previamente formadas em suporte avançado de vida e, conseqüentemente na abordagem ao doente crítico favorece os níveis de desempenho dos enfermeiros, melhorando e assegurando consideravelmente a segurança do doente crítico.

Palavras-chave: formação; enfermeiro, serviço de urgência, sala de emergência, peri-paragem/PCR, doente crítico.

Abstrat

As part of the Internship of the Master's Degree in Nursing of the Critical Person, from the Higher School of Nursing at the University of Minho in consortium with the Higher School of Nursing at the University of Trás-os-Montes and Alto Douro, which took place in an emergency service, it was carried out this report. This report, in addition to describing and reflecting on the activities and skills developed, also describes the intervention project developed in the service throughout the internship, under the theme “The place of training continues in the performance of the emergency room team in caring for the person in critical situation ”.

Training in an emergency context directly and favorably influences the performance levels of nurses in the face of emergencies such as peri-stop / CRP. The continuous and constant quality training reduces considerably the risks for the patient in the sense that it reduces the chaos in which the emergency service can become in the face of life saving situations in which health professionals, specifically nurses, for the most varied reasons are not properly prepared to act in accordance with the situation, due to lack of complementary or practical training.

The main purpose of this work is to detect the gaps in the teams allocated to the emergency room and work on these “failures” in order to improve nurses' confidence and performance in emergency situations and ensure the provision of high quality care, thus reducing the chaos and loss of control that can be installed due to lack of training / knowledge of performance.

The implemented action plan included the application of an observation grid, directed to the aspects that it intends to observe objectively in the nurses of the urgency / emergency service of the hospital under analysis before and after the training in accordance with the guidelines.

After analyzing the results, the objective, based on the results obtained and the lessons learned, was to organize and provide training in order to improve the levels of quality in the provision of nursing care to critically ill patients. Of the 6 cases covered in the emergency room context, about 80% of the cases complied with the items observed in the grid.

When observing the procedures performed by nurses, it appears that they adapt their clinical practice to their learning and personal experiences, although they comply with the established protocols. They manage to follow the recommended algorithms, but manage the scenario within their own experiences, including working methods appropriate to their teams.

It can be seen that the fact that there are teams previously trained in advanced life support and, consequently in the approach to the critical patient, favors the performance levels of nurses, improving and ensuring considerably the safety of the critical patient.

Keywords: training; nurse, emergency department, emergency room, peri-stop / PCR, critical patient.

Índice

1-INTRODUÇÃO	16
2-PERCURSO DESENVOLVIDO DURANTE O ESTÁGIO NA SALA DE EMERGÊNCIA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	21
2.1-OBJETIVOS DEFINIDOS PARA O ESTÁGIO.....	21
2.2- DESCRIÇÃO E REFLEXÃO DAS ATIVIDADE DESENVOLVIDAS.....	23
3- PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	34
3.1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	34
3.2- URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	34
3.3- CONCEITO DE PESSOA/DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	36
3.4-ENFERMEIRO PERITO/ESPECIALISTA E CONCEITO DE AUTO-EFICÁCIA.....	37
3.5-PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA (PCR) E PERI-PARAGEM.....	42
3.6-RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP).....	44
3.7- EXPERIÊNCIA E AÇÃO DOS ENFERMEIROS.....	45
4-METODOLOGIA DO PROJETO DE TRABALHO	48
4.1-CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA ALVO DO ESTUDO.....	49
4.2- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	53
4.3-AMOSTRA E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	57
4.4- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	67
5-ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS	69
5.1-DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	78
5.2-PLANEAMENTO.....	80
5.3- EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO.....	80
5.4-APRESENTAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS.....	82
6-CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
APÊNDICES	
APÊNDICE I- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	
APÊNDICE II-CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE III-PARECERES DAS ENTIDADES	
APÊNDICE IV-GRELHA DE OBSERVAÇÃO UTILIZADA PARA RECOLHA DE DADOS	
APÊNDICE V-IMAGENS DA SALA DE EMERGÊNCIA	

APÊNDICE VI-CASOS CINICIOS DA SALA DE EMERGÊNCIA

APÊNDICE VII- PLANO DE SESSÃO E POWERPOINT DA FORMAÇÃO EM SRVIÇO

Lista de siglas

AEC - Alteração do estado de consciência

DGS - Direção geral de saúde

EAPC- Edema Agudo do Pulmão cardiogénico

EAPH- Edema Agudo do Pulmão Hipertensivo

ERC- European Resuscitation Council

FC- Frequência Cardíaca

HB- Hospital de Braga

MCDT's -Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

OE- Ordem dos Enfermeiros

OIT- Organização internacional do trabalho

PCR-Paragem cardiorrespiratória

PE- Processo de enfermagem

PIS- Programa de integração social

RCP- Ressuscitação cardiopulmonar

SAV- Suporte Avançado de Vida

SE- Sala de emergência

SIV- Suporte Imediato de Vida

SU - Serviço de urgência

UDC- Unidade de decisão clínica

UE- União Europeia

Índice de Figuras

Figura 1 - Cadeia de Sobrevivência	44
Figura 2 - Algoritmo de SAV.....	45

Índice de Tabelas

Tabela 1 : Caraterização da progressão dos níveis de competência desenvolvidos pelos enfermeiros para a aquisição do titulo de perito de acordo com o modelo de Benner.....	39
Tabela 2 : Dados estatísticos relativos ao Hospital.....	51
Tabela 3 : Grelha com parâmetros de observação em contexto de estágio na sala de emergência.....	59
Tabela 4- Tabela ilustrativa dos resultados dos casos através de frequências absoltas observados na sala de emergência.....	76

1-INTRODUÇÃO

Enfermagem é uma ciência humana prática do cuidar que tem por objeto de estudo as experiências dos seres humanos e as questões de saúde e doença, bem como a experiência da morte, utilizando as metodologias de pesquisa qualitativa e quantitativa, sem olvidar que essas experiências são moldadas pela história, e por outros elementos significativos, tais como a política, as estruturas sociais, as questões de género e cultura (Meleis, 2007).

Assim, “Os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam” (Nunes, 2007, p. 5).

Neste sentido, a formação em ensino clínico torna-se crucial para o desenvolvimento e aquisição de conhecimento e competências de carácter científico, técnico e humano, pois só o contacto direto com a realidade dos cuidados de enfermagem prestados permite questionar, problematizar e refletir sobre a situação vivenciada.

A formação contínua do enfermeiro, constitui não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, mas também um dever para com a profissão. Embora se defina como um dever, a formação contínua não assume um carácter obrigatório, sendo o enfermeiro autónomo na sua autoformação após o término do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Quando falamos concretamente em serviço de urgência é de realçar a importância da formação neste âmbito, com vista a influenciar positivamente o nível de desempenho dos enfermeiros.

O desenvolvimento de competências para prestar cuidados de enfermagem e0specializados na área da pessoa em situação crítica, para além de cuidados gerais de enfermagem, decorreu do estágio realizado num Serviço de urgência no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada, inserido no plano curricular do 2º ano, 1º semestre, do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Assim, para a obtenção do grau de Mestre no ensino universitário foi realizado um estágio de natureza profissional objeto do presente relatório final conforme o disposto no Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março de 2006 que regula a atribuição de grau de mestre no ensino superior.

A opção pela realização de um estágio depreende-se com o fato de pretender melhorar a acessibilidade à sala de emergência dando a oportunidade de desenvolver conhecimentos e consolidar os já existentes melhorando desta forma, o desempenho enquanto profissional, satisfazendo as ambições pessoais e evolução crescente na carreira e melhorando significativamente o desempenho no cuidado ao doente crítico.

Deste modo é preconizado que o aluno ao longo do estágio:

- Explore uma temática que constitua uma base de trabalho para o relatório de estágio, utilizando como metodologia trabalho de projeto;
- Aprofunde a reflexão sobre questões emergentes no âmbito da pessoa em situação crítica;
- Desenvolva competências de pesquisa sistemática, reflexão e crítica sobre resultados de investigação no âmbito das problemáticas inerentes à pessoa em situação crítica;
- Promova o desenvolvimento de competências de trabalho em equipa;
- Promova o desenvolvimento de competências no âmbito da utilização de tecnologias de informação e comunicação.

Neste sentido, foi desenvolvido um trabalho de projeto no decorrer do estágio realizado no serviço de urgência (SU) do hospital de Braga (HB), no âmbito da observação do desempenho dos enfermeiros na sala de emergência com o intuito de estabelecer um paralelismo entre “O papel da formação na atuação dos enfermeiros da sala de emergência perante um doente crítico”.

Justifica-se a exploração do tema pelo interesse de perceber as potenciais lacunas/falhas existentes no desempenho dos enfermeiros na sala de emergência perante um doente crítico por falta de formação complementar. Assim, o intuito é adotar estratégias para colmatar esta “falhas” melhorando o desempenho dos profissionais; dotando as equipas de conhecimentos altamente diferenciados de forma que as mesmas evoluam para equipas de alto desempenho garantindo a segurança nos cuidados prestados ao doente.

Os contextos de trabalho são o local indicado e adequado para a construção de saberes e gestos profissionais, relacionando o saber formalizado com a prática, isto é, o saber, com o saber fazer e o saber ser (da ação), construindo o saber cognitivo (saber emergente de reflexão na ação)” (Alarcão & Rua, 2005, p. 376).

Num serviço de urgência, em que as situações de urgência e emergência são uma constante e, em que o doente crítico assume um papel preponderante é imperativo o cuidar, o agilizar, monitorizar e administrar terapêutica, bem como a identificação precoce das situações críticas, de maneira a obter eficácia na ativação, também precoce, dos demais serviços e uma atuação de equipas de alto desempenho.

Os enfermeiros são os profissionais de primeira linha pois são a classe profissional que se encontra 24 sob 24 horas com o doente em constante vigilância. É o enfermeiro generalista que inicia o algoritmo de suporte básico de vida (SBV) ainda antes de qualquer outro profissional se aproximar. Muitas das vezes o enfermeiro detentor de suporte avançado de vida (SAV) interpreta a situação de peri-paragem/PCR e atua em conformidade. Tempos de transporte do doente para um exame, terapêutica utilizada, escolha de um tratamento em detrimento de outro e desfibrilhação precoce são os grandes momentos

decisivos e preditivos do sucesso do tratamento, daí que a segurança na tomada destas decisões se prenda com a formação contínua no exercício da profissão.

Hesbeen (2001, p. 67) diz-nos que a função essencial da formação contínua “reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido”, devendo proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas. O mesmo autor refere que a formação “produz aquisição de informação, de capacidades, de conhecimentos, que, posteriormente, se transformam em competências.

Neste sentido, torna-se emergente aumentar a formação e desenvolver protocolos devidamente formalizados de forma a colmatar falhas e dúvidas que possam surgir, uniformizando determinadas situações. Importa dotar os enfermeiros de competências que os tornem altamente diferenciados para se constituírem equipas de alto desempenho.

Após a presente introdução, o Relatório de estágio inicia-se no Capítulo I com a reflexão sobre o percurso desenvolvido ao longo do estágio no SU, onde contém os objetivos delineados para o mesmo, assim como, uma descrição e reflexão sobre as atividades e competências adquiridas e desenvolvidas ao longo deste percurso.

No Capítulo II é apresentado o plano do trabalho de projeto desenvolvido no SU do hospital HB, onde este está organizado em quatro subcapítulos. O primeiro subcapítulo refere-se ao enquadramento teórico onde são abordados conceitos de urgência/emergência; doente/pessoa em situação crítica e também é feita uma breve referência à evolução histórica da sala de emergência. O segundo subcapítulo aborda o enfermeiro perito/especialista e conceito de auto-eficácia no contexto de uma peri-paragem e /ou paragem cardiorrespiratória (PCR). Desenvolve a temática da Ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e as experiências dos enfermeiros influenciadoras do desempenho dos mesmos. No subcapítulo seguinte é realizado um enquadramento conceptual relativo à importância da formação no desempenho dos enfermeiros do serviço de

urgência e da sala de emergência perante uma peri-paragem ou uma PCR num doente crítico e, aborda ainda, a postura e desempenho dos enfermeiros antes e depois da formação.

O projeto de intervenção em serviço, desenvolvido de acordo as diferentes fases da metodologia de projeto, é aprofundado no subcapítulo quatro. Neste subcapítulo é descrito todo o projeto desenvolvido que teve por base o problema identificado em contexto de estágio, ou seja, os poucos programas de formação contínua desenvolvida no âmbito do doente crítico em contexto de sala de emergência e as consequentes formas de atuação mediante as experiências profissionais de cada profissional.

Esta problemática conduziu à definição de objetivos, ao planeamento de todo um conjunto de intervenções, à sua execução e por fim à sua avaliação e divulgação de resultados

O Capítulo III corresponde às considerações finais que de forma sucinta englobam todas as reflexões expostas ao longo do trabalho.

A metodologia utilizada para a elaboração do presente relatório foi a metodologia de trabalho de projeto, o método descritivo, expositivo, crítico-reflexivo e pesquisa bibliográfica (em livros, bases de dados informatizadas e documentos disponibilizados pelo hospital).

Este percurso é encerrado com a apresentação das referências bibliográficas utilizadas na elaboração deste relatório, assim como dos apêndices elaborados que permitem enriquecer e fundamentar ainda mais a pertinência deste projeto de investigação.

2-PERCURSO DESENVOLVIDO DURANTE O ESTÁGIO NA SALA DE EMERGÊNCIA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estágio realizado na sala de emergência do SU do hospital HB decorreu no período de 01 de março a 30 de junho de 2019, no total de 400 horas. Neste capítulo serão apresentados os objetivos delineados para o respectivo estágio, assim como a descrição e reflexão das atividades desenvolvidas para dar resposta aos mesmos.

2.1- OBJETIVOS DEFINIDOS PARA O ESTÁGIO

Ao longo do ciclo de vida, as pessoas passam por diversas mudanças e transições que resultam por vezes em novos comportamentos, em novas relações, em novos conhecimentos e em novas concepções de vida e de si próprio. De acordo com a Teoria da Transição em Enfermagem proposta por Meleis os enfermeiros têm a missão de auxiliar as pessoas a gerir as transições que ocorrem ao longo do ciclo de vida, ou seja, procurar maximizar os seus pontos fortes e implementar intervenções que permitam ajudá-las a alcançar níveis ideais de saúde, função, conforto e sensação de bem-estar (*Meleis, 2007*).

O estágio desenvolvido na sala de emergência do Serviço de Urgência (SU) também representa um processo de transição para a estudante-enfermeira, tendo sido confrontada com a complexidade do contexto, a insegurança, o medo e ansiedade, próprios de uma adaptação a uma nova realidade.

Significa que simultaneamente assumia um papel duplo, para além de ser a enfermeira facilitadora do processo de transição saúde/doença pelo qual a

pessoa em situação crítica e sua família se encontravam, também assumia o papel de estudante que necessitava de apoio neste novo contexto. O apoio adveio dos professores, do enfermeiro chefe, do enfermeiro orientador e dos profissionais do contexto de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais) que turno após turno ajudaram a ultrapassar as dificuldades e a desmitificar mitos.

Segundo Alarcão & Rua (2005) os estágios clínicos são locais formativos de excelência, permitindo aos alunos o desenvolvimento de capacidades, atitudes e competências, através da interação com situações reais em contextos diferenciados, onde mobilizam, integram e estimulam os conhecimentos obtidos no ensino teórico e prático.

Assim, “Os contextos de trabalho são o local indicado e adequado para a construção de saberes e gestos profissionais, relacionando o saber formalizado com a prática, isto é, o saber, com o saber fazer e o saber ser (da ação), construindo o saber cognitivo (saber emergente de reflexão na ação)” (Alarcão & Rua, 2005, p. 376).

Para o desenvolvimento de qualquer estágio clínico é necessário a definição de objetivos para que estes possam orientar a prática e assim ajudar a selecionar os meios mais adequados para realizar o trabalho pretendido.

Segundo *Haydt* (2011) “Em geral, o ser humano age tendo em vista um propósito, isto é, ele é impulsionado para a ação visando a consecução de objetivos. É por isso que se diz que a atividade humana é finalista, ou seja, supõe fins a atingir”.

Deste modo foram elaborados os seguintes objetivos que foram norteadores do estágio desenvolvido:

- I. Desenvolver competências de organização e planeamento de cuidados à pessoa em situação crítica;
- II. Prestar cuidados à pessoa/família de acordo com os princípios éticos e legais, e de acordo com o código deontológico de enfermagem;

- III. Identificar problemas ou antecipar a sua possível ocorrência, na pessoa em situação crítica;
- IV. Prestar cuidados à pessoa em situação crítica e antecipando alterações da condição de saúde
- V. Desenvolver competências técnicas e científicas de acordo com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica
- VI. Participar na preparação, manipulação e realização dos testes aos instrumentos e equipamentos da unidade;
- VII. Assistir a pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença;
- VIII. Intervir na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica.

No objetivo I pretende-se verificar se os enfermeiros que fazem sala de emergência se preocupam com a estruturação de cuidados com a finalidade de maximizar os cuidados ao doente crítico numa perspetiva holística.

O objetivo II prende-se com os aspetos ético-legais visando a importância de permitir estabelecer um paralelismo entre a condição clínica do doente crítico na sala de emergência e a família.

O objetivo III e IV concerne à capacidade do enfermeiro que está na sala de emergência em conjunto com os restantes elementos da equipa multidisciplinar conseguir antecipar perante o quadro clínico do doente alguma potencial ocorrência/agravamento que surja colmatando a mesma.

Por sua vez, o objetivo V pressupõe o desenvolvimento de competências de especialista o que permite uma maior eficácia e eficiência na atuação no doente crítico na sala de emergência.

No objetivo VI pressupõem-se que a dinâmica da sala de emergência e o bom funcionamento da mesma, bem como, dos seus equipamentos esteja assegurada e adaptada ao tipo de doente crítico que se tem.

O objetivo VII, embora mais difícil de desenvolver em contexto de sala de emergência remete para a importância da tomada de decisões com envolvimento global da família quando esta está presente, e apoio/acompanhamento perante uma situação súbita de doença.

No objetivo VIII pretende-se que perante a atuação em contexto de sala de emergência os cuidados assépticos estejam assegurados reduzindo o risco de potenciais infeções nosocomiais.

O subcapítulo seguinte remete para a descrição e reflexão das atividades desenvolvidas ao longo do estágio de forma a dar resposta aos objetivos propostos.

2.2- DESCRIÇÃO E REFLEXÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Enfermagem para além de ser uma ciência, no sentido em que exige conhecimentos sistematizados a partir da observação, da pesquisa e do estudo, também é uma arte, uma vez que é composta por habilidades que exigem a excelência e proficiência para a sua execução (*McEwen & Wills, 2009*).

Processo de Enfermagem (PE) é um método científico que constitui o alicerce do ensino, da prática e da investigação em enfermagem e, conseqüentemente, para o exercício da profissão. Este capacita o enfermeiro a organizar e implementar os cuidados em enfermagem de forma individualizada, personalizada e integral. Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, permitindo alterar os cuidados à medida que se alteram as necessidades do doente.

Este método é constituído essencialmente por cinco etapas: a avaliação inicial, a formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento, execução e avaliação final.

A avaliação inicial ocorre sempre que um doente dá entrada na sala de emergência proveniente da rua, intra-hospitalar (proveniente do internamento), extra-hospitalar (transferido de outro hospital) ou da UDC2 (unidade de decisão clínica 2 situada na urgência).

No caso de o doente ser proveniente da rua, o enfermeiro alocado à sala de emergência recebe uma chamada no telemóvel da emergência e é informado pelo enfermeiro responsável de turno ou pela equipa médica intensivista que está de serviço, da chegada do doente, nomeadamente em que condições este se apresentará. Se o doente for proveniente de alguma das outras valências supramencionadas é acionado o enfermeiro de emergência e o mesmo dá seguimento à preparação da sala de emergência ou saída da sala até ao local onde esteja a decorrer a emergência interna.

Desta forma, a preparação da sala de emergência pressupõe:

- I. Comunicação aos assistentes operacionais sobre a entrada do doente e a necessidade de repor o material necessário;
- II. Preparar e verificar se o ventilador está operacional e se o insuflador manual está funcionante e conectado à rampa de oxigênio;
- III. Realizar a montagem das bombas e seringas perfusoras, conectando dois soros (cloreto de sódio 0,9% e dextrose em soro 5%) para operacionalizar os aparelhos e agilizar o processo de admissão;
- IV. Proceder à ligação dos cabos responsáveis pela monitorização de sinais vitais ao aparelho correspondente;
- V. Preparar os transdutores de pressão necessários para aplicação em cateter venoso central e/ou linha arterial;
- VI. Disponibilizar materiais ou equipamentos que, perante a sua experiência e do conhecimento prévio de diagnóstico, julga serem necessários para a sua monitorização.

Os diagnósticos médicos que justificam a admissão do doente na sala de emergência são variados: Politrauma com ou sem Traumatismo Crânio Encefálico, Insuficiência Respiratória agudizada, Pneumonia, Acidente Vascular Cerebral com necessidade de trombólise, Choque Séptico, Choque

Cardiogénico, Choque hemorrágico, Status Pós Paragem Cardiorrespiratória, Peri-paragem respiratória, Traumatismo Vertebro Medular, Intoxicação por inseticida, Polineuropatia Aguda, desmame de doentes entubados e ventilados, alteração do estado de consciência (AEC), realização de Brocofibroscopia, Edema agudo do pulmão cardiogénico ou hipertensivo (EAPC/EAPH), Bradicardia extrema, Taquicardia, Enfarte Agudo do miocárdio (EAM), Pancreatite aguda severa, entre outras.

Todas estas situações clínicas envolvem a mobilização de conhecimentos teóricos e práticos para que a tomada de decisão seja baseada na evidência científica que constitui a base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2001).

