



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

## **QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Por: Tânia Dionísia Ferreira Oliveira

Porto, março de 2020





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

---

LISBOA · PORTO

**QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA  
ASSISTÊNCIA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**NURSING CARE QUALITY IN THE ASSISTANCE TO THE PERSON  
IN CRITICAL CONDITION**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Por: Tânia Dionísia Ferreira Oliveira

Sob a orientação de: Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto, março de 2020



## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 12º Mestrado em Enfermagem, na Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto, no ano letivo 2019/2020, inserido no plano curricular do primeiro semestre. Este relatório visa descrever e analisar o desempenho das atividades desenvolvidas na unidade curricular: Estágio Final e Relatório, que se realizou no Serviço de Urgência e na Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos, no período compreendido entre 09 de setembro de 2019 e 04 de janeiro de 2020.

Com a finalização das práticas clínicas, o relatório final tem como objetivo a exposição do desenvolvimento profissional, das aprendizagens adquiridas e intervenções, bem como das reflexões concretizadas para a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Recorre-se a uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas, possibilitando estratégias de resolução de problemas. O relatório encontra-se dividido em quatro capítulos: na Introdução, consta o enquadramento do relatório, as unidades da prática clínica, assim como os objetivos definidos; a Caracterização dos Locais do Estágio, que contém a descrição da minha experiência profissional e de todos os locais de estágio onde estagiei, no qual se apresentam as particularidades potenciadoras ao incremento de competências; as Competências Desenvolvidas para o Cuidado Especializado à Pessoa em Situação Crítica, estruturado segundo os Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e, enaltecidas no seu desenvolvimento as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ambas instituídas pela Ordem dos Enfermeiros; no final, a Conclusão, relata a evolução profissional, as competências adquiridas, as dificuldades, o contributo da aprendizagem e as expectativas profissionais.

Na promoção da qualidade dos cuidados prestados foram várias as sugestões de melhoria a fazer, contudo, realço a abordagem à temática: será que podemos desenvolver Equipas de Enfermagem de Alto Desempenho? As Equipas de Alto Desempenho têm foco, planeamento, decisão, processos eficazes, definição clara de papéis, criatividade, boa comunicação, aprendizagem contínua, coesão grupal, *feedback* do desempenho, e outros. Com esta temática foram elaborados dois Projetos de Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, intitulados como “Gestão de Equipas de Enfermagem de Alto Desempenho no Serviço de Urgência” e a “Equipa de Investigação em Enfermagem de Alto Desempenho na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos”. Ainda foi concebido um documento em forma de artigo para submissão a uma revista científica.

Outro contributo deixado foi uma formação no âmbito do Plano de Catástrofe do Hospital no Serviço de Urgência. Na procura da excelência do exercício profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, aprofundi as competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e na gestão dos cuidados, na conquista de uma prática de enfermagem avançada.

Em suma, considera-se que o progresso na qualidade dos cuidados e a evidência científica na tomada de decisão à pessoa em situação crítica, permitiram-me desenvolver aprendizagens profissionais de excelência e capacidade de aplicar competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando as minhas responsabilidades éticas e sociais.

Que o meu lema seja a inovação e o desenvolvimento da Enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermeiro, Doente Crítico, Equipa de Alto Desempenho, Especialista, Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.



## ABSTRACT

The present report comes in the context of the 12<sup>th</sup> Masters in Nursing, in the Post-graduate Specialization in Medical-Surgical Nursing, of the Universidade Católica Portuguesa, of the Porto Institute of Health Sciences, in the school year 2019/2020, as part of the curriculum of the first semester: Final Internship and Report, that took place in the Emergency Service and in the Neurocritical Intermediate-Level Unit, in the time frame between 9<sup>th</sup> September 2019 and 4<sup>th</sup> January 2020.

With the ending of the clinical practice, the final report aims to display the professional development, the knowledge acquired and the interventions, as well as the reflections over the acquisition of skills of a Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, in the field of Nursing Care to the Person in Critical Condition. It is deployed a descriptive, analytical and critical/reflective methodology over the performed activities, making problem solving strategies possible. The report is divided in four chapters: in the Introduction, one can find the framework, the units in the clinical practice as well as the targets set; the Description of the Places of Internship, which contains the description of my professional experience and of all the places I have interned at, in which the particularities that power the improvement of competencies present themselves. The Developed Competencies to the Care to the Person in Critical Condition, structured according to the Core Competencies of the Specialist Nurse and, praise the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in their development, both instituted by the Order of Nurses; in the end, the Conclusion, reports the professional evolution, the acquired competencies, the difficulties, the value of learning and the professional expectations.

In the promotion of the quality of care given, several suggestions of improvements to be made. However, I highlight the approach to the thematic: Can we develop High-Performing teams in Nursing? High-Performing Teams have focus, planning, decision, efficient processes, clear role definition, creativity, good communication, continuous learning, group cohesion, performance feedback, and others. Under this thematic two quality improvement projects in nursing care were drawn up, entitled: “Management of High-Performing Nursing Teams in the Emergency Service” and “Research Team in High-Performing Nursing in the Neurocritical Intensive Care Unit”. A document structured as an article was also written and submitted to a scientific magazine.

Another contribution made was a training session within the Hospital Emergency Service Disaster Response Plan. In the quest for excellency in the professional practice, in the field of Specialization in Medical-Surgical Nursing, I have improved my competencies in the mastery of the continuous improvement in the quality and the management of care, in the quest for an advanced nursing practice.

To sum up, the progress in the quality of care and the scientific evidence in the decision making regarding the person in critical situation, has allowed me to develop excellency professional knowledge and ability to apply competencies of a Master and Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, considering my ethical and social responsibilities.

May my motto be the innovation and development of Nursing.

**Keywords:** Critical Patient, High-Performing Team, Nurse, Nursing Care Quality, Specialist.



Aprendi...  
Que posso amar.  
Que amar magoa.  
Que posso sobreviver.  
Que a cura acontece.  
Que cresci.  
Que posso perdoar.  
Que posso perdoar-me.  
Que aprendi muito contigo.  
Que posso estar aberto.  
Que a mudança é uma parte necessária da vida.  
Que estou grata por tudo o que me deste.  
Que não sentiria a tua falta se não tivesses sido tão importante para mim.  
Que não posso controlar tudo.  
Que posso cuidar.  
Que me posso envolver.  
Que preciso de alguém importante.  
Que posso reavaliar-me.  
Que uma nova página da minha vida está a ser escrita. Que tenho de mudar.  
Que posso recomeçar de novo.  
Que estou mais sábio.  
Que descobri um novo nível de coragem.  
Que estou mais aberto.  
Que posso fazer novos contactos por minha conta.  
Que posso pedir apoio.  
Que sou muito forte, mais independente, mais alegre, contente.  
Que posso fazer escolhas.  
Que nunca estou realmente sozinho.  
O valor e importância do presente.  
A preencher os meus dias de forma inovadora.  
A perspetivar este abalo na minha vida como uma motivação para crescer.  
A apreciar os momentos em que estou sozinho.  
A apreciar melhor a vida.

(Hannaford, & Popkin, 1992 citado por Riley, 2004, p. 226)



## **AGRADECIMENTO**

À Professora Ana Sabrina Sousa pela orientação, dedicação e sugestões.

À Professora Patrícia Coelho, agradeço a sua disponibilidade e incentivo.

À Professora Irene Oliveira apresento o meu reconhecimento e estima.

Aos Enfermeiros Tutores e as Equipas Multidisciplinar dos locais de estágio, pela receptividade e pela partilha.

Aos meus pais e irmão pelo seu apoio e amor incondicional.

Um especial obrigado ao Vitor Oliveira, pelo amor, compreensão e companheirismo.

A todas as minhas amigas que me ajudaram ao longo desta jornada.

Obrigada a todos que apesar de não serem mencionados, apoiaram e cooperaram para esta caminhada.

Sou Grata...



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ml - mililitros;

n.º - número;

p. - Página;

Prof.<sup>a</sup> - Professora.

## **LISTA DE SIGLAS**

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde;

APA - American Psychological Association;

AVC - Acidente Vascular Cerebral;

BIS - Bispectral Index;

BPS - Behavioral Pain Scale;

BPAS - Behavioral Pain Assessment Scale;

CAM - Confusion Assessment Method;

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

CHKS - Caspe Healthcare Knowledge System;

CLOT - Critical-Care Pain Observation Tool;

DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade;

DGS - Direção-Geral de Saúde;

ECTS - European Credit Transfer System;

ECMO - Extra Corporeal Membrane Oxygenation;

EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica;

EGA - Equipa de Gestão de Alta;

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica;

GUSS - Gugging swallowing screen;

HER+ - Health Event Risk Management;

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;

ICN - International Council of Nurses;

INFARMED - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento;

ISBAR - Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações;

LASA - Look-Alike, Sound- Alike;

PICCO - Pulse Index Contour Cardiac Output;

RAM - Reação Adversa a Medicamentos;

RASS - Escala de Sedação e Agitação de Richmond;

RENTEV - Registo Nacional do Testamento Vital;  
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;  
SPIKES - Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions e Strategy and Summary;  
STM - Sistema de Triagem de Manchester;  
SU - Serviço de Urgência;  
SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats;  
TV - Testamento Vital;  
UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia;  
UCIN - Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos;  
UCISU - Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência;  
UCP - Universidade Católica Portuguesa;  
UDC - Unidade de Decisão Clínica;  
VNI - Ventilação Não Invasiva;  
WHO - World Health Organization.

## ÍNDICE GERAL

1.INTRODUÇÃO.....	15
2.CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DO ESTÁGIO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	19
3.COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	27
3.1Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	28
3.2Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade .....	33
3.3Domínio da Gestão dos Cuidados .....	37
3.4Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	52
4.CONCLUSÃO.....	65
5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
6. APÊNDICES.....	83
APÊNDICE I - Gestão de Equipas de Enfermagem de Alto Desempenho no Serviço de Urgência.....	85
APÊNDICE II - Equipa de Investigação em Enfermagem na Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos.....	155
APÊNDICE III - Formação: Plano de Catástrofe do Hospital.....	261
APÊNDICE IV - Análise Swot do Serviço de Urgência e da Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos.....	295



## 1. INTRODUÇÃO

Na Europa, o ensino superior está estruturado em três ciclos: 1.º Ciclo a Licenciatura; 2.º Ciclo o Mestrado e o 3.º Ciclo o Doutoramento. A estrutura delineada pelo Processo de Bolonha foi aprovada pelos ministros do ensino superior dos estados. O Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica está previsto no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 agosto.

A mudança de paradigma no espaço europeu de ensino superior previu uma nova organização do ensino, centralizada no aluno e no desenvolvimento de competências; com semelhança em terminologias, duração e objetivos; com transferência de créditos; entre outras. A metodologia de aprendizagem tem em foco a capacidade de aprender e de optar, assim como de alcançar competências de aprendizagem, sendo exemplo disso a autonomia e a responsabilidade.

O relatório de estágio realizou-se no âmbito do 12º Mestrado em Enfermagem, na Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) que se concretizou na Universidade Católica Portuguesa (UCP), do Instituto de Ciências da Saúde do Porto, no ano letivo 2019/2020, inserido no plano curricular do primeiro semestre. O presente relatório visa descrever e analisar o desempenho das atividades desenvolvidas na unidade curricular: Estágio Final e Relatório, que se realizou no Serviço de Urgência (SU) e na Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos (UCIN), no período de 09 de setembro de 2019 a 04 de janeiro de 2020. O estágio foi composto por dois locais: o contexto do SU decorre de 09 de setembro a 02 de novembro de 2019 e na UCIN ocorreu de 04 de novembro de 2019 a 04 de janeiro de 2020, ambos sob supervisão de um Enfermeiro Especialista, Mestre em Enfermagem com EEMC e orientação de uma Enfermeira Especialista em EMC e doutorada.

A unidade curricular teve uma carga horária total de 750 horas, 360 horas de estágio, 350 horas de trabalho individual, 20 horas de seminários e 20 horas de orientações tutoriais na escola, equivalente a 30 *European Credit Transfer System* (ECTS), assim sendo 180 horas de estágio no SU e as restantes na UCIN.

A escolha dos locais de estágio recaiu sobre o SU, porque permitiu desenvolver competências especializadas na pessoa em situação crítica, assim como na UCIN. Este

último foi uma proposta da coordenadora da unidade curricular, pois levou ao desenvolvimento das minhas necessidades nestes cuidados.

A alínea b) do n.º 1 do artigo 20º capítulo III do Decreto-lei n.º 65/2018 de 16 de agosto evidencia que o ciclo de estudos condutor a grau de mestre integra um estágio de natureza profissional com objeto de relatório final. Os estágios permitiram uma oportunidade única para interligar o conhecimento teórico-prático, como para o desenvolvimento de competências especializadas neste âmbito.

O estudante perante a formação vai aprender a planejar, a prestar cuidados de enfermagem e avaliar com suporte nas competências obtidas (Carvalho, 2004).

As unidades de prática clínica no âmbito da área de especialização de cuidados de enfermagem elevam a primazia de cuidar na abordagem à pessoa em situação crítica e a sua família. Ao longo da minha prática profissional identifiquei a necessidade de equipas diferenciadas no contacto com tecnologia de ponta, fármacos de alto risco e com destreza em diversas intervenções, assim como, de uniformização de intervir no doente crítico. Desta forma, a formação na EEMC engloba as características fundamentais para o desenvolvimento dessas competências.

Como primeira etapa destes estágios foi criado um projeto de estágio, na qual foi o pilar para as práticas da EEMC e o promotor para o desenvolvimento deste relatório de estágio. O projeto de estágio permitiu conceber os objetivos específicos a realizar no decurso dos estágios; determinar as atividades a desenvolver para alcançar os objetivos citados anteriormente e delinear as competências a atingir no SU e na UCIN.

A “Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na Assistência à Pessoa em Situação Crítica” apelidou e orientou este relatório final que pretende demonstrar a experiência vivida nos estágios, as oportunidades de aprendizagem desenvolvidas e as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) adquiridas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

O relatório final visa a exposição do desenvolvimento profissional, as aprendizagens adquiridas e as intervenções e reflexões concretizadas para a aquisição de competências. Deste modo, o relatório final apresenta os seguintes objetivos: narrar a aprendizagem desenvolvida no percurso das práticas clínicas na EEMC; realizar uma análise crítica e reflexiva da prática de enfermagem vivida, com destaque para as oportunidades de melhoria reconhecidas; transmitir as estratégias de resolução aconselhada e implementadas; apresentar as competências de enfermagem obtidas, por meio das atividades desenvolvidas, com o reconhecimento de oportunidades de melhoria e o desenvolvimento de decisões

apropriadas; promover uma prática baseada na evidência e relevante no âmbito da EEMC e alcançar o grau de Mestre em Enfermagem, com EEMC.

Na produção do relatório, a metodologia utilizada foi o método descritivo, analítico e crítico-reflexivo, baseada na pesquisa literária em bases de dados, livros, trabalhos de investigação e publicações periódicas.

O relatório foi dividido em quatro capítulos: a introdução, a caracterização dos locais do estágio em EMC, as competências desenvolvidas para o cuidado especializado à pessoa em situação crítica e a conclusão. No segundo capítulo descrevo a minha experiência profissional, faço uma reflexão da prática de enfermagem na unidade curricular: a pessoa em situação crítica e família - vigilância e decisão clínica e no final caracterizo os serviços da prática clínica da unidade curricular: Estágio Final e Relatório. No terceiro capítulo examino os estágios de forma descritiva, crítica e reflexiva da prática de enfermagem experimentada, das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas. Este último capítulo em causa foi organizado segundo os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista. No que diz respeito a cada domínio das competências comuns foi atribuído o(s) objetivo(s) específico(s) previamente delineado(s), porém foi enaltecido no seu desenvolvimento as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. A opção de organizar o relatório em competências comuns deveu-se à possibilidade de aplicar os domínios a todos os locais de estágio, o que retrata de forma fidedigna o meu ponto de vista como futura enfermeira especialista. Posteriormente, no quarto capítulo apresento a conclusão onde caracterizo brevemente o percurso de estágio, as aprendizagens e competência obtidas, as dificuldades detetadas e as futuras expectativas. As Referências Bibliográficas estão enunciadas conforme a norma APA (*American Psychological Association*).



## **2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DO ESTÁGIO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

A Enfermagem está centralizada nas necessidades gerais do cliente. É a profissão com pequeno número dos profissionais de saúde organizados para analisar a saúde e a doença, a família, as consequências sociais da doença, o regulamento psicológico, o equilíbrio das necessidades com educação e a utilização de terapêutica para o tratamento (Black & Matassarini-Jacobs, 1996).

Para ir de encontro ao meu propósito profissional, descrevo uma síntese do meu trajeto profissional. Sou enfermeira há 10 anos e com experiência profissional em diferentes contextos, nomeadamente numa unidade de cuidados de saúde personalizados; numa unidade de cuidados continuados integrados de longa duração e manutenção; num serviço com medicina interna, oncologia, reumatologia e hematologia; no serviço de urgência; na saúde mental e psiquiatria; na imagiologia e atualmente, no internamento de cardiologia/unidade de cuidados intensivos de cardiologia (UCIC). Recentemente exerço intervenção pré-hospitalar integrando a equipa que presta cuidados com a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Com a supracitada experiência profissional pude aprimorar as competências do enfermeiro de cuidados gerais, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; a prestação e gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Um dos pilares para o aperfeiçoamento da profissão foi a formação contínua.

Através destas experiências tive oportunidade de desenvolver várias competências, no entanto, tinha como foco o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

As unidades curriculares da prática clínica da especialidade foram A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica e o Estágio Final e Relatório. Em ambas, tive oportunidade de reconhecer problemas, sugerir soluções, descrever as ações praticadas, identificar implicações éticas e sociais e informar apropriadamente, conforme irei explorar de seguida.

Os locais de estágio tiveram uma diversidade de informação necessária para me poder integrar no hospital, nos locais de estágio e nas equipas multidisciplinares. Identifiquei a necessidade de reconhecer a missão do serviço; a organização e funcionamento, nomeadamente a estrutura física; os critérios de admissão e alta; os procedimentos em situação de carência de vagas; os fardamentos; os regulamentos de visitas; as equipas dos serviços e as suas funções e o plano de integração de novos elementos no serviço, bem como o planeamento de atividades do serviço; o sistema de gestão integrado da qualidade, ambiente e segurança, em particular a política da qualidade, ambiente e segurança; a gestão documental; entre outras.

A **Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)**, está inserida no plano curricular do segundo semestre da unidade curricular: A Pessoa em Situação Crítica e Família - Vigilância e Decisão Clínica, no ano letivo 2018/2019, entre os dias 03 de maio e 20 de junho de 2019.

A UCIP é uma unidade fechada, polivalente e multidisciplinar, vocacionada para clientes adultos, composta por catorze unidades de tratamento de nível III, das quais, só doze se encontravam ativas, com quatro unidades de isolamento.

A UCIP é autónoma e dispõe de instalações e de recursos humanos e técnicos próprios. Em cada box, todo o material é individualizado, como recomenda a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), em 2013. As boxes de isolamento estão localizadas nas laterais, sendo que no centro encontram-se um balcão central para a preparação da terapêutica e dois espaços de registo clínico (um computador em cada box para registo), em que um deles está a central de monitorização. A organização do espaço apresenta algumas limitações, particularmente do balcão central em que não se conseguem observar todos os doentes e a central de monitorização não se encontra centralizada, o que contraria uma recomendação da ACSS (2013). Apresenta meios próprios de diagnóstico e de monitorização invasiva e não invasiva, e meios de suporte avançado das funções vitais de vários órgãos em falência. Os profissionais de saúde são Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Assistentes Técnicos, com foco na pessoa em situação crítica e família. No que respeita ao número de enfermeiros, o serviço possui 41 enfermeiros com a enfermeira chefe e nove especialistas em enfermagem.

A substituição do Enfermeiro Chefe é feita pelo Enfermeiro de Referência na unidade e, no impedimento deste, por outro Enfermeiro assinalado para o efeito. Para além das funções supracitadas previamente existe a função de Enfermeiro Sénior, Enfermeiro e o Enfermeiro Júnior.

Em Portugal, verifica-se um interesse crescente no desenvolvimento de modelos de gestão e métodos para calcular o número de profissionais de enfermagem fundamentais a cada unidade (Ordem dos Enfermeiros, 2014 citado por Macedo et al., 2016).

O *Nursing Activities Score* (NAS) é um “instrumento que permite avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros, com base no tempo gasto nas atividades de enfermagem inerentes aos cuidados prestados, e que é independente do grau de gravidade da doença apresentada pela pessoa em situação crítica” (Miranda et al., 2003 citado por Macedo et al., 2016, p. 882). Para avaliar a dotação segura de cuidados em enfermagem, era aplicado diariamente o NAS, na UCIP. Contudo, a sua utilização não se encontrava em pleno, porque apesar de ser feita a monitorização da carga de trabalho de enfermagem, a sua aplicação na gestão do plano de trabalho por turno não era efetuada.

Na unidade tive oportunidade de ler e consultar o manual da UCIP e identificar os indicadores de qualidade, sendo alguns deles parte integrante do contrato de gestão, outros de programas integrados de qualidade e *benchmarking*, assim como do controlo de infeção. Alguns dos indicadores delineados era: taxa de ocorrência de quedas; taxa de regresso à UCIP; taxa de ocorrência de úlceras de pressão; grau de sedação de clientes ventilados; taxa de clientes a 30°; profilaxia da úlcera de stress; e outros. No entanto, verifiquei a ausência de alguns indicadores, como por exemplo: presença de objetos limpos ou sujos concentrados na box do cliente; excesso de materiais nas boxes; taxa de incidência de extubação não programada; taxa de incidência de perda sonda naso/orogástrica e taxa de incidência de perda de cateter venoso central.

Com o desenvolvimento do estágio, a necessidade de pesquisar para complementar o conhecimento já adquirido foi relevante, tal como a partilha na prática dos cuidados com a equipa de enfermagem, o que proporcionou desenvolvimento profissional. Apesar de trabalhar numa unidade de cuidados intensivos de cardiologia, a UCIP possibilitou um leque de experiências. Com algumas das práticas foi possível aprimorar e consolidar as competências práticas na assistência à pessoa com ventilação mecânica, monitorização da pressão venosa central e do manuseamento com cateter venoso central. Ainda partilhei com a orientadora algumas oportunidades de melhoria ao nível da colheita de hemocultura; o cuidado com cateter vesical; elaboração de procedimentos e instruções de trabalho direcionado para UCIP.

O procedimento uniformizado fundamental era o da monitorização do doente crítico na UCIP. Em virtude deste procedimento identifiquei uma oportunidade de crescimento na monitorização da pressão intracraniana; da pressão intra-abdominal; do Índice Bispectral de

Sedação, da Capnografia, do *Pulse Index Contour Cardiac Output* (PICCO) e da Pressão de Perfusão Cerebral. A aprendizagem e contacto foram, assim, essenciais para o desenvolvimento de diagnósticos e intervenções de enfermagem. O conhecimento científico e técnico do enfermeiro EEMC foi considerável para permitir avaliar de forma crítica e reflexiva.

Na UCIP, a prática baseada na evidência não foi sempre perentória, nomeadamente quanto à não heparinização do sistema de monitorização da pressão arterial invasiva. A instrução de trabalho sobre aspiração de secreções referia que deve ser procedida à lavagem alveolar com a introdução de 2 a 5 ml de soro fisiológico 0,9% pelo tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia, no momento da inspiração para fluidificar as secreções se espessas, adaptar o insuflador manual e efetuar 2 a 3 insuflações, exceto no edema pulmonar, hemorragia intracraniana, patologia obstrutiva crónica pulmonar e trauma torácico. Na literatura, contudo, refere que as secreções não são solúveis na solução (Sousa & Ferrito, 2016).

No que diz respeito à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), os enfermeiros não utilizaram na sua plenitude aquando a prestação de cuidados, particularmente na passagem de turno, uma linguagem de enfermagem padronizada. A passagem de turno, é o momento de comunicação mais viável no que respeita à transmissão do estado de saúde do doente crítico. É durante este momento que os enfermeiros devem informar os colegas de todas as situações de considerável valor que ocorreram durante o transato turno. Porém, foi com este objetivo que me deparei com dificuldades quer de compreensão pelo excesso de informação, quer pela falta de uniformização da equipa de enfermagem. Esta área foi alvo de intervenção da minha parte, através da realização de uma formação e uma instrução de trabalho específica sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde na UCIP. Foi proposta a utilização de um esquema organizado com a técnica ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações), com o objetivo de treinar durante meio ano a equipa de enfermagem na transmissão de informação. Esta intervenção contribuiu para a implementação da norma 001/2017 da Direção-Geral da Saúde (DGS) sobre Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Tive oportunidade de acompanhar o enfermeiro responsável de turno na gestão do serviço, bem como a enfermeira chefe. O papel do responsável de turno pautou pela supervisão de cuidados; requisição de material; reposição de medicamentos em falta no

*pyxis*<sup>®</sup>; gestão de recursos humanos e envio por correio eletrónico do ponto de situação do dia na unidade, nomeadamente matérias e recursos humanos.

Uma oportunidade de melhoria identificada foi a prática segura da medicação com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes, o domínio dos medicamentos de alto risco e a sua reconciliação terapêutica. Os itens enumerados não eram identificados no programa informático quando prescrito e nem no *pyxis*<sup>®</sup>.

A experiência tornou-se bastante enriquecedora e proveitosa, na medida em que me permitiu a integração, aperfeiçoamento e consolidação de conhecimentos e competências EEMC na prática clínica à pessoa em situação crítica e família, em destaque as competências do âmbito da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A UCIP tinha uma excelente articulação com as restantes Unidades de Cuidados Intermédios: Coronária, Neurocirúrgica e Polivalente do SU.

No seguimento da elaboração do relatório de estágio, descrevo de seguida as características da prática clínica, do SU e dos Cuidados Neurocríticos, pela cronologia do percurso.

**Objetivo Específico:** Conhecer o funcionamento e dinâmica do SU e dos Cuidados Neurocríticos.

No SU tive a necessidade de perceber a estrutura física e a sua dinâmica, os cuidados de enfermagem prestados, as funções atribuídas à equipa multidisciplinar, os protocolos instituídos, a articulação com outros serviços intra e extra-hospitalares, para dar resposta de forma adequada às necessidades da pessoa em situação crítica, desde a admissão no SU até ao internamento, alta ou transferência. Para potencializar a integração realizei uma entrevista informal com o enfermeiro chefe, com o enfermeiro orientador e a equipa interdisciplinar.

No que concerne à organização, o SU tinha um nível de resposta polivalente, que se articula com dois Hospitais com a necessidade de cuidados com nível de diferenciação inferior, conforme estabelecido pela Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência (Direcção-Geral da Saúde, 2001). Sendo um Serviço de Urgência Polivalente, tinha um nível diferenciado para rececionar situações de urgência e emergência. Pelo artigo n.º 5, do Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, pelo Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, o SU atendia ao processo de monitorização e avaliação, com o cumprimento dos requisitos obrigatórios, relativamente, à estrutura; aos recursos humanos; à formação; aos critérios e indicadores de qualidade.

A nível estrutural, o SU localizava-se no piso 1, com horário de funcionamento de 24 horas, todos os dias da semana, à exceção de algumas especialidades.

A organização do SU geria-se da seguinte forma: divisão da Urgência de Adultos da Urgência Pediátrica (envolvendo o processo de triagem) e aplicação da Triagem de Manchester para atribuição de prioridades de atendimento aos clientes. Mas dispunha de três entradas distintas, nomeadamente: Urgência de Adultos, Urgência Pediátrica e a Emergência.

Encontrava-se organizado em diversas áreas funcionais, nomeadamente: área de triagem de prioridades; salas de emergência; área das vias verdes; área médica; área cirúrgica; área de trauma; área pediátrica; área obstétrica; unidade de decisão clínica 1 (UDC 1) - área amarela e verde; unidade de decisão clínica 2 (UDC 2) - área laranja; a Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU); áreas de apoio clínico específico no hospital; áreas de apoio clínico na urgência: sala de receção de exames, imagiologia, nebulizações e salas de intervenção de enfermagem; área da viatura médica de emergência e reanimação; áreas de apoio logístico na urgência; salas de espera: exteriores para acompanhantes e clientes pouco urgentes e interiores para urgentes; e, secretariados: admissão de doentes e secretariado clínico. Tinha implementado os intitulados sistemas de resposta rápida, ou seja, as Vias Verdes, como, a Via Verde Coronária, a Via Verde Acidente Vascular Cerebral, a Via Verde Trauma e a Via Verde Sepsis. As duas últimas Vias Verdes descritas não estão a trabalhar na sua plenitude.

Em função dos diagnósticos e o tipo de cuidados necessários, o cliente era direcionado para: UDC 1, cliente com prioridade amarela, verde e azul, onde se podia manter até doze horas; UDC 2, cliente com prioridade laranja ou indispensabilidade de monitorização, podia perdurar até doze horas; internamento; alta; consulta externa; transferência para outro hospital e óbito.

A organização do espaço tinha algumas limitações, nomeadamente nas unidades de decisão clínica: no balcão médico e de cirurgia não se conseguiam observar todos os clientes nem manter a privacidade em relação as outras pessoas, o que contrariava as Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências (ACSS, 2015). Uma das limitações do serviço foi também a ausência de um relógio com cronómetro integrado, uma recomendação técnica para a Sala de Emergência (ACSS, 2019). Possuía meios próprios de diagnóstico, de monitorização invasiva e não invasiva, e ainda, meios de suporte avançado das funções vitais de vários órgãos em falência. O SU dispunha de instalações, recursos humanos e técnicos próprios.

A equipa multidisciplinar do SU era composta por Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Assistentes Operacionais e Assistentes Técnicos. A Equipa de Enfermagem era constituída por oitenta e nove Enfermeiros, entre os quais um Enfermeiro Gestor e vinte e três Enfermeiros EEMC.

Os Enfermeiros encontravam-se distribuídos por sete equipas, sendo que em média cada equipa tinha doze Enfermeiros. O responsável de turno era um enfermeiro especialista com a função de gerir cuidados e recursos.

Para garantir uma prestação de cuidados adequada às necessidades dos clientes e aos resultados que se pretendiam alcançar com as intervenções de enfermagem, o enfermeiro responsável de turno no SU elaborava diariamente um plano de trabalho com os postos de trabalho e recursos humanos necessários ao SU. Deste modo, o número de enfermeiros escalados para o SU, onde se incluía Urgência Geral, Urgência Pediátrica e a Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência (UCISU) era de 17 para os turnos de dia e 15 para o turno da noite. Para avaliar a dotação segura de cuidados em enfermagem, não era aplicado nenhum instrumento, no SU. O cálculo da dotação segura de enfermeiros tinha em conta o número de clientes, as necessidades individuais, a intensidade dos cuidados, etc. (Campos, 2006).

A distribuição numérica pelo posto de trabalho dos Enfermeiros era: um na emergência; três na triagem adultos; três (manhã) ou dois (tarde) na UCISU; três na UDC 1; três na UDC 2; um (manhã) ou dois (tarde) no balcão da área médica e um no balcão da área cirúrgica. Cada posto de trabalho tinha atribuído um assistente operacional, exceto na UDC 1 e UDC 2, com três.

Com o estágio em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica tive oportunidade de efetuar turnos nos diferentes setores, o que permitiu apreender e colaborar no funcionamento e dinâmica do SU.

A **Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos (UCIN)** localizava-se no mesmo Hospital do estágio anterior, o que verifiquei uma semelhança na sua organização e funcionamento, o que denotei o padrão de qualidade existente.

A área da UCIN classificava-se como uma unidade de nível dois, fechada e monovalente. Tinha uma lotação de onze camas das quais duas permitiam isolamento respiratório. O espaço era compartilhado com a unidade Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC), com a ocupação de seis unidades.

A UCIN possuía a caracterização funcional dos compartimentos como referia as recomendações da ACSS (ACSS, 2013). Eram exemplo disso a zona aberta de cuidados

críticos intermédios, a box dos cuidados intermédios, a box do isolamento, sujo e despejos, posto de trabalho de enfermagem, entre outras.

A equipa interdisciplinar da UCIN era constituída por Enfermeiros, Médicos, Assistentes Técnicos e Assistentes Operacionais.

A equipa de enfermagem era formada pelo Enfermeiro Chefe e vinte e seis Enfermeiros, na sua particularidade quatro eram Enfermeiros Especialistas, dos quais dois eram Enfermeiros EEMC.

O Enfermeiro Chefe delegava as suas funções na sua ausência ao enfermeiro do serviço que nomeava. Para além da função referida anteriormente, existia também a função de Enfermeiro de Referência e o Enfermeiro Responsável de Turno.

Os enfermeiros encontravam-se distribuídos por cinco equipas, constituídas em média por quatro a cinco elementos, consoante a ocupação da unidade em cada momento.

A UCIN não possuía nenhum instrumento para avaliar a dotação segura de cuidados em enfermagem. O rácio era instituído de acordo com as orientações para a prestação de cuidados, com a referência mínima de cuidados necessários de 7 horas nas unidades de cuidados intermédios (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

A equipa de enfermeiros nos estágios tinha diversas características em comum, sendo exemplo disso o regime de trabalho por turnos, com horário realizado mensalmente pelo Enfermeiro Chefe, com plano de trabalho diário e a transição de cuidados de saúde era efetuada através de reuniões de passagem de turno.

Os percursos das práticas clínicas foram pautados por múltiplas experiências, o que contribuiu para o progresso dos cuidados especializados prestados.

Através das atividades descritas foi possível alcançar os objetivos específicos indicados, possibilitando o desenvolvimento das seguintes competências: demonstrar um nível de aprofundamento de adaptabilidade individual e organizacional e demonstrar capacidade de gerir a prestação de cuidados com a equipa interdisciplinar e multidisciplinar, adequadamente.

### **3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

A qualidade na prestação de cuidados, pelos profissionais de saúde, sobretudo a equipa de enfermagem no SU e na UCIN foi um desafio exigente, pois a população tem a expectativa de usufruir de tecnologia avançada e complexa, sem carência de cuidados de elevada apreciação (Sheehy's, 2001).

O n.º 3 do artigo 8 dos Títulos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros refere que o “enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744).

São seis as especialidades reconhecidas pela Ordem, com o título de Enfermeiro Especialista. A especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica identifica o domínio de particularizar as competências consoante o recetor dos cuidados e o contexto de intervenção, nas quais se evidenciam as distintas áreas de enfermagem: à pessoa em situação crítica, à pessoa em situação paliativa, à pessoa em situação perioperatória e à pessoa em situação crónica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Para atribuição de título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deve-se cumprir o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, das competências específicas do enfermeiro especialidade em causa, bem como o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, das competências comuns do enfermeiro especialista, para a prestação de cuidados de saúde extensível aos diferentes contextos.

As competências específicas descritas anteriormente pela Ordem dos Enfermeiros, os objetivos propostos pelo plano de estudos do curso, os padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC, bem como as competências comuns do enfermeiro especialista foram o suporte para a determinação dos objetivos específicos, das atividades e das competências desenvolvidas no SU e na UCIN.

Para a descrição dos subcapítulos dos processos de desenvolvimento de competências, procedi à organização do capítulo de acordo com os quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: a Responsabilidade profissional, ética e legal; a Melhoria contínua da qualidade; a Gestão dos cuidados e o Desenvolvimento das

aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Em cada domínio destas competências, são descrito(s) o(s) objetivo(s) específico(s), a exposição das atividades desenvolvidas, as competências adquiridas e as implicações para a prática profissional.

### **3.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Na alínea a) e b) do n.º1 do artigo 5.º referente às competências no âmbito do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, refere, respetivamente, que o Enfermeiro Especialista “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p. 4745).

O Enfermeiro EEMC ao cuidar da pessoa em situação crítica tem em torno da sua prestação de cuidados numerosas questões éticas e deontológicas. Esses cuidados especializados requerem um nível de desenvolvimento de competências nobre, para que o profissional possa tomar decisões fundamentadas na prática responsável, tendo em vista os direitos humanos e como resultado a dignidade do cliente.

**Objetivo Específico:** Desenvolver competências na área de EEMC para uma prática responsável sustentada nas normas legais, os princípios éticos e o código deontológico da profissão, de forma a assegurar os direitos humanos.

Os princípios éticos nos cuidados de enfermagem estão presentes em todas as atividades, atendendo-se assim pelo respeito, pela dignidade do indivíduo, pelos direitos, pelos deveres e responsabilidades inerentes a toda a ação.

A “ética (a ciência da moral) estuda a forma como determinamos aquilo que é bom para o desenvolvimento dos indivíduos e da sociedade, bem como as regras necessárias para prevenir que as pessoas sejam prejudicadas. Também diz respeito ao processo como as competências necessárias para agirem de forma moral responsável” (Thompson, Melia, & Boyd, 2004, p. 4).

Na autonomia da profissão de enfermagem, o enfermeiro para agir a um diagnóstico de enfermagem tem que prescrever, executar e avaliar as intervenções de enfermagem. Esta conquista faz com que os enfermeiros enfrentem os problemas éticos e tomem decisões complicadas que carecem de adaptação aos princípios e valores éticos no global e da profissão em especial (Ribeiro, 2011). O estágio do SU e na UCIN incluíram as diferentes

responsabilidades jurídicas em enfermagem, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro; o Código Deontológico; os Padrões de Qualidade dos Cuidados EEMC; o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialistas e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Aquando a prática de cuidados manteve sempre presente a vertente ética e deontológica, exercendo uma prática prudente em cada situação. Relembrei o cliente C que se encontrou no SU sem indicação para reanimar, para lhe serem prestados cuidados paliativos. O cliente encontrava-se em fase agónica e foram-lhe proporcionadas as melhores condições possíveis para morrer com conforto, tranquilidade, privacidade, apreço e alívio do sofrimento. Os familiares estiveram junto do mesmo para que se pudessem despedir e iniciar o processo de luto, para que aceitassem a morte como uma fase natural da vida.

Os cuidados paliativos têm como propósito o cliente e a sua família e incluem as diferentes áreas da vida humana, desde o sofrimento espiritual, psicológico, físico e social. Têm como objetivo o bem-estar e o auxílio ao mesmo, enquanto ligado a patologia grave ou incurável, em etapa avançada e progressiva (Deodato, 2018).

Com estas situações consegui desenvolver as seguintes atividades: respeitar os direitos e deveres do cliente; implementar cuidados de enfermagem com segurança, privacidade e dignidade do cliente e utilizar as normas do quadro jurídico.

A alínea c) do artigo 100º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro do Código Deontológico do Enfermeiro refere que se deve “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (p. 8079).

A Enfermagem é uma profissão que tem como dever a prestação de cuidados ao indivíduo, agregado a uma família e a uma comunidade (alínea a) do artigo 110.º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro da Assembleia da República). Desta forma, tem o dever de ter um regime jurídico, através do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

O n.º 3 do artigo 8.º da lei nº 156/2015 de 16 de setembro do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros menciona que o “enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela Ordem” (p. 8061).

Como futura Enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, à Pessoa em Situação Crítica, no SU e na UCIN colaborei no processo de tomada de decisão com a equipa

multidisciplinar, de forma a promover a dignidade dos clientes. No que concerne à tomada de decisão, tive oportunidade de poder envolver vários clientes no seu processo terapêutico, respeitando a sua autonomia. O respeito pelos direitos e dignidade do cliente teve por base um consentimento livre e esclarecido, que poderá ser revogável a qualquer momento. A pessoa era um ser social e agente intencional nos seus comportamentos, baseados nos seus valores, crenças, ideologias, pensamentos, metodologias e desejos de natureza individual, que as distingue de todas as outras. Cada pessoa é um ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se.

Com estas intervenções, consegui desenvolver a comunicação, por meio das diferentes técnicas, utilizando uma comunicação adequada à compreensão do cliente e da família, assim como o respeito pela vontade do mesmo, como refere a alínea f) do n.º 1 da base 2 dos direitos e deveres das pessoas, no n.º 95/2019 de 4 de setembro da Lei Bases da Saúde.

Nas práticas clínicas foram diversas as vezes que cuidei de clientes que tiveram alteração do estado de consciência; por isso o consentimento livre e esclarecido não foi exequível, pelo que deste modo, o consentimento presumido foi a eleição.

O consentimento presumido aplica-se “quando a situação em que o agente atua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado” (p. 1365) (n.º 2 do artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de março do Código Penal).

O artigo 1.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho expõe que o “regime das diretivas antecipadas de vontade (DAV) em matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de testamento vital (TV), regula a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)”. Durante o estágio tive oportunidade de conversar informalmente com um enfermeiro sobre a temática e da possibilidade dos enfermeiros consultarem o RENTEV.

Segundo o código deontológico, os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros partem da responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, do respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e da excelência do exercício na profissão em geral e da relação com outros profissionais (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

O cliente apresenta direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam. Tudo o que diz respeito ao cliente não foi divulgado fora da equipa multidisciplinar. Na alínea a) do n.º 1 da base 2 dos direitos e

deveres das pessoas, no n.º 95/2019 de 4 de setembro da Lei Bases da Saúde está descrito que a pessoa tem direito “à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade” (p. 56).

O n.º 2 da base 28 dos profissionais de saúde da Lei n.º 95/2019 de 4 setembro referencia que “os profissionais de saúde, pela relevante função social que desempenham ao serviço das pessoas e da comunidade, estão sujeitos a deveres éticos e deontológicos (...)”. No decorrer das práticas clínicas garanti práticas de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Uma oportunidade de melhoria reconhecida foi a gestão de circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação.

“A enfermagem tem um papel fundamental no processo de administração de medicação e, com responsabilidade ética, técnica e científica, assegura a proteção do doente e os seus direitos a ser bem cuidado” (Abreu, Rodrigues, & Paixão, 2013, p.64).

Existem múltiplas questões éticas que rodeiam a prevenção de falhas na administração de terapêutica, porque o enfermeiro é dirigente das diferentes fases do processo da administração de fármacos. Esta responsabilidade não é apenas a realização mecânica da intervenção, exige critério e responsabilidade profissional (Coimbra & Cassiani, 2005; Padilha, Kitahara, Gonçalves, & Sanches, 2002 citado por Lopes, Chaves, & Jorge, 2006).

Na generalidade, as unidades de saúde apresentam subnotificação por escassa supervisão, medo de retaliações ou punições que possam acontecer. Esta situação impede o reconhecimento e as prováveis intervenções para o progresso da prática. Apenas com o reconhecimento metódico de erros, consegue-se desenvolver atividade de mudança na prática (Carvalho & Cassiani, 2002 citado por Lopes, Chaves, & Jorge, 2006). O registo do erro é uma intervenção essencial por parte de um profissional depois de uma ocorrência (Silva, Cassiani, & Zem-Mascarenhas, 2001 citado por Lopes, Chaves, & Jorge, 2006).

O Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) (2012) realizou uma circular informativa nº 162 a 23 de julho no qual expõem que desenvolveu uma aplicação, o Portal RAM (reação adversa a medicamentos), onde os profissionais de saúde e os clientes podem notificar as suspeitas de RAM. Este portal é um contributo para a monitorização contínua da segurança dos medicamentos. Foi efetuado um estudo em Portugal, que tinha como objetivo identificar a prevalência de erros de medicação num serviço de internamento hospitalar, desde a etapa da prescrição até à administração no

cliente. Os erros de prescrição prevaleceram (30%), em seguida ocorrem os erros de administração (11,8%) e por fim os de distribuição (1,9%) (Brites, 2013).

O enfermeiro com a equipa de trabalho deve fortalecer a prática de administração terapêutica, pois é indispensável ir além dos conhecimentos e do progresso da informática com a prescrição eletrónica para poder prevenir erros, trabalhar com segurança (Lopes, Chaves, & Jorge, 2006) e “desenvolver uma prática baseada na notificação dos erros” (Abreu, Rodrigues, & Paixão, 2013, p. 64).

Para fomentar a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente, implementei medidas de prevenção e identificação de práticas de risco (alínea A 2.2.2 do n.º A 2 do artigo 10 do Regulamento n.º 140/2019 das competências comuns do Enfermeiro Especialista). No SU deparei-me com a presença de alunos de Enfermagem e refleti relativamente à conduta ética na execução de procedimento invasivos, como por exemplo, a cateterização de veia periférica; a entubação nasogástrica; o cateterismo urinário; etc. No estudo sobre “responsabilidade civil dos profissionais de enfermagem nos procedimentos invasivos” cita que os profissionais referiram que os procedimentos invasivos como a punção e o cuidado foram os que demandaram mais medidas assépticas (Yamaushi, Munhoz, & Ferreira, 2000 citado por Sousa, Moura, Santos, Nunes, & Alves, 2009).

No ponto de vista ético, o procedimento invasivo num cliente deve, sempre que exequível, primeiramente ser efetuado em ambiente simulado, pois comporta um momento seguro para o aprendiz e sem resultados nocivos para o cliente. Refere-se à prestação de cuidados com qualidade, embora os cuidadores estejam em processo de aprendizagem (Martins, 2017). Esta reflexão permitiu analisar “a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica” (alínea A 2.2.1 do n.º A 2 do artigo 10 do Regulamento n.º 140/2019) (p. 4746).

Com a equipa multidisciplinar do SU tive outra questão ética que surgiu na sala de emergência sobre reanimar ou não reanimar.

Na tomada de decisão sobre reanimar ou não reanimar, o enfermeiro, em conjunto com a equipa multiprofissional, deve ter um papel ativo. Portanto, a competência científica, técnica e ética é relevante (Trigueiro, Labronici, Raimondo, & Paganini, 2010).

Outro dilema foi a presença da família na situação de paragem cardiorrespiratória, um tema ainda controverso, o qual não houve unanimidade na posição da equipa de cuidados. Nas últimas *guidelines*, da *American Heart Association* e da *European Resuscitation Council* relatam que a família terá possibilidade de se encontrar em casos de suporte avançado de vida se reunir oportunidade para isso. No entanto, em Portugal seria

relevante as associações semelhantes às supracitadas executarem referências à frequência de familiares em ocorrências de emergência e reanimação” (Lederman, 2016 citado por Batista et al., 2017).

A presença da família em situações de reanimação continua controverso, pois é condicionada pelos diferentes contextos e culturas profissionais (Flanders & Strasen, 2014 citado por Batista et al., 2017). As evidências nacionais e internacionais divulgam dados dissociados, ainda assim, a variedade deve-se à cultura profissional de cada país (Batista et al., 2017). São diversas as reflexões éticas e de deontologia profissional que poderiam ser expostas, contudo estas são as mais prementes. As atividades descritas foram pertinentes para a aquisição das competências descritas no decorrer do relatório.

Através das atividades descritas foi possível alcançar os objetivos específicos indicados, possibilitando o desenvolvimento das seguintes competências: demonstrar capacidade na tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas e ser capaz de gerir adequadamente as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa em situação crítica.

### **3.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

Os sistemas de saúde a nível mundial apresentam uma gradual necessidade de prestação de cuidados de saúde com segurança e qualidade. Uma das prioridades da DGS, em Portugal, é a qualidade dos cuidados de saúde, com a qual patenteia uma Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde entre 2015 e 2020 (Ribeiro, Martins, & Tronchin, 2017).

Em 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros cooperou para a qualidade em saúde, através da definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Este referencial promove a melhoria contínua da qualidade (Ribeiro, Martins, & Tronchin, 2017).

O artigo de investigação denominado “Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses” expõem que a generalidade dos enfermeiros realiza às vezes ou sempre, as atividades que colaboram para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros consideram que as dimensões menos efetuadas são a Promoção da saúde; o Bem-estar e autocuidado e a Readaptação funcional, no entanto, as atividades mais realizadas são as dimensões da Responsabilidade e rigor e da Prevenção de complicações (Idem). A Ordem dos Enfermeiros (2017) elaborou os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica em distintas áreas, nomeadamente, na área

de enfermagem à pessoa em situação crítica, como auxiliar de referência à prática especializada.

**Objetivo Específico:** Demonstrar habilidades no pensamento crítico reflexivo nas tomadas de decisões, para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, na área EEMC.

O pensamento crítico em enfermagem descreve-se como um processo complexo e multidimensional que abrange a habilidade intelectual que o cliente detém para buscar, identificar e despertar princípios do raciocínio importantes para a tomada de decisão; a capacidade para combinar a experiência, o conhecimento e o raciocínio no reconhecimento e indagação de quadros alternados de referência, tendo em vista o contexto e um item atitudinal, que integra os domínios afetivos, capaz de interferir no pensamento lógico, situacional e determinado (Peixoto & Peixoto, 2017).

As estratégias que promoveram o pensamento crítico foram a narrativa escrita ou verbal; aprendizagem baseada em casos; estudos de casos baseados em simulações clínicas; aprendizagem baseada em cenários; planos de cuidados com ou sem mapa conceitual; *grand rounds*; tecnologia de aprendizagem interativa e multimédia; aprendizagem baseada em problemas; pesquisa e análise de publicações; mapa conceitual e promoção da autorresponsabilização pela formação/aprendizagem (Idem). Durante as práticas clínicas, algumas das estratégias foram notórias e descritas ao longo deste relatório.

O pensamento crítico do Enfermeiro EEMC, no Regulamento n.º 429/2018, encara os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica como sendo fortemente “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” (p. 19362).