Assim, ao longo do estágio, a iniciativa em preparar a sala de emergência que iria receber o doente foi sempre uma constante, não só para a discente conhecer e se inteirar de todo este processo dinâmico, como também ganhar agilidade técnica na preparação dos materiais e equipamentos; descobrir principais dificuldades ou falhas na preparação dos mesmos; desenvolver o pensamento crítico e a tomada de decisão sobre o que eventualmente seria necessário perante o diagnóstico clínico do doente.

O confronto com as diversas patologias clínicas e as lacunas de conhecimento acerca das mesmas, assim como dos cuidados de enfermagem específicos a ter, levou a uma procura constante de informação, sendo realizadas diversas pesquisas bibliográficas, consultados diversos documentos e questionados os diversos profissionais de saúde acerca da informação encontrada e a sua concretização na prática. Este debate de ideias e partilha de informação com outros enfermeiros permitiu adquirir novos conhecimentos e desenvolver o juízo clínico, o pensamento crítico e a tomada de decisão acerca da situação clínica do doente, intervindo de acordo com as necessidades específicas de cada doente, porque prestar “[...] bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas [...]” (OE, 2001, p. 13).

Todo este processo permitiu também que as dificuldades sentidas inicialmente fossem diminuindo, melhorando a confiança e a autonomia na prestação de

cuidados. Quando o doente chega à unidade é recebido pela equipa médica intensivista e pela equipa de enfermagem, onde o enfermeiro de referência recebe a informação clínica relativamente ao diagnóstico e comorbilidades, assim como o seu estado hemodinâmico atual, as intervenções realizadas e tratamento iniciado antes da sua transferência.

De acordo com esta informação é efetuada a monitorização adequada e realizadas as intervenções necessárias para manter ou estabilizar o doente. São também realizados o registo da entrada, a avaliação inicial e os diagnósticos de enfermagem do doente no sistema informático da unidade, o *GLLINT*, assim como no livro de ocorrências na unidade, baseados na colheita de dados efetuada.

Inicialmente este processo de admissão do doente era um pouco complexo enquanto observadora, no sentido em que se mobilizavam muitos profissionais sendo necessário efetuar uma série de intervenções que já estavam “automatizadas” e coordenadas entre eles. Por isso foi importante observar para compreender como é que todos os elementos se articulavam e quais eram as intervenções a efetuar em primeira instância, para posteriormente poder participar e fazer parte de todo este processo como mais um elemento da equipa.

A colheita de dados é um processo contínuo e permanentemente atualizado sempre que o enfermeiro interage com o doente e/ou família. Assim, com base nesta colheita, os diagnósticos de enfermagem vão sendo formulados e reformulados.

Segundo *Bolander* (1998, p.140) os diagnósticos de enfermagem “[...] proporcionam a base para a seleção das intervenções de enfermagem que permitem a concretização dos resultados, pelos quais a enfermeira é responsável”. Sem esta etapa não é possível planear cuidados ou intervenções, assim como avaliar o resultado das ações de enfermagem. Desta forma, em contexto de sala de emergência são obrigatoriamente realizados registos de todos os procedimentos realizados ao doente, desde a admissão até à sua transferência.

Os doentes que são admitidos na sala de emergência partilham informação similar no que concerne à avaliação primária (ABCDE) e avaliação secundária. Para cada diagnóstico e atitude terapêutica é realizado o planeamento dos cuidados, ou seja, as intervenções a serem realizadas de acordo com as necessidades de cada doente.

Enquanto que ao longo do tempo de internamento, após a execução das intervenções delineadas para dar resposta às necessidades identificadas pela equipa de enfermagem, é realizada uma revisão, avaliação e análise dos diagnósticos de enfermagem, das intervenções inicialmente delineadas e dos resultados obtidos no sentido de determinar se houve ganhos em saúde, melhorias visíveis ou eventualmente um agravamento ou estagnação do estado clínico do doente, com o intuito de posteriormente se adaptar o plano de enfermagem ao doente numa perspetiva holística melhorando a sua condição clínica. Em contexto de sala de emergência, a avaliação do doente crítico é uma constante num curto espaço de tempo, pois a condição clínica pode alterar-se rapidamente sendo necessário uma abordagem rápida e efetiva, direcionada ao doente instável com o propósito de estabilizar e garantir a sua sobrevivência. A delimitação de novas estratégias de atuação, em contexto de emergência dá-se de forma mais subtil e focalizada no momento e a curto prazo pois a passagem do doente crítico pela sala é efémera.

Quando o doente crítico está estabilizado em termos hemodinâmicos e tem capacidade para ser transferido para o bloco ou após a realização de exames complementares de diagnóstico, pode ser transferido para a UCIP, UCISU ou outra unidade de internamento onde são prestados os restantes cuidados até ser possível a sua alta para o domicílio, o mesmo é transferido deixando a sala de emergência física e informaticamente.

O sentimento de dever cumprido parece que fica interrompido porque raramente se sabe qual foi o restante percurso percorrido pelo doente, ou seja, se recuperou, em que condições ou se faleceu. Contudo, a abordagem imediata ao doente crítico como forma de adoção de medidas de *life-saving* é assegurada pelo que a interligação entre o pré-hospitalar e a sala de emergência não podem falhar.

A Sala de emergência é uma unidade com características muito próprias e que a diferenciam de outros serviços do hospital, não só em termos de equipamentos físicos, mas também de funcionamento, abordagem e tipo de doentes.

A monitorização/vigilância efetuada ao doente crítico é permanente o que permite prever e detetar precocemente complicações. Neste sentido, é necessário o enfermeiro deter conhecimentos especializados nesta área que permitam a deteção precoce e a intervenção imediata, eficiente e em tempo útil, mobilizando e acionando os meios necessários para fazer face às complicações potenciais da pessoa em situação crítica.

Neste serviço verifica-se que o enfermeiro é muito mais autónomo e independente nas suas intervenções, pois tem autonomia para gerir, por exemplo, a terapêutica (aminas, sedação e analgesia) consoante as necessidades do doente, sem ter que previamente consultar a equipa médica. O facto de possuir formação avançada na área do doente crítico, permite-lhe primeiro intervir e posteriormente, acionar os restantes meios para estabilizar o doente e dar resposta às suas necessidades.

Quando falamos em autonomia é de salientar que a prescrição de terapêutica é sempre necessária e da incumbência da equipa média, contudo após a mesma estar prescrita a avaliação do doente vai oscilando consoante a sua condição clínica o que permite ao enfermeiro especialista intervir e adaptar a terapêutica às necessidades do doente. Quando falamos de Suporte Avançado de Vida falamos numa primeira abordagem onde o enfermeiro age em consonância tendo autonomia para entubar e administrar medicação de acordo com o algoritmo vigente.

Os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo da Licenciatura em Enfermagem, assim como no decorrer do presente Mestrado, permitiram desenvolver competências técnicas, cognitivas e interpessoais, no entanto estes revelaram-se insuficientes no decorrer do estágio. O confronto com estas limitações em termos de conhecimentos e competências levou a um maior empenho e interesse em aumentar, aprofundar e adquirir novos conhecimentos.

O aumento destes conhecimentos decorreu da exigência e imprevisibilidade de cada situação, da patologia, da instabilidade de cada doente e da responsabilidade que foi crescendo ao longo do estágio. O facto de ser enfermeira no serviço de urgência de um hospital central não facilita o processo, pelo contrário, implica mais responsabilidade e por vezes despoleta um sentimento de frustração devido o facto de que muitas pessoas partem do princípio que se tem de dominar conceitos de emergência, quando na realidade urgência e emergência são conceitos bem distintos.

As maiores dificuldades sentidas dizem respeito à ventilação mecânica invasiva (modos ventilatórios e a sua interpretação); monitorização invasiva e sua interpretação/significado na prática clínica; preparação do doente e do material/equipamento necessário para a realização de técnicas invasivas (colocação de cateter venoso central e arterial, traqueostomias percutâneas, entubações, técnicas dialíticas, etc.), preparação de medicações específicas, transporte do doente crítico (transferência para outras unidades ou para a realização de exames) e identificação ou antecipação de possíveis alterações hemodinâmicas que levam à instabilidade e risco de falência multiorgânica do doente crítico.

Contudo, devido à discente trabalhar no serviço de urgência de um Hospital Central muitas destas dificuldades foram facilmente ultrapassadas e algumas nem surgiram diretamente dado a discente se encontrar familiarizada com algumas destas situações.

Para ultrapassar estas dificuldades e desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ramo da Pessoa em Situação Crítica, foram realizadas diversas pesquisas na literatura; consultadas as normas e procedimentos definidos na unidade; questionados os diversos profissionais relativamente às dúvidas e dificuldades encontradas; participação sempre que possível na preparação do material necessário para a realização de técnicas invasivas, na montagem e realização dos testes de funcionamento dos ventiladores e preparação da medicação necessária.

É fundamental, sobretudo a disponibilidade e atenção para novas oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

A realização de dois turnos com o Enfermeiro responsável de turno ,também permitiu conhecer algumas das funções que o mesmo desempenha, assim como, perceber que por vezes se torna difícil dar resposta em tempo útil às imprevisibilidades que decorrem ao longo do turno de trabalho devido a diversas condicionantes, satisfazendo todos os envolvidos.

Uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, é fazer a “[...] gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas” e assistir “[...] a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 2).

É ainda função do enfermeiro especialista gerir a orgânica do serviço, colmatando a falta de recursos humanos, as falhas de materiais, falhas técnicas de equipamentos e/ou fármacos e transferências intra e inter-hospitalar. Preparar o plano de trabalho com a organização e distribuição das funções mediante os enfermeiros que constituem a equipa do turno subsequente e gerindo muitas das vezes o facto de só haver 2 enfermeiros seniores naquele turno, pelo que a sala de emergência e a Unidade de cuidados Intermédios Integrados no Serviço de Urgência (UCISU) , têm obrigatoriamente de ter, pelo menos, um enfermeiro especialista devido à sua complexidade e portanto, tem de ter enfermeiros diferenciados o que muitas das vezes torna-se um processo difícil e complexo que implica muita responsabilidade.

A maioria dos doentes que se encontram na sala de emergência estão com alteração do estado de consciência (AEC). A vigilância e a monitorização realizada pelo enfermeiro, assim como os conhecimentos que este possui, permite identificar evidências fisiológicas que demonstram o mal-estar do doente, permitindo a adoção rápida de medidas necessárias para melhorar esta situação, nomeadamente o controlo da dor.

Deste modo, o enfermeiro alocado à sala de emergência vai gerindo de forma independente as medidas farmacológicas necessárias de combate à dor.

À medida que a sedação vai sendo reduzida, os doentes vão conseguindo manifestar a sua dor ou o seu desconforto através da comunicação verbal ou não verbal e das alterações registadas a nível dos sinais vitais. Aqui torna-se fundamental a ação do enfermeiro onde gere não só as medidas farmacológicas como também demonstra conhecimentos em medidas não farmacológicas para o alívio da dor, porque muitas vezes a agitação que os doentes apresentam nesta fase resulta da desorientação, confusão e alucinações provocada pela sedação. Por isso, o aprofundar de conhecimentos a nível da farmacodinâmica foi uma constante ao longo do estágio.

O apoio dado pelo enfermeiro à pessoa em situação crítica, mas também aos seus familiares e entes queridos, revela-se extremamente importante e fundamental na adaptação e gestão desta nova fase da vida. A passagem pela sala de emergência de um ente querido encontra-se envolto num simbolismo aterrador para qualquer familiar. A sala de emergência é sempre associada a apreensão e o receio relativo ao estado clínico do doente, torna-a quase indissociável da expressão “está entre a vida e a morte”. Por isso, torna-se extremamente importante a primeira abordagem com a família, antes que esta contacte com o seu familiar. A abordagem inicial deve ser feita na sala de espera, de forma privada, onde é explicada à família a condição clínica do seu familiar que se encontra rodeado por uma panóplia de equipamentos e em muitas situações ligado a um ventilador mecânico.

Ao longo de todo o estágio, os aspetos éticos e deontológicos foram princípios norteadores da prestação de cuidados de enfermagem ao doente e à família. Muitos são os sentimentos e emoções despoletadas numa situação de emergência. A procura constante de informações pelos familiares, bem como, o desespero que se instala pela impotência destes e receio do que se pode ou não fazer pela aquela pessoa.

O sigilo profissional e os direitos do doente e da família é algo que tem de estar assegurado pelos profissionais, mantendo assim a descrição e só transmitindo a informação clara, objetiva e estritamente necessária aos diretamente envolvidos.

O respeito pela integridade biopsicossocial, espiritual e cultural das pessoas envolvidas neste processo de transição saúde/doença foi respeitado ao longo deste estágio, realizando sempre esforços profissionais e pessoais para valorizar a vida e a qualidade de vida, abstendo de juízos de valor e respeitando as opções culturais, morais e religiosas.

Assim, perante situações terminais ou quando a pessoa em situação crítica está em morte cerebral e reúne as condições necessárias para ser dadora de órgãos é estabelecido o contato com a Unidade de cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) para a realização de exames complementares de diagnóstico mais aprofundados para constatar esta morte cerebral e de seguida, são criadas as condições necessárias para que os familiares se possam despedir tendo em consideração as suas crenças religiosas e culturais.

Gerir o processo e transição de vida/morte é uma área muito sensível nos nossos cuidados, lidar com emoções e sentimentos de perda de alguém é algo desafiador e acresce um esforço emocional no cuidar, porque cada situação caracteriza-se pela sua singularidade, complexidade própria e múltiplas dimensões, que por vezes nos transcende.

O trabalho em equipa desenvolvido ao longo do estágio, de forma multidisciplinar e interdisciplinar, permitiu desenvolver competências enquanto enfermeira especialista na área do doente crítico; crescer e aprender com os erros; desenvolver competências no âmbito da utilização das tecnologias de informação e comunicação; refletir sobre o exercício profissional nesta área de especialização; aumentar a capacidade de antecipação e/ou resolução de problemas perante a imprevisibilidade e desenvolver o pensamento crítico e juízo clínico.

A evolução em termos de competências cognitivas, interpessoais e técnicas ao longo do estágio foi notória, permitindo intervir com maior segurança e autonomia, prestando cuidados seguros e de qualidade.

Um dos grandes objetivos deste estágio, preconizado pelo Plano de Estudos do presente mestrado, era explorar uma temática que constituísse a base para o

relatório de estágio. Neste sentido, sendo uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica intervir neste estágio na observação da atuação dos enfermeiros perante um doente crítico na sala de emergência tendo em consideração o acesso ou não a formação neste âmbito , foi implementado um plano de intervenção na sala de emergência onde foram diagnosticadas as necessidades do serviço em matéria de organização de sala de emergência e prevenção de falhas de forma a dar resposta às necessidades encontradas.

O próximo capítulo descreve o projeto desenvolvido em serviço, de acordo com o problema identificado na área da prevenção complicações do doente crítico em contexto de sala de emergência, tendo como linha de orientação as várias fases que compõem a metodologia de trabalho de projeto.

3-PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

O presente capítulo aborda inicialmente as questões que constituem a problemática do estudo, explorando os conceitos chave que fazem parte do modelo teórico de análise. Primariamente é apresentado o enquadramento teórico dos temas que norteiam o estudo, seguido do desenvolvimento das fases que compõem a metodologia de projeto.

3.1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Para *Polit e Hungler (1995)*, parte-se do princípio de que a fase conceptual ou enquadramento teórico deve estar bem estruturada de forma a atingir os objetivos, o problema e o método a escolher para o estudo. Isto é, “Quando é realizado uma pesquisa, no contexto de um referencial teórico, há uma maior probabilidade de que suas descobertas tenham um amplo significado e utilidade” (*Polit e Hungler, 1995, p.33*).

Para além da descrição de toda a problemática que se pretende estudar, é necessário efetuar uma pesquisa aprofundada acerca dessa realidade. Para isso, é necessário definir conceitos consoante os autores.

3.2- URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O trabalho faz parte da vida do Ser Humano e desde cedo apercebemo-nos que representa uma necessidade imprescindível para o seu desenvolvimento pessoal e coletivo.

No entanto, como em todos os trabalhos, o profissional vai crescendo com o tempo e vai adquirindo constantemente conhecimentos que aplica na sua prática traçando assim o perfil profissional. Para que isto aconteça é necessário ser detentor de formação específica. Assim, a OIT, através da recomendação n.º 150, considerava que a “formação profissional visa identificar e desenvolver aptidões humanas, tendo em vista uma vida ativa produtiva e satisfatória e, em ligação com diversas formas de educação, melhorar as faculdades dos indivíduos compreenderem as condições de trabalho e o meio social e de influenciarem estes, individual ou coletivamente.

Como em todos os trabalhos a responsabilidade é uma característica elementar para o bom desempenho profissional. No entanto, e não descurando as demais profissões, efetivamente a área da saúde, concretamente a enfermagem exige uma responsabilidade extrema, uma sensibilidade e perícia desiguais pelo simples fato de se lidar com a vida de pessoas.

Num serviço de urgência, os eventos urgentes e emergentes são uma constante e a forma de atuação perante estas, bem como, as prioridades das situações são cruciais. As situações de *life-saving* ocorrem quando a vida da pessoa se encontra comprometida exigindo uma atuação imediata e o mais eficaz possível no sentido de reverter esta situação através do SAV.

Assim, emergência corresponde a um processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após a sua constatação. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Representa situações como choque, paragem cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo crânio-encefálico etc.

Por outro lado, urgência significa um processo agudo que implica a alteração do quadro clínico ou cirúrgico do indivíduo, sem risco de vida iminente.

Nesse caso, existe risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais, porém, não existe um risco iminente de vida. Representa situações como fraturas, feridas lácero-contusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, etc.

Entre essas situações e problemas de saúde, convém distinguir os que justificariam um 'pronto-atendimento'. Aranha (1969) e Lopez (1979).

3.3- CONCEITO DE PESSOA/DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, p. 2)

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são, por conseguinte, cuidados que se revestem de uma importância máxima e que englobam uma avaliação diagnóstica e a monitorização constantes por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Coimbra & Amaral, 2016, p.15).

Neste domínio, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica estão regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros e publicadas pelo Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, a saber:

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação;
- c) Maximiza a 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 resposta em tempo útil e adequadas.

Verificamos assim, que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades

afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho p.2).

3.4-ENFERMEIRO PERITO/ESPECIALISTA E PERCEÇÃO DE AUTO-EFICÁCIA

A autoeficácia é um conceito fundamental na autoconfiança. Trata-se de um conceito criado por *Bandura* (1986, p. 75) para descrever a crença ou confiança que uma pessoa tem na sua própria capacidade para completar uma tarefa ou resolver um problema. A autoeficácia acaba por influenciar os objetivos que coloca a si mesmo, as suas ações e os resultados que obtém na vida. Está intimamente ligada ao conceito de competência e desenvolvimento de aptidões.

Phaneuf (2005, p.177) define competência como “... um conjunto integrado de conhecimentos adquiridos experienciais e de evolução pessoal, próprio de um aspeto específico dos cuidados de enfermagem que, quando é mobilizado em situação concreta da vida real permite à enfermagem fazer apelo às habilidades cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas e manifestar comportamentos sócio afetivos adequados”.

Seguindo esta ideia de adequação *Le Boterf* (2006, p. 34) refere que age com competência o profissional que é capaz de agir com pertinência, perante uma determinada situação, e que compreende o porquê e como agir.

Por seu lado *Benner* (1998, p.43) “...competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais”, ou seja, implica aplicar a teoria que sustenta esta mesma prática que no caso do enfermeiro especialista significa desenvolver competências da aplicação direta

no momento em que o doente crítico mais precisa adaptando a prestação de cuidados às necessidades do doente utilizando sempre como base os conceitos teóricos adquiridos ao longo do processo de aprendizagem.

A noção de competência, é assim entendida como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da ação adquiridas ao longo do tempo que sobressai em situações concretas de trabalho. É um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação.

O saber profissional de enfermagem é um saber de ação, não se constituindo somente de execução ou de reprodução de atos, mas engloba igualmente a capacidade de adaptar a conduta à situação complexa, fazendo apelo aos conhecimentos. Como tal, consideramos benéfico para o profissional que este tenha a oportunidade de, no seu percurso profissional, se deparar com o maior número possível de situações e experiências clínicas.

O modelo de aquisição de competências desenvolvido por *Benner* (1998, p.80) descreve as características e comportamentos em cada nível de desenvolvimento de competências e identifica as necessidades em matérias de ensino/aprendizagem dos enfermeiros, em cada nível. É através da experiência que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e a retirar o seu significado.

Para a autora, as competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se ganha perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial e “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (*Benner*, 2001, p. 54). O conhecimento de perito, é desde logo também um conhecimento competente, e uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento.