Na identificação dos riscos e diagnósticos de enfermagem mobilizei conhecimento e sempre que necessário questioneei ou procurei a resposta na literatura. As habilidades de pensamento crítico reconhecidas no processo diagnóstico em enfermagem foram: a análise; o conhecimento técnico-científico; o raciocínio lógico; a experiência clínica; o conhecimento sobre o cliente; a aplicação de padrões; o discernimento e a conceção contextual. Deste modo, a base do processo diagnóstico em enfermagem é o conhecimento técnico-científico e a experiência clínica (Bittencourt & Crossetti, 2013).

A enfermagem ibero-americana tem-se debruçado a entender o pensamento crítico e constatou que não existe uma semelhança na aceitação de uma base teórica de pensamento crítico. Porém, distinguem-se dois pensamentos críticos, que foram estruturados em dois grupos: a equipa A tem habilidade para o raciocínio clínico, como no diagnóstico de enfermagem, na seleção das intervenções adequadas e na avaliação dos resultados. A equipa B produz uma rede de juízos para a estrutura do pensamento crítico. Este processo tem como propósito o progresso do pensamento reflexivo e a aplicação da autonomia do cliente (Ceolin, González, Ruiz, & Heck, 2017). O pensamento reflexivo promove o debate às questões referentes, como a educação e o exercício profissional dos enfermeiros. Contudo, este começa quando os aprendizes questionam a sua prática e assimilam diferentes conhecimentos, habilidades e atitudes (Jarvis, 1999 citado por Peixoto & Peixoto, 2016).

No SU colaborei com a emergência interna do Hospital. Nesta instituição estava protocolado um Manual de Emergência Médica do Hospital onde tinha um Sistema Integrado de Emergência Hospitalar, com equipas e equipamentos. A mala de emergência era composta por equipamentos e fármacos que auxilia as equipas. Em todo o Hospital encontravam-se Carros de Emergência uniformizados ao nível do conteúdo e organização, mas consoante as particularidades dos serviços onde estavam situados. Segundo orientação n.º 008 da DGS, o carro de emergência “é uma estrutura móvel ou, em certos casos, transportável, que contém um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para a reanimação cardiorrespiratória” a qual “devem ser uniformizados na unidade de saúde” (2011, p.1). Foi uma oportunidade de melhoria poder realizar a manutenção dos carros de emergência; testar os desfibrilhadores e a mala de emergência interna. Outro momento de mobilização de conhecimento foi a revisão mensal do carro de emergência da UDC 2 e os carros da via aérea da sala de emergência. Pude verificar a *check-list* do material e dos fármacos; efetuei a troca de fármacos e material necessário para cumprir os três meses prévios ao fim da data de validade; registei na folha de abertura dos carros e por fim selei. Com estas intervenções foi possível identificar uma situação problema, a qual propus uma oportunidade de melhoria: a sinalização do Haloperidol. O fármaco em questão pôde ser administrado por via endovenosa e intramuscular. Contudo, a recomendação emanada na administração do fármaco sugere apenas por via intramuscular para minimizar o risco dos efeitos cardíacos, particularmente o prolongamento do intervalo QT (INFARMED, 2019).

Para o meu desenvolvimento profissional autónomo e crítico, a prática reflexiva foi uma habilidade imprescindível nas práticas clínicas, para me tornar autoconsciente e a

prestar os “melhores cuidados, com atitudes reflexivas pré, pós e na ação” (Peixoto & Peixoto, 2016, p. 132).

O Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro sobre o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 faz menção à prevenção e ao controlo das infeções e às resistências aos antimicrobianos. No decorrer do estágio tive oportunidade de aplicar e aperfeiçoar diferentes conhecimentos sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, por exemplo na manipulação da linha arterial, da derivação ventricular externa, etc. Este foco foi de encontro com as orientações para a prevenção e redução da incidência de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

Nas práticas clínicas pude identificar algumas situações problema para as quais sugeri oportunidades de melhoria, sobretudo a proximidade das macas no SU; o incremento da implementação dos feixes de intervenção recomendados pela DGS e o acréscimo de auditorias para o controlo de infeção, particularmente a higiene das mãos e os equipamentos de proteção individual.

No SU e na UCIN foram identificadas oportunidades de melhoria no acréscimo do plano de auditoria, especialmente a norma n.º 019 do “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical; a norma n.º 020 do “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico e a norma n.º 022 do “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central divulgadas ambas pela DGS em 2015.

Os procedimentos passíveis de melhoria identificados foram a colheita de hemoculturas, o cuidado com cateter vesical e a manutenção do cateter venoso central.

Na prevenção de infeções hospitalares existem grandes avanços, contudo, a adesão aos equipamentos de proteção individual mantém-se um desafio entre os profissionais de saúde (Souza, Nascimento, Caetano, & Ribeiro, 2011). O risco de infeção é de modo direto “proporcional à gravidade da doença, às condições nutricionais, à natureza dos procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, bem como, ao tempo de internação, entre outros aspetos” (Vincent et al., 2009; Silva & Ravanello, 2009 citado por Souza, Nascimento, Caetano, & Ribeiro, 2011, p. 126). O enfermeiro, na prestação de cuidados, pode colaborar na redução das infeções hospitalares evitar a utilização desajustada ou inexistência de equipamentos de proteção individual, assim como, a higienização das mãos e a técnica asséptica, em procedimentos invasivos (Souza, Nascimento, Caetano, & Ribeiro, 2011).

A prática baseada na evidência é o suporte para a tomada de decisão fundamentada dos enfermeiros (Profetto-McGraith, Negrin, Hugo, & Smith, 2010). Através das atividades descritas foi possível alcançar os objetivos específicos indicados, possibilitando o desenvolvimento das seguintes competências: capacidade de tomar decisões, atendendo às evidências científicas e segundo os princípios, valores e normas deontológicas; incorporar na prática a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área da EEMC.

### **3.3 Domínio da Gestão dos Cuidados**

Nas últimas décadas, a evolução científica, tecnológica, social e económica levaram à chegada de novas questões e desafios, como as reformas do sistema de saúde em diversos países europeus, que assentam principalmente em três pilares: a igualdade, a eficiência e o incremento da responsabilidade diante o consumidor (Sousa, 2009 citado por Frederico-Ferreira & Silva, 2012).

As modificações que se verificam ao longo dos anos na gestão das organizações de saúde tiveram impacto na gestão dos recursos e na qualidade dos cuidados. O Enfermeiro da EEMC tem um papel preeminente neste domínio, na gestão do retorno da equipa e na sua interação com a equipa multidisciplinar. Para certificar a qualidade dos cuidados é apropriado a gestão dos recursos e o estilo de liderança às situações e ao contexto (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

**Objetivo Específico:** Valorizar a importância da comunicação em enfermagem com a pessoa em situação crítica, a família e a equipa multidisciplinar.

A Comunicação em Saúde refere-se ao estudo e aplicação de estratégias de comunicação para transmitir e para persuadir as determinações dos clientes e das comunidades na sequência da promoção da sua saúde (Teixeira, 2004). A comunicação foi imprescindível nos diferentes contextos de estágio, sendo que a sua pertinência deveu-se à complexidade que a comunicação deteve com os clientes no SU e na UCIN, pois em ambos os locais foi premente otimizar a comunicação com o cliente em diferentes situações, particularmente, em clientes com entubação endotraqueal, traqueostomia, alteração do estado de consciência, humor depressivo ou pelo contrário, o humor eufórico e a agitação psicomotora.

O EEMC tem um papel preponderante no SU e na UCIN na abordagem à pessoa em situação crítica, à família e no seio da equipa multidisciplinar, devido aos seus conhecimentos e exercício de atividades altamente diferenciados.

A comunicação como instrumento básico dos cuidados de enfermagem é o que torna exequível a relação enfermeiro-cliente. É através da comunicação criada com o cliente que podemos entendê-lo no seu todo, ou seja, sua maneira de pensar, sentir e agir (Phaneuf, 2005).

Como futura enfermeira EEMC, promovi a comunicação entre a pessoa em situação crítica, a família e a equipa multidisciplinar, sendo o vetor de resolução de problemas e a exploradora de oportunidades de melhoria. Pelo comportamento verbal e não-verbal a comunicação pode-se transferir de forma consciente ou inconsciente, em geral, pelo modo de atuar dos participantes. Por esse motivo, vimos reciprocamente a conhecer e a incluir as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pelo outro sujeito e, segundo o caso, a gerar laços importantes com ela (Phaneuf, 2005). Durante as práticas clínicas, a comunicação foi uma base tida em conta, pois são vários os fatores que poderiam dificultar a mesma, nomeadamente o excesso de estímulos, ruídos e movimentos dos profissionais de saúde. Tendo isso em conta, promovi uma comunicação verbal e não verbal consciente, o que permitiu refletir-se na qualidade dos cuidados prestados. A comunicação não verbal foi uma permuta sem falar. Ela oculta um largo espectro de manifestações corporais e de comportamentos que ultrapassam, seguem e sustentam as relações verbais entre os indivíduos e cooperam para a sua interpretação (Phaneuf, 2005). A comunicação não verbal esteve sempre presente nos meios gestos, na minha postura corporal, expressão facial, olhar, apresentação, e mesmo no meu silêncio.

Foram utilizadas na generalidade estratégias de comunicação simples como comunicação verbal e não verbal, toque, acenos de cabeça, aperto de mão e a linguagem corporal, o que desta forma foi considerável para obter uma relação terapêutica. Na prestação de cuidados identifiquei as dificuldades do cliente a comunicar, assim como as minhas, sendo que deste modo consegui adaptar a(s) estratégia(s) adequada(s) a cada doente crítico. A criatividade em comunicar com o doente crítico foi desafiador para a especialização de EMC.

O estudante deve “desenvolver atitudes críticas e reflexivas, a criatividade e a consciência de que devem atuar como agentes de mudança” (Simões & Favero, 2003; Simões, Pereira, Paggeto, & Fávero, 1999 citado por Ribeiro, Santos, & Meira, 2006, p.113).

A criatividade é uma das competências facilmente identificadas no comportamento dos indivíduos nas organizações, sendo expressa como comportamento criativo (Daolio, 2004; Quinn, Thompsom, Faerman, & MCGrath, 2003 citado por Ribeiro, Santos & Meira, 2006). Esta permite desenvolver novas perspectivas para os problemas e decisões, possibilitando novas formas de pensar (Dutra, 2004 citado por Ribeiro, Santos, & Meira, 2006).

A humanização nos processos de relação da prática de enfermagem precisa cada vez mais de criatividade e de inovação na ligação, cliente-enfermagem e outros serviços (Ribeiro, Santos, & Meira, 2006). A comunicação terapêutica mostra-se essencial no doente crítico, assim como, no envolvimento da sua família que necessita de um atendimento de excelência do Enfermeiro EEMC. Foram diversas as relações terapêuticas eficazes estabelecidas com os clientes e as suas famílias, pois o diálogo teve como intuito a criação de um plano terapêutico individual adaptado aos problemas assimilados.

No SU, através da utilização do Sistema de Triagem de Manchester (STM), o enfermeiro da EEMC necessita de ter um empoderamento na comunicação para verificar os sinais e/ou sintomas prioritários do cliente, alocando-o no fluxograma e cor adequada, bem como para ser capaz de realizar a gestão do fluxo de clientes.

Segundo Van der Wulp, Van Baar, e Schrijvers (2008), o desempenho no STM é dependente do contexto onde é aplicada, especialmente das características dos clientes, do treino dos profissionais de saúde cercados em todo o processo e da ligação entre a afluência ao SU e a referente capacidade de resposta (citado por Pereira, Guedes, Oliveira, & Martins, 2017). O Enfermeiro que trabalha na triagem, além de obter um pensamento crítico e reflexivo dinâmico na situação clínica com que se depara, também tem que identificar as necessidades da família do doente crítico. No SU e na UCIN não identifiquei nenhum instrumento utilizado para reconhecer as necessidades da família da pessoa em situação crítica. Apesar disso, durante o estágio tive perceção que, segundo os níveis de cuidados à família de Doherty, tive que dar maior ênfase no encorajamento dos membros da família a falar sobre nova situação, assim como, apoiar nas estratégias de *coping* e na gestão do stress. Houve distintos níveis e tipos de intervenção na família, conforme a ligação do profissional de saúde na determinação dos problemas familiares. Segundo Doherty (1986), são 5 os níveis de ligação dos profissionais de saúde com as famílias: nível 1, a relação resulta a um nível meramente biomédico, sendo que as temáticas à família quase desconhecidas. No nível 3 a ligação aumenta, e mais que os assuntos associados à doença, o profissional deve cuidar de modo empático com os sentimentos e as emoções provocadas pela doença na família. O

nível 4, revela um meio mais complexo de ligação, a qual se refere a conferência familiar. O nível 5 refere-se à terapia familiar (Neto, 2003).

Outra oportunidade de melhoria identificada foi a falta de promoção de ensinamentos de educação para a saúde, em ambas as práticas clínicas. A Educação para a Saúde é uma fração fundamental da prática dos profissionais de saúde (Redman, 2002). A promoção da saúde consiste no processo de capacitar as pessoas a aumentarem o controle sobre a sua saúde e melhorarem-na, responsabilizando-as na tomada da decisão. Ao longo dos estágios, a Educação para a Saúde foi empregada na prestação de cuidados, portanto tive o cuidado de verificar as ideias tácitas do cliente e da família antes do ensino e no final fazer a avaliação da sua aprendizagem. Alguns dos ensinamentos efetuados foram sobre a ventilação não invasiva no domicílio, sinais de infecção e complicação em feridas traumáticas e ensino aos familiares sobre precauções básicas de controle de infecção.

Durante o estágio tive em conta os princípios de ensino, para que pudesse ter êxito no papel de educadora. As três determinações essenciais foram: o quê; quando e como ensinar (Bolander, 1998). O Enfermeiro deve ter técnicas de comunicação que lhe possibilitem ensinar o cliente e sua família a mover recursos para enfrentar diversas situações, diminuindo o sentimento de que a doença é uma ameaça duradoura (Loff, 2004 citado por Lopes & Graveto, 2010). A ferramenta terapêutica elementar na comunicação de algumas notícias, é a comunicação. Esta permite que o cliente e a família sejam apoiados e apoiem-se em si próprios, beneficiando do princípio da autonomia e da confiança mútua (Pereira, 2004 citado por Lopes & Graveto, 2010). O autor refere que as más notícias em saúde abarcam circunstâncias como “uma ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, dadas as repercussões físicas, sociais e emocionais que acarretam” (Pereira, 2004 citado por Lopes & Graveto, 2010, p. 262).

O SU dispõe de um gabinete para a transmissão de más notícias aos familiares, o que possibilita um acolhimento familiar significativo. Como futura EEMC fui colaboradora da comunicação de más notícias. A comunicação de más notícias é um conteúdo displicente narrado ao cliente, ao prestador de cuidados ou à família. Essa notícia leva à modificação drástica na ótica do futuro e/ou prognóstico de saúde (Araújo & Leitão, 2012 citado por Fontes, Menezes, Borgato, & Luiz, 2017). No global, o conteúdo de má notícia está relacionado com a morte, as doenças graves e os problemas oncológicos (Pereira, 2005 citado por Fontes, Menezes, Borgato, & Luiz, 2017). O processo de comunicação de más notícias depende de todos os profissionais de saúde (Idem), que, deste modo, podem aplicar o protocolo de SPIKES (*Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy*

*and Summary*) onde se constam seis etapas: disposição para o encontro; avalia o que o cliente já sabe; compreensão do que quer saber; partilha de informação; resposta às reações do cliente e planeamento e acompanhamento. A finalidade do protocolo SPIKES é criar essa circunstância, ajudando os profissionais de saúde e clientes a preservar uma comunicação clara, mesmo não sendo uma tarefa fácil (Cruz & Riera, 2016). O Ministério da Saúde emite o Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro sobre o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 onde cita como um dos objetivos estratégicos delineados o aumento da segurança da comunicação.

O Hospital tinha diferentes metodologias de comunicação interna e externa. No SU e na UCIN eram realizadas comunicações internas, através de informação fixadas em local próprio, correio eletrónico, reuniões e por telefone/telemóvel dos serviços. As implementadas existiam pelo meio de telefone do serviço, correio eletrónico e reuniões. O Enfermeiro de EEMC deve comunicar com uma linguagem comum e de fácil compreensão. Pois os métodos de registo foram instrumentos importantes na continuidade dos cuidados de enfermagem, e foi através destes que dei a conhecer aos Enfermeiros do SU e da UCIN a evolução do doente crítico e, por isso, foram de grande importância.

As tecnologias de informação e comunicação procuram aperfeiçoar a qualidade dos cuidados de saúde, o acesso e as despesas (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Nas práticas clínicas, os programas informáticos definidos para preconizar o processo de enfermagem eram: o *Glantt* no SU e o *Bsimple* na UCIN, pois são sistemas de fácil adaptação e utilização. A comunicação escrita empregue concretizou-se na descrição de notas de admissão, intercorrências ou alta de enfermagem, assim como, a descrição da passagem de turno de cada cliente, com recurso a uma página do *Microsoft Excel*<sup>®</sup>. Esta prática utilizada pela equipa de enfermagem procurava evitar a perda de informação. A alínea d) do artigo 104.º do direito ao cuidado da Ordem dos Enfermeiros expõe que “o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de: Assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (2015, p.83).

A CIPE<sup>®</sup> permite fornecer informação sobre a prestação de cuidados de saúde. A avaliação dos cuidados pode ser obtida pelos diagnósticos e intervenções de Enfermagem permitindo a comparação em todo o mundo (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Durante as práticas clínicas, ambos os sistemas informáticos apresentavam défice de diagnósticos e intervenções de Enfermagem, contudo, mais restrito no *Bsimple*. Foram efetuadas algumas sugestões de acréscimo, como por exemplo: agitação; conhecimento sobre regime; avaliar ensino; arritmia; pensamento; apoio da família; barreira à comunicação e outras. O registo

de todas as intervenções de enfermagem é impreterível, pois expressa o cuidar. São um contributo para aperfeiçoar os cuidados prestados, da mesma forma que evidenciam o papel do enfermeiro junto do cliente e sua família (Martins et al., 2002).

A valorização da profissão de enfermagem assenta na fundamentação das intervenções, o que só é exequível através da investigação científica, na qual os registos de enfermagem adotam um papel elementar (Idem). Uma realidade permanente no SU foi o número elevado de clientes e o défice de registo devido a fatores distintos. Esta oportunidade de melhoria foi implementada imperativamente para que pudesse incentivar a equipa, mesmo que indiretamente, a realizá-lo. Se, com os registos, pude implementar o processo reflexivo na prática de enfermagem, a utilização de uma linguagem comum como a CIPE<sup>®</sup> foi necessária (Ibidem). Os Enfermeiros na generalidade implementaram a CIPE<sup>®</sup>. A alínea e) do artigo 109.º da excelência do exercício da Ordem dos Enfermeiros expõe que “o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos” (2015, p.86). Neste objetivo deparei-me com a falta de informação pertinente rececionada, devido a ausência de uniformização da equipa de enfermagem na passagem de turno, no SU.

Durante os estágios, tive oportunidade de aplicar a técnica ISBAR. Segundo a DGS, a transmissão de informação era a “comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados” (2017, p. 4). No SU e na UCIN foi aplicada a técnica ISBAR em diferentes situações, como em passagens de turno e na transferência de informação para outros serviços do Hospital. Segundo Meester, Verspuy, Monsieurs, e Van Bogaert (2013), através da aplicação da técnica, houve um incremento de compreensão da comunicação e cooperação eficiente entre os enfermeiros, da mesma maneira que colaborou para uma rápida tomada de decisões, promoveu o pensamento crítico, reduziu o tempo na transição de cuidados de saúde e promoveu a célere integração de profissionais (DGS, 2017). No decorrer dos estágios foram efetuadas ações informais de sensibilização para o aumento da segurança da comunicação, contudo, não foi possível verificar a realização de auditorias internas às transições de informação, transferências e altas dos clientes, tal como preconiza o Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro.

No domínio da gestão dos cuidados, no artigo 10.º do Regulamento n.º 140/2019, de 6 fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros, menciona algumas das intervenções que realizei nas

práticas clínicas, nomeadamente, a promoção de uma comunicação eficaz com a otimização das respostas e articulações com a equipa multidisciplinar; o estímulo de um ambiente positivo; a aplicação de estratégias de motivação e a delegação de tarefas.

Na comunicação em crise, a mensagem a transmitir a nível interno ou externo deve ser clara e objetiva. Esta temática foi parte integrante da formação que executei sobre o Plano de Catástrofe do Hospital no SU. Para elaboração de um plano de comunicação em situações de emergência não se pode afirmar que existem regulamentos pré instituídos. As catástrofes são inesperadas, contudo, certas questões e cenários conseguirão ser refletidas previamente à situação de emergência (Oliveira, 2007). Para produzir um plano de emergência sobre uma fragilidade, precisa-se falar sobre comunicação, nomeadamente, o que se tenciona com a comunicação; reconhecer o público-alvo numa situação de emergência; verificar as necessidades desse público; esclarecer os objetivos que se quer obter em correspondência ao trabalho da equipa de comunicação; criar os princípios éticos que o trabalho de comunicação deve acompanhar; esclarecer a equipa que vai falar com os órgãos de comunicação social (...) (Idem). Aquando a comunicação entre profissionais de saúde, mesmo apoiada pelo sistema informático e a passagem de turno, faz-se necessário o contacto direto com todos os intervenientes que cuidou do cliente, pois, a sua ausência poderá afetar a qualidade dos cuidados.

O papel de cada elemento numa equipa multidisciplinar, e consequentemente numa organização, pôde ser de excelência se for promovida uma comunicação interna multidirecional. Ramos (1997) salientou que o nível da Comunicação Interna pode assumir três formatos: “(...) Comunicação interpessoal: troca de informação pessoal entre indivíduos com interação um a um; Comunicação em grupo: acontece entre indivíduos de um grupo, normalmente sob a forma de reuniões; Comunicação em toda a organização: ocorre quando a informação parte da gestão fluindo até todos os empregados da organização. Visa disseminar informações sobre os procedimentos e políticas da organização” (citado por Pinto, 2016, p. 15).

No Hospital, uma das estratégias de comunicações internas que promoveu a melhoria contínua foi a implementação de um inquérito de satisfação dos clientes e cooperantes, para a expressão da sua opinião e sugestão, anualmente.

As oportunidades de comunicação desenvolvidas como futura Enfermeira EEMC permitiram enriquecer a prestação de cuidados especializados com base na pessoa em situação crítica e família, assim como revigorar as competências comunicacionais já

adquiridas da experiência profissional com o doente crítico, a família e a equipa multidisciplinar.

**Objetivo Específico:** Demonstrar capacidade para agregar conhecimento na organização e gestão de recursos, reconhecendo a importância do trabalho em equipa e da qualidade dos cuidados.

A sociedade atual vive rodeada de organizações. Para obter qualidade de vida e altos graus de desenvolvimento humano, económico e cultural é necessário um funcionamento equilibrado nas empresas, instituições públicas, escolas e hospitais (Ferreira, Cardoso, Corrêa, & França, 2009).

O Hospital onde realizei estágio tinha acreditação total pela *Caspe Healthcare Knowledge System* (CHKS), desde 2004. Nas práticas clínicas foi perceptível a uniformização na organização. Para chegar a este desenvolvimento, muitos esforços foram realizados para criar modelos de gestão adequados à gestão organizacional. O modelo de gestão teve duas proporções, sendo elas, a forma como se caracterizou a organização e a função das atividades que necessitam ser executadas (Idem).

A enfermagem tem um papel crucial na gestão, contemplado no Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de setembro e o Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril, através de “um acréscimo significativo de competências ao nível da gestão de serviços de saúde, formação e investigação em Enfermagem”.

O vasto conjunto de questões dirigidas aos cuidados de enfermagem, foi motivo de reflexão que permitiu compreender a importância dos diferentes tipos de desperdícios na prestação de cuidados. O pensamento *Lean* muda toda a “mentalidade convencional da assistência à saúde” (Boschetto et al., 2014, p.2). O *Lean Thinking* é uma abordagem inovadora, mundialmente aplicado às práticas de liderança e gestão, direcionado para reduzir progressivamente o desperdício por meio de processos simples (Citeve, 2012).

As ferramentas da filosofia *Lean Healthcare* observadas na prestação de cuidados de enfermagem, com maior destaque foi o sistema de *kanban* e a padronização do trabalho. As organizações têm de se dotar de ferramentas que auxiliem o processo, para que estas se encontrem organizadas e limpas de forma a eliminar os problemas (Matos & Alves, 2011), contudo, existem algumas barreiras como a resistência a mudança; a imperícia de precisar qualidade; as pressões políticas e a conceção de que os métodos desenvolvidos na indústria não são indicados para os serviços (Guimarães, 2012 citado por Luzes, Moreira, & Sousa, 2013). A gestão da qualidade nas atuais instituições de saúde, se quiserem permanecer com

sucesso, terão de aplicar um modelo de gestão que beneficie as práticas que acrescentem valor ao cliente e que potenciem o desempenho (Mezomo, 2001). No reconhecimento da gestão da infraestruturas e equipamentos foi exequível averiguar os diferentes procedimentos como a aquisição de investimentos no Hospital, o pedido de reparação/manutenção e o fim de vida de equipamentos.

A *iBeria Quality Systems* foi a ferramenta utilizada para consultar a documentação interna da qualidade, ambiente e segurança.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, no despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015, emitido pelo Ministério da Saúde (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde), menciona a necessidade de empregar métodos, de pesquisar objetivos e metas que aperfeiçoem a gestão dos riscos relacionadas à prestação de cuidados de saúde, uma vez que o aperfeiçoamento da segurança dos clientes é uma dever de equipa. No seguimento do despacho, refere que o ciclo de melhoria contínua da qualidade utilizado para a segurança dos doentes deve reconhecer os riscos, estimá-los e ordená-los, reconhecendo as atitudes de melhoria a desencadear. O Hospital tinha um Manual do programa global de auditoria interna, assim como um procedimento de auditorias clínicas para serviços do Hospital. As auditorias realizadas são parte do processo de melhoria contínua da qualidade, tendo em vista a melhoria das práticas. Estas são planeadas e executadas pelos Enfermeiros Gestores do Hospital. O auditor interno precisará de regular o seu procedimento pessoal e profissional pelos princípios éticos, sobretudo, a honestidade, o sigilo e a competência (ACSS, 2007). Existem procedimentos de enfermagem delineados passíveis de ser auditados, como a administração de hemoderivados; prática alimentação entérica por sonda naso-gástrica, tratamento da ferida cirúrgica, entre outras. Este procedimento não foi possível de observar ou colaborar em nenhum serviço.

A auditoria interna identificada regularmente no SU foi à Triagem de Manchester, era analisada mensalmente a pelo menos, 5 triagens por cada Enfermeiro, aleatoriamente. Na UCIN havia um plano de auditorias: qualidade dos cuidados de enfermagem; *bundle* cateter urinário; atividades dos assistentes operacionais e à identificação do doente. Houve oportunidade de colaborar com Enfermeiro Chefe da UCIN numa auditoria interna à Psiquiatria, com o Guião da Auditoria Interna. As metodologias das ações corretivas, preventivas, como as ocorrências, eram descritas também em documento próprio.

O Hospital tinha um Manual de Gestão do Risco compilado com os seguintes temas: risco clínico; risco não clínico e declarações; monitorização; melhoria e análise. Ainda assim, tem um Manual de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos

Antimicrobianos agregado a documentação das boas práticas. Para identificar a organização e gestão de recursos, assim como a metodologia de trabalho em equipa no SU e na UCIN fui reconhecendo a gestão de cuidados de enfermagem implantados. Em ambos os locais de estágio tinham um grupo de profissionais com foco na pessoa em situação crítica e família, contudo, a prestação de cuidados de enfermagem ainda tinha enfoque no Modelo Biomédico. Este modelo coloca todos os profissionais da saúde como executantes das práticas médicas, limitado a autonomia profissional dos enfermeiros (Santos, 2012 citado por Melo et al., 2016). Na história das profissões de saúde foi observado na emergência a conservação do Modelo Biomédico, devido ao trabalho numeroso, a necessidade de assegurar a continuidade dos cuidados e a realização das prescrições médicas. A Enfermagem foi resignada a responder a essas necessidades (Foucault, 2014 citado por Melo et al., 2016). Para imperar a conceção da interdisciplinaridade em saúde são necessárias mudanças nas escolas, para integrar a flexibilidade e a formação completa (Fonseca, & Rocha, 2012).

As teorias podem ser usadas por profissionais para orientar e melhorar a sua prática (Henderson, 1991 citado por George, Ambrosini, & Soares, 2000). O quadro de referência de enfermagem utilizado pelo Hospital era o da Jean Watson. As publicações de Watson refletem a filosofia e ciência do *caring*, pois referem-se ao cuidar como natureza da prática de enfermagem. Um dos postulados de Watson é que cuidar está intimamente ligado à cura (Tomey & Alligood, 2004).

No SU, o método de organização de cuidados de enfermagem tinha uma combinação funcional e de equipa, apesar do Enfermeiro Chefe preconizar os cuidados de enfermagem individuais, o que possibilitava o cuidar holístico e a redução da margem de erro. Ainda assim, o SU tinha períodos em que rácio enfermeiro/doente não possibilitava este método.

No SU, tive oportunidade consultar o manual de descrição de funções dos Enfermeiros e Assistentes Operacionais do SU onde estavam descritas as funções específicas de cada colaborador, por posto de trabalho, assim como, o plano anual de atividade do SU.

As distintas funções dos dinamizadores dos grupos de trabalho no SU que identifiquei foram o elo do Controlo de Infecção do Serviço; Gestor da Qualidade; Gestor Local de Risco e o Auditor Clínico.

No manual do SU identifiquei os indicadores de desempenho de enfermagem: a taxa de clientes submetidos a sedação e analgesia na urgência; o tempo médio de espera para triagem no serviço de urgência; a taxa de clientes que permanecem na urgência (excluindo a unidade de observação) mais do que 3 horas; o tempo médio de espera ajustado para atendimento após triagem na urgência; e outros.

Para a gestão de risco nos serviços o Hospital utilizava o *Health Event Risk Management* (HER+), para reportar e examinar os eventos adversos, incidentes, acidentes e sentinelas. O objetivo primordial era a Segurança dos Doentes e a melhoria contínua dos processos.

Ao longo do estágio fui-me integrando gradualmente nas dinâmicas do SU e na gestão de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e família. A aprendizagem foi realizada de diferentes formas deste a observação da prestação dos cuidados; a colaboração com a equipa multidisciplinar; a cooperação na transferência aos diferentes circuitos intra-hospitalares; participação ativa nos cuidados e a promoção de uma relação comunicacional construtiva com a equipa multidisciplinar. No Decreto-Lei nº161/96 de 4 de setembro, na redação resultante das alterações operadas pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, do n.º 3 do artigo 8º do REPE está expresso que “os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional” (p. 2961).

O cliente que recorre ao SU tem o seu primeiro contacto com o enfermeiro da triagem de prioridades, realizada por meio do Sistema de Triagem de Manchester. Durante o estágio tive oportunidade de observar e participar nos fluxogramas do sistema, por exemplo, na indisposição no adulto, na dor torácica, dispneia, cefaleia, problemas oftalmológicos, problemas nos membros, entre outros. A destreza nesta área deveu-se a minha experiência e formação com a Triagem de Manchester, o que me permitiu conservar e desenvolver a consciência na tomada de decisão, neste posto de trabalho. Após direcionado o cliente, de acordo com a sua prioridade, para a unidade ou balcão de referência. A sala de emergência estava localizada em frente ao local anteriormente referido, com a qual tinha lotação para dois clientes em situações emergentes, em simultâneo.

No decorrer do estágio dispus da oportunidade de experienciar as diferentes áreas, no entanto, a sala de emergência e a unidade de decisão 2, área laranja - segundo o Sistema de Triagem de Manchester, foram os locais de eleição de aprendizagem selecionado pelo orientador de estágio. Esta escolha permitiu-me colaborar com o doente crítico e a sua família, com a cooperação de diferentes valências, como por exemplo, a Imagiologia, a Neurocirurgia, a Cardiologia de intervenção, a Medicina Intensiva e outros.

No quotidiano do SU, o enfermeiro responsável de turno na gestão dos cuidados ia verificar a dotação de enfermeiros e assistentes operacionais necessários para o turno de trabalho; elaborar/confirmar o plano de trabalho para o respetivo turno; garantir a adequabilidade dos recursos humanos face às necessidades de cuidados no respetivo turno;

supervisionar a prestação dos cuidados nos diversos postos de trabalho; identificar situações de boas práticas; demonstrar a execução de cuidados com elevado nível de complexidade e garantir os cuidados necessários aos doentes admitidos na sala de emergência. Relativamente à gestão de recursos o enfermeiro garantia a existência do número mínimo dos recursos materiais armazenados; a existência do número mínimo dos fármacos armazenados; o fornecimento de recursos materiais ou fármacos cuja existência em armazenamento seja inferior o mínimo previsto; o stock de estupefacientes; o envio de amostras do SU para laboratórios externos; no período noturno, a Coordenação de Enfermagem e a coordenação de recursos humanos e coordenação logística do Plano de Catástrofe do Hospital.

Experiei a oportunidade de ficar com o enfermeiro responsável de turno na gestão do serviço. O papel do responsável de turno pautou pela supervisão de cuidados; requisição de material; reposição de medicamentos em falta; gestão de recursos humanos e envio por correio eletrónico do ponto de situação do dia no SU, aos restantes enfermeiros responsáveis de turno. Não reuni oportunidade para construir um horário mensal e planos de trabalho da equipa de enfermagem, com o Enfermeiro Chefe.

Na UCIN, a organização dos cuidados de enfermagem implementada era o método individual, mas a metodologia assentava na corroboração do trabalho em equipa.

Os Cuidados de Enfermagem por enfermeiro responsável (de referência) tinha como objetivo a humanização dos cuidados e o direito dos enfermeiros que prestam cuidados, garantirem as tomadas de decisões necessárias para a qualidade (Dionne, Moussette, Serralheiro, & Struelens-Galant, 1987 citado por Costa, 2004).

Os cuidados de alta qualidade ao cliente são o foco de enfermagem (Pinheiro, 1994 citado por Costa, 2004), nos quais colaborei tão frequente, quanto exequível.

No decorrer da prática clínica tive oportunidade de averiguar o manual do serviço e a uniformização de processos, os protocolos, os procedimentos e as instruções de trabalho, particularmente, material e equipamento de uma unidade; avaliação do risco nutricional na UCIN; registo de revisão do saco de transporte inter-hospitalar da UCIN; teste de rastreio de disfagia de Guss: *gugging swalling screen*; punção lombar; cateterização venosa central; treino de deglutição; prevenção e controlo de infeção na UCIN; vigilância epidemiológica de microrganismos multirresistentes na UCIN; programa de auditoria interna da UCIN; nutrição entérica na UCIN; abordagem e tratamento da hipertensão intracraniana e diagnóstico e tratamento do vasospasmo pós-hemorragia subaracnoídea; etc.

Os indicadores da prestação de cuidados de enfermagem executados na UCIN, não foram possíveis de confirmar. Os indicadores de enfermagem são uma referência

característica do estado da saúde das populações, comprovando a participação do desempenho profissional dos enfermeiros para os benefícios em saúde da população (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Na UCIN foi definido anualmente o Plano de Atividades do Serviço, com objetivos, metas e estratégias. Neste foram determinados indicadores e objetivos do serviço. Quando não abrangem os resultados projetados, são implementadas ações corretivas, para garantir a coesão.

No decorrer do estágio na UCIN não tive oportunidade de corroborar com o planeamento, devido à ausência de atividades nesse período. Porém, tive oportunidade de verificar a organização dos grupos de trabalho: o dinamizador de controlo de infeção do serviço; o gestor da qualidade, o gestor local do risco e o delegado de segurança do serviço. Em caráter individual também saliento a função do Enfermeiro elo de ligação entre os serviços clínicos e a Equipa de Gestão de Alta (EGA); elo da Academia e o Enfermeiro especialista de reabilitação da UCIN.

Uma das sugestões deixadas foi a criação de um elo da ética em enfermagem; um dinamizador do sistema de informação em enfermagem; um dinamizador de feridas e úlceras de pressão; um dinamizador dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e de uma equipa de investigação em enfermagem de alto desempenho.

No decorrer do estágio na UCIN foram múltiplas as oportunidades de verificar e participar com o enfermeiro responsável de turno nas suas funções. A minha oportunidade de melhoria foi a elaboração do plano de trabalho da equipa de enfermagem e dos assistentes operacionais.

Para identificar as alterações na carreira de enfermagem, verifiquei o decreto-lei n.º 71/2019, de 27 de maio, onde consta a estrutura das categorias: Enfermeiro; Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Gestor.

No percurso da prática fiquei um turno com o Enfermeiro Gestor para perceber a suas diferentes funções inerentes às categorias de Enfermeiro, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Gestor que instituiu na sua unidade, com o qual pode concretizar uma entrevista informal.

Pode verificar a gestão dos recursos da unidade de acordo com as necessidades em cuidados de saúde; a gestão dos recursos humanos, como gerar um horário mensal e um plano de férias; a organização para um trabalho responsável; a prática de enfermagem fundamentada nas boas práticas; a realização de processos de melhoria contínua da qualidade

dos cuidados de enfermagem; a criação de processos de ensino e aprendizagem e aquisição de recursos materiais e equipamentos.

Segundo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses, na perspetiva da melhoria da qualidade, é fundamental verificar o fator Liderança (Fradique & Mendes, 2013)

O Enfermeiro Gestor é o profissional principal da equipa de enfermagem hospitalar como dinamizador da liderança, pois depende deste a funcionalidade eficiente da organização, a persuasão dos resultados e a motivação da equipa (Idem). A hierarquia é um fator menor do que a efetuação de estratégias, motivação e de liderança (Frederico & Castilho, 2006 citado por Fradique & Mendes, 2013).

Segundo as pesquisas encontradas foi verificada a influência que o ambiente de trabalho e a liderança em enfermagem criam nos resultados de qualidade dos cuidados, a qual verifiquei que a qualidade está associada com os modelos de supervisão, os estilos de comunicação e cooperação, entre outros (Chaubhut, 2009 citado por Fradique & Mendes, 2013). O tipo de liderança observado nas práticas clínicas pareceu-me o situacional.

Na alínea b) do artigo 7.º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019, menciona que as competências do domínio da gestão dos cuidados, podem usar “os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada” (p. 4749).

A oportunidade de melhoria identificada que permitiu a inovação na prática especializada foi a sugestão de criar Equipas de Enfermagem de Alto Desempenho em Saúde.

Nas práticas clínicas existiam equipas de trabalho diferenciada, mas não possuíam projetos delineado para o alto desempenho. Porém, realizei um trabalho (Apêndice I) sobre Equipas de Alto Desempenho para poder evidenciar a sua aplicabilidade na Enfermagem, visto ser uma temática pouco estudada nesta área. “As equipes de alto desempenho apresentam uma combinação de habilidades fundamental para as organizações, (...) apresentam níveis diferenciados de informação associados à capacidade de comunicação interna e externa, além de membros motivados em torno de visões compartilhadas” (Liboreiro & Borges, 2018, p. 5).

Em particular, no SU elaborei um Guião do Inquérito por Questionário com perguntas abertas ao Enfermeiro Dinamizador pelas Equipas de Alto Desempenho no Serviço de Urgência e um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que intitulei de: Gestão de Equipas de Enfermagem de Alto Desempenho no

Serviço de Urgência (Apêndice I). Na UCIN produzi um Guião de Entrevista ao Enfermeiro do Centro Clínico Académico do Hospital, para verificar a possível parceria com a equipa de investigação em enfermagem de alto desempenho da UCIN. Deste modo, elaborei um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que denominei de: Equipa de Investigação em Enfermagem na UCIN (Apêndice II).

Delineei um artigo para submissão a uma revista científica, com uma proposta projeto, de Equipa de Investigação em Enfermagem de Alto Desempenho. Foi deixado o meu contributo para o desenvolvimento da investigação e inovação em enfermagem nas práticas clínicas.

A minha postura face às diferentes experiências vivenciadas foi de disponibilidade para aquisição de novos conhecimentos, mas com a aplicação dos previamente adquiridos. À vista disso, contribuí para o desenvolvimento da Prática de Enfermagem Avançada. Através das atividades descritas foi possível alcançar os objetivos específicos indicados, possibilitando o desenvolvimento das seguintes competências: gerir de forma adequada, a comunicação com a equipa multidisciplinar; ser capaz de gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; ser capaz de assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; capacidade para mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; capacidade de gerir um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; demonstrar capacidade de otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados na área da EEMC; saber mobilizar conhecimentos no domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos terapêuticos complexos; capacidade de possuir conhecimentos e compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem, no desenvolvimento das competências adquiridas no curso de licenciatura de enfermagem, incluindo no domínio da investigação e capacidade de aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem.

### 3.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro faz referência que na prática de enfermagem é fundamental o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A capacidade de autoconhecimento, a gestão das relações terapêuticas e multiprofissionais foram a base do Enfermeiro Especialista, em circunstância particular, profissional e organizacional, da mesma forma que é moderador nos processos de aprendizagem e promotor da investigação, pois, baseia os processos de tomada de decisão e as intervenções de enfermagem em conhecimento benéfico, recente e oportuno.

Os processos educativos em estágio possibilitam perspetivar um modelo elucidativo acordado em diferentes princípios como a diversidade de experiências na esfera profissional; a maneira como se organiza a aprendizagem, movimentando os conhecimentos; a evolução da aprendizagem de modo integral e a movimentação de habilidades de gestão do conhecimento (Abreu, 2007 citado por Mestrinho, 2012).

**Objetivo Específico:** Assegurar os conhecimentos e desenvolver competências práticas na área de especialização de EMC na prestação de cuidados da pessoa em situação crítica no contexto de SU e Neurocríticos.

**Objetivo Específico:** Ampliar habilidades de intervenção na pessoa em situação crítica, adquirindo conhecimentos e capacidades de tomada decisão rápida e prioritárias, na área EEMC.

Na evolução do tempo e da enfermagem, a autonomia profissional é um assunto relevante para o entendimento da profissão, tanto nos seus desafios e metas, como no modo como os enfermeiros se correlacionam e se expõem para os profissionais de saúde e para a sociedade no global (Amendoeira, 2004 citado por Ribeiro, 2011).

A autonomia profissional é uma qualidade de uma profissão, que se determina como a “crença na centralidade do cliente quando se tomam decisões responsáveis, quer seja de forma dependente ou interdependente, que refletem a defesa do cliente” (Wade, 1999 citado por Ribeiro, 2011). Para demonstrar a autonomia nas práticas clínicas manifestei a minha responsabilidade pelas decisões que tomei na abordagem à pessoa em situação crítica, através dos diagnósticos e intervenções de enfermagem efetuados. A autonomia tem de ser considerada em todas as tomadas de decisão, essencialmente relacionada à capacidade, ao dever profissional e social e ao acordo que adotamos (Ribeiro, 2011).

A EEMC na pessoa em situação crítica tem como finalidade um amplo conhecimento e habilidades de forma diligente. No decorrer dos estágios foi feita progressivamente a abordagem à pessoa em situação crítica, assim como, a aplicação e aquisição de novas competências. Durante os estágios foi perceptível a adaptação ao método de trabalho na avaliação da pessoa em situação crítica. Na busca da excelência no exercício profissional, organizei os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades, em prol do bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Foi possível no SU e na UCIN passar pelas diferentes fases de intervenção de enfermagem, desde a admissão, estabilização, manutenção e internamento do doente crítico, como a interação com a sua família. Com o desenvolvimento dos estágios, a necessidade de pesquisar para complementar o conhecimento já adquirido foi relevante, tal como a partilha na prática dos cuidados com as equipas de enfermagem, o que proporcionou um desenvolvimento profissional. Apesar de já ter trabalhado num SU, este estágio possibilitou-me um leque de experiências. Através de algumas das práticas foi possível aprimorar e consolidar as competências teóricas e técnicas na assistência à pessoa com ventilação mecânica, no suporte avançado de vida e os cuidados ao doente de trauma. Tive oportunidade de contactar com diferentes situações clínicas, com clientes do foro cardíaco, neurológico, psiquiátrico, oncológico, respiratório, vertebro-medular, vascular, entre outras. Na UCIN foi possível aprofundar os conhecimentos e habilidades para cuidar o cliente do foro neurológico, tendo como exemplo, a hemorragia subaracnoídea; traumatismo cranioencefálico e pós-operatório neurocirúrgico.

No SU foi possível colaborar com a equipa multidisciplinar na abordagem ao doente crítico, na presença de paragem cardio-respiratória, com medidas de suporte avançado de vida, na sala de emergência, de acordo com as recomendações do Conselho Português de Ressuscitação. Outra experiência enriquecedora foi a colaboração na responsabilidade da Sala de Emergência com o Enfermeiro Tutor, a qual permitiu-me contactar com situações emergentes, bem como contribuir na preparação da sala de emergência, sobretudo na preparação de ventiladores, monitores e medicação; no agrupar de material para colocação de linha arterial, na organização de transporte intra-hospitalar para exames ou para outros serviços. Diariamente era efetuada a verificação da operacionalidade da sala e realizada a reposição do material, de acordo com a instrução de trabalho de revisão da sala de emergência. O contributo que também foi premente para este processo foi a integração aos diferentes equipamentos de monitorização, de ventilação invasiva e não invasiva, seringas e bombas perfusoras, ventilador de transporte, etc.

A padronização das intervenções de enfermagem pode ser uma ferramenta útil para ser utilizada no aperfeiçoamento da assistência, porém deve ser elaborada com a equipa para considerar a realidade do serviço e estimular o avanço das melhorias (Sales et al., 2018). Esta temática tem sido muito estudada pela enfermagem e os resultados da sua aplicação mostram ser uma ferramenta moderna (Honório & Caetano, 2009 citado por Sales et al., 2018), que auxiliam o enfermeiro a tomar decisão (Almeida, Segui, Maftum, Labronici, & Peres, 2011 citado por Sales et al., 2018), facilitam a correção das não conformidades (Viana, Cabanas, & Antón, 2012 citado por Sales et al., 2018) e cooperam para extinguir os erros obtidos na prática (Almeida, Segui, Maftum, Labronici, & Peres, 2011 citado por Sales et al., 2018). A aprovação de protocolos de cuidados possibilita o aumento de satisfação da equipa de enfermagem e do cliente (Uña, Cuadrillero, Hijas, & López, 2012 citado por Sales et al., 2018) e melhora a segurança na execução dos procedimentos (Miranda, Oliveira, Nacer, & Aguiar, 2016; Olivo, Portela, & Dalla, 2013 citado por Sales et al., 2018).

No desenrolar dos cuidados prestados especializados, os procedimentos e instruções de trabalho existentes estiveram sempre presentes para que pudesse tomar decisões de forma rápida e prioritária. No SU foram aplicados vários protocolos, procedimentos e instruções de trabalho, entre eles o protocolo de tratamento de hiperglicemia, o de transfusão maciça; o da Via Verde AVC, o da Via Verde Coronária, o da abordagem e tratamento da Fibrilhação Auricular; o da Cetoacidose Diabética: Síndrome Hiperosmolar Hiperglicémico e outros. Na UCIN utilizei as recomendações para profilaxia do tromboembolismo venoso; nutrição entérica; posicionamento de doentes; aspiração de secreções; treino de deglutição; cateterização venosa central; punção lombar, rastreio de risco nutricional, entre outro.

Uma oportunidade de melhoria identificada foi a necessidade de um protocolo no pós-operatório do doente neurocirúrgico, porque estes clientes eram distintos da maioria dos outros clientes cirúrgicos.

O papel do EEMC foi determinante na análise da resposta ventilatória do doente crítico, na evolução para desmame ventilatório e na extubação. Ao longo dos estágios tive alguns clientes com ventilação invasiva e não invasiva. Denotei a inexistência de protocolo ou procedimento para o desmame de ventilação do doente crítico.

Segundo Blackwood et al. (2014) o desmame ventilatório dirigido por meio de um protocolo reduz (em 26%) a duração média da ventilação mecânica invasiva e o tempo de desmame ventilatório (em 70%) (Martins, 2019). No desmame ventilatório convencional ineficaz, a ventilação mecânica não invasiva é vantajosa quando se seleciona com a extubação, seguida da ventilação com ventilador não invasivo com binível (Esquinas &

López, 2011 citado por Correia, 2015). Para ampliar a possibilidade de desmame ventilatório eficaz é essencial uma apreciação geral do cliente (Roh et al., 2012 citado por Correia, 2015).

Um cliente com ventilação mecânica requer alguns cuidados com a administração de fármacos, como por exemplo: o uso de bloqueador neuromuscular não deve ser utilizado indiferentemente, porque aumenta o tempo de recuperação e o desenvolvimento da polineuropatia do doente crítico que está relacionada com o aumento de internamento, de ventilação mecânica e da mortalidade (Tallo, Vendrame, Lopes, & Lopes, 2013)

A administração de fármacos é um procedimento que requer do enfermeiro conhecimento e competência de farmacologia, nomeadamente, referente ao tipo de medicação, mecanismos de ação, excreção e ação nos sistemas orgânicos, assim como, a avaliação da situação clínica do cliente (Lopes, Chaves, & Jorge, 2006).

O Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, do Ministério da Saúde sobre Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 aponta para um dos objetivos estratégicos: o aumento da segurança no uso da medicação. Para atingir as metas delineadas, os Hospitais devem desenvolver algumas ações.