Tabela 1- Caracterização da progressão dos níveis de competência desenvolvidos pelos enfermeiros para a aquisição do título de perito de acordo com o modelo de *Benner* (1984-2001)

Nível de Proficiência (critérios de resultado)	Iniciado / Principiante	Principiante avançado	Competente	Proficiente	Especialista
Pensamento crítico	Desenvolvimento precoce da capacidade de tomar decisões com uma visão limitada das opções possíveis.	Tem a capacidade de efetuar escolhas, mas segue um processo sistemático de tomada de decisão.	Consegue ter várias opções e tem a capacidade de diferenciar benefícios possíveis para cada.	Consegue observar a situação como um todo, tirando partido das possibilidades que o envolvem, melhorando a resposta dada ao problema.	Tem capacidade de reflexão e juízo crítico para além do estabelecido adaptando regras e protocolos às necessidades do doente e da família.
Capacidades de Comunicação (escritas, verbais e não verbais)	Aprender métodos de comunicação com clientes, famílias e grupos. Identificação de padrões de comunicação efetivas.	Início da análise da conversação terapêutica. Diferenciação da comunicação terapêutica e não terapêutica com clientes, famílias e grupos.	Demonstração de comunicação efetiva com clientes, famílias e grupos. Demonstração e avaliação das atividades de ensino / aprendizagem.	Detém capacidade de comunicação com família e grupos de forma técnica e adaptada. Utiliza a intuição e o conhecimento dos outros para desenvolver a aprendizagem	Detém capacidade de comunicação com família e grupos de forma a demonstrar alternativas e formas de adaptação às novas realidades, ajudando-os a melhorar o percurso clínico do doente. Utiliza a intuição altamente desenvolvida para melhorar a resposta a situações de enfermagem complexas.
Intervenções e terapêuticas de Enfermagem	Início de aquisição de capacidades psicomotoras. Prática de terapêuticas psicossociais de bem-estar do cliente.	Avanço das capacidades psicomotoras e nas terapêuticas psicossociais, dirigidas para os clientes, famílias, e grupos com desvios de saúde.	Provas de existência de capacidades psicomotoras seguras e terapêuticas psicossociais individualizadas de clientes, famílias e grupos.	Demonstração de aptidão prática na manipulação de técnicas psicomotoras minuciosas e capacidade de gestão de terapêuticas psicossociais	Demonstração de aptidão prática na manipulação de técnicas psicomotoras com recurso a técnicas mais desenvolvidas e atuais e demonstração de adoção de estratégias

					psicossociais inovadoras e diferentes adaptadas às necessidades do doente e família.
Desenvolvimento profissional	Identificar os componentes da prática profissional de enfermagem. Início da subordinação.	Demonstração de conhecimentos adequados a uma prática segura da enfermagem. Subordinação efetiva.	Integração de conhecimentos e autoavaliação. Início da liderança.	Afirma-se como um profissional competente e proativo com capacidade de gestão de situações complexas e tomada de decisões definitivas	É um profissional altamente qualificado, com vasta experiência e capacidade de prever o inesperado adotando estratégias de melhoria das situações e dando resposta de forma efetiva e definitiva a situações complexas e inesperadas.
Desenvolvimento pessoal	Reflexão do sistema pessoal de valores.	Clarificação de valores pessoais. Aceitação da diversidade.	Identificação da aprendizagem como um processo para toda a vida. Integração de valores éticos na prática da Enfermagem. Desenvolvimento da sensibilidade e diversidade.	Assume a aprendizagem como um processo contínuo com a finalidade de compreender a sua área de trabalho e agindo de forma holística e diferenciada.	Assume a aprendizagem e as experiências profissionais como uma dinâmica constante na sua vida. Procura o aperfeiçoamento e os melhores métodos para a aplicação nos cuidados de enfermagem
Escolaridade (scholarship)	Início da compreensão de princípios da prática baseada na pesquisa e baseada na teoria.	Início da explicação da prática baseada na pesquisa e baseada na teoria.	Análise e revisão da pesquisa em Enfermagem. Traduzindo a aplicação ao cuidar em enfermagem.	Interpretação de pesquisas e desenvolvimento de novos trabalhos com tradução e aplicação prática ao cuidar em enfermagem	Desenvolvimento de trabalhos/artigos diversos com o intuito de melhorar os métodos de enfermagem
Adaptado de <i>Benner</i> (1984; 2001):					

Para Graça (1997), no desenvolvimento de competências o enfermeiro necessita de uma constante atualização e desenvolvimento dos seus conhecimentos, numa abordagem holística da pessoa doente.

O crescimento e o desenvolvimento da prática de enfermagem não se efetivam somente pelo aumento dos saberes, mas constitui-se como uma realidade dinâmica, assente na conceção holística da pessoa doente e na integração de processos tecnológicos e científicos, num processo de relação entre seres humanos.

Segundo o parecer conjunto do Conselho de Enfermagem e Jurisdicional nº3 (2010, p. 2) “Os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados observando os princípios inerentes à boa prática, devendo para isso possuir a formação necessária à excelência do seu exercício profissional”.

A formação em contexto de trabalho representa não só um dever, mas uma obrigação nos dias que correm. Para que possamos ter profissionais altamente qualificados e competentes precisamos de ter uma formação dinâmica e presente no local de trabalho.

É extremamente importante que as entidades empregadoras, apostem na formação como um meio de desenvolver aprendizagens e fazer constantes atualizações que passam também a ser uma responsabilidade do profissional.

Ser detentor de formação adequada é sinónimo de competência na medida em que, dotam-se os profissionais de capacidades de exercer na prática os conhecimentos adquiridos na teoria. A frequência numa formação só pode ser validade mediante a capacidade de implementação na prática dos conhecimentos o que pressupõem formações práticas para que possamos afirmar que os profissionais são qualificados por ter formação, mas são competentes por ter capacidade de aplicabilidade na prática, ou seja, para podermos afirmar que são competentes.

É fundamental que em contexto de sala de emergência e perante um doente crítico não existam dúvidas e o modo de agir seja perentório assegurando a qualidade dos cuidados.

3.5- PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA (PCR) E PERI-PARAGEM

A paragem cardiorrespiratória (PCR) é uma das situações enfrentadas pelos enfermeiros em todas as áreas de atuação, sendo uma emergência é, também, uma situação de *life-saving* que além de grave é decisiva na vida do doente.

Para que sejam realizados os procedimentos necessários no atendimento ao doente com PCR é necessário que os enfermeiros estejam habilitados, tenham conhecimentos técnicos e científicos atualizados e utilizem os equipamentos necessários.

A PCR é uma situação de grande stress uma vez que, a única forma de sobrevivência do doente é a identificação precoce do episódio de PCR a fim de possibilitar o retorno espontânea da circulação e da respiração, com o mínimo de sequelas. A PCR é uma intercorrência inesperada em diversos momentos, constituindo uma grave ameaça na vida da pessoa, principalmente das que sofrem um colapso não presenciado e dos doentes hospitalizados em estado crítico (*Bellan, 2006, p. 42*).

Uma peri-paragem na maioria das vezes antecede uma paragem e prende-se com a instalação rápida e súbita de sinais de gravidade que vão condicionando o bem-estar da pessoa levando a uma disfunção múltipla e originando uma PCR. Como se sabe, cada vez mais a afluência de pessoas aos serviços de urgência dos Hospitais aumenta exponencialmente o que faz com que seja mais difícil priorizar e estar atento a determinados sinais que no momento podem não ser de gravidade, mas que em poucos minutos podem originar uma falência severa comprometendo a vida da pessoa. Daí a importância da perícia do enfermeiro.

Para Madeira (2011, p.64) a incidências de PCR intra-hospitalar anda na ordem dos 1-5 doentes por cada 1000 internamentos, estes dados foram retirados do

“American Heart Association Nacional of CPR que indica a sobrevivência de alta hospitalar depois de PCR intra-hospitalar de 17,6% (todos os ritmos)”.

A mesma autora salienta que nestes casos a PCR não é uma situação inesperada, mas que a falência progressiva, com sinais de alerta, leva à hipoxemia e à hipotensão que passam muitas vezes despercebidos ou são inapropriadamente tratados, os sinais de agravamento, com potencial risco de vida são semelhantes, refletindo-se como insuficiência respiratória, cardíaca ou deterioração neurológica.

A doença cardíaca isquémica é a principal causa de morte no mundo (Madeira, 2011) e na Europa as doenças cardiovasculares representam cerca de 40% de todas as mortes antes dos 75 anos. É por esse motivo fundamental reconhecer os sinais de agravamentos, como estratégia para a prevenção da PCR.

Segundo Madeira (2011, p 65) refere que nos doentes hospitalizados a PCR não é imprevista nem súbita e em cerca de 80% dos casos verifica-se a deterioração progressiva do doente, sendo as manifestações clínicas mais frequentes a dificuldade respiratória, a elevação de Frequência Cardíaca (FC) e a diminuição do débito cardíaco. Outras manifestações comuns são hipotensão, prostração, letargia, estado conjuncional ou deterioração do estado de consciência, alterações metabólicas particularmente acidose, a dispneia, o aumento da Frequência Respiratória (FR) e diminuição da saturação de oxigénio.

Consideram-se determinantes para a melhoria de resultados no socorro à vítima em PCR a cadeia de sobrevivência. Esta é composta por quatro elos em que o funcionamento adequado de cada elo e a articulação eficaz entre os vários elos é vital para salvar uma vida.



Fonte: INEM (<https://www.inem.pt/2019/05/30/cadeia-de-sobrevivencia-2/>)

Figura 1: Cadeia de sobrevivência

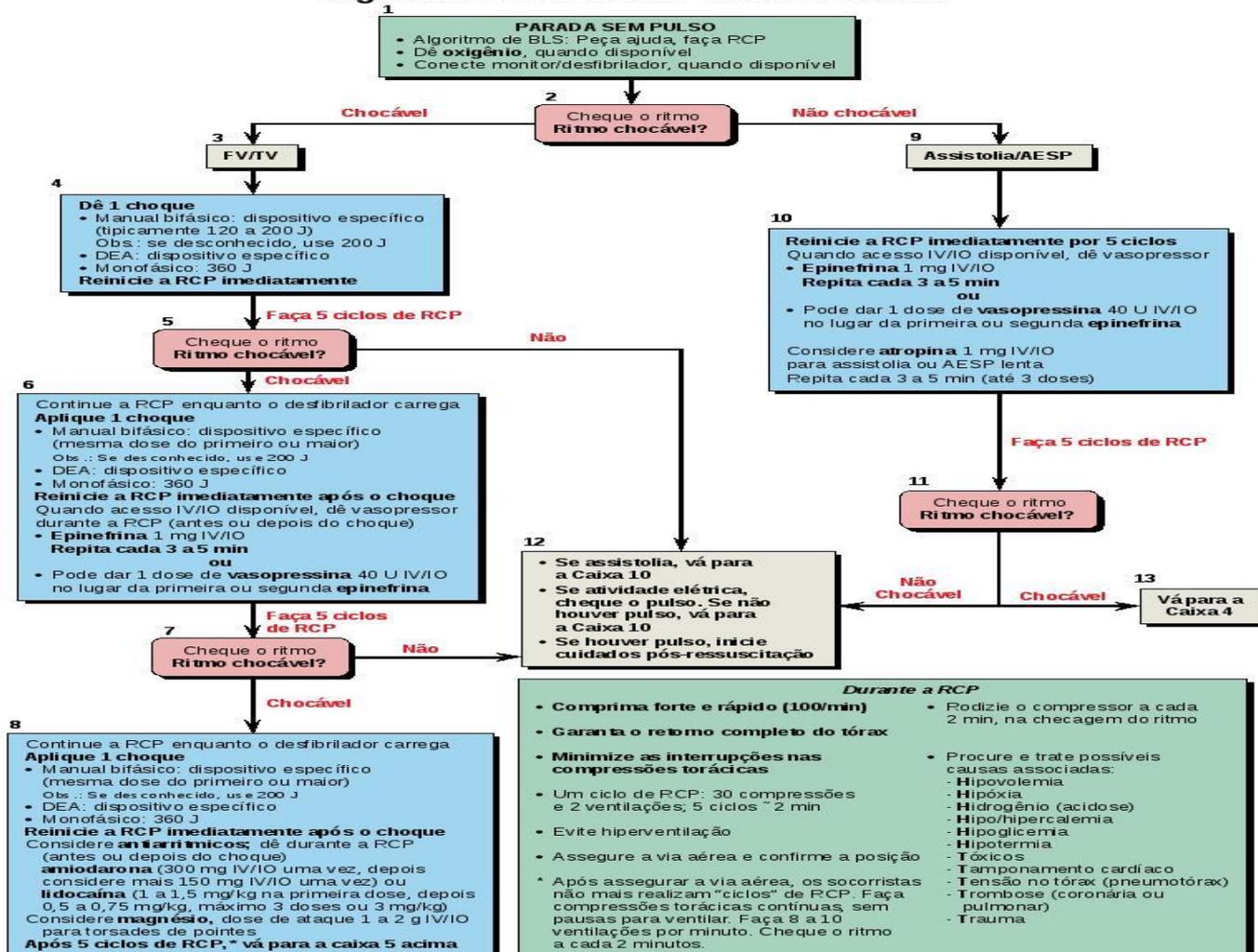
3.6 RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)

A Ressuscitação cardiopulmonar (RCP) tem por finalidade promover a circulação do sangue oxigenado do coração para o cérebro, até que as funções, cardíaca e ventilatória, espontânea sejam restabelecidas. O atendimento à PCR deve ser realizado por etapas que vão desde o reconhecimento precoce de sinais de agravamento, até ao início de manobras de SAV.

O SBV consiste em oxigenação e na perfusão dos órgãos vitais por meio de medidas simples. Este inclui intervenções que podem ser realizadas rapidamente por leigos e/ou por profissionais de saúde treinados, garantido o reconhecimento das emergências.

Resumindo, para aplicação da RCP devem ser seguidas as etapas do algoritmo vigente nomeadamente, diagnóstico rápido da pessoa em risco de paragem cardiorrespiratória (PCR,) acionamento da equipa de emergência ou equipa de reanimação, posicionamento da vítima em superfície plana e rígida, abertura e desobstrução das vias aéreas, verificação de movimentos respiratórios, pessoa disponível para iniciar as manobras de compressão torácica e ventilação. (Madeira, S. 2011, p. 18).

Algoritmo Parada sem Pulso do ACLS



Traduzido por Edison

Fonte: American Heart Association (ACLS-Manual-do-profissionalpd/20/9/2019)

Figura 3-Algoritmo do SAV

3.7- A EXPERIÊNCIA E AÇÃO DOS ENFERMEIROS

A Enfermagem é uma disciplina da saúde voltada para o cuidar, abrangendo diretamente os enfermeiros que demandem maior capacidade e conhecimento, variando de acordo com a complexidade de cada situação.

O enfermeiro vivencia várias situações no seu cotidiano profissional e com isso, aumenta a sua aprendizagem e as suas qualidades. A PCR é uma situação de

risco elevado e de difícil reversão e por isso, cabe ao enfermeiro realizar os procedimentos de forma rápida e precisa, para evitar/minimizar sequelas ou até mesmo morte do doente.

Os objetivos do enfermeiro durante uma PCR são a recuperação e preservação da vida do doente. Porém, o enfermeiro e a equipa multidisciplinar por vezes, experimentam a sensação desagradável de frustração e tristeza quando um doente morre. Além disso, a PCR é uma condição clínica de abordagem complexa e a RCP é um procedimento difícil de realizar com algoritmos muito específicos, que implicam conhecimento e domínio prévio com interpretação de sinais/sintomas e eletrocardiografia.

O enfermeiro deve ser detentor de conhecimento sobre as causas e abordagem específica perante uma PCR e ter formação contínua acerca de RCP, além de que este deve conhecer bem o carro de emergência (devendo estar bem organizado por materiais, medicação e instrumentos que possam ser necessário utilizar).

Para *Lacombe* (2000) o facto de os profissionais de saúde intervirem e lidarem com situações inesperadas, desesperadas, traumatizantes, sem segurança, com emoções no limite, frustrações e morte iminente pode provocar uma panóplia de comportamentos. Esta panóplia de vivências pode afetar de forma direta, positiva ou negativamente o desempenho nos cuidados prestados pelos profissionais.

Assim, a personalidade, o nível de stress atual, e a lembrança de experiências passadas relacionadas com o acontecimento em causa influenciam, o modo de agir dos profissionais, bem como, a falta e/ou a escassa presença de formação.

Para algumas pessoas, as reações são imediatas, enquanto para outras, elas podem produzir-se algumas horas ou alguns dias mais tarde, pois “(...) cada pessoa reage de maneira diferente a um acontecimento (...)” (*Lacombe*, 2000, p. 29)

Abreu (2002, p. 40) refere que a vivência é “(...) constituída por estados de espírito. (...) Estados de espíritos mais complexos como sentimentos, ou mais elementares como uma sensação, uma recordação ou apenas uma ideia, mas sempre em relação com algum objeto, porque ter consciência é ter consciência de alguma coisa.”

Desta forma, é fundamental definir o estado de espírito mais complexo, uma vez que os sentimentos se encontram diretamente relacionados com as dificuldades que nos são apresentadas e condicionam as nossas atitudes.

Para *Marque e Rainer (cit. In Freitas e Magalhães, 2007, p.82)* o controlo das emoções, perante determinadas situações, é uma capacidade do qual o homem se serve para estar apto a seleccionar os comportamentos ajustáveis.

A ilação que se retira desta ideia é que o Homem enquanto ser racional consegue ter a capacidade de autocontrolar-se, gerir situações de stress e adaptar-se às necessidades do momento, nomeadamente perante o doente crítico e/ou perante uma situação de peri-paragem ou PCR sendo que adapta o seu comportamento e postura mediante as suas experiências pessoais e profissionais.

4 - METODOLOGIA DO PROJETO DE TRABALHO

Segundo Simões (2002, p.1), os projetos podem dizer respeito a “[...] grandes metas que se perseguem e estão associados a uma certa filosofia de intervenção [...], a realizações concretas, mas que envolvem um elevado grau de complexidade e têm um significado especial para os seus autores [...]”.

Assim, surge o conceito de Metodologia de Projeto como “[...] um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas” (Leite et al., 2001, cit. in Ruivo, 2012).

Esta metodologia, que tem como objetivo analisar e resolver os problemas em equipa através da utilização de diversas técnicas, não é um processo inalterável, ou seja, é um processo flexível e dinâmico que vai evoluindo ao longo do tempo e sendo construído e reconstruído consoante as necessidades de investigação. No entanto há um conjunto de características que lhe estão sempre associadas: ser uma atividade intencional; pressupor autonomia e iniciativa de quem o realiza; ser autêntico; envolver complexidade e incerteza; ter um carácter prolongado e faseado (Simões, 2002, p.32).

Neste sentido, no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica e com o objetivo de dar resposta ao plano de estudos, foi proposto o desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço utilizando a metodologia de projeto, tendo sido desenvolvido no Serviço de Urgência do Hospital de Braga.

Segundo Tavares (1990, cit. in Ruivo, 2012), a metodologia de projeto é constituída pelas seguintes etapas: i) Diagnóstico de Situação, ii) Definição dos objetivos, iii) Planeamento, iv) Execução, v) Avaliação, vii) Divulgação dos resultados.

Estas etapas serão abordadas e desenvolvidas nos subcapítulos seguintes de acordo com as considerações éticas e deontológicas.

4.1- CARATERIZAÇÃO SUMÁRIA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA ALVO DO ESTUDO

A sala de emergência que integra o serviço de urgência é, uma unidade de nível III, isto é, possui quadros próprios com equipas médica e de enfermagem funcionalmente dedicadas. Deste modo, e cumprindo os requisitos da Direção geral de saúde (DGS) (2003b), dispõe de meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica assim como medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em emergência/urgência. Assume-se, portanto, como um serviço dotado de infraestruturas com características específicas, profissionais altamente qualificados e equipamentos especializados com capacidade de assumir integralmente doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais.

Esta unidade situa-se no primeiro piso do Pólo Tecnológico do HB e é constituída por uma sala designada Unidade de decisão clínica (UDC) 1, outra designada UDC2, área de trauma, área médica, triagem com 3 postos, sala de emergência, UCISU e área pediátrica constituída por triagem com 1 posto; uma Unidade de decisão clínica, UDC de crianças e uma UDC de adolescentes.

No ano de 2010 o SU admitiu 56360 pessoas, pelo que foram assistidas, em média, cerca de 150 pessoas por dia. O SU Geral é um serviço misto que admite, quer utentes do sexo masculino, quer do sexo feminino, com idade igual ou a 18 anos. Tem habitualmente em presença física, no próprio serviço, 3

especialidades médicas, nomeadamente, Medicina Interna, Cirurgia Geral, e Ortopedia e ainda Obstetrícia/Ginecologia a funcionar em áreas próprias.

Por outro lado, conta ainda com o apoio - em horário condicionado ou de prevenção – da especialidade de Nefrologia, Cardiologia, Urologia, Psiquiatria, Otorrinolaringologia, Anestesiologia, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Bloco Operatório, Imuno-hemoterapia, Imagiologia (Radiologia convencional, Ecografia simples, TAC, Angiografia Digital e RMN), Patologia Clínica, Gastrenterologia, Cardiologia de Intervenção e Cirurgia Plástica e Reconstructiva. No entanto, como referido determinadas circunstâncias (queimados, cirurgia vascular, neurocirurgia, por exemplo), justificam a necessidade de referência suprarregional ou, mesmo, nacional.

O palco desta dinâmica é um espaço físico com sala de admissão/espera não partilhada com o SU pediátrico onde chegam as pessoas que se deslocam por meios próprios, que acede a uma sala de ante-espera com acesso à sala de triagem e ao corredor do SU Geral. Este permite o acesso direto dos doentes que chegam de ambulância com uma porta automática para o exterior e constitui o elo de ligação dos vários compartimentos do SU Geral, nomeadamente as diferentes áreas de observação clínica que acolhem as pessoas que recorrem a este serviço: os balcões, a sala de pequena cirurgia, a sala de ortopedia, a sala de monitorizações, a sala de observações, a sala polivalente e a sala de emergência.

Apresentam-se assim, dados estatísticos do hospital cedidos pelo Gabinete de Comunicação e Marketing A SE, pela importância que assume no PIS, merece uma descrição suficientemente pormenorizada para a perceção do seu espaço físico.

Tabela 2- Áreas de influência do Hospital de Braga

	1º Linha	2º Linha			
REDE	Zona A (Influência directa) HB	Zona B (HSMM Famalicão)	Zona C (HSMM Barcelos)	Zona D (CHAA Guimarães/Fafe)	Zone E (ULS Alto Minho)
ACES	Cávado I (Braga) e Cávado II (Gerês/Cabreira)	Ave III (Famalicão)	Cávado III (Barcelos/Esposende)	Ave II (Guimarães/Vizela) e Ave I (Terra de Bastos)	

O local onde decorreu o estágio localiza-se na sala de emergência do serviço de urgência do Hospital de Braga. O serviço em questão localiza-se numa posição estratégica, perto da entrada externa do SU, e simultaneamente com capacidade de articulação fácil com o serviço de imagiologia, unidade de decisão clínica 1 e 2, UCISU (unidade de cuidados intermédios do serviço de urgência) ou outras áreas do SU. O acesso a outros serviços fulcrais como o Bloco Operatório ou Unidades de Cuidados Intensivos implica a utilização de elevadores. Está equipada com os meios de diagnóstico, de monitorização e terapêuticos, essenciais para a correta abordagem do doente crítico.