Na preparação de fármacos tanto no SU como na UCIN podia-se constatar algumas ações, nomeadamente, a prática segura da medicação com implementação do nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes (norma n.º 020/2014 da DGS); a implementação dos medicamentos de alto risco (norma n.º 014/2015 da DGS) e a sua reconciliação terapêutica (norma n.º 018/2016 da DGS). Nas práticas clínicas existia uma sinalética de identificação em comum para melhorar a segurança dos medicamentos, detalhadamente, para a medicação de alerta máximo e LASA (*Look-Alike, Sound- Alike*). Estavam assinalados com um hexágono onde constava no seu interior descrito “ALERTA MÁXIMO”; para os medicamentos com a mesma substância mas com dosagens diferentes tinham sinalizado com semáforo; para os medicamentos com diluição obrigatória e concentrados eletrolíticos estavam com fundo amarelo, por fim, o ácido de uso externo tinha fundo vermelho.

Porém, o SU não tinha alargado a norma n.º 020/2014 da DGS a todas as unidades e balcões, o que acarretava que os enfermeiros estivessem mais concentrados na sua prestação de cuidados, pois não tinham alertas. Nas práticas clínicas não foi possível observar auditorias para as práticas seguras da medicação.

Para a segurança na medicação, a norma n.º 018/2016 da DGS visa a reconciliação da medicação. Deste modo, para prevenir ou corrigir incidentes, o SU tem exposto na

bancada de trabalho uma tabela de incompatibilidades farmacológicas e uma tabela de diluição de medicação intravenosa.

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, referenciado no despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, faz menção a dois dos objetivos estratégicos alcançar: a prevenção da ocorrência de quedas e de úlceras de pressão. Foram implementadas intervenções de enfermagem na prevenção e redução de quedas, do mesmo modo que existiram avaliações, prevenções e tratamentos de úlceras de pressão. O retrato destas práticas foi traçado com a monitorização da Escala de Morse e da Escala de Braden, respetivamente.

Algumas das práticas executadas de prevenção as úlceras de pressão foram o posicionamento, aplicação de uma solução cutânea e a nutrição. Apenas na UCIN existiam procedimentos de posicionamento, no entanto, foi notória a ausência de uniformização do tratamento de úlceras de pressão. Os registos das escalas eram executados na UCISU e na UCIN. Nas diferentes áreas do SU, devido aos escassos recursos humanos não eram realizados registo de enfermagem de excelência.

Na ocorrência de quedas ou na presença de úlceras de pressão, a dor foi um diagnóstico de enfermagem de vigilância essencial.

A dor é elucidada como uma vivência subjetiva de sofrimento com consequência nas inúmeras dimensões do bem-estar do indivíduo (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010 citado por Teixeira & Durão, 2016). A dor em geral existe na pessoa em situação crítica e a sua demonstração é referente, ou a patologia, ou aos diferentes procedimentos invasivos e não invasivos (Teixeira & Durão, 2016).

O alívio da dor ineficaz proporciona ao enfermeiro o ajuste do plano terapêutico; pelo contrário, a estratégia terapêutica eficaz deve-se à avaliação e monitorização disciplinada (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Na pessoa em situação crítica o controlo e gestão da dor, passa não só pela avaliação e monitorização, do mesmo modo que a efetivação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas) (Internacional Council of Nurses, 2010; Ferreira et al., 2014 citado por Teixeira, & Durão, 2016). O impacto da dor revela-se no declive do bem-estar do cliente e no incremento do risco de complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2008; Urden et al., 2008 citado por Teixeira & Durão, 2016).

À vista disso, a gestão da dor revela-se fundamental, incluindo a sua avaliação, monitorização e tratamento, por entre o uso de escalas e indicadores de monitorização da

dor apropriados, que possibilitem reconhecer a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções realizadas (Teixeira & Durão, 2016).

Segundo Teixeira e Durão (2016), as escalas a usar na monitorização da dor à pessoa em situação crítica são BPS (*Behavioral Pain Scale*); BPAS (*Behavioral Pain Assessment Scale*) e o CPOT (*Critical Care Pain Observation Tool*). Os indicadores de dor referenciados foram as deslocações do corpo; a expressão facial; o vocalizar; as alterações do diâmetro pupilar e a assincronia do ventilador.

Uma oportunidade de crescimento identificada foi a aplicabilidade e registo de escalas, nomeadamente, a dor como 5.º sinal vital.

O Enfermeiro da EEMC tem um papel indispensável na intervenção da dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas. As intervenções não-farmacológicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros são: cognitivo-comportamentais; físicas e de suporte emocional. A nível cognitivo-comportamental são: terapia cognitiva / comportamental; reestruturação cognitiva; treino de habilidades de *coping*; relaxamento com imaginação e a distração. As intervenções a nível físicas são: aplicação de frio e aplicação de calor; exercício; imobilização; massagem e a estimulação elétrica transcutânea. As intervenções de suporte emocional são: o toque terapêutico e o conforto (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

As escalas aplicadas ao cliente acordado foram a Escala Numérica e para cliente ventilado a Escala Comportamental da Dor (BPS). A monitorização e o registo informático foram verificados na UCIN, mas, diminutas no SU. Com as intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes referidas anteriormente permiti enaltecer a intervenção primordial do EEMC.

Nos estágios foram alguns os casos em que a avaliação da dor, agitação e delírium era premente. Os casos clínicos do senhor A e B fizeram-me refletir acerca da necessidade institucional de um protocolo ou procedimento de abordagem à dor, agitação e *delírium* no doente crítico, para os enfermeiros puderem gerir em simultâneo os diagnósticos de enfermagem.

Nas práticas clínicas, a utilização de escalas para avaliação e gestão da sedação e do *delírium* da pessoa em situação crítica foi uma oportunidade de melhoria.

Segundo Skrobik (2008), os clientes mencionaram com maior frequência dor ao posicionar e/ou aspirar secreções, no entanto, os sedativos e o *delírium* impediram a verbalização autêntica da dor. A primeira intervenção a realizar deve ser a avaliação e

monitorização da dor, posteriormente titular a sedação e avaliar a presença do *delirium* (citado por Teixeira & Durão, 2016).

Os múltiplos comportamentos que o cliente pode apresentar dificultam a distinção de dor, agitação ou delírium (Haslam et al., 2012 citado por Teixeira & Durão, 2016).

A avaliação e monitorização do nível de consciência do doente crítico podem ser feitas através da Escala de Sedação e Agitação de Richmond (RASS). Na UCIN a avaliação da sedação efetuada foi através do BIS (Bispectral Index).

Foi notório que o alívio da dor diminui, por vezes, a ansiedade e a agitação da pessoa em situação crítica. O *delirium*, usualmente referido como estado confusional agudo, está entre as doenças mentais mais dominantes nos clientes com doença aguda em Hospitais (Pereira et al., 2016). Para avaliar o *delirium*, Dr. Sharon Inouye (1990) concebeu *Confusion Assessment Method* (CAM), pois é uma das escalas validadas para Portugal. Tem como objetivo realizar o rastreio ou o diagnóstico presente/ausente do delírium (Faria & Moreno, 2013 citado por Mariano, 2019).

A aplicação da CAM no SU pode incrementar a taxa de diagnóstico e diminuir a mortalidade relacionada ao *delirium* (Ritter et al., 2018 citado por Mariano, 2019). Os enfermeiros podem cooperar para a atenuação do *delirium*, pelo meio da promoção da nutrição e hidratação apropriadas por via oral; a visita de familiares para despertar o cliente para o convívio; o uso de próteses visuais e auditivas já presentes; o benefício dos posicionamentos; etc. (Pereira et al., 2016).

No *delirium* “os enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas, têm a responsabilidade acrescida na criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro que contribua para diminuir a sua ocorrência” (Pereira et al., 2016, p. 35).

A dor e o sono na pessoa em situação crítica não restaurador podem levar a algumas consequências. Nos turnos de noite efetuados promovi menos estímulos ao doente crítico para prevenir a perturbação do ciclo de sono/vigília. Os profissionais de saúde têm de ter em conta o padrão de sono do cliente; origens de stress e suas preferências, de outro modo, promover o sono do cliente adequado a situação clínica. Os fatores externos como a limitação do som dos equipamentos (Silveira et al., 2012 citado por Marques, 2016), a diminuição do ruído; a redução da luz; as medidas de conforto e a sincronização com o ventilador são vantajosos para estabilização da pessoa em situação crítica (Marques, 2016).

Segundo Urden, Stacy e Lough (2008), os sintomas que causam maior perturbação do sono são a ansiedade e o desconforto, por isso, o défice de sono reparador a longo prazo

origina sequelas físicas e cognitivas (Tembo, Parker, & Higgins, 2013 citado por Marques, 2016).

Durante os estágios foram várias as situações que devido a sua instabilidade eram transferidos os clientes para outros serviços ou para efetuar exames auxiliares de diagnóstico.

No contacto com o cliente tive em conta as complicações relativas às alterações fisiológicas; os fármacos disponíveis; a equipa multidisciplinar e o uso de equipamentos durante o transporte intra-hospitalar na pessoa em situação crítica.

Relativamente, ao transporte de doente crítico verifiquei inexistência de instruções de trabalho para o SU, contudo, existia um procedimento de transporte intra e inter-hospitalar do doente internado na UCIN. Nos transportes intra-hospitalar efetivados foram implementadas as medidas preventivas das complicações à pessoa em situação crítica, entretanto, não tive oportunidade de efetuar nenhum transporte inter-hospitalar.

O transporte de doente crítico tem riscos, mas fundamenta-se a sua execução entre inter-hospitalar e intra-hospitalar, pela necessidade de colaboração elevada, ou para concretização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não elaboráveis no serviço ou no hospital, onde o cliente se localiza (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

O transporte intra-hospitalar eficaz está dependente de modo direto do planeamento e do trabalho organizado da equipa multiprofissional, assim como da seleção de equipamentos apropriados (Shirley & Bion, 2004; Beckmann et al., 2004 citado por Almeida et al., 2012). Um fator imprescindível no transporte do doente crítico é a comunicação antecipada entre a equipa que transposta e a equipa que receciona, com o objetivo de não comprometer a segurança e a sucessão dos cuidados de saúde (Boutilier, 2007 citado por Almeida et al., 2012). A padronização do transporte colabora na satisfação do cliente, na melhoria da comunicação, no ajuste dos equipamentos para cada transporte, reconhecer e decidir as prováveis intercorrências, reduzindo os erros e ampliando a segurança (Almeida et al., 2012).

O conhecimento científico e técnico do enfermeiro EEMC foi considerável para permitir avaliar de forma crítica e reflexiva. Na caminhada para EEMC foram adquiridos conhecimentos práticos e habilidades significativas. Este percurso no SU e na UCIN deram-me ferramentas notáveis para continuar a trilhar. Em suma, a concretização destes objetivos foi desafiadora.

**Objetivo Específico:** Comprovar a influência da investigação científica na prática de enfermagem.

A enfermagem fundamenta as suas práticas no raciocínio analítico e na evidência da excelência à disposição; deste modo, a investigação em enfermagem colabora para a conceção de um corpo epistemológico exclusivo, para obter avanços nos cuidados e na avaliação dos resultados em saúde (Estabrooks, Winther, & Derksen, 2004 citado por Preto, Martins, Brás, Pimentel, & Fernández-Sola, 2015).

“A difusão dos resultados dos projetos e a publicação de investigação com significativo impacto torna-se pois fundamental, já que a comunicação, a partilha e a aplicação do conhecimento constituem processos inerentes ao fazer ciência” (Leite & Costa, 2006; Rodrigues, 2009 citado por Preto, Martins, Brás, Pimentel, & Fernández-Sola, 2015, p. 36).

No meu ponto de vista, as barreiras à implementação da prática baseada na evidência, foram de natureza profissional e organizacional. No entanto, existiram grupos de trabalho no SU e na UCIN com um papel importante nesta área. No SU, a colaboração de alguns Enfermeiros para investigação científica, era feita através da formação no Mestrado em Enfermagem. Na UCIN estavam a colaborar num estudo sobre o impacto dos familiares na 1.º visita à pessoa em situação crítica, bem como, a iniciar um estudo sobre eficácia do teste de rastreio de disfagia de Guss.

Os Enfermeiros em contexto hospitalar têm atitudes benéficas para a prática baseada na evidência, contudo, as proveniências mais empregues são a experiência individual e os protocolos assistenciais locais. Os profissionais têm algumas vulnerabilidades para a elaboração da prática baseada na evidência devido ao conhecimento insuficiente para avaliação de evidências; à sobrecarga de trabalho e à oposição na renovação das práticas (Camargo et al., 2018). “A Investigação em Enfermagem é exercida em todos as áreas de atividade de Enfermagem: prestação de cuidados, gestão, formação e educação, política e regulação” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.2). A Ordem dos Enfermeiros (2006) esclareceu alguns eixos prioritários de investigação, nomeadamente, a formação em Enfermagem no desenvolvimento de competências.

Com o objetivo de garantir a adesão de comportamentos responsáveis e seguros, e possibilitar o incremento de conhecimentos aos Enfermeiros, eram realizadas no Hospital algumas ações de formação obrigatória. No SU, a formação em serviço era reconhecida como uma oportunidade de reflexão das práticas da equipa de enfermagem. As oportunidades formativas expostas permitiam enriquecer a prestação de cuidados

especializados com base na pessoa em situação crítica e família. O plano de formação e ensino de 2019 da UCIN foi solicitado, mas por diferentes fatores não foi possível averiguar, no entanto, foram delineadas ao longo deste relatório as oportunidades de melhoria.

A equipa de enfermagem das práticas clínicas contribuiu ativamente para o desenvolvimento de formação de alunos da Licenciatura, Mestrados, Especializações e Pós-graduações em Enfermagem, de diversas escolas.

No desenrolar das práticas clínicas promovi o desenvolvimento informal de alguns Enfermeiros e alunos de Enfermagem, no que diz respeito a procedimentos; monitorização cardíaca; reconstituição e vigilância farmacológica.

A abordagem ao doente crítico está em constante mudança, o que acarreta aprendizagem e treino constante. Foram identificadas algumas necessidades de formação, especificamente nos cuidados com o suporte avançado de vida, monitorização eletrocardiográfica; comunicação na assistência ao doente crítico, complicações no pós-operatório do doente neurocirúrgico; doenças neuromusculares (Síndrome de Guilan-Barré e Miastenia Gravis); monitorização do estado neurológico e cardíaco, etc. De acordo com o Plano de Formação do SU e do UCIN não foi possível envolver-me como formanda em nenhuma formação. No entanto, elaborei uma sessão de formação para a equipa de enfermagem sobre o Plano de Catástrofe do Hospital. Esta temática possibilitou-me aprofundar o conhecimento sobre o Plano de Catástrofe e proporcionou uma oportunidade de melhoria para a equipa de enfermagem, nomeadamente a organização e atuação perante uma emergência, a nível interno ou externo, e a resposta do Serviço de Urgência à mesma.

O n.º 2 do artigo 3º da Lei nº 80/2015 de 3 de agosto, segunda alteração à Lei nº 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, refere que a catástrofe é “um acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (p. 5316). O n.º 1 do mesmo artigo menciona que o acidente grave é “um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente” (p. 5316).

A DGS (2010) menciona a pertinência de um Plano de Emergência para estimar os meios de reação das Unidades de Saúde frente a uma situação de crise, esclarecendo regras ou normas gerais de execução nesse contexto. No seguimento dessa orientação, é referida a relevância da prevenção, da planificação, da segurança e da gestão de risco, com uma

conduta coordenada, adaptada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da unidade de saúde, que na sua casualidade venha a ser atormentada por uma crise (Idem).

As características principais de uma crise são a existência de uma incerteza e a impressão global de perda de controlo; absorção nas relações entre as pessoas; enorme impacto; emergência de solução e problema na realização das funções diárias; regularmente chega de uma ocorrência de baixa probabilidade e ameaças particulares não reconhecidas (Ibidem).

A *World Health Organization* e a *International Council of Nurses* (2009) refere que a investigação em enfermagem de catástrofe é essencial; deste modo, criaram uma estrutura de competências em enfermagem de catástrofe, com o propósito de modelo, para que haja uma concordância a nível internacional. As competências delimitadas agrupam-se em 4 fases da catástrofe: a mitigação/prevenção; a preparação; a resposta e a recuperação/ reabilitação (citado por Godinho, 2018).

No apêndice III encontra-se um plano da sessão de formação; a comunicação propriamente dita; um questionário de avaliação de satisfação da formação e uma avaliação da formação pelo formador. A formação propiciou a partilha de experiências e sugestões de melhoria, à vista disso, os resultados da sessão de formação podem ser analisados no mesmo apêndice.

A formação em serviço contribui para a reflexão da melhoria das práticas, sobre a prestação de cuidados, promovendo a resolução dos problemas no contexto de trabalho. A sua eficácia está dependente das estratégias de motivação, do planeamento do formador e da dinâmica que cada formador faz (Dias, 2004 citado por Tojal, 2011). As primordiais características do formador na sua prestação são: o nível pedagógico; científico; técnico; relacional; motivacional; social e experiencial. Da mesma maneira que o formador tenha a sua distinção identificada pelos formandos, como sendo dedicado, otimista, e perseverante, terá hipótese de ser um promotor da mudança (Idem).

A formação em enfermagem deve ser promotora da investigação, da mudança e da inovação. “Uma prática baseada na evidência vai ao encontro da obrigação social da enfermagem enquanto profissão e ciência, alicerçando a sua credibilidade entre as áreas de conhecimento no contexto da saúde e sustentando eventuais mudanças ao nível político no âmbito da saúde” (Pereira, Cardoso, & Martins, 2012, p.61).

Foram identificadas algumas questões, através de uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*), para o SU e a UCIN de forma individualizada (Apêndice IV). Na assistência às necessidades da sociedade atual e do futuro, as

organizações procuraram tecnologias de gestão. A matriz SWOT é um instrumento que auxilia a estrutura da estratégia. A sua elaboração conveniente retrata o diagnóstico dos ambientes interno e externo, assim como, um caminho direcionado pelo pensamento estratégico e correlativo com as carências futuras. Esta matriz fornece informações importante, a título de exemplo, a movimentação do negócio e dos adversários, perguntas que estão emergindo na sociedade e dos diplomatas da sociedade, das direções e dos prováveis adversários (Fernandes, 2012).

Em suma, pode reconhecer algumas questões de investigação na área de EEMC, suscetíveis de investigação no SU e na UCIN, como por exemplo: Quais os diferentes tipos de desperdícios da equipa enfermagem, no SU/UCIN do hospital X, através da aplicação de ferramentas Lean?; Quais as vivências dos Enfermeiros do SU/UCIN face ao doente crítico?; Quais as perceções dos Enfermeiros do SU/UCIN no que se refere ao plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, na sua prestação de cuidados?; Quais são as competências a desenvolver no enfermeiro na assistência ao doente crítico no SU/UCIN?; Quais são os enunciados descritos que impedem a gestão de excelência dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem médico-cirúrgica, na assistência ao doente crítico, num SU/UCIN?; Existe uma relação entre a implementação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados de enfermagem médico-cirúrgica e os benefícios no desempenho da equipa de enfermagem, num SU/UCIN e Qual é a experiência do Enfermeiro EEMC nos domínios da competência acrescida avançada em supervisão clínica, no contexto SU/UCIN?

A investigação científica foi um pilar para a minha formação enquanto futura Enfermeira EEMC, a qual permitiu um crescimento e desenvolvimento individual e profissional, através da resiliência, do foco, do trabalho em equipa e da flexibilidade.

Através das atividades descritas foi possível alcançar os objetivos específicos indicados, possibilitando o desenvolvimento das seguintes competências: capacidade de mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; capacidade de promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo; demonstrar capacidade de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; tomar decisões fundamentadas, suportando a prática clínica em evidência científica; ser capaz de prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; incorporar na prática a administração de protocolos terapêuticos complexos; incorporar na prática a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica,

otimizando as respostas; ser capaz de cuidar da pessoa em situações de emergência e exceção; capacidade de identificar as necessidades formativas, no SU e Cuidados Neurocríticos e ser facilitador da aprendizagem, no contexto SU e Cuidados Neurocríticos.

#### 4. CONCLUSÃO

As transformações na sociedade e o avanço da tecnologia levam a que o profissional de enfermagem promova e interrogue a qualidade dos cuidados na assistência à pessoa em situação crítica. O enfermeiro com EEMC pode, através dos seus conhecimentos, habilidades e competências específicas, promover a obtenção de ganhos em saúde.

A unidade curricular Estágio Final e Relatório decorreu no SU e na UCIN. O relatório de estágio foi o meio de reflexão para as situações mais prementes que se verificaram nos estágios. Este relatório foi um documento escrito que comportou todas as experiências vivenciadas face a uma dada questão ou facto. Por isso, pode-se dizer que esta exposição narrativa faz um apanhado geral face a tudo o que ocorreu, ao longo das práticas clínicas.

No decorrer dos estágios refleti sobre o papel da EEMC na prática de cuidados, destacando a importância do conhecimento, pelo juízo clínico e capacidade de tomada de decisão. Foram momentos únicos de aprendizagem, que contribuíram de forma decisiva para perceber que não basta saber fazer; é preciso ir além disso, refletir de e sobre as práticas e, foi essa a busca no decorrer dos estágios. O saber-ser e o saber-estar foram tão importantes como a saber-fazer.

Na promoção da qualidade dos cuidados prestados foram várias as temáticas abordadas, no entanto, as mais prementes no meu ponto de vista foram a “Gestão de Equipas de Enfermagem de Alto Desempenho no SU” e a “Equipa de Investigação em Enfermagem de Alto Desempenho na UCIN”. Desta forma, contribuí com dois Projetos de Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, assim como através da elaboração de um artigo científico. Além disso, ainda foi possível partilhar uma formação com os enfermeiros do SU sobre o Plano de Catástrofe, já existente do Hospital. Na procura da excelência do exercício profissional, na área EEMC, aprofundi as competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e na gestão dos cuidados, na consecução de uma prática de enfermagem avançada.

A experiência tornou-se bastante enriquecedora e proveitosa, na medida em que me permitiu a integração, aperfeiçoamento e consolidação de conhecimentos e competências EEMC, em destaque as competências específicas do cuidar “da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” e dinamizar “a

resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação”, referentes à alínea a) e b) do n.º 1 do artigo 3.º das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, no Regulamento n.º 429/2018 (p. 19359).

Ao longo, destes estágios tive uma postura ativa, de honestidade e interagida com os colegas da especialidade, alunos da licenciatura e a equipa multidisciplinar.

A expressão escrita no presente relatório foi uma mais valia para o meu desenvolvimento, assim como, o pensamento crítico durante a prática de cuidados à pessoa em situação crítica e família. Porém, algumas dificuldades foram sentidas particularmente a fundamentação teórica do presente relatório, devido à múltipla abrangência que seria possível contribuir para o meu desenvolvimento, sobretudo no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Os estágios permitiram-me desenvolver e concretizar na generalidade os objetivos de aprendizagem delineados para unidade curricular e os objetivos específicos que me propôs no projeto de estágio. Foi possível desenvolver as competências do grau de Mestre e as competências previstas pela OE, para a EEMC, designadamente as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O contributo proeminente da EEMC na minha prestação de cuidados na UCIC e na VMER alicerça-se na qualidade dos cuidados e na evidência científica na tomada de decisão à pessoa em situação crítica, sendo que esta unidade curricular permitiu desenvolver aprendizagens profissionais de excelência. Como futura enfermeira especialista pretendo investigar e inovar na área da EEMC.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, C.C.F., Rodrigues, M.A., & Paixão, M.P.B.A. (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (10), 63-68.

Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000200008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200008)

Administração Central do Sistema de Saúde (2007). Manual de Auditoria Interna - Parte I.

Disponível em: [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/InFormacao/ACSS\\_MAI\\_Hospitais\\_ParteI.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/InFormacao/ACSS_MAI_Hospitais_ParteI.pdf)

Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos. Disponível em:

<http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>

Administração Central do Sistema de Saúde (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências. Disponível em:

[http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%A2ncias\\_%20final.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%A2ncias_%20final.pdf)

Administração Central do Sistema de Saúde (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. Disponível em:

<http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>

Almeida, A.C.G., Neves, A.L.D., Souza, C.L.B., Garcia, J.H., Lopes, J.L., & Barros, A.L.B.L. (2012). Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 471-476. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000300024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300024)

Batista, M.J., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J., & Fernandes, A.P. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (13), 83-92. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832017000200009](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000200009)

Black, J.M., & Matassarín-Jacobs, E. (1996). *Luckmann & Sorensen: Enfermagem Médico-Cirúrgica - Uma Abordagem Psicofisiológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Bittencourt, G.K.G.D., & Crossetti, M.G.O. (2013). Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 47(2), 341-347. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200010)

Bolander, V.B. (1998). *Sorensen e Luckmann Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Brites, D. (2013). *Erros de Medicação num Serviço de Internamento Hospitalar: Estudo de Prevalência* (Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa). Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/10749>

Camargo, F.C., Iwamoto, H.H., Galvão, C.M., Pereira, G.A., Andrade, R.B., & Masso, G.C. (2018). Competências e barreiras para Prática Baseada em Evidências na Enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2148-2156. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt\\_0034-7167-reben-71-04-2030.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2030.pdf)

Campos, A. (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas*. Disponível em: <https://www.calameo.com/books/00019494281f7ebe743c0>

Carvalho, A. (2004). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.

Ceolin, S., González, J.S., Ruiz, M.C.S., & Heck, R.M. (2017). Bases teóricas de pensamento crítico na enfermagem iberoamericana: revisão integrativa da literatura. *Texto*

& *Contexto Enfermagem*, 26(4), 1-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e3830016.pdf>

Citeve (2012). Ferramenta de Desenvolvimento e aplicação do Lean Thinking no STV. Disponível em: [https://www.citeve.pt/filedownload.aspx?schema=4c65f7f1-2e56-4968-a1af-585420fa64e0&channel=6D1D54F8-1B71-4D41-9EAF-58F23E675B15&content\\_id=5883960E-7CC8-4CEF-B760-34D8E121F343&field=storage\\_image&lang=pt&ver=1&filetype=pdf&dtestate=2012-08-07145035](https://www.citeve.pt/filedownload.aspx?schema=4c65f7f1-2e56-4968-a1af-585420fa64e0&channel=6D1D54F8-1B71-4D41-9EAF-58F23E675B15&content_id=5883960E-7CC8-4CEF-B760-34D8E121F343&field=storage_image&lang=pt&ver=1&filetype=pdf&dtestate=2012-08-07145035)

Correia, M.L.N.P. (2015). *A Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Não Invasiva com Padrão Respiratório Ineficaz – Intervenções Especializadas de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17167>

Costa, J.S. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium*, 1 (30), 234-251. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/560>

Cruz, C.O., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Revista Diagnóstico & Tratamento*, 21(3), 106-8. Disponível em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt\\_v21n3\\_106-108.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf)

Deodato, S. (2018). *Direito da Saúde: Coletânea de Legislação Anotada*. Coimbra: Almedina.

Direcção-Geral da Saúde (2001). Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. Disponível em: <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>

Direção Geral da Saúde (2010). Guia Geral para elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2010). *Orientação 007: Elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2011). *Orientação n. ° 008: Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082011-de-28032011-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2014). *Norma 020: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Norma 014: Medicamentos de alerta máximo*. Disponível em: [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc\\_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx)

Direção-Geral da Saúde (2015). *Norma 019: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Norma 020: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Norma 022: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdfl.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2016). *Norma 018: Reconciliação da medicação*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017). *Norma 001: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017). *Norma 019/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx>

Fernandes, D.R. (2012). Uma Visão Sobre a Análise da Matriz SWOT como Ferramenta para Elaboração da Estratégia. *UNOPAR Científica Ciências Jurídicas e Empresariais*, 13 (2), 57-68. Disponível em: <https://revista.pgskroton.com/index.php/juridicas/article/download/720/700>

Ferreira, V.C.P., Cardoso, A.S.R., Corrêa, C.J., & França, C.F. (2009). *Modelos de Gestão* [PDF]. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/5514371/modelos-de-gestao-victor-claudio-paradelo-ferreira>

Fontes, C.M.B., Menezes, D.V., Borgato, M.H., & Luiz, M.R. (2017). Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1148-1154. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000501089&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501089&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

Fradique, M.J., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (10), 45-53. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000200006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200006)

Fonseca, M.G., & Rocha, A.L.F. (2012). Perspectiva do trabalho em saúde. Uma visão do modelo biomédico e o trabalho interdisciplinar. *Revista Digital EFDeportes.com*, 17 (173), 1-1. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd173/trabalho-em-saude-uma-visao-do-modelo-biomedico.htm>

Frederico-Ferreira, M., & Silva, C. F. R. (2012). Reformas da gestão na saúde – desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (8), 85-93. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000300009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000300009&script=sci_arttext&tlng=en)

George, J. B., Ambrosini, L., & Soares, M.A.M (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Arte Médicas Sul.

Godinho, P.M.G. (2018). *Catástrofe ou Emergência Multivítimas: Desenvolvimento de Competência para uma Intervenção Especializada de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27910/1/Relatorio%20FINALISSIMO\\_PG\\_TL.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27910/1/Relatorio%20FINALISSIMO_PG_TL.pdf)

Infarmed (2012). Portal RAM - Notificação *online* de suspeitas de reações adversas a medicamentos por profissionais de saúde e utentes. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1154797/8666558.PDF/862badb2-0db6-47fd-af75-e8f0c1b46a87?version=1.0>

Infarmed (2019). Alteração da via de administração do Haloperidol, solução injetável. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/web/infarmed/alertas-de-seguranca/-/journal\\_content/56/15786/3391396](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/alertas-de-seguranca/-/journal_content/56/15786/3391396)

Justo, C. (2010). A crise do modelo biomédico e a resposta da promoção da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2), 117-118. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-90252010000200001](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200001)

Liboreiro, K.R. & Borges, R.S.G. (2018). Gestão de equipas de alto desempenho: abordagens e discussões recentes. *Gestão & Regionalidade*, 34 (102), 5-22. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_gestao/article/view/4316](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/view/4316)

Lopes, C.H.A.F., Chaves, E.M.C., & Jorge, M.S.B. (2006). Administração de medicamentos: análise da produção científica de enfermagem. *Revista Brasileira de*

Enfermagem, 59(5), 684-688. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000500017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500017)

Lopes, C.R., & Graveto, J.M.G.N. (2010). Comunicação de notícias: receios em quem transmite e mudanças nos que recebem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14 (2), 257-263. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/115>

Luzes, C.S.A., Moreira, M.R., & Sousa, P. (2013). Implementação da Filosofia Lean na Gestão dos Serviços de Saúde: O Caso Português (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto). Disponível em:  
<https://www.fep.up.pt/docentes/fontes/FCTEGE2008/Publicacoes/D17.pdf>

Mariano, L.I.S.D. (2019). *A Pessoa com Delirium no Serviço de Urgência: da Prevenção à Avaliação* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Disponível em:  
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28839>

Marques, M.A. (2016). *A intervenção de enfermagem na promoção do sono: a pessoa internada numa Unidade de Cuidados Intensivos* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Disponível em:  
<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=42204&code=716>

Martins, A., Pinto, A.A., Lourenço, C.M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M.J., Almeida, M.P. P., Mendes, O.S, & Santos, R.M. (2002). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 2 (12), 52-61. Disponível em:  
[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_52-61.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf)

Martins, J.C.A. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (12), 155-162. Disponível em:  
[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0874-02832017000100016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832017000100016&lng=pt&nrm=iso)

Martins, M.A.I. (2019). *Desmame Ventilatório do Doente Crítico Sob Ventilação Mecânica Invasiva: Prática Baseada em Evidências* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28862>

Matos, I.A.P.C., & Alves, A.C. (2011). Aplicação de técnicas Lean Services no bloco operatório de um hospital (Tese de Mestrado, Universidade do Minho). Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/16321>

Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K.G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84 (9), 1192-1196. Disponível em: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(13\)00168-8/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(13)00168-8/fulltext)

Meirinhos, R., & Barreto, A.M. (2018). A Comunicação Estratégica como Fator de Retenção de Recursos Humanos. *Media & Jornalismo*, 18 (33), 76-90. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2183-54622018000200006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-54622018000200006)

Melo, C. M. M., Florentino, T. C., Mascarenhas, N. B., Macedo, K. S., Silva, M. C., & Mascarenhas, S. N. (2016). Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. *Escola Anna Nery*, 20 (4), 1-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000400601&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000400601&script=sci_abstract&tlng=pt)

Mestrinho, M.G. (2012). Modelos de Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Curricular: Transição para um novo profissionalismo docente. *Pensar Enfermagem*, 16 (1), 2-30. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2\\_Artigo1\\_2-30\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo1_2-30(1).pdf)

Mezomo, J.C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil: Editora Manole Ltda.

Neto, I.G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 68-74. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/9906/9644>

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, G. (2007). Comunicar numa situação de emergência ou de crise. *Territorium: Revista Portuguesa de riscos, prevenção e segurança*, (14) 114-120. Disponível em: [https://digitalis.uc.pt/pt-pt-artigo/comunicar\\_numa\\_situa%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_emerg%C3%Aancia\\_ou\\_de\\_crise](https://digitalis.uc.pt/pt-pt/artigo/comunicar_numa_situa%C3%A7%C3%A3o_de_emerg%C3%Aancia_ou_de_crise)

Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2007). Sistemas de Informação em Enfermagem: Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Disponível em: <https://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2008). Enfermagem em Portugal: 10 anos. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Brochura\\_10anos2008.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Brochura_10anos2008.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_AG\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_2910\\_2015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_2910_2015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Disponível em: [https://futuresenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futuresenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2017). Assembleia Extraordinária do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos: Recomendações. Disponível em: [https://spci.pt/files/2016/03/9764\\_miolo1.pdf](https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf)

Paula, L.C.S (2009). Estudo comparativo entre sistema de aspiração fechado e sistema de aspiração aberto em recém-nascidos mantidos em ventilação mecânica convencional invasiva. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-06112009-160744/publico/LuciaCSOaresPaula.pdf>

Peixoto, N.M.S.M., & Peixoto, T.A.S.M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (11), 121-132. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a13.pdf>

Peixoto, T.A.S.M., & Peixoto, N.M.S.M. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 13 (IV), 125-138. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn13/serIVn13a13.pdf>

Pereira, J.M., Barradas, F.J.R., Sequeira, R.M.C., Marques, M.C.M.P., Batista, M.J., Galhardas, M., & Santos, M.S. (2016). Delírium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (9), 29-36. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn9/serIVn9a04.pdf>

Pereira, M.S.M., Guedes, H.M., Oliveira, L.M.N, & Martins, J.C.A. (2017). Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (13), 93-102. Disponível em:

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832017000200010](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000200010)

Pereira, R.P.G., Cardoso, M.J.S.P.O., & Martins, M.A.C.S.C. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7), 55-62. Disponível em:

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832012000200006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200006)

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.

Pinto, E.C.M. (2016). *Empresas Tecnológicas em Portugal: Inovar na Comunicação Interna* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria). Disponível em:

<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2310/1/Tese%20-%20Eug%C3%A9nia%20Pinto.pdf>

Preto, L.S.R., Martins, M.D.S., Brás, M.A.M., Pimentel, M.H., & Fernández-Sola, C. (2015). Enfermagem portuguesa: análise da produção e divulgação do conhecimento através de repositórios institucionais. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (6), 35-43. Disponível em:

[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832015000600005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000600005)

Profetto-McGrath, J., Negrin, K.A, Hugo, K., & Smith, K.B. (2010). Clinical nurse specialist's approaches in selecting and using evidence to improve practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7 (1), 36-50. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19744192>

Redman, B. K. (2002). *A Prática da Educação para a Saúde*. 9.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Lusociência.

Ribeiro, J.M.S. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 27-36. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/35-027.pdf>

Ribeiro, M., Santos, S.L., & Meira, T.G.B.M. (2006). Refletindo sobre Liderança em Enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10 (1), 109-115. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a14>

Ribeiro, O., Martins, M.M.F.P.S., & Tronchin, D.M.R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (14), 89-100. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0874-02832017000300010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832017000300010&lng=pt&nrm=iso)

Riley, J.B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Sales, C.B., Bernardes, A., Gabriel, C.S., Brito, M.F.P., Moura, A.A., & Zanetti, A.C.B. (2018). Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 138-146. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000100126&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100126&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

Sheehy's, S. (2001). *Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática*. 4ª edição. Loures: Lusociência.

Sousa, A. S., & Ferrito, C. (2016). What's new on endotracheal suctioning recommendations. *BMC Health services research*, 16(3), 42-42. doi:10.1186/s12913-016-1423-5

Sousa, C.M.M., Moura, M.E.B., Santos, A.M.R., Nunes, B.M.V.T., & Alves, M.S.C.F. (2009). Responsabilidade civil dos profissionais de enfermagem nos procedimentos invasivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 717-722. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000500011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500011)

Souza, E.L.V., Nascimento, J. C., Caetano, J.A., & Ribeiro, R.C.V. (2011). Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (4), 125-133. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000200013](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200013)

Tallo, F.S., Vendrame, L.S., Lopes, R.D., & Lopes, A.C. (2013). Ventilação mecânica invasiva na sala de emergência: uma revisão para o clínico. *Revista Brasileira de Clínica Médica São Paulo*, 11(1), 48-54. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3395.pdf>

Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. *Revista Análise Psicológica*, 22 (4), 615-620. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312004000300021](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021)

Teixeira, J. M. F., & Durão, M.C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (10), 135-142. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn10/serIVn10a15.pdf>

Thompson, I. E., Melia, K.M., & Boyd, K.M. (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Tojal, A. M. A. F. (2011). *Percepção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24174&code=634>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência.

Trigueiro, T.H., Labronici, L.M., Raimondo, M.L., & Paganini, M.C. (2010). Dilemas éticos vividos pelos enfermeiros diante da ordem de não reanimação. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(4), 721-727. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/277067862\\_Dilemas\\_eticos\\_vividos\\_pelos\\_enfermeiros\\_diante\\_da\\_ordem\\_de\\_nao\\_reanimacao\\_-\\_doi\\_104025ciencucuidsaudev9i413824](https://www.researchgate.net/publication/277067862_Dilemas_eticos_vividos_pelos_enfermeiros_diante_da_ordem_de_nao_reanimacao_-_doi_104025ciencucuidsaudev9i413824)

Urden, L.D, Stacy, K.M., & Lough, M.E. (2008). Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção. Loures: Lusodidacta.

### **Legislação Portuguesa**

- Código Penal

Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de março. Diário da República n.º 63/1995 - I Série A. Lisboa: Ministério da Justiça. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/185720/details/normal>

- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República n.º 181/2015 - I Série. Lisboa: Assembleia da República. Disponível em: [https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?print\\_preview=print-preview](https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?print_preview=print-preview)

- Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica

Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. Diário da República n.º 153/2014 - II Série I. Lisboa: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Disponível em: [https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p\\_p\\_auth=fhLc2GFn](https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn)

- Lei de Bases da Proteção Civil

Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto. Diário da República n.º 149/2015 - I Série. Lisboa: Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/69927759/details/maximized>

- Lei de Bases da Saúde

Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. Diário da República n.º 169/2019 - I Série. Lisboa: Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/124417108/details/maximized>

- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento - II Série. Lisboa: Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>

- Regime da Carreira Especial de Enfermagem

Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio. Diário da República n.º 101/2019 - I Série. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/122403266/details/maximized>

- Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior

Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 agosto. Diário da República n.º 157/2018 - I Série. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>

- Regula as Diretivas Antecipadas de Vontade

Lei n.º 25/2012 de 16 de junho. Diário da República n.º 136/2012 - I Série. Lisboa: Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/179517/details/normal?q=o+Artigo+1.%C2%BA%20da+Lei+n.%C2%BA%2025%2F2012%2C%20de+16+de+julho>

- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26/2019 - II Série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Diário da República n.º 135/2018 - II Série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>



## **6. APÊNDICES**



**APÊNDICE I - Gestão de Equipas de Enfermagem de Alto Desempenho  
no Serviço de Urgência**





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**GESTÃO DE EQUIPAS DE ENFERMAGEM DE ALTO  
DESEMPENHO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**Estudante:** Tânia Dionísia Ferreira Oliveira

**Porto, novembro de 2019**





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**GESTÃO DE EQUIPAS DE ENFERMAGEM DE ALTO  
DESEMPENHO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**Estudante:** Tânia Dionísia Ferreira Oliveira  
**Sob orientação de:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Sabrina Sousa

**Porto, novembro de 2019**



## ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO.....	93
2.GESTÃO DE EQUIPAS DE ENFERMAGEM DE ALTO DESEMPENHO.....	95
3.EQUIPAS.....	97
4.A LIDERANÇA DE EQUIPAS.....	109
5.COMUNICAÇÃO NAS EQUIPAS.....	113
6.EQUIPAS DE ALTO DESEMPENHO.....	115
a.CARACTERÍSTICAS DAS EQUIPAS DE ALTO DESEMPENHO.....	115
7.CONCLUSÃO.....	117
8.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119
9.APÊNDICES.....	121
APÊNDICE I - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.....	123
APÊNDICE II - Guião da Entrevista Realizado ao Enfermeiro Dinamizador pelas Equipas de Alto Desempenho no Serviço de Urgência.....	147

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Diferença entre grupo e equipa. ....	101
<b>Figura 2:</b> Agrupamento dos fatores do processo de liderança. ....	110

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Definições de Equipa. ....	99
<b>Tabela 2:</b> Modelos de Construção de uma Equipa ....	104
<b>Tabela 3:</b> Os papéis dos elementos da equipa. ....	104



## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho foi desenvolvido no âmbito do 12º Mestrado em Enfermagem, na Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), realiza-se na Universidade Católica Portuguesa (UCP), do Instituto de Ciências da Saúde do Porto, no ano letivo 2019/2010, inserido no plano curricular do primeiro semestre da unidade curricular: Estágio Final e Relatório.

Com o Mestrado supracitado pretende-se que através da investigação o enfermeiro atue no serviço de urgência, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática de cuidados de excelência. O tema escolhido para o trabalho recaiu sobre a Gestão de Equipas de Enfermagem de Alto Desempenho no Serviço de Urgência, pela pertinência que este estudo pode trazer para o aperfeiçoamento da prática de enfermagem no serviço de urgência. A escolha da temática incidiu sobre motivações profissionais e pessoais. Integrar a gestão de equipas de enfermagem de alto desempenho na prática de Enfermagem denota-se um desafio e uma prioridade, uma vez que, a sua aplicação é considerada uma mais-valia para a otimização dos cuidados prestados. O desenvolvimento de equipas de alto desempenho será refletido em ganhos no processo organizacional?

“As equipas de alto desempenho apresentam uma combinação de habilidades fundamental para as organizações, (...) apresentam níveis diferenciados de informação associados à capacidade de comunicação interna e externa, além de membros motivados em torno de visões compartilhadas” (Liboreiro & Borges, 2018, p. 5). O desenvolvimento das equipas atravessam várias fases, contudo, permite aumentar a produtividade, a qualidade, a inovação e a flexibilidade (Manz & Sims, 1996 citado por Gavioli, 2012).

A estrutura do trabalho será dividida em quatro partes, nomeadamente: introdução, equipas de alto desempenho, a conclusão e a bibliografia.

Para a composição do trabalho o objetivo principal do trabalho reside em abordar conceitos relativamente aos fatores associados ao desenvolvimento de equipas de alto desempenho em diversas áreas e fundamentar para equipas de enfermagem de alto desempenho na assistência ao doente crítico no serviço de urgência. A temática vai permitir o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados na área de



Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ampliando o conhecimento e a resolução de problemas em situações novas, tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados. foi utilizado o método descritivo e analítico, baseado na pesquisa literária em bases de dados, livros, trabalhos de investigação e publicações periódicas.



## 2. GESTÃO DE EQUIPAS DE ENFERMAGEM DE ALTO DESEMPENHO

Num ambiente com concorrência permanente e com alterações constantes as estabilidades das equipas estão ameaçadas (Edmonson, 2012 citado por Liboreiro & Borges, 2018).

A organização moderna para responder as várias exigências do mercado procura se reestruturar a nível interno, devido a permanente competição e inovação é identificado como um dos princípios fundamentais o trabalho em equipa organizado (Devries, 1999 citado por Liboreiro & Borges, 2018).

Para a organização obter sucesso a equipa deve ter capacidade para contribuir e dedicar-se de forma eficiente para resolução dos problemas (Dechurch & Mesmer-Magnus, 2010 citado por Liboreiro & Borges, 2018).

Desta forma a pergunta inicial deve ser: Até onde me predisponho a chegar para construir uma equipa de alto rendimento? (Lança, 2012).





### 3. EQUIPAS

Na verdade para a elaboração de uma equipa, são exigidos bastantes esforços. Elaborar uma equipa a partir de um conjunto ou grupo de pessoas, necessita de um conjunto de recursos temporais e monetários. Desta forma, só mesmo tendo o perfeito conhecimento dos benefícios para a organização é que vale todo o investimento de recursos para a elaboração da mesma (Lança, 2012).

Imagine-se na gestão da construção de uma casa. Considera que a obra vai ser mais rentável se: todos os trabalhadores executarem as suas tarefas ao mesmo tempo? ou se cada um realizar a sua função de forma particular, distante e contínua. Na resposta da pergunta anterior, concordamos que a resposta ideal seria a primeira se: cada elemento tiver noção da sua tarefa e da dos seus colegas, de quando deve entrar para executar a sua, quanto tempo tem e de que forma não irá prejudicar o colega; da relevância da sua execução para o projeto global; permanecer uma ligação direta entre todas as tarefas e seus executantes; do valor de assumir o objetivo comum, para este exemplo seria a obra; assumir a responsabilidade das suas tarefas no tempo definido e compreender a importância de uma comunicação assertiva e objetiva entre todos (Idem).

Um dos maiores erros das organizações ao elaborar equipas de trabalho é criar as equipas por uma questão de moda ou por se aproximar da sua concorrência, sem conhecer os propósitos, fundamentos e objetivos da elaboração dessas mesmas equipas. O atual modelo social e de mercado, potenciam a criação de equipas, provavelmente com os erros apresentados (Ibidem).

Um grupo é um agrupamento de elementos que trabalham em conjunto, mas não possuem compatibilidades e objetivos coletivos (Lannes, 1999 citado por Luís, 2012).

Os quatro princípios existentes, para que um grupo seja determinado como equipa é a organização, a interação, a motivação e a perceção. A organização faz a exposição dos papéis de cada elemento da equipa. A interação permite que os elementos da equipa compartilhem o mesmo ambiente e as suas convicções. A motivação está correlacionada com um objetivo comum, onde inclui algum tipo de retribuição. A perceção é denotada como



decisivo para a constituição da equipa, pois é quando os elementos se identificam como uma equipa (Maximiano, 1986 citado por Gavioli, 2012).

A distinção de grupo e equipa, deve-se que enquanto no grupo com dois ou mais elementos, participativos e interdependentes, juntam-se para atingir um objetivo. Nas equipas associa-se a conceção do grupo mas, com uma colaboração e comprometimento para um resultado superior e uma compreensão de seu papel na equipa, o que faz esse objetivo a diferença entre grupos e equipas (Robbins, 2002 citado por Gavioli, 2012).

Segundo Kinicki & Kreitner (2006) as características e critérios necessários para que um grupo se transforme em uma equipa deve obedecer alguns requisitos. Os critérios delineados são: a *liderança* é exercida de forma partilhada; a *responsabilidade* coletiva ganha a mesma importância, que a responsabilidade individual, sendo que o compromisso coletivo não ignora o individual que existe; a equipa traça a sua *missão e objetivos*; e a *solução do problema* é uma atividade constante e não esporádica. As características descritas são: a *Comunicação*: as equipas possuem métodos de comunicação (sem abordar se são métodos eficazes, com impacto comunicacional). A troca de informação deve ser clara, sempre que necessário, baseado na confiança e objetividade, e ter uma flexibilidade que permita uma comunicação natural e não forçada; os *Objetivos*: as equipas devem ter uma linha orientadora. A má definição dos objetivos mensuráveis, como datas, indicadores ou objetivos, são provavelmente uma das razões para o desastre dos grupos que parece ter o necessário para o funcionamento como equipa. Os objetivos assistem como linha orientadora para os membros da equipa e auxilia como metas a alcançar, sejam elas visíveis ou invisíveis; o **Alinhamento**: as equipas devem possuir um alinhamento e os seus membros, apesar das suas tarefas, estejam focadas no objetivo geral de forma a ser alcançado; as **Normas coletivas**: são as regras e valores de comportamento geral para a equipa, que regem as ações que permitem a equipa ter o seu modelo comportamental padrão por si proposto; a **Constituição/Diferenciação**: as equipas são concebidas por diversas pessoas. A distinção de cada pessoa ou a busca de afinidade gera uma característica original que é possuir um aglomerado de pessoas diferentes em prol de um objetivo partilhado com suporte em normas dinâmicas; e as **Tarefas e papéis de responsabilidade definidos**: as equipas são constituídas por pessoas que além de se acrescentarem, possuem tarefas e diferentes funções, pois devem estar bem claras para quem as exerce e delega, assim como a responsabilidade que cada pessoa tem no processamento coletivo (citado por Lança, 2012).



Os conceitos expostos em seguida falam sobre o objetivo comum, a comunicação, a competência e a interdependência.