Possui 2 unidades com equipamento comparável ao existente nas Unidades de Cuidados Intensivos, nomeadamente 2 camas amovíveis e articuladas, monitores capazes de fornecer dados da saturação periférica de O₂, eletrocardiograma contínuo, medidor de tensão arterial direta ou indireta, pressão venosa central, capnografia, 1 computador em cada sala com acesso a internet e às plataformas de saúde para consulta de processo clínico e acesso a prescrição de terapêutica e exames complementares de diagnóstico necessários, entre outros.

Cada unidade dispõe de uma rampa com oxigénio, sistema de aspiração e ar comprimido assim como um ventilador totalmente equipado e pronto a utilizar. Junto a cada unidade encontram-se módulos com material de cateterização venosa e de acesso à via aérea. Existe um módulo com material de “via aérea difícil” que inclui kit de cricotomia e de traqueostomia percutânea assim como dispositivos facilitadores de acesso à via aérea. Numa posição de fácil acesso

encontra-se ainda um monitor/desfibrilhador portátil com pacemaker externo também pronto a utilizar. Fazem ainda parte do equipamento um ventilador portátil e um ventilador não invasivo, ambos totalmente equipados e testados.

Também se encontra na sala todo o equipamento necessário à estabilização do politraumatizado incluindo colares cervicais, imobilizadores laterais da cabeça e “plano duro”. Todo material necessário para realização de procedimentos invasivos como colocação de cateteres venosos centrais (CVC) ou arteriais (CA), toracocentese, entre outros. É importante referir que as duas unidades “fixas”, da SE não permite observar mais doentes, já que a sua constituição física não é propícia. A SE está na dependência do SU pelo que a sua atividade é assegurada pela equipa enfermagem deste serviço.

Durante o turno diurno e noturno um enfermeiro detentor de SAV e Suporte avançado de trauma (SAT) é previamente destacado para a sala de emergência e fica responsável por esta sala. Sempre que se antevê a chegada de uma emergência do pré-hospitalar ou quando uma emergência surge no decorrer do turno no intra-hospitalar é acionada a emergência interna através do número 44112 ou 2222 e a equipa médica da UCIP que estiver de serviço desloca-se de imediato à SE ou ao local onde a emergência decorre juntamente com o enfermeiro destacado para a SE abordando desta forma o doente crítico.

Assim, a equipa da sala de emergência é constituída pelo enfermeiro e pelo assistente operacional. A equipa de atendimento inicial é composta por um médico, dois enfermeiros e um assistente operacional.

No entanto, em cada caso, pode ser necessário um ajuste, na composição das equipas, às necessidades do doente, possibilitando uma atuação eficaz e melhorando assim o seu prognóstico (Almeida, 2013).

Todos elementos da equipa multidisciplinar devem ter formação específica na área, nomeadamente os cursos de Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado em Trauma (Ferreira et al, 2008).

Quando necessário, o líder de equipa pede a colaboração a médicos destacados de outras especialidades como Medicina Interna, Cirurgia, Ortopedia,

Neurologia, Cardiologia, Gastreenterologia, entre outros. Estes atuam em consonância, apoiando-o nas decisões referentes às necessidades terapêuticas e de diagnóstico, específicas de cada caso.

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica são contínuos e altamente qualificados, o que permite uma vigilância e monitorização mais apertada de forma a prever e detetar precocemente complicações.

De acordo com o Regulamento nº4297/2018, que caracteriza as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, os cuidados de enfermagem “[...] exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento nº249//2018, 16 de julho).

4.2- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da Metodologia de Projeto, na qual se propõe a elaboração de um modelo descritivo da realidade na qual se pretende atuar e mudar, ou seja, identificar uma problemática clínica de enfermagem no decorrer do estágio e sobre a qual incidirá a ação.

Segundo Ruivo & Ferrito (2010), nesta fase deverá ser realizada uma análise integrada das necessidades da população de forma a desenvolver estratégias e ações, canalizando os recursos disponíveis e a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde, motivando-os.

Esta etapa caracteriza-se por ser dinâmica, permanente e contínua, ou seja, vai se aperfeiçoando ao longo do tempo tendo em consideração as alterações da realidade.

Este relatório de estágio, intitulado de “Papel da formação na *atuação da equipa da sala de emergência nos cuidados à pessoa em situação crítica*”, enquadra-se na área do desenvolvimento de equipas de alto desempenho.

A escolha desta área de intervenção prende-se com dois fatores: ser uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e ser uma área que reflete a qualidade e diferenciação dos cuidados que prestamos aos doentes.

Neste sentido, uma intervenção baseada numa rápida identificação do problema e atuação precoce prevenindo complicações não pode ser banalizada e colocada em segundo plano, pois representam situações emergentes que necessitam de cuidados imediatos.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011), para além da prevenção e controlo associada aos cuidados de enfermagem, também compete ao enfermeiro especialista a prevenção de complicações, ou seja, “[...] a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência (...) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (OE, 2011, p. 5).

A equipa que integra a sala de emergência é escolhida pelo Enfermeiro-chefe do serviço. A escolha em questão prende-se com um conjunto de fatos avaliados pelo mesmo, nomeadamente, formação em serviço, formação complementar externa, perfil para fazer sala de emergência, capacidade de tomada de decisão e capacidade de lidar com situações de stress. Numa primeira instância para se integrar a sala de emergência pressupõem-se que o enfermeiro em questão seja detentor de SAV realizado em contexto hospitalar. É realizada uma proposta pelo Enfermeiro-chefe ao enfermeiro por ele escolhido para que o mesmo realize esta formação e desta forma possa iniciar o seu percurso na sala de emergência.

A integração do enfermeiro enquanto novo elemento da equipa que faz sala de emergência, passa por um período de integração definido caso a caso pelo Enfermeiro-chefe, tendo em conta a experiência do enfermeiro, capacidade de adaptação à sala de emergência, ou seja, a esta nova dinâmica.

Os primeiros turnos que o enfermeiro integrante da equipa da sala de emergência faz, é em conjunto com um colega mais experiente que o vai orientando dando-lhe possibilidade de realizar procedimentos e adaptar o método de trabalho à sala, mas com supervisão direta e partilha de experiências. Em termos de integração esta depende de vários fatores como disponibilidade por parte dos colegas mais experientes e gestão de recursos humanos. O facto de ser necessário mais um enfermeiro no turno em questão para possibilitar a integração do colega implica um gasto acrescido pelo que o período de integração habitualmente tem de acontecer de forma relativamente rápida. O tipo de emergências que vão surgindo também contribui para a integração do enfermeiro em questão. Dá-se por concluída a integração quando o colega integrador manifesta uma opinião favorável ao Enfermeiro-chefe do novo elemento da equipa e quando este último, por fim se sente apto para começar a ter momentos em que fica sozinho na sala de emergência.

O estágio na sala de emergência do SU permitiu constatar, de modo imediato, que os vários profissionais adotavam diferentes procedimentos perante um doente crítico em peri-paragem ou PCR. Esta constatação deve-se ao facto de ser enfermeira que trabalha no serviço de urgência de um hospital central motivo pelo qual me permite ter uma visão mais ampla do que é um doente crítico e qual a abordagem a ter.

Com isto pretende-se demonstrar que efetivamente foi constatado que apesar dos cuidados ao doente crítico serem transversais, cada enfermeiro consoante a sua experiência adotava uma estratégia diferente sendo que por vezes, a falta de protocolos/uniformização de atuação levava a algumas “confusões” na sala de emergência que em alguns momentos podia atrasar a pertinência dos cuidados prestados ao doente ou por outro lado, a pouca experiência dos enfermeiros mais novos podia condicionar o bom funcionamento da sala de emergência interferindo com a prestação de cuidados exímios.

Na questão de falta de protocolos, existem efetivamente protocolos bem delineados relativos à forma de atuação perante determinadas situações nomeadamente no doente crítico que se baseiam de uma forma simplista na aplicação de SAV. Contudo, cada situação requer um cuidado e perícia muito próprios que vão mais além da aplicação do SAV ou do protocolo de transfusão massiva propriamente dito, obrigando desta forma, o enfermeiro alocado à sala de emergência a adaptar os cuidados e quase de forma mecanizada atuar rapidamente.

O problema que se visualiza é que, dependendo da experiência de cada enfermeiro e do hábito instituído entre equipas, a aplicação do algoritmo de suporte avançado de vida varia bastante. Com isto, o que se pretende demonstrar é que a capacidade de antecipação de situações inesperadas fica muitas das vezes condicionada não só pela inexperiência do enfermeiro como pela forma como são priorizados os cuidados ao doente crítico levando a situações de inconformidade.

Numa equipa de sala de emergência multidisciplinar em que os profissionais contemplados são diferenciados e existe um *Team Leader*, é fundamental delegar funções e simultaneamente controlar a equipa de forma a ter noção daquilo que cada elemento está a fazer sabendo inclusive, a capacidade que cada um tem.

As equipas de alto desempenho têm precisamente por base, um grande conhecimento dos seus elementos adotando uma postura uniforme e de interajuda em que todos os elementos se conhecem e confiam no trabalho uns dos outros tendo desta forma o *Team Leader* a capacidade de reconhecer as lacunas de cada elemento fazendo um ajuste adequado das funções delegadas.

O exemplo prático disto, é quando temos um enfermeiro que não está tão familiarizado com a preparação de terapêutica de emergência e o *Team Leader* solicita a outro enfermeiro da equipa a preparação da terapêutica e atribuí como função a este enfermeiro o controlo da via aérea. Quando se afirma que não existe um protocolo delineado em contexto de sala de emergência prende-se com o facto de por vezes não existir propriamente um *Team Leader* definido e

como tal cada elemento que lá está opina e direciona os cuidados ao doente crítico à sua maneira, gerando alguns equívocos na prestação de cuidados e quezílias. As funções não devidamente atribuídas, ou seja, o não saber o que cada elemento tem de fazer, fazendo cada um à sua maneira diminui a qualidade de cuidados e proporciona atrasos nos cuidados prestados.

Perante esta situação e após o conhecimento que o trabalho na sala de emergência é uma temática que faz parte do nível de formação da própria unidade, foi definido o seguinte problema:

Não conformidade dos procedimentos de enfermagem pelas equipas da sala de emergência nos cuidados à pessoa em situação crítica.

Colocado o problema, podemos intuir que a formação pode ter um impacto significativo e direto no desempenho dos enfermeiros principalmente, pela importância da uniformização dos métodos de atuação decorrentes da formação de grupo que permitirá uma melhor otimização a nível coletivo seguindo uma linha de pensamento transversal permitindo um melhor entendimento entre todos os profissionais. Desta forma, a formação colmata as lacunas existentes neste tipo de abordagem e proporciona um entrosamento e melhor desempenho por parte de todos profissionais envolvidos.

Esta constatação incentivou a aplicação de uma grelha de observação com o objetivo de observar de forma imparcial e isenta de juízos de valor a dinâmica e aplicação dos procedimentos baseados em protocolos e *guidelines*.

Após apresentação desta problemática ao Enfermeiro Chefe do serviço e ao orientador de estágio foi aplicada a grelha.

4.3-AMOSTRA E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Com o objetivo de caracterizar a amostra estudada assim como analisar os conhecimentos e os procedimentos que os enfermeiros adotam perante uma peri-paragem e/ou uma PCR, também foi utilizado o método de observação direta e descritiva da realidade observada, através da aplicação de uma grelha de observação, porque de acordo com *Quivy & Campenhoudt* (2003, p. 199) “

[...] a autenticidade relativa dos acontecimentos em comparação com as palavras e com os escritos. É mais fácil mentir com a boca do que com o corpo”.

A população alvo deste projeto englobou todos os profissionais de enfermagem do serviço urgência que estivessem alocados à sala de emergência do HB, sendo critério de inclusão o trabalho permanente neste serviço e critério de exclusão ser chefe do serviço de urgência. A grelha de observação foi construída com base em 17 indicadores que correspondem a conceitos que monitorizam a realidade social observada.

Tabela 3- Grelha com parâmetros de observação em contexto de estágio na sala de emergência

INDICADORES	1º caso	2º caso	3º caso	4º caso	5º caso	6º caso
Auto-controlo						
Autonomia						
Capacidade de ouvir						
Controlo do enfermeiro sobre o ambiente envolvente						
Comunicação efetiva - assertiva						
Comunicação eficaz entre os profissionais						
Delegação de funções						
Disponibilidade para aprendizagem continua						
Função do <i>TEAM LEADER</i> assegurada						
Gestão de recursos humanos						
Organização estrutural da sala de emergência						
Planeamento e ação						
Realização de teste ao ventilador						
Relação interprofissionais						
Reposição de materiais diversos nos carrinhos						
Tolerância ao stress						
Trabalho de equipa						

Assim, após a reflexão dos parâmetros a serem aplicados na observação do desempenho dos enfermeiros alocados à sala de emergência foi contruída a grelha supracitada, cujo cada indicador vai ser definido no parágrafo seguinte, bem como, aquilo que de forma objetiva se pretende observar.

Para a aplicação da grelha supracitada a discente recorreu à observação empírica tendo-se recorrido das pesquisas realizadas para definir de acordo com os autores supracitados cada item da grelha a observar. Foi assim, apresentada uma definição de cada item e desenvolvido no parágrafo seguinte o que se pretende concretamente observar em cada um dos itens da tabela com o intuito de ficar perceptível aquilo que é suposto ser observado na prática e de forma imparcial.

a) Autonomia: Os sistemas sociais que proporcionam competências transversais e generalizáveis, criam estruturas e fatores de oportunidade, fornecem recursos de suporte, e ainda permitem espaço para a autonomia individual, potenciando desta forma as hipóteses de cada pessoa se realizar naquilo que deseja (Bandura A., 1989;, 1996, p.54).

É a capacidade de gestão de situações /controlo da situação, é quando os indivíduos são envolvidos ao nível das decisões inerentes à prática profissional, o que indica que têm autonomia para resolver problemas ou para fazer escolhas que permitam alcançar resultados pelos quais serão responsabilizados mais tarde.

De forma, objetiva prende-se com a capacidade de tomada de decisão do *Team Leader* sobre as técnicas a desenvolver e a delegação de tarefas/funções nos restantes elementos de equipa, otimizando o trabalho.

b) Capacidade de ouvir é um critério fundamental no trabalho de equipa. Reflete a capacidade de um bom líder, saber ouvir a opinião dos outros, respeitando-a e fazendo-se valer da mesma para melhorar a dinâmica do trabalho, nomeadamente a situação clínica do doente e priorizando o que é prioritário, fomentando desta forma a coesão grupal.

O que se pretende com a observação do profissional é perceber se a comunicação estabelecida está a ser eficaz e efetiva melhorando o desempenho dos profissionais.

c) Autocontrole: De acordo com *Bandura* (1986), cada indivíduo possui um autossistema que o permite exercer uma avaliação sobre o controle que exerce sobre seus pensamentos, sentimentos, motivação e ações. Este sistema providencia referências mecânicas e um conjunto de subfunções para perceber, regular e avaliar o comportamento. Estes resultados são provenientes da interação entre esse sistema e as influências do ambiente.

Prende-se com a capacidade de gerir situações desagradáveis e controlar a dinâmica da sala de emergência que muitas vezes condicionam o bom funcionamento da equipa representando repercussões para o tratamento e clínica do doente.

Perceber a capacidade do profissional gerir situações de tensão despoletadas entre classes profissionais (médico-enfermeiro, enfermeiro-auxiliar, enfermeiro-enfermeiro, médico-médico).

d) Tolerância ao stress: As crenças pessoais nas próprias capacidades também estão relacionadas aos processos afetivos, influenciando o nível de estresse e ansiedade experimentados frente a situações percebidas como ameaçadoras. A percepção de uma situação aversiva pode não ser tão estressante quanto a crença na ineficácia pessoal para administrá-la (Barrera, 2010; Sá, 2006 p. 67).

É fundamental em qualquer situação, mas principalmente na abordagem ao doente crítico. É a capacidade de gerir situações de stress e quezílias que possam surgir devido a opiniões díspares dos profissionais perante uma situação altamente stressante, ou gestão da pressão implementada e sentida na gestão de tempos.

Observar a capacidade do enfermeiro responsável pelo doente crítico naquele momento gerir as opiniões e tempos de forma coesa assegurando sempre o bem-estar do doente crítico.

e) Trabalho de equipa pressupõe a capacidade de gestão dos elementos de equipa com delegação de funções, evitando-se “atropelos” no desempenho dos profissionais envolvidos.

Verificar se é assegurada a distribuição de tarefas pelos diversos elementos da equipa ou se fica instalada a confusão.

f) Disponibilidade para aprendizagem continua: Bandura (2001, p.25) conceitua desempenho como a maneira pela qual o indivíduo soluciona os seus problemas. Portanto, um bom desempenho académico envolve, basicamente, o ato de solucionar problemas de maneira eficiente. O autor enfatiza que, além da capacitação, as crenças pessoais de autoeficácia e de avaliações futuras são os fatores que subjazem ao desempenho. Constituem o principal fator do desempenho – além da capacitação – as crenças pessoais de eficácia e de avaliação posterior ao desempenho. Os tipos de resultados que as pessoas antecipam às suas ações dependem do julgamento feito sobre a sua capacidade de agir em determinadas situações: aquelas que se julgam altamente eficazes irão esperar resultados favoráveis das suas ações, o oposto do que ocorre com indivíduos com baixa crença de autoeficácia (Nunes, 2008, p.28).

É fundamental e imprescindível devendo ser a característica base de qualquer profissional nomeadamente em contexto de enfermagem e principalmente do enfermeiro especialista. Pressupõe pesquisas, estudo e atualizações constantes, dotando desta forma o profissional de conhecimentos teórico-práticos fundamentais para a sua prática e bom desempenho profissional perante o doente crítico.

Perceber se existe disponibilidade e interesse do profissional em manter-se atualizado e se tem conhecimentos das *guidelines* e protocolos atuais. Pretende-se observar a participação no *debriefing* perante os casos práticos do doente crítico.

g) Controlo do enfermeiro sobre o ambiente envolvente: implica o enfermeiro ser detentor de uma boa capacidade de comunicação e gestão. Tem de transmitir conhecimentos sólidos que lhe atribuam credibilidade de forma a ser respeitado enquanto líder podendo gerir todas as situações em contexto da sala de emergência sabendo exatamente o que se está a passar com cada profissional e em cada momento assegurando sempre a segurança dos cuidados ao doente crítico.

Verificar se o *Team Leader* detém conhecimento de tudo o que se está a passar à sua volta assegurando funções específicas dos colegas e evitando situações de repetição de tarefas atrasando muitas das vezes o tratamento do doente. Por exemplo: o enfermeiro responsável por preparar a medicação só prepara medicação e o que está responsável por punccionar apenas assegura o acesso e administração de fármacos.

h) Relação interprofissional pressupõem-se que seja positiva, aberta e isenta de juízos de valor. Cada profissional tem a sua função bem delineada e o respeito por essa função bem como a complementaridade que se pressupõem entre estas duas classes profissionais é fundamental. Tem de haver uma postura de parceria e inteira confiança, não cedendo em momento algum a atos de teimosia. O trabalho deve ser sempre em equipa, complementando-se funções.

Pretende-se observar a relação de interajuda e comunicação existente entre as diferentes classes profissionais.

i) Planeamento e ação – *Bandura* (2001, p. 23) reconhece a importância do pensamento no controle de nossos comportamentos. O pensamento por sua vez é concebido como um instrumento adaptativo que aumenta nossa capacidade de enfrentar o ambiente de maneira eficaz, pois permite a representação e manipulação simbólica dos acontecimentos e suas inter-relações, representações estas decorrentes também da abstração de propriedades comuns nos objetos e fatos o que possibilita a economia da organização da ação adaptativa, ao mesmo tempo em que propicia a generalização desta ação em outros contextos (*La Rosa*, 2003, P. 21).

É o plano traçado pelo *Team Leader* e as ações implementadas em consonância com a equipe. O objetivo prende-se com o tratamento direcionado para o doente crítico.

Pretende-se observar se é efetuado um plano de intervenções previamente delineado no caso de sabermos da chegada de um doente crítico à sala de emergência vindo do exterior e no caso de ser um doente do interior perceber se a estruturação deste plano de intervenção é ou não assegurada.

j) Comunicação efetiva–assertiva é algo indispensável numa sala de emergência e/ou na abordagem ao doente crítico. Implica uma comunicação clara, objetiva e direcionada às necessidades do doente. A finalidade é suprimir as falhas que possa haver colmatando atrasos na preparação e administração de terapêutica, monitorização do doente, preparação do transporte do doente para realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT´s) e/ou transferência intra ou inter-hospitalar, início de manobras de suporte básico de vida, entre outros. Neste tipo de comunicação tem de ficar claro quem faz o quê, não havendo dúvidas ou atrasos no desempenho das funções.

Pretende-se verificar se todos os elementos da equipa de enfermagem envolvidos cumprem com as tarefas que lhes estão atribuídas de forma clara e sem equívocos.

k) Comunicação eficaz entre os profissionais implica que a informação transmitida entre o emissor e o recetor seja clara, isto é, que o recetor perceba perfeitamente o que lhe foi transmitido e cumpra as indicações e vice-versa.

l) Gestão de recursos humanos é da responsabilidade do enfermeiro-especialista responsável de turno que tem de assegurar a distribuição uniforme e viável da equipa pelas diversas áreas do SU. Contudo, tem de assegurar o número de elementos necessário na sala de emergência para gestão do doente crítico. Por exemplo quando tem as duas salas de emergência a funcionar em

simultâneo, quando o enfermeiro alocado à sala de emergência tem de se deslocar com uma das emergências para os MCDT's, etc.