**Tabela 1:** Definições de Equipa.

Autores	Definições de Equipa
Lewin (1947)	“Grupos ou equipas são formados por relacionamentos entre pessoas, com crenças similares unidos pelas forças psicológicas do campo social em que estão inseridas” (citado por Liboreiro & Borges, 2018, p 8).
Hackman (1987)	“Equipas de trabalho são entidades sociais inseridas em sistemas maiores, que executam tarefas consideradas relevantes para a organização à qual pertencem e os seus resultados de desempenho têm consequências para a equipe” (citado por Liboreiro & Borges, 2018, p 8).
Katzenbach e Smith (1993)	“Equipe é um grupo de pessoas que perseguem um objetivo comum, possuem aptidões complementares, estão comprometidas com o cumprimento de uma meta e demonstram entendimento acerca do que as mantém mutuamente responsáveis” (citado por Gavioli, 2012, p. 4).
Katzenbach e Smith (1994)	Segundo equipe é um grupo pequeno de pessoas com esforços coordenados para atingir um objetivo coletivo de forma compartilhada, com engajamento, e assumindo riscos (citado por Liboreiro & Borges, 2018)
Mohrman (1995)	“Equipe como um grupo de indivíduos que trabalham juntos, com mútua responsabilidade para produzir bens e serviços, por meio do comprometimento quanto às metas compartilhadas e responsabilidades interdependentes no cumprimento das tarefas” (citado por Gavioli, 2012, p.4).
Arrow e McGrath (1995)	“As equipas são relações complexas e dinâmicas entre um conjunto de membros que utilizam uma tecnologia específica para atingir propósitos comuns” (citado por Liboreiro & Borges, 2018, p 8).

**Tabela 1:** (Continuação).

Harvey e Finley (1997)	“(…) a alguns anos que as pessoas não falam em equipas, mas existem de forma convencional, orientadas por funções nas empresas, como por exemplo a equipa da contabilidade, da produção, financeira, marketing. A evolução do conceito equipa fundiu-se e atualmente encontram-se equipas de trabalho, projeto, planeamento, de apoio ao cliente, entre outras” (citado por Luís, 2012, p. 7).
Hinsz, Tindale e Vollrath (1997)	“Equipas são processadores de informação que de acordo com os objetivos a processar, codificam, compartilham, armazenam e aprendem no desempenho das tarefas” (citado por Liboreiro & Borges, 2018, p 8).
Zanelli (1997)	“Equipas de trabalho são forma de coordenar competências para responder aos problemas frequentes e variáveis. Uma equipe é formada por pessoas e pressupõe maturidade, responsabilidade e elevada interdependência de todos os seus membros” (citado por Liboreiro & Borges, 2018, p 8).
Milkovicke Boudreau (2000)	“Equipe como um grupo de mais de duas pessoas que interagem de forma independente e adaptativa para atingir objetivos importantes, específicos e compartilhados” (citado por Gavioli, 2012, p.4).
Katzenbach e Smith (2001)	“Equipe é formada por um grupo de pessoas que são altamente interdependentes e integrados, com habilidades complementares, comprometidas com um objetivo comum compartilhado, metas e uma abordagem de trabalho comuns” (citado por Liboreiro & Borges, 2018, p 8).
Moscovici (2007)	“Equipe é um grupo que compreende seus objetivos e está engajado em alcançá-los de forma compartilhada. A comunicação aos membros é verdadeira e a confiança é grande. As habilidades dos membros são complementares e possibilitam alcançar resultados” (citado por Liboreiro & Borges, 2018, p 8).

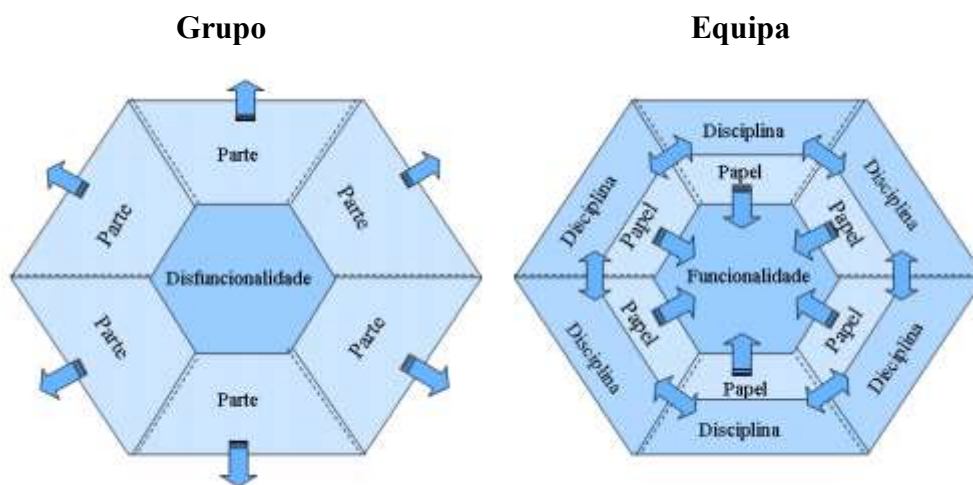
“As equipas como um sistema apresentam os três princípios que um qualquer sistema possui:

*Globalidade:* Um sistema é um conjunto de elementos em interação e não uma contagem de números que compõe o sistema. As características da equipa não têm necessariamente de ter as mesmas características dos seus componentes, dado que uma equipa apresenta uma dinâmica específica e própria que tem de ser compreendida como tal.

*Homeostasia:* Todos os sistemas tendem a preservar a todo o custo o seu estado inicial de equilíbrio, reagindo a mutações internas ou externas através de respostas que tentam novamente conseguir um equilíbrio. Talvez a característica mais fantástica e que a tudo se assemelha às equipas e às pessoas dos tempos atuais, a resistência à alteração ocorre mesmo quando a mudança possa ser necessária ou se sabe que vai ser vantajosa para a equipa.

*Circularidade:* Qualquer e toda a modificação num dos elementos provoca uma mudança em todos os outros e a interação com o sistema provoca uma retroação que modifica o estado de forma não previsível a 100%” (Lança, 2012, p.24).

Na teoria dos papéis, no enquadramento da psicologia social, retrata o comportamento social diário perceptível. Esta defende que esse comportamento é direcionado por expectativas referentes aos papéis, a qual cada pessoa reconhece (Michener *et al.*, 2005 citado por Gavioli, 2012). No papel profissional especifica os objetivos, os trabalhos e os níveis de desempenho a serem alcançados, com abertura para o imprevisto (Gavioli, 2012). A Figura 1 representa por um lado um grupo com o qual têm objetivos individuais e por outro, os objetivos coletivos que caracterizam a equipa (Idem).



**Figura 1:** Diferença entre grupo e equipa (Michener et al., 2005 citado por Gavioli, 2012, p. 5).



As equipas ultrapassam o nível de desempenho do grupo ou pessoal, visto que adquirem e empregam os conhecimentos, vivências de vida e insight de seus elementos para dar resposta aos novos problemas, num processo de experiência, permuta e aprendizagem (Moscovici, 1998 citado por Gavioli, 2012).

Atualmente, as organizações vão em buscar de equipas para organizar o trabalho, incrementar a produtividade, a criatividade e partilhar o conhecimento (Santos, Mourão & Naiff, 2014 citado por Liboreiro & Borges, 2018).

A construção de uma equipa não se torna cativante somente pelas fases da construção, mas também pela perceção da importância de cada fase, o que oferecem, o porquê? Porque será mais fácil para um especialista em trabalhos de equipa, perceber e antecipar conflitos entre membros e porquê de entender, que sem razão a vista outros interagem positivamente (Lança, 2012).

No primeiro momento do trabalho em equipa, que se inicia na escolha do seu líder, até a escolha dos elementos para a mesma, todas as etapas devem ser examinadas e classificadas. Este processo de avaliação é feito, mesmo sem ser premeditado ou programado e é iniciado logo no momento que começa a interação, desta forma se conseguirmos estruturar essa avaliação, conseguimos tirar dividendos de algo já existente, otimizar a aprendizagem e anular alguns erros (Lança, 2012).

Se todos os parâmetros da avaliação (elementos, líder, processos, dinâmicas dos resultados e indicadores) estiverem devidamente definidos, a avaliação converte-se num parâmetro fundamental para que o líder tenha informação benéfica e em tempo adequado consiga fazer as alterações necessárias para cada momento (Idem). Os quatro critérios a utilizar para avaliar o trabalho de equipa, tendo em conta que estes critérios devem sempre ter em conta a realidade e a expectativa: “Produtividade (vendas, vitórias, concursos, golo, pontos, aquisições, lucro, receitas, défices); Coesão (Tempo que dura cada fase de construção, nº de acontecimentos coletivos, proatividade); Aprendizagem (tarefas e ações aprendidas, evolução, nº de erros, reflexões) e Integração (inclusão, aprendizagem, contra dependência vs independência)” (Thompson, 2004 citado por Lança, 2012, p.16).

Para um trabalho de equipa eficaz, os critérios de aprendizagem diferenciados por DeChurch e Mesmer-Magnus (2010), são os conhecimentos em equipa, as condições motivacionais e os seus comportamentos. A aprendizagem com respostas efetivas deve-se a troca de conhecimentos e habilidades distintas entre os indivíduos (Hinsz; TIndale; Vollrath, 1997 citado por Liboreiro & Borges, 2018).



Um estudo efetuado na Alemanha, Bélgica, Espanha, E.U.A, França, Itália e Reino Unido, permitiu entender quais os obstáculos, que determinados executivos não conseguem validar a sua capacidade no momento anterior à sua maturidade profissional devido: a “problemas no relacionamento interpessoal; não atingir os objetivos da empresa; não conseguir formar e liderar uma equipa e incapacidade de mudar ou adaptar-se durante a gestão da mudança”. Sendo que dois dos itens anteriores estão diretamente relacionados com as relações interpessoais, ou seja, ter habilidade de trabalhar e conviver com outros elementos (Kinicki & Kreitner, 2006 citado por Lança, 2012, p. 27).

Nos anos 70 o psicólogo Bruce W.Tuckman elaborou um dos modelos mais utilizados para construção das equipas, divididas por quatro fases, mais tarde (1977) acrescentou uma quinta: 1º Formação; 2º Turbulência, 3º Normalização, 4º Desempenho e em 5º Superação. Há equipas que não conseguem atingir a quarta fase, outras nem atinge a segunda fase, no entanto, as que conseguem atingir a quinta fase, não é só a capacidade de conseguir, mas sim opção consciente da equipa e organizações em atingir a superação (Miguel, Rocha & Rohrich, 2008 citado por Lança, 2012).

Com base no trabalho pioneiro de Tuckman, Scholtes (1992) determina e define quatro estágios: a formação, a turbulência, a normalização e a realização. Primeiramente é efetuada a formação onde os elementos estão-se a conhecer, à vista disso são desenvolvidas alianças transitórias. Os sentimentos presentes nesta fase é o interesse, a esperança, o apego à equipa, dúvida, receio e a ansiedade. A produtividade desta fase é reduzida, no entanto, promove-se a interação dos elementos e são delineados os papéis, as metas, as regras da relação e inicia-se o vínculo de confiança. No segundo estágio, a turbulência é identificada pela equipa como a mais complexa, há reorientação das metas, papéis e regras da relação, assim como a necessidade de reestruturar o trabalho e as funções. Os primeiros conflitos evidenciam-se, contudo, a gestão dos conflitos cabe ao líder moderar devido a multiplicidade de competências presentes. A normalização retrata o terceiro estágio, em que a equipa inicia o trabalho em conjunto e as metas são cooperadoras. As regras básicas são determinadas, permitindo a intervenção de cada elemento mais explícita e o incremento de produtividade. No entanto, há uma diminuição de conflitos o que gera um envolvimento relacional harmonioso. Neste estágio o líder é capaz de averiguar a integração dos elementos e conduzir os resultados. Para finalizar o desenvolvimento da equipa tem o quarto estágio, a realização, em que a equipa encontra-se produtiva e interligada. Há determinação do tipo de convívio e perspetivas, como a partilha de experiências, princípios e sentimentos. O desempenho



individual e do grupo são elevados, encontra-se segurança, organização, comunicação, compromisso e animo no aperfeiçoamento. O líder pode considerar uma equipa de alto desempenho para a performance organizacional, porque verifica ganhos desta formação da equipa (citado por Liboreiro & Borges, 2018).

Em seguida descrevo outros modelos de construção de uma equipa.

**Tabela 2:** Modelos de Construção de uma Equipa (Lança, 2012, p. 28).

Modelo de Withmore	Características	Modelo de Maslow
Cooperação	Independência; Energia dirigida para objetivos comuns	Auto-realização
Afirmação	Interdependência; Energia dirigida para a competição interna	Auto-estima e estima dos outros
Inclusão	Dependência; Energia dirigida internamente	Pertença

Existem organizações de topo, que inseridas em meios altamente competitivos, conseguem tornar esse meio mais confortável, através de ferramentas técnicas e comportamentais. Mas, a consciencialização de se querer superar, leva-as para novos patamares de desconforto, que podem desestabilizar algumas das suas metodologias que através dos processos de grupo demoram tempo a ser concretizados (Lança, 2012).

O papel dos elementos da equipa tem uma importância relevante, a ideia não é só criar atitudes mais harmoniosas entre pessoas, mas sim criar dinâmicas que valorizem todos os elementos, que fazem parte do processo de equipa na execução das suas tarefas.

**Tabela 3:** Os papéis dos elementos da equipa (Belbin, 1981 citado por Lança, 2012, p. 33).

Papéis	Descrição
Specialist (O especialista)	O perito, experiente e especialista numa determinada tarefa ou função
Plant (a fábrica de energia)	O criativo, a pessoa das ideias
Resource Investigator (o investigador)	O extrovertido, bom a estabelecer contactos externos e a desenvolver ideias
Monitor Evaluator (o avaliador)	O analítico, perspicaz e prudente

**Tabela 3:** (Continuação)

Shaper (em forma)	O dinâmico e que gosta de novos desafios
Team Work (jogador de equipa)	Jogador de «equipa», orientado para os colegas
Complete Finisher (o dos acabamentos)	Muito meticoloso e atento aos pormenores
Coordenator (o coordenador)	O maturo da equipa, sendo respeitado e tem a capacidade para potenciar os colegas da equipa
Implementer (o executivo)	Operacional, prático e orientado para as tarefas

Na elaboração das equipas e na atribuição de cada papel e expectativas, não existe fórmulas, o que existe é a necessidade de encontrar um equilíbrio que permita a todos darem resposta às necessidades da equipa para ultrapassar os objetivos (Lança, 2012).

Numa análise às transformações e à interdependência de competências dentro do equipa, podem ser divididos em três categorias fundamentais para a longevidade das equipas “ *Peritos técnicos*, elementos que percebem muito da parte técnica da funcionalidade e operacionalidade das tarefas a realizar; *Decisor e solucionadores de problemas*, competências capazes de identificar os problemas, desconstruí-lo, propor soluções alternativas; por último, *elementos com competências interpessoais* (Hunsaker & Robbins, 1996 citado por Lança, 2012, p. 34).

De destacar que, para equipas que focam a sua preocupação em resultados imediatos e que não se preocupam tanto com a consistência das tarefas dos elementos, os pontos de destaque são os dois primeiros. Em equipas com processos mais elaborados, com uma perspetiva de durabilidade o último segmento, das competências interpessoais, acaba por ser fundamental para o equilíbrio dos interesses pessoais e coletivos (Lança, 2012).

Não existe uma fórmula para a gestão das múltiplas personalidades dos elementos das equipas. O importante é gerir os elementos de forma a que todos sejam uma mais valia e não uma fonte de conflitos. Se todos executarem as suas tarefas eficientemente e obterem um bom desempenho, todos vão gostar uns dos outros (Idem).

A motivação é um dos setores comportamentais com superior apresentação nas bibliografias a respeito de equipas e pessoas. O ciclo de motivação deriva de uma necessidade, em equipa é necessário: perceber as motivações e necessidades de cada elemento e que possam ajudar ou danificar o desempenho coletivo; converter cada



necessidade em coletiva através de regras e processos de equipa para otimizar o seu desempenho; permitir que cada necessidade individual possa ser potenciada para benefício do grupo, cumprindo os objetivos definidos pelo líder (Ibidem).

Um dos métodos mais simples para gerir a motivação em equipas é o modelo dos 3 C's, mede o desempenho e a motivação: “*causa*: aquilo que faz com que o desempenho possa acontecer; *comportamento*: o desempenho em si e a *consequência*: a reação ao desempenho” (Blanchard, 2003 citado por Lança, 2012, p.43).

Na orientação de um treino, um grupo de atletas não executa de acordo com o solicitado, para o treino e a mensagem assertiva a passar a equipa deve ser do que não pode acontecer, sempre com máxima lógica. Estes momentos devem servir para motivar: clarificar o erro de forma objetiva e o mais rápido possível; evidenciar os comportamentos e as atitudes e não as pessoas; demonstrar de forma clara os aspetos positivos e negativos das ações bem ou mal realizadas; caso seja um aspeto negativo, seja o primeiro assumir, que tal pode estar a acontecer por uma mensagem mal passada; ter a certeza que os intervenientes, compreenderam toda a tarefa, comportamentos e as suas consequências, mesmo que a execução esteja correta; até o elemento integrar a equipa, manifeste sempre segurança no elemento (Blanchard, 2003 citado por Lança, 2012).

Um dos principais fatores que fazem com que as equipas falhem nos resultados e objetivos é por exemplo a falta da definição de objetivos e metas indefinidos. Uma das características das melhores equipas é estarem constantemente a reverem os seus objetivos, para todos os elementos manterem o foco. Na presenta de conflitos internos, uma forma eficaz de os reter é através da revisão dos objetivos, verificar desvios e a viabilidade. Os comportamentos adversários e irregulares (as regras de grupo não utilizadas leva a um ambiente de indisciplina). A inaptidão ou capacidade inexistentes (verifica-se a falta de capacidade para executar as tarefas ou funções de acordo com os resultados requeridos) e a ausência de empenho (Katzenbach & Smith, 2001 citado por Lança, 2012).

Katzenbach & Smith (2001) creem que uma meta coletiva é mais motivadora que formar uma equipa. É interessante perceber que está afirmação só se relaciona com equipas de alto desempenho, com a motivação com o que pode ou não ser prioritário. Para estes autores a responsabilidade individual nos objetivos de desempenho motivam mais que a obtenção de mérito individual (citado por Lança, 2012).

Na era da globalização as organizações são rigorosas e ativas devido a competitividade. Para obter elevada produtividade não é possível apenas com a renovação



das operações ou o incremento de elementos. As organizações almejam uma equipa de excelência, o que presume um ambiente interno que leve a possibilitar equipas de alto rendimento (Carvalho, 2019).

Segundo Katzenbach & Smith, 1994; Zanelli, 1997; Kerr & Tindale, 2004; Edmondson, 2012 o desempenho individual ou de grupo é inferior ao desempenho de uma equipa, deste modo evidenciam a necessidade de investigar o desenvolvimento de um grupo de trabalho para uma equipa de alto rendimento (citado por Liboreiro & Borges, 2018).



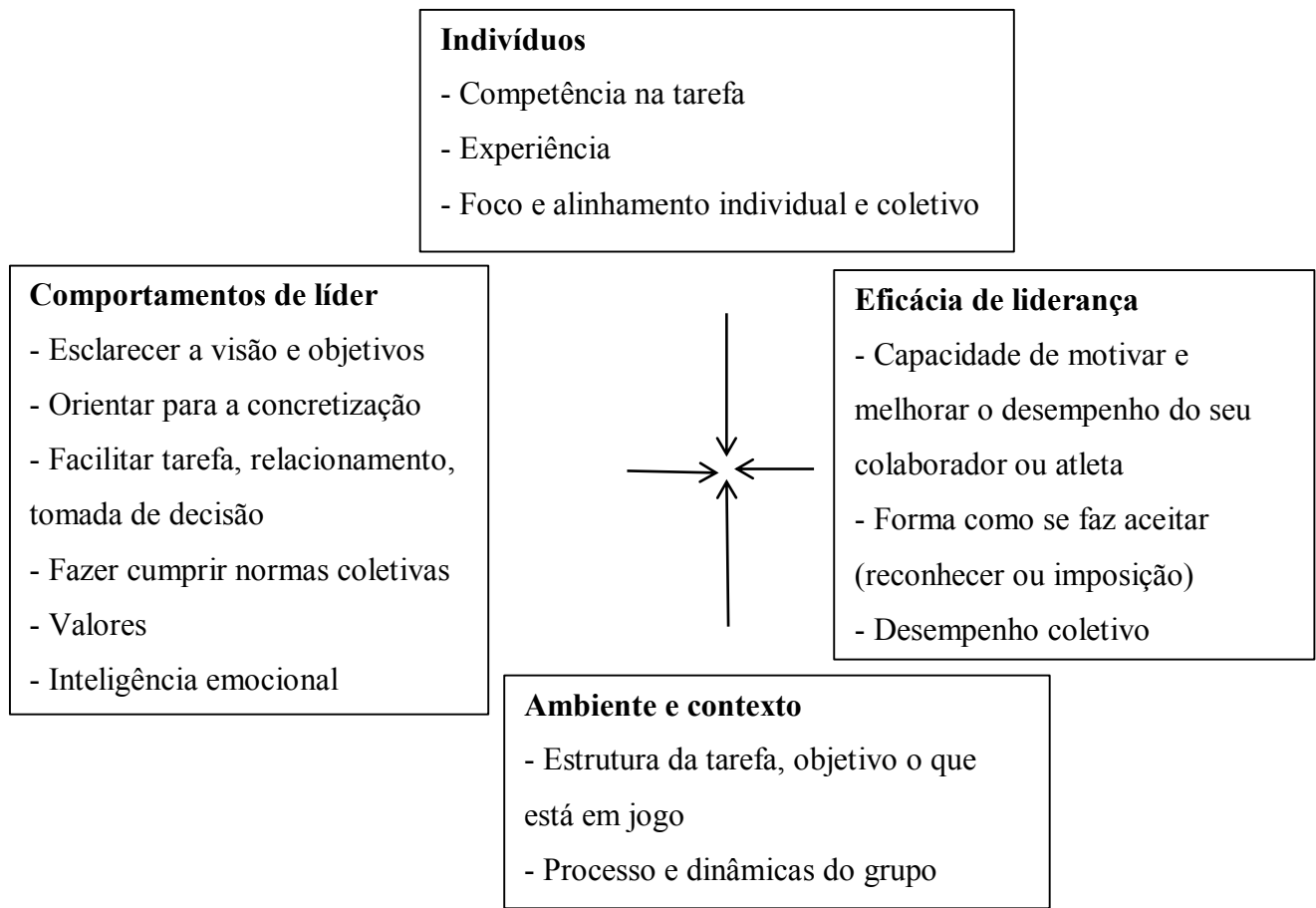


#### 4. A LIDERANÇA DE EQUIPAS

Liderar é quase como ser um ator. Não é mudar de personalidade porque pode parecer falso, mas sim adequar a sua intervenção e resposta as diferentes exigências, desde entender a situação, ultrapassá-la, evitá-la, disciplinar ou motivar, ou então darmos a equipa o que ela necessita (Lança, 2012).

A liderança implica, a capacidade de treinar, otimizar capacidades, alterar atitudes e comportamentos, servir e estar interessado no desenvolvimento dos outros. É necessário maturidade e humildade, ter um conhecimento acentuado dos treinadores, sobre a fluidez de informação, processos de facilitação e sobre tudo ser firme na necessidade de demonstrar que não há evolução em ambientes relaxados e de pouca exigência (Araújo, 2007 citado por Lança, 2012).

Os líderes são definidos pelo saber fazer através de 8 tarefas: os líderes **melhoram** de forma permanente as suas equipas, utilizando os encontros para avaliar, orientar e introduzir autoconfiança; os líderes **certificam-se** que a sua equipa interpreta de forma clara a visão do grupo; os líderes **contagiam** e envolvem todos num ambiente positivo e motivacional; os líderes **estabelecem** confiança de forma clara, objetiva e com interesse em todos; os líderes **tomam posições** que encorajam, são pouco convencionais dentro do seu instinto; os líderes **investigam e incentivam** com curiosidade que interfere com mais desconfiados; os líderes **incentivam** e permitem o erro dentro da procura da aprendizagem e os líderes **comemoram** (Welch, 2009 citado por Lança, 2012, p.73).



**Figura 2:** Agrupamento dos fatores do processo de liderança (Lança,2012, p.71).

Os papéis dos elementos das equipas podem ter uma abordagem transformacional, voltada para as pessoas e transacional virada para as tarefas. Neles empregam métodos distintos para obter o objetivos que por vezes consegue ser muito parecido (Lança, 2012).

Os líderes com um comportamento transacional na gestão da sua equipa dedicam o seu tempo a encontrar métodos para otimizar os métodos da equipa. Desta forma, o comportamento dos elementos é visto como uma extensão dos métodos da equipa, onde os líderes através da punição ou gratificação tentar modificar essas atitudes. Mais valia, poderá ser estabelecer recompensas claras e inquestionáveis, garantindo uma aceitação geral, tipificando um sistema justo de tarefas, elaborar um esquema assertivo de avaliação para o empenho do grupo. Todos os elementos devem sentir que o processo é equilibrado para todos (West, 2004 citado por Lança, 2012).