Pretende-se verificar se são disponibilizados e mobilizados profissionais de outras áreas para assegurarem o acompanhamento do doente crítico.

m) Organização estrutural da sala de emergência, significa que o enfermeiro especialista alocado à sala de emergência tem de organizar os componentes da mesma, de forma a adaptar ao doente crítico que tem à sua frente. Deve ser detentor de materiais organizados e gerir a disposição da sala quebrando o estilo standard que nem sempre resulta. O facto de em alguns casos ser necessário diminuir as luzes ou desviar móveis para realização de determinados exames como fibroscopia, avaliações por ortopedia no caso de determinados traumas, necessidade de fazer trações e ou estabilização de hemorragias, faz com que a disposição da sala tenha de ser alterada e adaptada para o bom funcionamento da mesma.

O objetivo é verificar a capacidade do enfermeiro responsável pela sala mobilizar a mesma de forma diminuir atrasos na avaliação primária e secundária do doente e garantindo o bom funcionamento da mesma, dando oportunidade das várias especialidades médicas fazerem uma abordagem completa do doente sem perdas de tempo.

n) Realização do teste ao ventilador *tem como objetivos* observar se são cumpridos os requisitos obrigatórios de verificar o ventilador antes do mesmo ser acoplado ao doente.

o) Reposição de materiais diversos nos carrinhos *visa* observar se é assegurado pelo enfermeiro responsável no início do turno que o seu auxiliar de saúde reponha os carrinhos de materiais, bem como, verificar se o enfermeiro assegura a reposição do carro de fármacos

p) Função do Team Leader assegurada implica verificar se o enfermeiro responsável pela sala de emergência assume o papel de *Team Leader* com

conhecimento dos colegas e se distribui funções, controla o cumprimento das tarefas por parte dos colegas, organiza a sala e informa o responsável de turno da chegada da emergência ou emergências.

O objetivo da aplicação desta grelha prende-se com uma constatação de fatos sem implicação de prejuízo para ninguém.

A grelha de observação (Apêndice III) pretende observar os comportamentos dos enfermeiros que atuam na sala de emergência ou em emergências internas com o intuito de perceber toda a dinâmica de atuação, a importância e impacto que a formação tem no desempenho destes profissionais.

O preenchimento da grelha consistiu na observação direta do desempenho dos enfermeiros durante as emergências. O que a discente fazia era observar toda a conjuntura, estar atenta aos aspetos que pretendia especificamente avaliar através da grelha e após o fim da emergência sentar-se e preencher a grelha de forma imparcial e de maneira a não esquecer nenhum tópico colocando *Observado* (S) ou *Não observado* (N) correspondente respetivamente a sim ou não consoante se verificava ou não a realização do item por parte do enfermeiro.

Por norma, sempre que possível procurava fazer um *debriefing* com o enfermeiro em questão para tentar perceber o que falhou, o que atrasou/dificultou a execução de determinado procedimento, mas sem lhe dar a conhecer que aquele momento foi alvo de avaliação.

Após este preenchimento chegava a casa e fazia um resumo síntese de cada caso observado para estabelecer um paralelismo com os restantes casos de forma a identificar as falhas sucessivas, os aspetos positivos e desta forma tirar ilações relativas ao desempenho dos enfermeiros em sala de emergência.

Neste sentido, a grelha foi aplicada a uma amostra total de 10 enfermeiros que trabalham na urgência (num total de 100, sendo que só 31 fazem sala de emergência) no período compreendido entre 1 de março e 31 de junho de 2019.

Assim, a grelha de observação foi aplicada durante o desenrolar das emergências na sala de emergência de determinado dia, a definir no decorrer do

mesmo, sendo que em cada momento foram tidos em conta os parâmetros definidos na mesma.

Inicialmente pretendia-se que a grelha fosse aplicada aos 31 enfermeiros da sala de emergência, no entanto só foi possível aplicar a 10 enfermeiros devido a diversos constrangimentos:

- No período de aplicação da grelha de observação vários eram os enfermeiros que frequentavam a sala de emergência;
- Uma vez que a aplicação da grelha de observação decorria no período do próprio turno era, por vezes, impossível a sua aplicação pela falta de emergências.
- Em vários momentos do turno quando existiam emergências era o mesmo enfermeiro de emergências anteriores a participar nesta.

4.4- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A temática das considerações éticas é fulcral para um estudo de investigação que envolva pessoas. Para tal, um estudo de investigação para ser desenvolvido tem de respeitar os princípios éticos subjacentes à investigação e considerar os princípios éticos inerentes ao tipo de estudo que se irá realizar, tais como o anonimato, a confidencialidade, a proteção dos participantes e permitir uma participação voluntária. Deve-se também garantir “o respeito dos princípios éticos de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça” (Asejo, 2002, Oguisso & Zoboli, 2006 e Fortin, 2009).

Na primeira fase deste estudo foi realizado um pedido formal à Comissão de Ética para a Saúde do hospital HB, com o preenchimento do formulário exigido, à Presidente da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde e ao Diretor de Serviço da Urgência para a realização desta investigação.

Após o parecer favorável de todas as entidades (**Apêndice III**) procedeu-se à aplicação da grelha a todos os enfermeiros que aceitassem participar no estudo, juntamente com o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.

Este Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (**Apêndice II**), consiste na explicação da natureza, dos objetivos, da finalidade do estudo e dos procedimentos através dos quais os dados serão colhidos. Assim, “[...] os participantes têm informações adequadas em relação à pesquisa; compreendem a informação e têm o poder da livre escolha, podendo assim participar voluntariamente na pesquisa ou declinar a participação” (*Polit et al.*, 2004, p. 87).

Os participantes sabiam que iriam participar num estudo, mas desconheciam o momento em que iriam ser observados para evitar a alteração de comportamentos/modo de atuação e conseqüente enviesamento de dados.

Todos os dados recolhidos neste estudo foram obtidos num ambiente com privacidade e tratados de modo anónimo, confidencial e exclusivo.

Os resultados posteriormente divulgados serão sempre sob a forma de um número representativo e nunca de uma forma individual, capaz de identificar os participantes desta investigação.

Neste sentido, pensa-se que os pressupostos éticos e deontológicos relativos à investigação foram cumpridos, de forma que os participantes fossem totalmente esclarecidos e pudessem tomar uma decisão livre e informada.

5- ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Dada a extensão de casos observados optou-se por selecionar 6 casos todos eles com contornos diferentes e de áreas distintas tais como: medicina, trauma, cardiologia e PCR.

A seleção destes casos prendeu-se com o fato de serem casos distintos, equipas diferentes e de áreas diferentes que suscitaram interesse e curiosidade pela abordagem em si e, a forma de atuação perante cada um o que permitiu alargar horizontes e perceber as diferentes formas de atuar perante o doente crítico, envolvendo várias especialidades e conseguindo desta forma estabelecer paralelismos entre as mesmas. Permitiu perceber as várias situações em que um doente estável pode tornar-se um doente crítico e como é importante ter um domínio e controlo significativo e seguro das nossas ações e da equipa com quem nos encontramos para prestar os melhores cuidados.

Assim, no caso nº 7 (ver **apêndice VI**) foi possível verificar que o *Team Leader* cumpriu com todos os itens da tabela à exceção do item teste ao ventilador, gestão de recursos humanos e disponibilidade para aprendizagem contínua que não foi possível avaliar por falta de aplicabilidade. Por outro lado, o enfermeiro alocado à sala de emergência neste caso prático cumpriu com o pretendido nos vários parâmetros tendo demonstrado autonomia com iniciativa de tomada de decisão com a determinação de colocar o doente na sala de emergência e delegação de funções nos demais elementos da sala de emergência. Demonstrou estar atento ao meio envolvente gerindo toda a disposição da sala de emergência à chegada do doente à mesma. Traçou um plano-ação de atuação perante a situação assegurando que todas as intervenções previamente delineadas eram cumpridas.

Demonstrou ter controlo sobre o ambiente envolvente tendo noção de todas as tarefas atribuídas/delegadas aos restantes membros da equipa. Conseguiu assumir o papel de bom ouvinte escutando com atenção todas as sugestões e confirmações de tarefas realizadas.

Manteve uma comunicação efetiva e direcionada/focada no doente e com eficácia com os outros profissionais delegando funções específicas e objetivas para organização da equipa, fazendo com que cada elemento soubesse exatamente o que fazer. Apresentou autocontrolo e gestão de stress tendo agilizado os cuidados prestados ao doente, nomeadamente a realização de MCDT's.

A reposição do carrinho não foi assegurada sendo uma falha frequente. Verificase dificuldade em agilizar a técnica de puncionar, por falta de material no carrinho uma técnica tão básica, mas que pode fazer toda a diferença na possibilidade de colocar acesso e administrar as drogas que darão sustentação ao doente.

Pode-se concluir que a função de Team Leader foi assegurada

.No caso nº 10 (ver **apêndice VI**) verificou-se que o *Team Leader* cumpriu com todos os itens da tabela supracitada com exceção do item gestão de recursos humanos, teste ao ventilador, reposição de material no carrinho e disponibilidade para aprendizagem contínua dado que não houve atualizações ou *debriefing*.

O *Team Leader* adotou postura e comportamentos coniventes com a função ocupada e a capacidade de comunicação efetivo-assertiva, bem como, a gestão do meio envolvente com respetiva organização da sala de emergência e a capacidade de ouvir, estabelecendo uma ligação entre médico-enfermeiro e demonstrado uma capacidade de autonomia e gestão de stress, foram pontos chave a destacar pela positiva no desempenho do profissional de saúde alocado à sala de emergência neste caso específico.

No caso nº 12 (ver **apêndice VI**) a função de *Team Leader* foi assegurada de forma adequada.

No início do processo quando o doente deu entrada na sala de emergência e dada a inexperiência do enfermeiro da triagem que não era portador de SAV deram-se algumas confusões como receios e hesitações que atrasaram o processo de ida do doente para a sala de emergência, mas que foram ultrapassadas com a chegada do enfermeiro alocado à sala de emergência.

A tolerância ao stress numa fase inicial estava comprometida, mas foi superada com o trabalho de equipa que foi sendo desenvolvido.

O profissional alocado à sala de emergência demonstrou ter autocontrolo perante uma situação de stress tendo controlado o ambiente envolvente, delegando de forma coerente as funções nos diversos elementos de equipa e estabilizando a mesma mantendo a calma. Conseguiu assegurar a monitorização rápida do doente e a colocação de um acesso para ministração de drogas enquanto as compressões eram mantidas. Cumpriu o algoritmo de SBV com transição para o SAV.

Demonstrou capacidade de estabelecer um plano-ação adequado à situação com delegação de funções específicas em cada elemento da sala de emergência. Apresentou escuta ativa valorizando as opiniões dos restantes elementos a equipa.

Assegurou o item da gestão de recursos humanos garantindo que a sala de emergência não ficava desfalcada dado o fato que quando esta emergência ocorreu encontrava-se na sala ao lado simultaneamente outra emergência.

Apresentou segurança no manuseio do desfibrilhador e congruência na aplicação do SAV garantido um elemento para a preparação da medicação, um elemento para as compressões e outro elemento para a aplicação de choques. Verificou-se uma rápida identificação da situação com acionamento dos intensivistas e monitorização do doente.

A reposição do carro de emergência e o teste ao desfibrilhador foram assegurados.

No final deste caso foi realizado o *debriefing* entre o enfermeiro alocado à sala de emergência e o enfermeiro da triagem que numa primeira instância recebeu o doente, com o intuito de partilharem experiências e melhorarem o desempenho rápido e efetivo ao doente crítico numa situação similar, detetando as lacunas existentes e os aspetos positivos e negativos. Verificou-se desta forma, o item aprendizagem contínua.

O caso nº 13 (ver **apêndice VI**) exige uma boa articulação entre *Team Leader* e especialidade médica. Verificou-se que houve uma rápida atuação e bom trabalho de equipa com articulação entre a equipa de emergência interna e os enfermeiros alocados à UDC2.

Foi assegurada na íntegra a função de *Team Leader* com gestão do meio envolvente, delegação das funções/tarefas de cada elemento da equipa, escuta ativa com partilha constante de informações e demonstração de autonomia e rápida capacidade de tomada de decisão com o traçar de um plano-ação. Esteve sempre presente uma comunicação efetiva-assertiva.

A reposição do carrinho e o teste ao ventilador não foram realizados tendo-se verificado inclusive que a falta de material no carrinho origina frequentemente atrasos na colocação de um acesso. No que concerne ao trabalho de equipa foi notório o cuidado em praticarem escuta ativa e partilharem informações que enriquecem o cuidado prestado ao doente a promover o desenvolvimento de competências nos enfermeiros envolvidos no processo.

Esta escuta ativa baseou-se na transmissão de informações relativas à condição clínica do doente com recurso a sugestões e aconselhamentos sobre aspetos a ter em conta e a vigiar com mais cuidado no doente nas horas subsequentes.

A gestão de recursos humanos foi assegurada pelo *Team Leader* em parceria com o responsável de turno. A aprendizagem contínua não foi possível avaliar dado não ter existido o *debriefing* no final deste caso.

No caso nº 18 (ver **apêndice VI**) a rápida atuação e articulação entre o enfermeiro alocado à sala de emergência e o enfermeiro localizado no balcão

médico demonstrou claramente que a comunicação efetiva-assertiva esteve sempre presente. Houve uma rápida tomada de decisões e um planeamento - ação sendo que a gestão de stress foi um processo mais complexo tendo o *Team Leader* perdido um pouco da capacidade de gerir a equipa tendo ao fim de alguns minutos restabelecido a uniformidade.

A gestão de recursos humanos foi algo que passou ao lado dada a natureza da emergência. A reposição do carrinho na sala de emergência não foi assegurada, bem como, a realização do teste ao ventilador.

Por fim, no caso **nº 19** (ver **apêndice VI**) constatou-se a presença de uma comunicação efetiva-assertiva entre médico e enfermeiro. Foi possível constatar a rápida prontidão com que os profissionais se articularam para atuar no controlo da hemorragia da puérpera. Esta é uma situação diferente das demais, visto que, não decorreu na sala de emergência, mas sim na Unidade de Cuidados Intermédios Médicos do Serviço de Urgência.

À chegada da equipa médica estava um alvoroço significativo com muitas indecisões e receios visíveis.

A função de *Team Leader* foi assegurada tendo o mesmo delegado as funções nos diferentes elementos da equipa, no entanto dada a complexidade e emergência da situação criaram-se momentos de tensão entre os profissionais o que dificultou a tolerância ao stress e gestão de autocontrolo que foi posteriormente restabelecido após imposição do *Team Leader*.

O meio envolvente não estava tão organizado e controlado como deveria, dado que o enfermeiro alocado á sala de emergência foi chamado repentinamente e estava a atuar noutro ambiente diferente do da sala de emergência.

A disponibilização de materiais, foi um processo moroso dada a pouca experiência do auxiliar disponível no momento.

Após estabilização momentânea da hemorragia no contexto do choque hipovolémico com hipotensão marcada, a doente foi transferida de emergência

para o bloco operatório para ser intervencionada. A doente foi acompanhada pela equipa de emergência tendo-se no fim constatado que o planeamento-ação foi um dos itens que foi cumprido, mas com alguma dificuldade, não se verificando uma unanimidade no início da atuação, mas que o *Team Leader* acabou no final por conseguir alcançar através de uma escuta-ativa.

A título de conclusão, pode-se constatar que em todos os casos observados o *Team Leader* cumpriu com as suas funções tendo conseguido manter uma posição de calma e de autocontrolo mesmo nas situações mais complexas. Verificou-se que a escuta ativa esteve presente em 4 dos casos supracitados e que a autonomia foi um aspeto positivo que o *Team Leader* demonstrou ter. Relativamente ao item planeamento ação e capacidade de ouvir estes foram sempre uma constante transversal em todos os casos observados.

Relativamente aos itens teste ao ventilador, reposição do carrinho da sala de emergência em ambas as salas, gestão de recursos humanos e disponibilidade para aprendizagem contínua foram visíveis algumas lacunas

Dos 6 casos observados apenas 3 cumpriram com estes requisitos.

O teste ao ventilador foi algo que verifiquei que nem sempre era efetuado dado o fato de não ter sempre doentes ventilados e como tal de acordo com o protocolo instituído na sala de emergência do Hospital de Braga e com o intuito de gerir gastos o ventilador apenas é testado quando surge um doente entubado e ventilado.

A reposição do carrinho foi uma falha frequente que condiciona o bom e rápido trabalho do enfermeiro que precisa de prestar cuidados a um doente. O fato de por vezes não ter todo o material disponível e precisar de um cateter ch 18 ou uma sonda de aspiração rígida, ou o aspirador montado, ou uma válvula anti-refluxo entre outros e não ter no imediato disponível, representa um atraso na prestação eficaz de cuidados ao doente crítico podendo condicionar/atrasar o seu tratamento.

A gestão de recursos humanos nem sempre foi assegurada tendo tido alguns momentos em que dada a inexperiência de alguns enfermeiros em doente crítico foi complicado assegurar alguns postos.

A disponibilidade para aprendizagem continua foi verificada em 2 dos casos observados dado que nos restantes 4 não houve partilha de experiências, troca de opiniões ou *debriefing*.

A organização estrutural da sala de emergência foi possível em 5 dos casos supracitados dado que decorreu diretamente na sala de emergência. No caso nº 19 a organização não foi assegurada visto que, ocorreu nas mediações da urgência.

O controlo do enfermeiro sobre o ambiente envolvente esteve patente em todos os casos demonstrando facilidade em gerir as situações. Contudo, foi possível constatar que os enfermeiros não alocados à sala de emergência e sem serem detetores de SAV demonstravam stress associado às situações que por vezes ocorriam nas alas das imediações da urgência perante a presença de um doente crítico. Denotava-se incertezas, insegurança e receios com algumas dúvidas no modo de atuação por falta de conhecimento de algoritmos.

A comunicação entre profissionais das diversas classes profissionais e dentro da equipa foi assegurada, mesmo em situações de stress. Verificou-se uma comunicação efetivo-assertiva com base em alicerces como a confiança e a escuta ativa. A articulação de recursos e o planeamento-ação foram verificados tendo facilitado nos casos observados a dinâmica da sala de emergência com uma abordagem mais completa, eficaz e eficiente do doente crítico.

Ao longo da observação empírica decorrente do estágio e após 400 horas é possível aferir que o fato dos profissionais do serviço de urgência estarem organizados em equipas tem uma razão de ser que justifica o desenvolvimento do trabalho dos mesmos. Verificou-se que os profissionais articulam-se melhor e desenvolvem aptidões tais como, o *debriefing*, confiança e empatia e acima de

tudo conseguem antecipar atitudes dos colegas, percebendo inclusive aquilo que o *Team Leader* pretende só com o olhar dado estarem organizados em equipas. Assim, pode-se constatar que o trabalho de equipa desenvolve-se bastante melhor e a rapidez da prestação de cuidados ao doente é mais eficaz.

É através da formação constante que será possível no futuro a criação de equipas de alto desempenho com o intuito da prestação de cuidados exímios ao doente crítico através da articulação minuciosa dos diversos elementos que estarão treinados para trabalharem em equipa e agilizarem o mais rapidamente possível estes cuidados.

No que concerne à grelha de observação o tratamento e análise dos dados foi efetuada através do programa informático Excel que permitiu obter os seguintes resultados:

Tabela 4- Tabela ilustrativa dos resultados dos casos através de frequências absolutas observados na sala de emergência

Parâmetros	Frequência absoluta (6 CASOS)
Auto-controlo	6
Autonomia	6
Capacidade de ouvir	5
Controlo do enfermeiro sobre o ambiente envolvente	5
Comunicação efetiva -assertiva	5
Comunicação eficaz entre os profissionais	6
Delegação de funções	4
Disponibilidade para aprendizagem continua	2
Função do <i>TEAM LEADER</i> assegurada	5
Gestão de recursos humanos	1
Organização estrutural da sala de emergência	3
Planeamento e ação	4

Realização de teste ao ventilador	1
Relação interprofissionais	5
Reposição de materiais diversos nos carrinhos	1
Tolerância ao stress	5
Trabalho de equipa	6

- Verificou-se que a escuta ativa esteve presente em 4 dos casos supracitados constituindo 66,4%
- A autonomia foi um aspeto positivo que o *Team Leader* demonstrou ter em todos os casos impreterivelmente constituindo 100% dos casos.
- No item planeamento ação foi visível a sua aplicação em todos s casos observados tendo uma aplicabilidade de 100%
- A capacidade de ouvir ocorre em 4 casos observados, atingindo os 66.6%.
- Relativamente ao teste ao ventilador, este apenas esteve presente em 2 casos representando 33.2% da sua aplicabilidade, tendo, no entanto, de se ter em consideração que o mesmo não foi possível aplicar em todos os casos dado não fazia parte do procedimento. O teste ao ventilador foi algo que verifiquei que nem sempre era efetuado dado o fato de não ter sempre doentes ventilados e como tal de acordo com o protocolo instituído na sala de emergência e com o intuito de gerir gastos o ventilador apenas é testado quando surge um doente entubado e ventilado.
- A reposição do carrinho da sala de emergência em ambas as salas foi uma falha constante tendo-se verificado a reposição do mesmo em apenas 1 caso o que implica 16.6%, O fato de por vezes não ter todo o material disponível e precisar de um cateter ch18 ou uma sonda de aspiração rígida, ou o aspirador montado, ou uma válvula anti refluxo entre outros e não ter no imediato disponível, representa um atraso na prestação eficaz de cuidados ao doente critico podendo condicionar/atrasar o seu tratamento.
- A gestão de recursos humanos foi aplicada especificamente em 2 casos constituindo assim um rácio de 33.2%. A gestão de recursos humanos nem sempre foi assegurada tendo tido alguns momentos em que dada a

inexperiência de alguns enfermeiros em doente crítico foi complicado assegurar alguns postos.

- A disponibilidade para aprendizagem contínua foi visível em 2 situações sendo que apenas em 1 caso houve efetivamente um *debriefing* constituindo 33.2%. Nos restantes 4 não houve partilha de experiências, troca de opiniões ou *debriefing*.
- A organização estrutural da sala de emergência foi possível em 83.3% dos casos, ou seja, em 5 dos casos supracitados dado que decorreu diretamente na sala de emergência. No caso nº 19 a organização não foi assegurada visto que, ocorreu nas mediações da urgência.
- O controlo do enfermeiro sobre o ambiente envolvente esteve patente em 100% dos casos demonstrando facilidade em gerir as situações. Contudo, foi possível constatar que os enfermeiros não alocados à sala de emergência e sem serem detetores de SAV demonstravam stress associado às situações que por vezes ocorriam nas alas das imediações da urgência perante a presença de um doente crítico. Denotava-se incertezas, insegurança e receios com algumas dúvidas no modo de atuação por falta de conhecimento de algoritmos.
- A comunicação entre profissionais das diversas classes profissionais dentro da equipa foi assegurada em 100% das situações
- A comunicação efetivo-assertiva esteve patente em 3 dos casos observados constituindo 50% das situações
- O planeamento-ação foi verificado em 4 dos casos constituindo cerca de 66.6% do rácio tendo facilitado nos casos observados a dinâmica da sala de emergência com uma abordagem mais completa, eficaz e eficiente do doente crítico.

5.1- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após diagnosticada a situação-problema partimos para a definição dos objetivos.

Mão de Ferro (1999) refere que os objetivos de um projeto traduzem os resultados que se ambicionam alcançar. Assim, devem ser definidos objetivos

gerais, “[...] indicações sobre o que o formando deverá ser capaz de fazer, após percurso formativo [...]”, e objetivos específicos, “[...] os conhecimentos, as aptidões, que os formandos deverão adquirir ao longo do processo formativo (Mão de Ferro, 1999, p. 155).

Deste modo, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral

- I. Contribuir para a uma melhor uniformização dos procedimentos dos profissionais que atuam em contexto de sala de emergência nos cuidados à pessoa em situação crítica.

Objetivos Específicos

- I. Observar os comportamentos dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no contexto da sala de emergência.
- II. Contribuir para a formação da equipa de enfermagem do SU no âmbito uniformização de procedimentos no contexto da sala de emergência.

Com a elaboração dos objetivos supracitados o que se pretende é que a equipa de enfermagem do SU seja dotada de conhecimentos diferenciados relativos á abordagem ao doente crítico com o intuito de uniformizar os cuidados e permitir uma atuação mais exímia e segura no doente crítico em contexto de sala de emergência, através do processo de formação contínua. Colmatar eventuais falhas inerentes à falta protocolos devidamente instituídos e identificar de forma precoce as lacunas existentes de forma a atuar em consonância, melhorando o trabalho de equipa e, contribuindo para o desenvolvimento de equipas de alto desempenho, é outra das finalidades da realização deste estudo.

No sentido de atingir os objetivos propostos, procede-se à fase seguinte da metodologia de projeto, o Planeamento.

5.2- PLANEAMENTO

Segundo Ruivo & Ferrito (2010) nesta fase desenvolve-se um plano de gestão de projeto ao identificar as atividades, as estratégias e os recursos a utilizar de forma a dar resposta ao objetivo geral e específicos propostos anteriormente.

Desta forma, após a definição das atividades/estratégias a realizar de acordo com os objetivos propostos; a identificação dos profissionais do serviço necessários para permitir a articulação e concretização das intervenções; a identificação dos recursos humanos, materiais e temporais necessários; a previsão dos constrangimentos possíveis de ocorrer e a forma de os contornar; e a delimitação dos indicadores de avaliação, foi elaborado um plano detalhado de projeto que se encontra descrito no Apêndice VII.

5.3- EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Segundo Ruivo & Ferrito (2010, p. 11), a Execução caracteriza-se pela materialização do que foi planeado anteriormente pelos participantes do projeto. Nesta fase são recolhidas informações através da observação direta, consulta de documentos, aplicação de questionários ou entrevistas, entre outros, que ajudem na resolução do problema identificado.

Por sua vez, a Avaliação é a fase da metodologia de projeto que é realizada ao longo do desenvolvimento do projeto, permitindo “[...] uma retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados” (Carvalho et al., 2001, cit in Ruivo & Ferrito, 2010, p. 37).

Segundo Schiefer et al. (2006, p.21), a avaliação permite verificar quais foram os efeitos e consequências das atividades desenvolvidas do projeto, assim como determinar se este atingiu os objetivos inicialmente delineados.

Dito isto, no seguimento da aplicação da grelha de observação pré-concebida pela autora, aos 10 enfermeiros que estiveram sob observação e que exercem funções na sala de emergência do serviço de urgência, foi realizada no serviço

de urgência em questão, uma formação onde foram apresentados os dados obtidos, assim como a sua análise e reflexão (ver **Apêndice VII**).

Nesta formação estiveram presentes 20 enfermeiros do serviço. Após a exposição dos dados referentes a este instrumento, foram apresentadas, sob a forma de conclusão e reflexão, as conclusões obtidas pela investigadora ao longo dos diversos momentos de observação que irá apresentar de seguida.

Desta forma, a investigadora constatou que:

I. O *Time Leader* nem sempre delegava especificamente as funções aos restantes elementos de equipa;

II. A comunicação entre os profissionais nem sempre era eficaz e assertiva, apresentando alguns momentos de confusão na execução de tarefas;

III. A organização estrutural da sala de emergência nem sempre foi assegurada, dificultando o acesso dos vários profissionais ao doente atrasando por vezes o tratamento;

IV. A capacidade de ouvir em alguns momentos apresentou-se comprometida sendo apenas válida a opinião médica;

V. O controlo do enfermeiro sobre o ambiente envolvente em algumas situações ficou comprometido e camuflado pois eram tantas as pessoas a intervir na sala de emergência sem serem delegadas funções que a dada altura já nem se conseguia perceber quem tinha preparado a medicação, ou se alguém já agilizava a colheita e envio dos tubos de sangue, entre outros.

VI. A reposição no carro de material de apoio ao enfermeiro na sala de emergência apresentou sistematicamente falhas por escassez de material.

VII A disponibilidade para a aprendizagem contínua foi um ponto onde foram detetadas várias lacunas pois, nem todos os enfermeiros detinham informação atualizada sobre as *guedlines* e, por vezes a insegurança na

execução/implementação de determinadas decisões clínicas por falta de conhecimento do melhor protocolo ou aplicação estrita de protocolos previamente definidos sem adaptarem ao caso clínico em questão era uma constante.

Para além destes resultados também foram referidos outros fatores que, apesar de não terem sido alvo de avaliação, poderiam ter contribuído para as falhas no desempenho dos enfermeiros na sala de emergência. No final da apresentação foi aberto um espaço para debate e reflexão sobre os dados apresentados.

Muitos dos presentes na sala ficaram apreensivos com os dados apresentados, não só com os resultados obtidos da aplicação da grelha de observação, que apesar de não serem representativos demonstravam a realidade da prática onde muitos se revêm, mas também com a dimensão da problemática auferida pelos diferentes métodos de execução de procedimentos no doente crítico e pelo alvoroço que por vezes se cria.

A reflexão realizada permitiu encontrar outros fatores e práticas realizadas pelas diversas classes profissionais que contribuem negativamente para as falhas do enfermeiro na sala de emergência. A aplicação de uma grelha de observação a todos os profissionais da unidade foi uma das sugestões dadas para um próximo estudo a ser realizado, no sentido de encontrar os principais focos condicionadores do desempenho dos enfermeiros e elaborar intervenções globais e mais eficazes para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Assim, a sessão da formação realizada permitiu alertar e consciencializar os presentes para esta problemática, limitação do desempenho dos enfermeiros na peri-paragem e PCR no doente crítico.

5.4 APRESENTAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Esta etapa caracteriza-se pela Divulgação do projeto desenvolvido. Nesta fase dá-se a conhecer a população em geral, assim como a outras entidades, o projeto desenvolvido para a resolução de um determinado problema.

Segundo Ruivo & Ferrito (2010, p.31), “[...] a divulgação assegura o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir as estratégias adotadas na resolução do problema”.

Neste sentido e, uma vez que, a realização do presente projeto se inseria no estágio realizado na sala de emergência do serviço de urgência do hospital de Braga, previu-se que os resultados fossem apresentados aos profissionais de enfermagem e ao Enfermeiro Chefe que fazem parte do serviço

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto constitui uma tentativa de incrementar uma prática, pouco implementada, pela prevalência de experiências e desenvoltura profissionais dos enfermeiros alocados á equipa da sala de emergência.

Com esta afirmação a autora pretende transmitir aquilo que foi possível aferir com a observação empírica e aplicação da grelha elaborada ao longo do estágio. Resumidamente a autora, verificou que os enfermeiros mais experientes com alguma regularidade, permitiam que a sua vasta experiência condicionasse a aplicação de determinados protocolos ou a execução diferenciada e mais atualizada de determinados procedimentos comprometendo o rigor dos cuidados prestados ao doente crítico.

Se por um lado, a experiência é um aspeto positivo e fundamental na execução de determinados procedimentos e técnicas, designadamente na abordagem ao doente crítico, por outro lado a falta de atualização é um obstáculo que diminui a eficácia das equipas e a capacidade de trabalho em equipa.

Efetivamente muitos dos enfermeiros dado o lugar/estatuto que ocupam associado ao fato de dominarem os conceitos de emergência e pela experiência de trabalho que reportam aos anos de serviço que têm, criam hábitos que se tornam difíceis de quebrar, mantendo-se firmes aos seus conhecimentos e princípios criando barreiras que dificultam o desenvolvimento de aprendizagem através das atualizações constantes. Alguns destes profissionais, não ingressam em curso de formação ou atualizações durante vários anos aplicando sempre a mesma técnica de execução de cuidados o que cria vícios e diminuição da qualidade de cuidados prestados ao doente em situação crítica, gerando inclusive atrasos nos cuidados e desconhecimento de novas técnicas levando a quezílias entre os restantes profissionais no momento de atuação.

A falta de atualização e inexperiência de alguns enfermeiros associada à falta de protocolos definidos gera sentimentos de insegurança, desconforto para o profissional de saúde e limitação na prestação de cuidados prestados ao doente. O saber fazer referente à aplicação de algoritmos com o SAV é uma segurança para quem faz isto durante anos mas é também uma falsa segurança dado que em algum momento vai sentir dificuldades em reconhecer novas técnicas. A prova disso é, por exemplo a atualização das *guidelines* a cada 5 anos e as alterações constantes que vão surgindo na área da neurologia quando se faz ou não trombólise e os fármacos que vão sendo alterados.

Após a realização deste relatório de estágio considera-se importante fazer uma reflexão acerca do trabalho realizado, acerca da problemática da atuação dos enfermeiros no cuidado ao doente crítico, e acerca da aprendizagem da discente ao longo da elaboração deste relatório.

O processo de investigação é contínuo, no entanto, é feito de avanços e recuos. Este foi um sentimento que esteve presente durante todo o trabalho que foi constituído por momentos muito positivos de aprendizagem e momentos em que senti a necessidade de recuar de forma a fazer alguns ajustes no projeto, de modo a conseguir prosseguir com o mesmo.

Adivinham-se várias limitações à realização do presente estudo, nomeadamente a inexperiência da autora, o fator tempo e o tipo de abordagem e metodologia.

Nesta fase, o atingimento dos objetivos propostos para o projeto de investigação permitiu tirar algumas ilações e constatar que efetivamente existem algumas lacunas na abordagem dos enfermeiros ao doente crítico na sala de emergência. O tratamento de dados e respetiva apresentação foi possível, uma vez que, partiu-se para a fase empírica sendo aplicada a grelha de observação podendo aferir o papel/importância da formação dos enfermeiros da sala de emergência na abordagem ao doente crítico.

O estágio na SE do serviço de urgência foi gratificante para a aprendizagem da autora porque permitiu uma continuidade no percurso teórico e prático, possibilitando a aquisição de competências a nível do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica como também, o crescimento

enquanto profissional de saúde e ser humano, ao forçar a autora à reflexão sobre as diversas situações vivenciadas.

Em suma, as dificuldades sentidas e os obstáculos surgidos no início do estágio foram ultrapassados com o desencadear do mesmo, através do desenvolvimento de competências (técnicas, científicas, éticas, e relacionais no contexto do doente crítico). Com muito ainda para aprender e desenvolver enquanto profissional o estágio permitiu iniciar um novo percurso/etapa.

O percurso desenvolvido permitiu que os objetivos delineados no início do trabalho fossem atingidos de forma satisfatória, revelando-se os recursos utilizados para a concretização do mesmo, eficazes e adequados.

Em síntese, o estudo da importância da formação em contexto de trabalho interessa particularmente à autora, talvez por ser Enfermeira e por trabalhar no serviço de urgência de um hospital central, no qual se denotam algumas situações que poderão diminuir consideravelmente os níveis de desempenho dos enfermeiros perante uma situação de emergência.

O interesse e o envolvimento com esta problemática são o resultado da complexidade da mesma e, do facto de ter conhecimento de causa que ao afetar o enfermeiro interfere com a qualidade do seu desempenho profissional e com a sua vida pessoal e familiar, e ainda, por sentir que um melhor conhecimento deste fenómeno permitirá a definição e desenvolvimento de estratégias, que contribuam para a sua prevenção e que contribuam para a melhoria de vida profissional e pessoal dos enfermeiros, bem como para o desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados ao doente.

A prática de enfermagem é algo tão minucioso e específico que constitui a base da profissão. A investigação constitui o processo de aprendizagem e permite o desenvolvimento de conhecimentos imprescindíveis à prática.

7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, J. (2002) Introdução à psicologia compreensiva. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinarity, clinical placements and development of competences. *Texto contexto - enferm.*, 14 (3), 373-382. Consultado em 29, setembro, 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>

Almeida M, Ribeiro O, Aragão I et al. Differences in compliance with Surviving Sepsis Campaign recommendations according to hospital entrance time: day versus night. *Critical Care* 2013, 17:R79.

Aranha, W. Emergência e urgência. *Revista Paulista de Hospitais*, 23(3): 25-27, 1969

Asejo Vielva Julio (2002). *Ética Profissional de la enfermeira*, Desclée De Brouwer; 1ª edição

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Princeton Hall.

Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 75-78.

Bandura, Albert. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Recuperado de: <http://www.revistaevaluar.com.ar/effguideSpanish.htm>

Barrera, S. D. (2010). Teorias cognitivas da motivação e sua relação com o desempenho escolar. *Poíeses Pedagógica*, 2(8), 19-175

Bellan, M.C (2006). Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Médica, Universidade Estadual de Campina

Benner, P. (1984). From Novice to expert, excellence and power in clinical Nursing practice. New Jersey. Prentice Hall.

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.

Bolander, V. (1998). Sorensen e Luckmann enfermagem fundamental: uma abordagem psicofisiológica. (1ª ed.). (M. Leal et.al., Trad.). Lisboa: Lusodidacta. (Trabalho original em inglês, 3ª ed.)

Boterf, G. (2005). Construir as competências individuais e colectivas. Lisboa: Edições ASA.

Boterf, Guy (2006). Avaliar a competência de um profissional. Três dimensões a explorar. In Pessoal Reflexão RH. p. 60-63.

Circular Normativa nº 6 (2010). Departamento de Emergência Médica, Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P;

Coimbra, N. & Amaral, T. (2016). Acompanhamento de Enfermeiro no Transporte Primário do Doente Critico. Revista Nursing, Fevereiro.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª série – nº35 - 18/02/11 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, nº124/2011;

Direção Geral da Saúde. (2003b). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento. Consultado em 2, fevereiro, 2014, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Ferreira, F. [et al] - Sala de Emergência – Análise e Avaliação de um modelo orgânico funcional. Revista Portuguesa de Cardiologia [Em linha]. Vol. 27, Jul./ Agosto de 2008, p. 889-900. [consult. 10 de Agosto de 2014].

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação . Lisboa, Lusodidacta.

Freitas-Magalhães, A. (2007). A psicologia das emoções: o fascínio do rosto humano. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Graça, M. (1997). O Enfermeiro perante o doente crítico. Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto. Tese de Mestrado. Porto.

Haydt, R. (2011). Curso de Didática Geral. (1ªed.). São Paulo: Ática. Consultado em 27, setembro,2014, em http://www.academia.edu/8036941/Curso_de_Did%C3%A1tica_Geral

Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Lusociência, 1ª edição.

Lacombe, G. (2000). Os primeiros socorros: uma resposta vital em situação de urgência. Lisboa, Instituto Piaget

Lopez, M. O sistema de atendimento das emergências médicas. In: Lopez, M. Emergências Médicas. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1979.

Madeira, S. et al (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida, Instituto Nacional de Emergência Médica, 2ª Edição. Coimbra.

Mão de Ferro, A. (1999). Na rota da pedagogia. Lisboa: Edições Colibri.

McEwen,M.& Wills, E. (2009). Bases teóricas para enfermagem. Porto Alegre: Artmed. Meleis, A. I. (2007). Theoretical Nursing: Development & Progress (4ª ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I. (2007). Theoretical Nursing: Development & Progress (4ª ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Nunes, P. (2007). Conceito de organização. Acedido a 1 de fevereiro de 2020. Disponível em <http://www.notapositiva.com/trabprofessores/textos-apoio>

Oguisso , T. & Zoboli, E. (2006). Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. São Paulo, Editora Manole.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa. Consultado em 5, maio, 2014 em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf> Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Consultado em 5, maio, 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Parecer conjunto CE e CJ nº 3/2010 -Preparação e administração de terapêutica. Consultado em 20, abril, 2020 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CE_CJ_%203_2010_2.pdf

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.

Polit, D., Beck, C., & Hungler B. (2004). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização (A. Thorell, Trad.) Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original em inglês publicado em 2001).

Quivy R., & Campenhoudt, L. (2003). Manual de Investigação em Ciência Sociais (Marques, J. M., Mendes M. A. & Carvalho, M., Trad.). Lisboa: Gradiva (Trabalho original em francês em 1995).

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018. Diário da República, nº35 - 2.ª série. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Consultado em 7, fevereiro, 2019 em <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0865608657.pdf>

Rosa, Jorge de La (Org.). Psicologia e educação: o significado do aprender . Porto Alegre : Edipucrs, 2003.

Ruivo, M., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos, (15). Setúbal.

Ruivo, M. (2012). Metodologia de trabalho de projeto. Aportes teóricos da Unidade Curricular Estágio e Relatório Final ou Dissertação de Natureza Aplicada. 1º Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Diário da República, nº35 - 2.ª série. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Consultado em 7, fevereiro, 2014 em <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0865608657.pdf>

Sá, A. P. (2006). Propriedades psicométricas de uma escala de autoeficácia acadêmica e suas relações com desempenho estudantil e interação social. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2), 5-8.

Schiefer, U., Dobel, L., Batista, A., Dobel, P., Nogueira, J. & Teixeira, P. (2006). MAPA- Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos. Acedido em 4, fevereiro, 2014 em http://books.google.pt/books?id=mvi3ss-FvnkC&printsec=frontcover&hl=ptPT&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Simões, A. (2002). O que é um projeto. Consultado em, 5, fevereiro, 2014, em <http://www.prof2000.pt/users/folhalcino/aula/proj/oquee.htm>

APÊNDICE I

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Cronograma de atividade formativa e intervenção em Serviço

Fase	Atividades	2019					
		março	abril	maio	junho	Julho/setembro	outubro
Diagnóstico de situação	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com o enfermeiro tutor • Pesquisar bibliografia • Identificar a necessidade a intervir • Reunir com o enfermeiro-chefe 						
Planeamento	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisar bibliografia sobre o enfermeiro perito/especialista; situações de <i>life-saving</i> • Elaborar o cronograma • Selecionar documentação pertinente • Reunir com enfermeiro tutor • Reunir com Professor orientador de estágio • Reunir com o enfermeiro-chefe para calendarização da atividade formativa 						
Execução	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisar bibliografia sobre o papel da formação na atuação dos enfermeiros na sala de emergência perante um doente crítico • Elaborar a atividade formativa • Reunir com o enfermeiro tutor • Reunir com o Professor orientador do Estágio • Reunir com o enfermeiro-chefe • Elaborar a formação de acordo com a problemática identificada, alvo de intervenção no serviço • Realizar a atividade formativa e apresentar as constatações • Debater ideias com os enfermeiros na atividade formativa 						
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a atividade formativa através do questionário de avaliação da formação 						
Divulgação dos resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar a atividade formativa aos enfermeiros 						

APÊNDICE II

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Para participação em Investigação

Este estudo baseia-se na observação da prática clínica do enfermeiro em contexto de sala de emergência e com recurso à aplicação de uma gelha semiestruturada com a investigadora que contempla 17 itens relativos à dinâmica de atuação do enfermeiro perante um doente crítico.

Pretende-se analisar técnicas, formas de atuação, cumprimento de protocolos, cuidados diferenciados relativos ao doente e, dinâmica entre equipas.

A sua participação terá como finalidade contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem prestadas ao doente crítico clarificando a forma como os cuidados de enfermagem devem ser organizados para darem resposta às suas necessidades e dificuldades.

Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, assim como a sua autenticidade na transcrição e análise. As informações recolhidas serão usadas estritamente para fins.

A sua participação neste estudo é voluntária, em qualquer momento é livre para o abandonar e retirar o consentimento informado, sem qualquer prejuízo. Para obter informações adicionais ou esclarecer qualquer dúvida que possa surgir, poderá contactar-me, Sofia Isabel Pinto, através do número 936833937 ou do e-mail sofia-braga@hotmail.com

Muito obrigada pela sua colaboração.

Eu, _____,
portador(a) do Cartão de Cidadão nº _____, válido até _____, declaro
que, após devidamente esclarecido(a) da natureza e dos objetivos do estudo e com a garantia do
anonimato e da confidencialidade dos dados, autorizo a utilização dos dados recolhidos durante a
observação da prática, para a realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema
*“Influência da formação em contexto de urgência influencia no desempenho dos enfermeiros perante um
doente crítico em peri-paragem/PCR”*, a realizar pela enfermeira Sofia Isabel Pinto a frequentar o Mestrado
em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Universidade do Minho – Braga.

_____, _____ de _____ 2019

APÊNDICE III

PARECERES DAS ENTIDADES



PARECER

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

PARECER a que se refere a alínea c) do art.º 120.º do Regulamento Académico da Universidade do Minho – anexo ao Despacho RT-43/2017, de 24 de julho

Orientador

João Manuel Pimentel Cainé (nome completo), titular do Cartão de cidadão n.º 01870451, com a categoria Professor Adjunto, a exercer funções na Escola Superior de Enfermagem da UMinho, na qualidade de orientador/a de Sofia Isabel Fernandes Pinto (nome completo do/a estudante), estudante do **Mestrado em** Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica, declaro que a/o Relatório de estágio com o título Infância da formação em contexto de estágio de urgência no nível de desempenho das enfermeiras perante um doente crítico reúne as condições para submissão a provas públicas.

Braga,

O/A Orientador/a

(assinatura digital)

JOÃO MANUEL
PIMENTEL
CAINÉ

Assinado de forma digital
por JOÃO MANUEL
PIMENTEL CAINÉ
Dados: 2020.07.30
18:12:39 +01'00'

Tratamento de dados pessoais: Informação ao titular

Responsável pelo tratamento: Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem:
sec.presidencia@ese.uminho.pt

Destinatários: Universidade do Minho

APÊNDICE IV

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Tabela 1-Grelha de observação aplicada aos enfermeiros que estavam na sala de emergência

INDICADORES	1º caso	2º caso	3º caso	4º caso	5º caso	6º caso
Auto-controlo	S	S	S	S	S	S
Autonomia	S	S	S	S	S	S
Capacidade de ouvir	S	S	S	S	S	N
Controlo do enfermeiro sobre o ambiente envolvente	S	S	S	S	S	N
Comunicação efetiva - assertiva	S	S	S	S	S	N
Comunicação eficaz entre os profissionais	S	S	S	S	S	S
Delegação de funções	S	S	S	S	N	N
Disponibilidade para aprendizagem continua	N	N	S	N	N	S
Função do TEAM LEADER assegurada	S	S	S	S	S	N
Gestão de recursos humanos	N	N	S	N	N	N
Organização estrutural da sala de emergência	N	S	S	S	N	N
Planeamento e ação	S	S	S	S	N	N
Realização de teste ao ventilador	N	N	S	N	N	N
Relação interprofissionais	S	S	S	S	S	N
Reposição de materiais diversos nos carrinhos	N	N	S	N	N	N
Tolerância ao stress	S	S	S	S	N	S
Trabalho de equipa	S	S	S	S	S	S

APÊNDICE V

IMAGENS DA SALA DE EMERGÊNCIA



Figura 1- Carro de medicação da sala de emergência nº 1



Figura 2-Sala de emergência nº 1



Figura 3-Coluna de dispositivos médicos



Figura 5-Coluna de soros



Figura 5- Colunas e dispositivos médicos



Figura 6- Carro de emergência



Figura 7-Sala de emergência nº 2

APÊNDICE VI

CASOS CLINICOS DA SALA DE EMERGÊNCIA

CASOS CLINICOS

Casos clínicos da área Médica

Caso clínico 1 – Indivíduo de 76 anos de idade, com história de insuficiência cardíaca e bronquite crónica a realizar oxigénio domiciliário, trazida do domicílio por uma equipa de socorristas. Admitida por insuficiência respiratória aguda no contexto de crise hipertensiva. Após anamnese e respetivos MCDT's .Iniciou tratamento para a hipertensão arterial e VNI uma vez que apresentava fadiga respiratória com presença de polipneia, tiragem e utilização da musculatura acessória, tendo concomitantemente sido constatada insuficiência respiratória hipoxémica e hipercápnica descompensada. Decidiu-se pela colocação de um CA para monitorização contínua da tensão arterial e colheitas seriadas de sangue arterial. Transferida para a unidade de Cuidados Intermédios.

Caso clínico 2 – Indivíduo de 51 anos de idade com história de Hepatite C, é admitido na SE acompanhado pela equipa da VMER do Hospital de Braga por hemorragia digestiva alta (varizes esofágicas sangrantes). À entrada apresentava-se em choque hipovolémico sem melhoria significativa após administração de fluidoterapia, concentrados de glóbulos rubros e suporte aminérgico. Realização de EDA com conseqüente tentativa de controlo da hemorragia com endoscopia digestiva alta e sonda de Blakemore, ambos sem sucesso. Entrou em PCR tendo-se decidido não efetuar RCP uma vez que não foi conseguido o controlo do foco hemorrágico.

Caso clínico 3 – Indivíduo de 29 anos de idade, portador de doença valvular cardíaca e epilepsia, é admitida na SE proveniente do hospital de dia, acompanhada pela equipa de emergência interna após crise convulsiva tónico clónico generalizada que cessou após administração de 10 mg de Diazepam. À admissão, apresentava ECG de 11 que reverteu após o pós ictal tendo chegado a um ECG de 14 após alguns minutos. Apresentou mioclonias que segundo avaliação feita por Neurologia o diagnóstico mais provável seria uma síndrome extrapiramidal. Após investigação diagnóstica e observação por Neurologia é internado na UDC2 onde fica em vigilância.

Caso clínico 4 - Indivíduo de 93 anos de idade proveniente do domicílio, com história de fibrilação auricular (FA) de início desconhecido, é admitida na SE por indicação da Cardiologia, para cardioversão elétrica após hipocoagulação com Xarelto® durante 1 mês. Realizada terapia de otimização da cardioversão química com 300mg de Amiodarona seguida de Cardioversão sincronizada com 150J (corrente bifásica) após 4 sedação com Propofol. Retorna a ritmo sinusal. Após cerca de 1h00 de observação é transferida para área laranja onde permaneceu em vigilância com posterior alta para o domicílio.

Caso clínico 5 – Indivíduo de 53 anos de idade, proveniente do domicílio, é admitida na SE por dispneia grave constatando-se insuficiência respiratória tipo II em doente com DPOC conhecida. Iniciou suporte ventilatório com VNI e foi colocado CA para realização de gasimetrias arteriais seriadas. Apesar da tentativa simultânea de broncodilatação não apresentou melhoria clínica ou analítica pelo que foi transferida para a UCIP para continuação de tratamento.

Caso clínico 6 – Indivíduo de 57 anos de idade, com várias comorbidades (insuficiência renal crónica estadio V, fibrose pulmonar e epilepsia) trazido pelos bombeiros por crise convulsiva. À entrada ainda em estado pós-ictal, apresentava ECG de 11. Colocado tubo de guedel. Após estudo analítico e realização de realização de TAC crânio foi transferida posteriormente para a UDC2

Caso clínico 7 – Indivíduo de 90 anos de idade, proveniente do serviço de Medicina, por insuficiência respiratória aguda em doente com história de insuficiência cardíaca e doença renal crónica. Pela investigação diagnóstica foi identificado derrame pleural importante, razão pela qual foi colocado dreno torácico após administração de vitamina K já que se tratava de uma doente hipocoagulada por FA crónica. Necessitou de suporte com VNI e foi colocado CA. Foi transferida para a Unidade de Cuidados Intermédios.

Caso clínico 8 – Indivíduo, 73 anos de idade com história de fibrose pulmonar é transferido da área laranja do SU por insuficiência respiratória aguda do tipo II apresentando dispneia agravada. Após investigação inicial constatou-se

hipoxemia grave com hipercapnia concomitante tendo-se iniciado VNI e colocado CA para colheita seriada de sangue arterial. Apresentou melhora clínica significativa inicial, mas posterior deterioração, razão pela qual foi transferido para UCIP após 3h00 de permanência na SE.

Caso clínico 9 – Indivíduo de 69 anos de idade, proveniente do serviço de Ortopedia (internado por fratura do colo do fêmur) acompanhado pela equipe de Emergência Médica Interna que o observou, sendo admitido na SE por choque hemorrágico. 5 Realizados MCDT's e colocado CA assim como iniciado suporte com Noradrenalina tendo-se conseguido a estabilização hemodinâmica do doente. Transferido para a UCIP.

Caso clínico 10 – Indivíduo de 80 anos de idade, com história recente de politraumatismo (trauma torácico e crânio encefálico) com alta para o domicílio. Admitida na área laranja do SU vários dias depois por prostração, tosse com expectoração purulenta e dispneia agravada. Transferida para SE por instabilidade hemodinâmica e agravamento da dispneia. Na admissão constatou-se um quadro de choque e alteração do estado de consciência (ECG – 12). Na continuação da investigação diagnóstica foi realizado rastreio séptico e iniciada antibioterapia empírica, colocados CVC e CA e iniciado suporte vasopressor. Após estabilização hemodinâmica foi transferida para a Unidade de Cuidados Intermédios com diagnóstico de choque séptico com provável ponto de partida de pneumonia nosocomial.

Caso clínico 11 – Indivíduo de 88 anos de idade, transferida da área laranja do SU por dispneia súbita com trombo-embolismo pulmonar diagnosticado após Angio-TC torácica. Apresentou ecocardiograma sem sinais de sobrecarga do ventrículo direito, marcadores de necrose miocárdica e pro-BNP negativos e estabilidade hemodinâmica (trombo-embolismo de baixo risco), razão pela qual após melhora da dispneia regressou à área laranja, com indicação para realizar heparina de baixo peso molecular.

Casos clínicos da área Coronária

Caso clínico 12 – Indivíduo de 60 anos de idade, com antecedente de cardiopatia isquêmica, acompanhado por equipa de TAE por dor torácica do tipo

opressiva é, admitido em PCR na entrada do Hospital de Braga .A queixa inicial era dor torácica sugestiva de síndrome coronária aguda. Apresentou recuperação de circulação espontânea após 5 ciclos de RCP. Já na SE apresentou nova PCR, revertida após 5 ciclos. Constatadas alterações no eletrocardiograma sugestivas de síndrome coronário agudo com supra desnivelamento do segmento ST seguiu para cateterismo cardíaco emergente com subsequente transferência para a UCIC por manter instabilidade hemodinâmica e elétrica.

Caso clínico Acidente vascular cerebral

Caso clínico 13- Indivíduo de 60 anos de idade, com antecedente de hipercolesterolemia, HTA e DM Tipo 2, é admitida na sala de emergência acompanhada pelos TAE por AEC e hemiparesia e desvio da comissura labial à esquerda com evolução de 1 hora. Foi observada por neurologia que solicitou a realização de TC sendo sugestivo de AVC Isquémico com tradução imagiológica. Iniciada trombólise e contactado o Hospital de Gaia para transporte e realização de trombectomia. Transferida para o Hospital de Gaia após 2 horas na SE.

Casos clínicos da área de Trauma

Caso clínico 14 – Indivíduo de 26 anos de idade, com história recente de politraumatismo (traumatismo do baço, torácico, membro superior direito e membro inferior esquerdo e traumatismo crânio encefálico) inicia um quadro de hipotensão marcada com necessidade de iniciar aminas e fluidoterapia. Doente com O2 a 2L/min por CNB para conforto é admitido na SE por instabilidade hemodinâmica. Inicia quadro de taquicardia tendo sido realizado ECG e mais MCDT's. É levado ao Bloco operatório de urgência após observação por cirurgia geral por hemorragia abdominal interna.

Caso clínico 15 – Indivíduo de 73 anos de idade, acompanhado pela VMER, entra na SE por politraumatismo na sequência de queda de um 7º andar no contexto de provável tentativa de suicídio (já com antecedente). Apresentava fratura pélvica, colo do fémur e vários arcos costais, fratura do pavimento da órbita sem traumatismo crânio encefálico e possível trauma vesico-urinário com

hematúria. Fez terapêutica anti fibrinolítica com ácido tranexâmico. Apresentou-se hipotenso com necessidade de soroterapia e 2 unidades de concentrados globos rubros. Colocado CVC para administração de fluidos em grades quantidades. PCR

Caso clínico 16 – Indivíduo de 88 anos de idade, proveniente do serviço de Medicina, internada por Insuficiência Cardíaca refratária, com várias comorbidades e parcialmente dependente nas atividades de vida diária mas sem alterações cognitivas. Admitida na sala em PCR, recuperou circulação espontânea após dois ciclos de RCP, seguindo-se colocação de via aérea avançada e suporte ventilatório com VMI. Após anamnese e realização de MCDT's é tomada a decisão de suspender medidas de suporte vital. Foi comunicada esta decisão à família tendo a doente regressado ao serviço de origem para medidas de conforto.

Caso clínico 17 – Indivíduo de 77 anos de idade, acompanhado pela equipa SIV, é admitido em PCR, ocorrida há mais de 1h00 (desconhece-se hora de início). Foram suspensas todas as manobras de reanimação e verificado o óbito. Apresentava comorbidades várias desde hemiparesia dta. **Caso clínico 18-** Puérpera de 32 anos de idade, proveniente do domicílio acompanhada pelo marido após síncope, é admitida no SU. Na sala de espera entra em PCR com ritmo de FV são iniciadas manobras de SBV e à chegada da emergência interna é chocada 3 vezes e reverte o ritmo para sinusal. Efetuadas colheitas seriadas e MCDT's é detectada hipocaliémia de 1.6. Inicia reposição de potássio de 24 ampolas/dia e após uma permanência de 7 horas na sala de emergência é internada na unidade de cuidados intermédios em vigilância. **Caso clínico 19-** Puérpera de 28 anos, há 4 dias internada na unidade de cuidados intermédios é admitida na sala de emergência pela equipa de emergência interna após choque hipovolémico. À entrada apresentou palidez, taquicardia, pulso fraco e hipotensão marcada. Com hemorragia vaginal exacerbada foi iniciado protocolo de ácido tranexâmico.

Caso clínico 18- Puérpera de 32 anos de idade, proveniente do domicílio acompanhada pelo marido após síncope, é admitida no SU. Na sala de espera entra em PCR com ritmo de FV são iniciadas manobras de SBV e à chegada da

emergência interna é chocada 3 vezes e reverte o ritmo para sinusal. Efetuadas colheitas seriadas e MCDT's é detectada hipocaliémia de 1.6. Inicia reposição de potássio de 24 ampolas/dia e após uma permanência de 7 horas na sala de emergência é internada na unidade de cuidados intermédios em vigilância.

Caso clínico 19- Puérpera de 28 anos, há 4 dias internada na unidade de cuidados intermédios é admitida na sala de emergência pela equipa de emergência interna após choque hipovolémico. À entrada apresentou palidez, taquicardia, pulso fraco e hipotensão marcada. Com hemorragia vaginal exacerbada foi iniciado protocolo de ácido tranexâmico.

APÊNDICE VII

PLANO DE SESSÃO E POWERPOINT DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

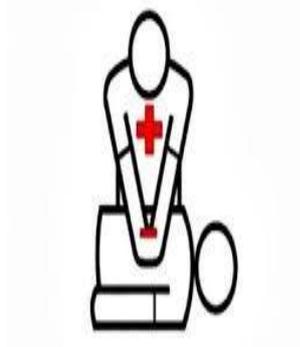
Plano de sessão

Tema da sessão	Papel da formação na atuação dos enfermeiros na sala de emergência perante um doente crítico				
Sessão Nº	1/1				
População-alvo	Enfermeiros do serviço de urgência do Hospital Central do Norte do País				
Formadora	Sofia Pinto				
Objetivo geral	-Avaliar o impacto que a formação tem no desempenho dos enfermeiros do serviço de urgência perante uma peri-paragem e PCR na sala de emergência -				
Objetivos específicos	<p>-Avaliar os níveis de desempenho/confiança dos enfermeiros do serviço de urgência do Hospital de Braga na atuação perante um doente crítico</p> <p>-Demonstrar que as simulações de casos práticos em contexto de formação são potencialmente viáveis e benéficas para o bom desempenho e atuação dos enfermeiros no doente crítico</p> <p>-Demonstrar que a qualidade da formação contínua é fundamental e imprescindível para a autoeficácia dos enfermeiros na abordagem ao doente crítico</p> <p>-Contribuir para a formação da equipa de enfermagem do Serviço de urgência, no âmbito do desenvolvimento de equipas de alto desempenho</p>				
Pré-requisitos	Enfermeiro				
Duração	1 hora				
Data	13/10/2019				
Local	Auditório 2				
Metodologia Pedagógica	Método Expositivo, Interrogativo e Demonstrativo				
Metodologia de Avaliação	Avaliação Inicial (pergunta oral), Formativa (atividade) e Final questões orais				
Etapas	Actividades Didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ Meios didáticos	Avaliação	Tempo (min)
Introdução	- Apresentação do tema.	Expositivo (Exposição)	Computador Videoprojector Powerpoint	-	5 minutos

	Comunicação dos objectivos gerais e específicos.	Expositivo (Exposição)	Computador Videoprojector Powerpoint	-	5 minutos
Etapas	Actividades Didácticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ Meios didácticos	Avaliação	Tempo (min)
Desenvolvimento	-Introdução do tema -Abordagem geral à constituição da sala de emergência -Abordagem geral à equipa da sala de emergência	Expositivo (Exposição)	Computador Videoprojector Powerpoint	Questões orais	10 minutos
	Atividade: - Importância da formação e o impacto que a mesma acarreta no desempenho dos enfermeiros perante um doente crítico	Expositivo (Exposição) Interrogativo (Interrogação)	Computador Videoprojector Powerpoint	Questões orais	15 minutos
	-Apresentação de casos clínicos -Discussão dos casos clínicos Apresentação dos resultados obtidos após aplicação da grelha de observação	Expositivo (Exposição) Demonstrativo (Demonstração)	Computador Videoprojector Powerpoint	Questões orais	15 minutos

Conclusão	Debate/Síntese dos resultados apresentados	Expositivo (Exposição) Demonstrativo (Demonstração)	Computador Videoprojector Powerpoint	Questões orais	5 minutos
	Esclarecimento de dúvidas		Computador Videoprojector Powerpoint	Questões orais	5 minutos
	Fecho da sessão e ponte para a sessão seguinte.	Expositivo (Exposição)	Computador Videoprojector PowerPoint 14 Cópias do powerpoint em papel	-	1

POWERPOINT DA SESSÃO



Papel da formação na atuação dos enfermeiros na sala de emergência perante um doente crítico

Autora: Sofia Pinto

“O conhecimento perito, e desde logo também o conhecimento competente é uma forma de conhecimento em si mesmo, não apenas uma aplicação do conhecimento”

PATRÍCIA BENNER

SALA DE EMERGÊNCIA

O trabalho desenvolvido foi possível através do estágio realizado na sala de emergência do serviço de urgência do Hospital de Braga no período de 1/3/2019 até 30/6/2019



31/07/2020

OBJETIVOS

Objetivo geral

Contribuir para a uma melhor uniformização dos procedimentos dos profissionais que atuam em contexto de sala de emergência nos cuidados à pessoa em situação crítica.

Objetivos Específicos

- Observar os comportamentos dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no contexto da sala de emergência.
- Contribuir para a formação da equipa de enfermagem do SU no âmbito uniformização de procedimentos no contexto da sala de emergência.

13/04/2021

GRELHA DE OBSERVAÇÃO APLICADA AOS ENFERMEIROS PERANTE UMA EMERGÊNCIA E/OU DOENTE EM PCR

INDICADORES	1º	2º	3º	4º	5º	6º
	CASO	CASO	CASO	CASO	CASO	CASO
Autonomia						
Capacidade de ouvir						
Auto-controlo						
Tolerância ao stress						
Disponibilidade para aprendizagem contínua						
Trabalho de equipa						
Controlo do enfermeiro sobre o ambiente envolvente						
Relação entre médicos e enfermeiros						
Planeamento e acção						
Comunicação efetiva -asserbividade						
Comunicação eficaz entre os profissionais						
Gestão de recursos humanos						
Delegação de funções						
Organização estrutural da sala de emergência						
Realização de teste ao ventilador						
Reposição de materiais diversos nos carrinhos						
Função do Time Leader assegurada						

OBJETIVOS DE CADA ÍTEM DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO

• AUTONOMIA

Autonomia é a capacidade de gestão de situações /controlo da situação, é quando os indivíduos são envolvidos ao nível das decisões inerentes à prática profissional, o que indica que têm autonomia para resolver problemas ou para fazer escolhas que permitam alcançar resultados pelos quais serão responsabilizados mais tarde.

De forma, objetiva prende-se com a capacidade de tomada de decisão do time leader sobre as técnicas a desenvolver e a delegação de tarefas/funções nos restantes elementos de equipa, otimizando o trabalho

CAPACIDADE DE OUVIR

Capacidade de ouvir é um critério fundamental no trabalho de equipa. Reflete a capacidade de um bom líder, saber ouvir a opinião dos outros, respeitando-a e fazendo-se valer da mesma para melhorar a dinâmica do trabalho, nomeadamente a situação clínica do doente e priorizando o que é prioritário, fomentando desta forma a coesão grupal.

O que se pretende com a observação do profissional é perceber se a comunicação estabelecida está a ser eficaz e efetiva melhorando o desempenho dos profissionais

AUTOCONTROLO

b) Autocontrolo, prende-se com a capacidade de gerir situações desagradáveis e controlar a dinâmica da sala de emergência que muitas vezes condicionam o bom funcionamento da equipa representando repercussões para o tratamento e clínica do doente.

Perceber a capacidade do profissional gerir situações de tensão despoletadas entre classes profissionais (médico-enfermeiro).

TOLERÂNCIA AO STRESS

c) *Tolerância ao stress*, é fundamental em qualquer situação, mas principalmente na abordagem ao doente crítico. É a capacidade de gerir situações de stress e quezílias que possam surgir devido a opiniões díspares dos profissionais perante uma situação altamente stressante, ou gestão da pressão implementada e sentida na gestão de tempos.

Observar a capacidade do enfermeiro responsável pelo doente crítico naquele momento gerir as opiniões e tempos de forma coesa assegurando sempre o bem-estar do doente crítico.

DISPONIBILIDADE PARA APRENDIZAGEM

e) *Disponibilidade para aprendizagem contínua* é fundamental e imprescindível. Característica base de qualquer profissional nomeadamente em contexto de enfermagem e principalmente do enfermeiro especialista. Pressupõe pesquisas, estudo e atualizações constantes, dotando desta forma o profissional de conhecimentos teórico-práticos fundamentais para a sua prática e bom desempenho profissional perante o doente crítico.

Perceber se existe disponibilidade e interesse do profissional em manter-se atualizado e se tem conhecimentos das guedelines e protocolos atuais.

Participar no debriefing perante os casos práticos do doente crítico.

TRABALHO DE EQUIPA

d) Trabalho de equipa pressupõe a capacidade de gestão dos elementos de equipa com delegação de funções, evitando-se “atropelos”

Verificar se é assegurada a distribuição de tarefas pelos diversos elementos da equipa ou se fica instalada a confusão.

DISPONIBILIDADE PARA APRENDIZAGEM

e) Disponibilidade para aprendizagem contínua é fundamental e imprescindível. Característica base de qualquer profissional nomeadamente em contexto de enfermagem e principalmente do enfermeiro especialista. Pressupõe pesquisas, estudo e atualizações constantes, dotando desta forma o profissional de conhecimentos teórico-práticos fundamentais para a sua prática e bom desempenho profissional perante o doente crítico.

Perceber se existe disponibilidade e interesse do profissional em manter-se atualizado e se tem conhecimentos das guedelines e protocolos atuais.

Participar no debriefing perante os casos práticos do doente crítico.

CONTROLO DO ENFERMEIRO SOBRE O AMBIENTE ENVOLVENTE

f) Controlo do enfermeiro sobre o ambiente envolvente:
Implica o enfermeiro ser detentor de uma boa capacidade de comunicação e gestão. Tem de transmitir conhecimentos sólidos que lhe atribuam credibilidade de forma a ser respeitado enquanto líder podendo gerir todas as situações em contexto da sala de emergência sabendo exatamente o que se está a passar com cada profissional e em cada momento assegurando sempre a segurança dos cuidados ao doente crítico.

Verificar se o time leader detém conhecimento de tudo o que se está a passar à sua volta assegurando funções específicas dos colegas e evitando situações de repetição de tarefas atrasando muitas das vezes o tratamento do doente. Por exemplo: o enfermeiro responsável por preparar a medicação só prepara medicação e o que está responsável por puncionar apenas assegura o acesso e administração de fármacos.

RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS

g) Relação entre médicos e enfermeiros pressupõem-se que seja positiva, aberta e isenta de juízos de valor. Cada profissional tem a sua função bem delineada e o respeito por essa função bem como a complementaridade que se pressupõem entre estas duas classes profissionais é fundamental. Tem de haver uma postura de parceria e inteira confiança, não cedendo em momento algum a atos de teimosia. O trabalho deve ser sempre em equipa, complementando-se funções.

Observar a relação de interajuda que se verifica entre as classes profissionais.

PLANEAMENTO E ACÇÃO

h) Planeamento e ação é o plano traçado pelo Time Leader e as ações implementadas em consonância com a equipe. O objetivo prende-se com o tratamento direcionado para o doente crítico.

Observar se é efetuado um plano de intervenções previamente delineado no caso de sabermos da chegada de um doente crítico à sala de emergência vindo do exterior e no caso de ser um doente do interior perceber se a estruturação deste plano de intervenção é ou não assegurada.

COMUNICAÇÃO EFETIVA- ASSERTIVIDADE

i) Comunicação efetiva – assertividade é algo indispensável numa sala de emergência e/ou na abordagem ao doente crítico. Implica uma comunicação clara, objetiva e direcionada às necessidades do doente. A finalidade é suprimir as falhas que possa haver colmatando atrasos na preparação e administração de terapêutica, monitorização do doente, preparação do transporte do doente para realização de MCDT´s e/ou transferência intra ou inter-hospitalar, início de manobras de suporte básico de vida, entre outros.

Neste tipo de comunicação tem de ficar claro quem faz o quê, não havendo dúvidas ou atrasos no desempenho das funções.

Verificar se todos os elementos da equipa de enfermagem envolvidos cumprem as suas tarefas.

COMUNICAÇÃO EFICAZ ENTRE OS PROFISSIONAIS

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

j) Comunicação eficaz entre os profissionais implica que a informação transmitida entre o emissor e o recetor seja clara, isto é, que o recetor perceba perfeitamente o que lhe foi transmitido e cumpra as indicações e vice-versa.

k) Gestão de recursos humanos é da responsabilidade do enfermeiro-especialista responsável de turno que tem de assegurar a distribuição uniforme e viável da equipa pelas diversas áreas do SU. Contudo, tem de assegurar o número de elementos necessário na sala de emergência para gestão do doente crítico. Por exemplo quando tem as duas salas de emergência a funcionar em simultâneo, quando o enfermeiro alocado à sala de emergência tem de se deslocar com uma das emergências para os MCDT's, etc.

Verificar se são disponibilizados e mobilizados profissionais de outras áreas para assegurarem o acompanhamento do doente crítico.

REALIZAÇÃO DO TESTE AO VENTILADOR

REPOSIÇÃO DE MATERIAIS DIVERSOS NOS CARRINHOS

n) Realização do teste ao ventilador

Observar se são cumpridos os requisitos obrigatórios de verificar o ventilador antes do mesmo ser acoplado ao doente.

l) Reposição de materiais diversos nos carrinhos

Observar se é assegurado pelo enfermeiro responsável no início do turno que o seu auxiliar de saúde reponha os carrinhos de materiais, bem como, verificar se o enfermeiro assegura a reposição do carro de fármacos

ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DA SALA DE EMERGÊNCIA

m) Organização estrutural da sala de emergência, significa que o enfermeiro especialista alocado à sala de emergência tem de organizar os componentes da mesma, de forma a adaptar ao doente crítico que tem à sua frente. Deve ser detentor de materiais organizados e gerir a disposição da sala quebrando o estilo standard que nem sempre resulta. O facto de em alguns casos ser necessário diminuir as luzes ou desviar móveis para realização de determinados exames como fibroscopia, avaliações por ortopedia no caso de determinados traumas, necessidade de fazer trações e ou estabilização de hemorragias, faz com que a disposição da sala tenha de ser alterada e adaptada para o bom funcionamento da mesma.

O objetivo é verificar a capacidade do enfermeiro responsável pela sala mobilizar a mesma de forma diminuir atrasos na avaliação primária e secundária do doente e garantindo o bom funcionamento da mesma, dando oportunidade das várias especialidades médicas fazerem uma abordagem completa do doente sem perdas de tempo.

FUNÇÃO DE TIME LEADER ASSEgurada

O) Função do Time Leader assegurada

Verificar se o enfermeiro responsável pela sala de emergência assume o papel de Time Leader com conhecimento dos colegas e se distribui funções, controla o cumprimento das tarefas por parte dos colegas, organiza a sala e informa o responsável de turno da chegada da emergência ou emergências

CASOS PRÁTICOS

Caso clínico 7 – Indivíduo de 90 anos de idade, proveniente do serviço de Medicina, por insuficiência respiratória aguda em doente com história de insuficiência cardíaca e doença renal crónica. Pela investigação diagnóstica foi identificado derrame pleural importante, razão pela qual foi colocado dreno torácico após administração de vitamina K já que se tratava de uma doente hipocoagulada por FA crónica. Necessitou de suporte com VNI e foi colocado CA. Foi transferida para a Unidade de Cuidados Intermédios.

RESULTADOS

No caso nº 7 foi possível verificar que o TEAM Leader cumpriu com todos os itens da tabela à exceção do item teste ao ventilador, gestão de recursos humanos e disponibilidade para aprendizagem contínua que não foi possível avaliar por falta de aplicabilidade. Por outro lado, o enfermeiro alocado à sala de emergência neste caso prático cumpriu com o pretendido nos vários parâmetros tendo demonstrado autonomia com iniciativa de tomada de decisão com a determinação de colocar o doente na sala de emergência e delegação de funções nos demais elementos da sala de emergência. Demonstrou estar atento ao meio envolvente gerindo toda a disposição da sala de emergência à chegada do doente à mesma. Traçou um plano-ação de atuação perante a situação

assegurando que todas as intervenções previamente delineadas eram cumpridas.

Demonstrou ter controlo sobre o ambiente envolvente tendo noção de todas as tarefas atribuídas/delegadas aos restantes membros da equipa.

Conseguiu assumir o papel de bom ouvinte escutando com atenção todas as sugestões e confirmações de tarefas realizadas.

Manteve uma comunicação efetiva e direcionada/focada no doente e com eficácia com os outros profissionais delegando funções específicas e objetivas para organização da equipa, fazendo com que cada elemento soubesse exatamente o que fazer. Apresentou autocontrolo e gestão de stress tendo agilizado os cuidados prestados ao doente.

nomeadamente a realização de MCDT's.

A reposição do carrinho não foi assegurada sendo uma falha frequente. Verifica-se dificuldade em agilizar a técnica de punção, por falta de material no carrinho uma técnica tão básica, mas que pode fazer toda a diferença na possibilidade de colocar acesso e administrar as drogas que darão sustentação ao doente.

Pode-se concluir que a função de Team Leader foi assegurada.

CASOS PRÁTICOS

Caso clínico 10 – Indivíduo de 80 anos de idade, com história recente de politraumatismo (trauma torácico e crânio encefálico) com alta para o domicílio. Admitida na área laranja do SU vários dias depois por prostração, tosse com expectoração purulenta e dispneia agravada. Transferida para SE por instabilidade hemodinâmica e agravamento da dispneia. Na admissão constatou-se um quadro de choque e alteração do estado de consciência (ECG – 12). Na continuação da investigação diagnóstica foi realizado rastreio séptico e iniciada antibioterapia empírica, colocados CVC e CA e iniciado suporte vasopressor. Após estabilização hemodinâmica foi transferida para a Unidade de Cuidados Intermédios com diagnóstico de choque séptico com provável ponto de partida de pneumonia nosocomial.

RESULTADOS

No caso nº 10 verificou-se que o Team Leader cumpriu com todos os itens da tabela supracitada com exceção do item gestão de recursos humanos, teste ao ventilador, reposição de material no carrinho e disponibilidade para aprendizagem contínua dado que não houve atualizações ou debriefing.

O Team Leader adotou postura e comportamentos coniventes com a função ocupada e a capacidade de comunicação efetivo-assertiva, bem como, a gestão do meio envolvente com respetiva organização da sala de emergência e a capacidade de ouvir, estabelecendo uma ligação entre médico-enfermeiro e demonstrado

uma capacidade de autonomia e gestão de stress, foram pontos-chaves a destacar pela positiva no desempenho do profissional de saúde alocado à sala de emergência neste caso específico.

CASOS PRÁTICOS

Caso clínico 12 – Indivíduo de 60 anos de idade, com antecedente de cardiopatia isquémica, acompanhado por equipa de TAE por dor torácica do tipo opressiva é admitido em PCR na entrada do Hospital de Braga. A queixa inicial era dor torácica sugestiva de síndrome coronária aguda. Apresentou recuperação de circulação espontânea após 5 ciclos de RCP. Já na SE apresentou nova PCR, revertida após 5 ciclos. Constatadas alterações no eletrocardiograma sugestivas de síndrome coronário agudo com supra desnivelamento do segmento ST seguiu para cateterismo cardíaco emergente com subsequente transferência para a UCIC por manter instabilidade hemodinâmica e elétrica.

No caso nº 12 (ver apêndice IV) a função de Team Leader foi assegurada de forma eximia.

No início do processo quando o doente deu entrada na sala de emergência e dada a inexperiência do enfermeiro da triagem que não era portador de SAV deram-se algumas confusões como receios e hesitações que atrasaram o processo de ida do doente para a sala de emergência, mas que foram ultrapassadas com a chegada do enfermeiro alocado à sala de emergência.

A tolerância ao stress numa fase inicial estava comprometida, mas foi superada com o trabalho de equipa que foi sendo desenvolvido.

O profissional alocada à sala de emergência

RESULTADOS

nos diversos elementos de equipa e estabilizando a mesma mantendo a calma. Conseguiu assegurar a monitorização rápida do doente e a colocação de um acesso para ministração de drogas enquanto as compressões eram mantidas. Cumpriu o algoritmo de SBV com transição para o SAV.

Demonstrou capacidade de estabelecer um plano-ação adequado à situação com delegação de funções específicas em cada elemento da sala de emergência. Apresentou escuta ativa valorizando as opiniões dos restantes elementos a equipa.

Assegurou o item da gestão de recursos humanos garantindo que a sala de emergência não ficava desfalcada dado o fato que quando esta emergência ocorreu encontrava-se na

do SAV garantido um elemento para a preparação da medicação, um elemento para as compressões e outro elemento para a aplicação de choques.

Verificou-se uma rápida identificação da situação com acionamento dos intensivistas e monitorização do doente.

A reposição do carro de emergência e o teste ao desfibrilhador foram assegurados.

No final deste caso foi realizado o debriefing entre o enfermeiro alocado à sala de emergência e o enfermeiro da triagem que numa primeira instância recebeu o doente, com o intuito de partilharem experiências e melhorarem o desempenho rápido e efetivo ao doente crítico numa situação similar, detetando as lacunas existentes e os

CASOS PRÁTICOS

Caso clínico 18- Puérpera de 32 anos de idade, proveniente do domicílio acompanhada pelo marido após síncope, é admitida no SU. Na sala de espera entra em PCR com ritmo de FV são iniciadas manobras de SBV e à chegada da emergência interna é chocada 3 vezes e reverte o ritmo para sinusal.

Efetuada colheitas seriadas e MCDT's é detectada hipocalcémia de 1.6. Inicia reposição de potássio de 24 ampolas/dia e após uma permanência de 7 horas na sala de emergência é internada na unidade de cuidados intermédios em vigilância.

RESULTADOS

No caso nº 18 a rápida atuação e articulação entre o enfermeiro alocado à sala de emergência e o enfermeiro localizado no balcão médico demonstrou claramente que a comunicação efetiva-assertiva esteve sempre presente. Houve uma rápida tomada de decisões e um planeamento -ação sendo que a gestão de stress foi um processo mais complexo tendo o Team Leader perdido um pouco

da capacidade de gerir a equipa tendo ao fim de alguns minutos restabelecido a uniformidade.

A gestão de recursos humanos foi algo que passou ao lado dada a natureza da emergência. A reposição do carrinho na sala de emergência não foi assegurada, bem como, a realização do teste ao ventilador

CASOS PRÁTICOS

Caso clínico 19- Puérpera de 28 anos, há 4 dias internada na unidade de cuidados intermédios é admitida na sala de emergência pela equipa de emergência interna após choque hipovolémico. À entrada apresentou palidez, taquicardia, pulso fraco e hipotensão marcada. Com hemorragia vaginal exacerbada foi iniciado protocolo de ácido tranexâmico

RESULTADOS

No caso nº 19 constatou-se a presença de uma comunicação efetiva assertiva entre médico e enfermeiro. Foi possível constatar a rápida prontidão com que os profissionais se articularam para atuar no controlo da hemorragia da puérpera. Esta é uma situação diferente das demais visto que, não decorreu na sala de emergência, mas sim na Unidade de cuidados intermédios médico.

À chegada da equipa médica estava um alvoroço significativo com muitas indecisões e receios visíveis.

A função de Team Leader foi assegurada tendo o mesmo delegado as funções nos diferentes elementos da equipa, no entanto dada a complexidade e

emergência da situação criaram-se momentos de tensão entre os profissionais o que dificultou a tolerância ao stress e gestão de autocontrolo que foi posteriormente restabelecido após imposição do Team Leader.

O meio envolvente não estava tão organizado e controlado como deveria, dado que o enfermeiro alocado à sala de emergência foi chamado repentinamente e estava a atuar noutro ambiente diferente do da sala de emergência.

A disponibilização de materiais, foi um processo moroso dada a pouca experiência do auxiliar disponível no momento.

Após estabilização momentânea da

hemorragia no contexto do choque hipovolémico com hipotensão marcada, a doente foi transferida de emergência para o bloco operatório para ser interencionada. A doente foi acompanhada pela equipa de emergência tendo-se no fim constatado que o planeamento foi um dos itens que foi cumprido, mas com alguma dificuldade, não se verificando uma unanimidade no início da atuação mas que o Team Leader acabou no final por conseguir alcançar através de uma escuta ativa.

ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

V. Relativamente ao teste ao ventilador, este apenas esteve presente em 2 casos representando 33.2% da sua aplicabilidade, tendo no entanto de se ter em consideração que o mesmo não foi possível aplicar em todos os casos dado não fazia parte do procedimento. O teste ao ventilador foi algo que verifiquei que nem sempre era efetuado dado o fato de não ter sempre doentes ventilados e como tal de acordo com o protocolo instituído na sala de emergência do Hospital de Braga e com o intuito de gerir gastos o ventilador apenas é testado quando surge um doente entubado e ventilado.

VI. A reposição do carrinho da sala de emergência em ambas as salas foi uma falha constante tendo-se verificado a reposição do mesmo em apenas 1 caso o que implica 16.6%. O fato de por vezes não ter todo o material disponível e precisar de um cateter ch 18 ou uma sonda de aspiração rígida, ou o aspirador montado, ou uma válvula anti-refluxo entre outros e não ter no imediato disponível, representa um atraso na prestação eficaz de cuidados ao doente crítico podendo condicionar/atrasar o seu tratamento.

ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

No que concerne à grelha de observação, o tratamento e análise qualitativa dos dados foi efetuada através do programa informático Excel que permitiu obter os seguintes resultados:

- I. Verificou-se que a escuta ativa esteve presente em 4 dos casos supracitados constituindo 66,4%
- II. A autonomia foi um aspeto positivo que o Team Leader demonstrou ter em todos os casos impreterivelmente constituindo 100% dos casos.
- III. No item planeamento ação foi visível a sua aplicação em todos s casos observados tendo uma aplicabilidade de 100%
- IV. A capacidade de ouvir foi transversal em 4 casos observados, atingindo os 66.6%.

ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

VII. A gestão de recursos humanos foi aplicada especificamente em 2 casos constituindo assim um rácio de 33.2% A gestão de recursos humanos nem sempre foi assegurada tendo tido alguns momentos em que dada a inexperiência de alguns enfermeiros em doente critico foi complicado assegurar alguns postos.

VIII. A disponibilidade para aprendizagem contínua foi visível em 2 situações sendo que apenas em 1 caso houve efetivamente um debriefing constituindo 33.2%, nos restantes 4 não houve partilha de experiências, troca de opiniões ou debriefing.

ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

IX. A organização estrutural da sala de emergência foi possível em 83.3% dos casos, ou seja, em 5 dos casos supracitados dado que decorreu diretamente na sala de emergência. No caso nº 19 a organização não foi assegurada visto que, ocorreu nas mediações da urgência.

X. O controlo do enfermeiro sobre o ambiente envolvente esteve patente em 100% dos casos demonstrando facilidade em gerir as situações. Contudo, foi possível constatar que os enfermeiros não alocados à sala de emergência e sem serem detetores de SAV demonstravam stress associado às situações que por vezes ocorriam nas alas das imediações da urgência perante a presença de um doente crítico. Denotava-se incertezas, insegurança e receios com algumas dúvidas no modo de atuação por falta de conhecimento de algoritmos.

ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

XI. A comunicação entre profissionais das diversas classes profissionais e dentro da equipa foi assegurada em 100% das situações

XII. A comunicação efetivo-assertiva esteve patente em 3 dos casos observados constituindo 50% das situações

XIII. O planeamento-ação foi verificado em 4 dos casos constituindo cerca de 66.6% do rácio tendo facilitado nos casos observados a dinâmica da sala de emergência com uma abordagem mais completa, eficaz e eficiente do doente crítico

CONCLUSÃO

I. O Time Leader nem sempre delegava especificamente as funções aos restantes elementos de equipa;

II. A comunicação entre os profissionais nem sempre era eficaz e assertiva, apresentando alguns momentos de confusão na execução de tarefas;

III. A organização estrutural da sala de emergência nem sempre foi assegurada, dificultando o acesso dos vários profissionais ao doente atrasando por vezes o tratamento;

IV. A capacidade de ouvir em alguns momentos apresentou-se comprometida sendo apenas válida a opinião médica;

CONCLUSÃO

V. O controlo do enfermeiro sobre o ambiente envolvente em algumas situações ficou comprometido e camuflado pois eram tantas as pessoas a intervir na sala de emergência sem serem delegadas funções que a dada altura já nem se conseguia perceber quem tinha preparado a medicação, ou se alguém já agilizava a colheita e envio dos tubos de sangue, entre outros.

VI. A reposição no carro de material de apoio ao enfermeiro na sala de emergência apresentou sistematicamente falhas por escassez de material.

VII. A disponibilidade para a aprendizagem contínua foi um ponto onde foram detetadas várias lacunas pois, nem todos os enfermeiros detinham informação atualizada sobre as guidelines e, por vezes a insegurança na execução/implementação de determinadas decisões clínicas por falta de conhecimento do melhor protocolo ou aplicação estrita de protocolos previamente definidos sem adaptarem ao caso clínico em questão era uma constante.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que de uma forma geral os enfermeiros alocados à sala de emergência cumprem os protocolos instituídos e embora cada um personaliza a sua prática mediante as suas convicções e experiências pessoais.

Foi verificado que os enfermeiros mais novos estando envolvidos em situações de abordagem ao doente crítico apresentam algumas lacunas dada a inexperiência e pouca formação específica na abordagem ao doente crítico nomeadamente em SAV.

Constata-se a importância e a necessidade de formação em SAV e especificamente no doente crítico para melhorar os níveis de desempenho aumentando a eficácia, eficiência e uniformizando os cuidados favorecendo desta forma a equipas de alto desempenho.

QUESTÕES???