Nas equipas de alto desempenho é aplicado um modelo mais transformacional, dando mais importância a cada elemento, para a obtenção dos objetivos propostos, promovendo



mais o espírito coletivo, valores e cooperação. Ambos os modelos têm vantagens e a capacidade do líder aumenta se conseguir o equilíbrio entre os dois modelos de gestão das equipas. Como as equipas são compostas por indivíduos é importante ter o máximo de conhecimento de cada um, por forma a ter a noção exata do papel a atribuir (Lança, 2012).

Os líderes mais competentes têm algo em comum, um elevado nível de inteligência emocional, além dos estilos de liderança empregue (Goleman, 2002 citado por Lança, 2012).

De que forma a inteligência emocional e suas características ajudam o líder a conseguir processos mais constantes de liderança na equipa e desta forma conseguir que a equipa adquira processos mais prolongados?

- Ao reconhecer as suas próprias emoções, as suas consequências, consegue mais rapidamente entender o que consegue despoletar nos outros. Novamente entender o porquê do resultado é muito diferente de saber apenas do resultado;
- A empatia torna-o mais flexível e adaptável a mais pessoas, sentindo-se mais confortável, pelo facto de muitas vezes se colocar no lugar dos outros;
- Ser consciente e disciplinado permite ser mais humilde e assertivo no reconhecimento dos seus pontos fortes e fracos na gestão e liderança da equipa;
- Conhecimento das suas forças aumenta a confiança se elas forem dirigidas para aumentar o rendimento e não para disfarçar fraquezas;
- Ter um bom controlo emocional permite saber os seus efeitos e conseguir tirar melhor proveito das emoções em momentos em que as emoções se devem sobrepor as decisões racionais ou então de forma contrária;
- Saber da importância de entender as pessoas ao seu redor e ter essa mesma capacidade de querer entender os outros, levantar o máximo de informação sobre os outros sentem, pensam ou observam e conseguir antecipar as situações pois demonstra interesse, ajudando na recolha de informação relevante que de outra forma não conseguiria;
- O que está descrito anteriormente permite não só entender melhor e de forma mais assertiva os outros, mas também o que pode ser vantajoso para desenvolver e potenciar todos os elementos da equipa;
- A inteligência emocional permite dentro de uma equipa, gerir as emoções dos outros, resolver conflitos de forma mais correta e pegar em objetivos pessoais e direcioná-los para objetivos globais;



- Tudo se resume, a capacidade de criar um impacto mais forte e positivos nas pessoas que lidera (Lança, 2012).

Não quer dizer que a inteligência emocional seja a única nuance relevante, as capacidades técnicas são importantes para o alcançar de algumas posições de topo. Contudo, falando em temas como liderança e equipas (de trabalho) a inteligência emocional ainda ganha mais relevância, pois permite o trabalho em equipa e a eficácia de liderar o envolvimento individual e grupal (Idem).

As lideranças organizacionais devido aos constantes avanços sobre o conceito de equipas necessitam de mais dedicação, portanto, o desafio da liderança é fortalecer práticas avançadas e gerir equipas na procura de categorias elevadas de desempenho (Liboreiro & Borges, 2018).

O Diretor-presidente da *General Electric*, *Jeffrey Immelt* disse que “Quem lidera tem de construir equipas e colocar os outros em primeiro lugar. E não vocês.” (Kinicki & Kreitner, 2006 citado por Lança, 2012, p.11)



## 5. COMUNICAÇÃO NAS EQUIPAS

A equipa é a maior e mais relevante fonte de *feedback* para o líder. Deve ter em conta a forma como os elementos se comportam na sua presença, estar preparado e disponível para os assuntos, assim como para obter *feedback* correto e censurado, é imprescindível lidar corretamente ao *feedback* que é concebido (Lança, 2012).

Considerando a comunicação um comportamento, sabemos que qualquer atitude é uma comunicação. Não existindo o inverso, o (não comportamento e a não comunicação), concluímos que não é possível não comunicar, pois isso pode ser interpretado como uma tentativa de ocultar qualquer sinal (Câmara, Guerra & Rodrigues, 2001 citado por Lança, 2012).

Se entre dois indivíduos a comunicação já tem várias dificuldades, com perda de informação entre emissor, canal, ruído e o recetor, com as equipas essa complexidade e dificuldade cresce de forma substancial por muitos motivos:

- Existindo um só emissor, o comunicador tem de definir bem como comunicar num grupo de elementos, entender os canais e sinais que melhor se enquadram no grupo e que tipo de comportamento tem mais eficácia de comunicação em todos os elementos;
- Após uma boa definição de estratégia comunicacional, o emissor deve estar atento a todos os sinais produzidos pelos os elementos do grupo, assim praticar mais e melhor a escuta ativa;
- Em equipas, a empatia, o ruído e a cultura comunicacional ganham ainda mais importância, seja pela dificuldade de perceber os vários sinais ocorridos ao mesmo tempo, quer pela dificuldade de ser empático para todos os elementos da equipa e ainda ter a capacidade de saber que o discurso pode ser entendido de várias formas pelos diferentes ouvintes (Lança, 2012).

A cooperação do trabalho em equipa permite a permuta de experiências e informação. O líder deve proporcionar interação entre as pessoas da equipa, no entanto, deve reconhecer os padrões de comunicação entre os membros para permitir expandir o desempenho da equipa (Pentland, 2012 citado por Liboreiro & Borges, 2018). Contudo, as organizações



---

devem estar despertas para conhecer as causas internas ou externas que afetam o desenvolvimento de equipas de elevado desempenho (Moscovici, 2007 citado por Liboreiro & Borges, 2018).



## 6. EQUIPAS DE ALTO DESEMPENHO

Segundo Lança (2012) transformar uma equipa numa equipa de alto desempenho é ainda mais complexo e desafiador.

Os autores do livro «Equipas de Alto Rendimento» assumem de forma objetiva que a característica fundamental das equipas de alto desempenho é a disciplina e não a união, explicando com as equipas dos fuzileiros navais (Katznback & Simth, 2001 citado por Lança, 2012).

É nas vantagens das equipas de alto desempenho que surgem questões pertinentes: O que faz funcionar uma equipa de alto desempenho? E a sua liderança? Os elementos que a compõem? Competências? Respeito? Comunicação? Quais os processos utilizados pelo líder e pela organização para potenciar a equipa, que recursos utilizar e como colocar em prática até alcançar todos os objetivos delineados. Assim, devemos compreender como e porquê se desenvolvem, treinam e aperfeiçoam pessoas, para depois se entender o que faz mexer as equipas, concluindo que umas são melhores que outras de forma mais sustentada e o porquê de forma sistemática fortalecerem os seus comportamentos em prol de um objetivo coletivo sem descurar os objetivos individuais (Lança, 2012).

### a. CARACTERÍSTICAS DAS EQUIPAS DE ALTO DESEMPENHO

As equipas de elevado desempenho são constituídas por elementos com características, manifestamente específicas a salientar: o empenho extremo com a missão e valores da organização; compreensão do modo que o trabalho auxilia em direção aos objetivos e desenvolvimento da organização; altas competências interpessoais; afasta-se do princípio da conformação, os elementos são promotores da performance uns dos outros para alcançar o sucesso da equipa; elevadas competências em negociar e decidir, associada a um fonte de unanimidade; excede as perspetivas dos outros devido a motivação intrínseca; busca exceder os objetivos determinados; executa tarefas com capacidades técnicas de seu compromisso; assertividade, aplicação e harmonia; pensamento crítico, fundamentado na habilidade de



“pensar fora da caixa”, assim como a disponibilidade em fazer trabalho excepcional. A outra razão indispensável para a performance de excelência das equipas é a do líder (Carvalho, 2019).

No serviço de urgência tive oportunidade de realizar um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem sobre a Gestão de Equipas de Enfermagem de Alto Desempenho no Serviço de Urgência (Apêndice I) e um guião para entrevistar o enfermeiro dinamizador pelas equipas de alto desempenho no serviço de urgência (Apêndice II).



## 7. CONCLUSÃO

As mudanças velozes existentes nas organizações têm levado a que as equipas sintam a necessidade de serem formadas com destreza, para cada projeto iniciado, assim como para as novas necessidades identificadas (Gavioli, 2012).

No processo de mudança os enfermeiros poderão ter um papel crucial, na implementação das equipas de alto desempenho. Pois, os enfermeiros intervenham em todas as fases do processo da prestação de cuidados, para além de se encontrarem no centro operacional.

A escolha do tema do presente trabalho, revelou-se complexa, devido escassez de estudos direcionados para as práticas de Enfermagem.

No decorrer do trabalho deparei-me com algumas limitações, nomeadamente o número reduzido de artigos relacionados com o tema na área da saúde. Porém, esta limitação levou-me ir em buscar de outras áreas que possa transpor para as equipas de enfermagem.

Para finalizar, sugere-se um maior investimento científico na produção de resultados relacionados com equipas de alto desempenho no setor da saúde e explorar a existência de benefícios no desempenho de equipas de enfermagem de alto desempenho no serviço de urgência.

Espero que com a concretização deste trabalho possa contribuir para a motivação do desenvolvimento de novos estudos sobre esta temática, que de certa forma ainda é pouco privilegiada na nossa sociedade.





## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carmello, E. (2000). *Gestão da Singularidade: Alta performance para equipas e líderes diferenciados*. Disponível em:

[https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=CtPTAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=Alta+Performance+das+Equipas+&ots=luu3QCPX8l&sig=McokRwRQ8FbUIshFZITPZmmZBtE&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Alta%20Performance%20das%20Equipas&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=CtPTAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=Alta+Performance+das+Equipas+&ots=luu3QCPX8l&sig=McokRwRQ8FbUIshFZITPZmmZBtE&redir_esc=y#v=onepage&q=Alta%20Performance%20das%20Equipas&f=false)

Carvalho, N.L. (2019). *Equipas de alto desempenho*. Disponível em:

<https://lidermagazine.com.pt/equipas-de-alto-desempenho/>

Gavioli, E.S. (2012). *A gestão por competências na formação de equipas de alto desempenho*. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/263927216\\_A\\_GESTAO\\_POR\\_COMPETENCIAS\\_NA\\_FORMACAO\\_DE\\_EQUIPES\\_DE\\_ALTO\\_DESEMPENHO](https://www.researchgate.net/publication/263927216_A_GESTAO_POR_COMPETENCIAS_NA_FORMACAO_DE_EQUIPES_DE_ALTO_DESEMPENHO)

Lança, R. (2012). *Como formar equipas de elevado desempenho*. 1.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Escolar Editora.

Liboreiro, K.R. & Borges, R.S.G. (2018). *Gestão de equipas de alto desempenho: abordagens e discussões recentes*. *Gestão & Regionalidade*, 34 (102), 5-22. Disponível em:

[https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_gestao/article/view/4316](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/view/4316)

Luís, C.S.N. (2012). *Os determinantes da Performance das Equipas*. (Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra). Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/19133720.pdf>

Katzenbach, J. R. & Smith, D.K. (2002). *Equipas de Alta Performance: Conceitos, princípios e técnicas para potencializar o desempenho das equipas*. Disponível em:

<https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=->



[eh\\_hIcneDYC&oi=fnd&pg=PA9&dq=Alta+Performance+das+Equipes+&ots=foHACBZc  
ms&sig=n9t0pqwEVx15hEXHT\\_q-  
\\_5nC9gQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Alta%20Performance%20das%20Equipes&f=fals](#)

## 9. APÊNDICES



**APÊNDICE I - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de  
Enfermagem**





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**GESTÃO DE EQUIPAS DE ENFERMAGEM DE ALTO**  
**DESEMPENHO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**

**Estudante:** Tânia Dionísia Ferreira Oliveira  
**Sob orientação de:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto, novembro de 2019



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

Prof.<sup>a</sup> - Professora.

## **LISTA DE SIGLAS**

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

CVF - Competing Values Framework;

EEAD - Equipe de Enfermagem de Alto Desempenho;

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica;

OCAI - Organizational Culture Assessment Instrument;

SU - Serviço de Urgência.



## Índice

1. Identificar e descrever a oportunidade de melhoria.....	131
2. Perceber a oportunidade de melhoria e dimensioná-lo.....	131
3. Formular objetivos iniciais.....	133
4. Perceber as causas.....	133
5. Planear e executar as tarefas/atividades.....	136
5.1 Objetivo Geral.....	139
5.2 Objetivos Específicos .....	139
5.3 Indicadores .....	141
5.4 Fluxograma .....	141
6. Verificar os resultados.....	142
7. Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa.....	142
8. Reconhecer e partilhar o sucesso.....	143
9. Referências Bibliográficas.....	145

## ÍNDICE DE ESQUEMAS

<b>Esquema 1:</b> Diagrama de Causa Efeito.....	134
<b>Esquema 2:</b> Fluxograma do Projeto EEAD.....	141

## **1. Identificar e descrever a oportunidade de melhoria**

A oportunidade de melhoria identificada foi a Gestão de Equipas de Enfermagem de Alto Desempenho no Serviço de Urgência o tema foi fundamentada no sexto enunciado descritivo, a organização dos cuidados de enfermagem, deste modo, é apresentado este projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Atualmente a crise económica e de valores comportamentais e sociais que decorre tem promovido a temática das equipas. Para transformar uma equipa para alto desempenho é ainda mais complexo e desafiante. As equipas de alto desempenho não são somente as que têm resultados notáveis, quer económicos, vendas, campeonatos, lideranças de mercado, (...). Esses resultados devem-se uma sequência de processos e dinâmicas diárias complexas quer para o líder, como para equipa (Lança, 2012).

Ao obter equipas de enfermagem de alto desempenho o beneficiado direto é o utente, pois tem ao seu dispor uma equipa altamente qualificada na prestação de cuidados. Deste modo, com esta organização de enfermagem vai gerar ganhos em saúde para a população.

## **2. Perceber a oportunidade de melhoria e dimensioná-lo**

Na atualidade os Hospitais deparam-se com o desenvolvimento científico e tecnológico, apesar disso, não devem se descentralizarem dos avanços que decorrem noutros ramos.

A organização moderna para responder as várias exigências do mercado procura-se reestruturar a nível interno, devido a permanente competição e inovação é identificado como um dos princípios para o trabalho em equipa nas organizações (Devries, 1999 citado por Liboreiro & Borges, 2018). Num ambiente com concorrência permanente e com alterações constantes as estabilidades das equipas estão ameaçadas (Edmonson, 2012 citado por Liboreiro & Borges, 2018).

Um dos maiores erros das organizações é colocar de parte a cultura coletiva e elaborar equipas de trabalho por uma questão de moda ou por se aproximar da sua concorrência, sem conhecer os propósitos para que isso possa suceder (Lança, 2012). Para a organização obter sucesso a equipa deve ter capacidade para contribuir e dedicar-se de forma eficiente para resolução dos problemas (Dechurch; Mesmer-Magnus, 2010 citado por Liboreiro & Borges, 2018). Os elementos da equipa devem ter perceção do seu papel no processo, para refletir em simultâneo, ajudar-se, partilhar experiências e conhecimentos. A

formação de equipas deve ter padrões de referência para que sejam uma base para as organizações. A Gestão por Competência pode auxiliar na formação de equipas de alto desempenho (Drucker, 1997 citado por Gavioli, 2012).

As equipas multifuncionais permitem uma melhoria da qualidade de gestão, devido a conjugação de diferentes conhecimentos dos elementos da equipa, combinando com a experiência, conhecimentos e competências, permite interrogar o propósito, vantagens e qualidades dos produtos ou serviços. Este conhecimento multifacetado, permite uma melhoria da abordagem sobre decisões, criatividade, etc (Lança, 2012).

A organização proposta para o projeto da gestão de equipas de enfermagem de alto desempenho no serviço de urgência está dividida em seis fases:

1. Avaliar prioridade do projeto com base no modelo de *Kerzner* (2009), deste modo, se o projeto for classificado como alta prioridade, o hospital necessita de equipas de enfermagem de alto desempenho no serviço de urgência;
2. Analisar o nível de maturidade do hospital na gestão de projetos, através do modelo de *Darci Prado* (2015);
3. Examinar a cultura organizacional do hospital e a gestão de projetos, aplicando o *Competing Values Framework* (CVF) e o *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI) (Cameron & Quinn, 2006);
4. Avaliar a perspectiva da mudança organizacional para implementar a gestão do projeto, com a interpretação do modelo de gestão da mudança empregue, assim como da possibilidade de ampliar para criar equipas de enfermagem de alto desempenho;
5. Considerar as competências fundamentais para desenvolver equipas de enfermagem de alto desempenho, no serviço de urgência, com a descrição dos conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas;
6. Formar equipas de enfermagem de alto desempenho:
  - Analisar o perfil de cada Enfermeiro, através da autoavaliação com o Instrumento de *Parker* (Silva & Loos, 2017). O instrumento está dividido em quatro estilos de perfis o contribuinte, o colaborador, o comunicador e o desafiador;
  - Utilizar a matriz *Belbin* (Belbin, 1981 citado por Silva & Loos, 2017), para agrupar os enfermeiros na formação de equipas de alto desempenho. Os papéis do método são o implementador, o formatador, o finalizador, o semeador, o monitor avaliador, o coesionador, o coordenador, o impulsionador e o investigador de recursos;

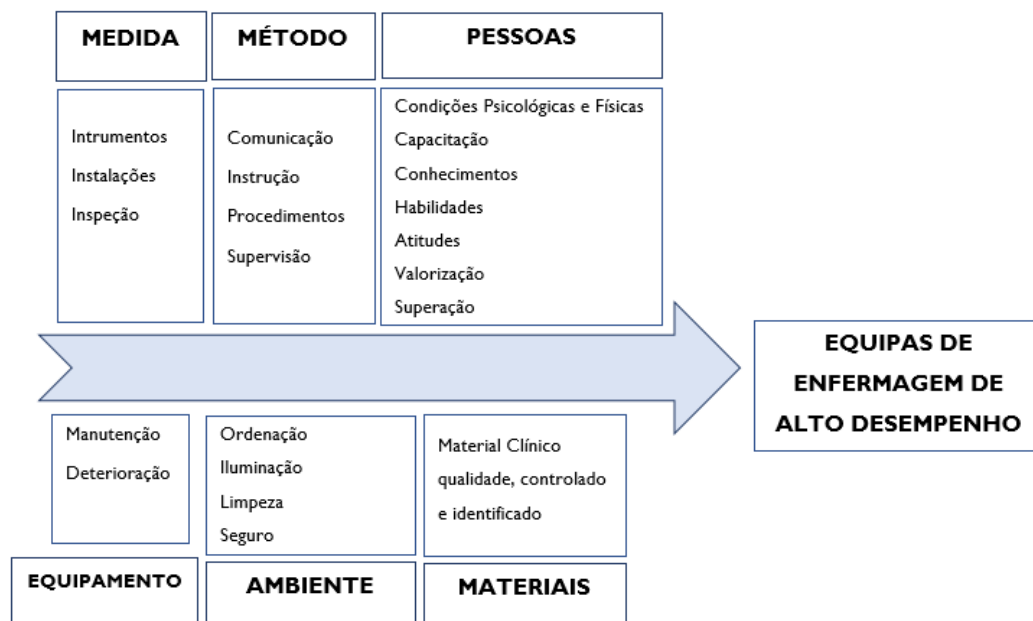
- Identificar os obstáculos no desenvolvimento de equipas de enfermagem de alto desempenho, segundo *Blanchard* (2019);
- Aplicar o modelo *Jean Tabaka* (Xavier, 2017), de autoavaliação de equipas de alto desempenho;
- Efetivar uma autoavaliação de desempenho do Gestor do Projeto, através do modelo de avaliação 360 °;
- Avaliar a eficácia da Equipa de Enfermagem de Alto Desempenho (EEAD), segundo o modelo de *Cohen & Bailey* (*Cohen & Bailey*, 1997 citado por Luís, 2012);
- Gerir a motivação coletiva, de acordo com o método *Banchard* (Blanchard, 2003 citado por Lança, 2012);
- Analisar o questionário de avaliação de satisfação da formação;
- Examinar o questionário da avaliação teórica das formações;
- Verificar a *checklist* do(s) caso(s) clínico(s) na prática.

### **3. Formular objetivos iniciais**

Os objetivos do projeto consistem em uniformizar a assistência ao doente crítico no serviço de urgência, com o desenvolvimento de equipas de enfermagem de alto desempenho; avaliar os ganhos em conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência, sujeitos às avaliações teóricas e práticas das formações e obter indicadores pertinentes com a formação na assistência ao doente crítico no serviço de urgência.

### **4. Perceber as causas**

O diagrama de Causa Efeito: Ishikawa ou Espinha de Peixe, analisa as principais causas da oportunidade de melhoria identificada.



**Esquema 1:** Diagrama de Causa Efeito.

Posteriormente, as causas identificadas deste Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem vou elaborar o estudo de acordo com a *check list* para uma avaliação da qualidade da Heather Palmer.

**a) Identificação da(s) dimensão(ões) em estudo**

As dimensões em estudo são a eficiência, efetividade e a adequação técnico científico.

**b) Unidades de Estudo**

As unidades de estudo notáveis são:

- *Utilizadores incluídos na avaliação:* Todos enfermeiros do SU;
- *Profissionais em avaliação:* Enfermeiros do SU;
- *Período de tempo de avaliação:* entre novembro de 2019 e outubro de 2020.

**c) Tipo de dados**

Os dados colhidos serão para criação de Indicadores de estrutura, processo e de resultados.

#### **d) Fonte dos dados**

As fontes de dados a empregar são:

- Enfermeiro dinamizador de EEAD;
- Modelo de Kerzner;
- Modelo de Darci Prado;
- CVF e o OCAI;
- Descrição dos conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas;
- Instrumento de Parker;
- Matriz Belbin;
- Princípios Blanchard;
- Modelo Jean Tabaka;
- Modelo de Avaliação 360 °;
- Modelo de Avaliação da Eficácia de Cohen & Bailey;
- Motivação coletiva, com o método Banchard;
- Questionário de avaliação de satisfação da formação;
- Questionário da avaliação teórica das formações;
- *Checklist* do(s) caso(s) clínico(s) na prática.

#### **e) Tipo de avaliação**

Interna: interpares e autoavaliação.

#### **f) Critérios de avaliação**

Critérios implícitos e explícitos.

#### **g) Quem colhe os dados e como**

A colheita e tratamento de dados é interna e da responsabilidade do Enfermeiro Dinamizador do projeto.

#### **h) Relação temporal**

Avaliação Prospetiva

**i) Definição da população e seleção da amostra**

A seleção da amostra terá por base institucional, todos os Enfermeiros do serviço de urgência, entre novembro de 2019 e outubro de 2020.

A amostra é seletiva entre o dia 1 de novembro de 2019 e 31 de outubro de 2020.

É critério de exclusão, os Enfermeiros de outros serviços.

**j) Medidas corretivas passíveis de ser usadas**

Medidas Educacionais e Mudanças Estruturais.

**5. Planear e executar as tarefas/atividades**

Realizar uma sessão de brainstorming com o enfermeiro dinamizador e a restante equipa colaboradora do projeto. Tem como objetivo determinar as tarefas para cada causa identificada. O enfermeiro responsável e a sua equipa vão definir quais os membros responsáveis para as implementar, como, quando e quais as metas a alcançar.

<b>Tarefa a concretizar</b>	<b>Quem</b>	<b>Quando</b>	<b>Meta a atingir</b>
Elaboração do projeto	Aluna EEMC	Outubro de 2019	Elaborar o Projeto até 31 outubro de 2019 Efetuar uma entrevista ao Enfermeiro dinamizador de EEAD
Reunião com todos os elementos do projeto de EEAD	Enfermeiros do grupo do projeto de EEAD	4 de novembro de 2019	Planear reunião e distribuir funções, mentalmente; Debater os assuntos relevantes para a implementação do projeto, mensalmente.
Realizar uma Manual de Equipas de Enfermagem de Alto Desempenho, do serviço de urgência.	Enfermeiros do grupo do projeto de EEAD	Novembro de 2019	Efetuar um Manual até 30 novembro de 2019

Reunião de sensibilização para o projeto de EEAD, aos enfermeiros, ao chefe do SU e aos responsáveis do hospital.	Enfermeiro dinamizador do projeto de EEAD	Dezembro de 2019	Apresentar o projeto a 3 dezembro de 2019, para a sensibilização da(s) EEAD no serviço de urgência e dos ganhos decorrentes da sua implementação.
Informar as equipas sobre as formações a decorrer em cada mês e aceder as alterações das guidelines instituídas.	Enfermeiro dinamizador do projeto de EEAD	De dezembro de 2019 a outubro de 2020	Criar um email do projeto, por onde os enfermeiros possam receber informação e para onde possam enviar questões, no máximo a 30 novembro de 2019.
Formação de Liderança de Equipas	Enfermeiro dinamizador e colaboradores do projeto de EEAD	Dezembro de 2019	Conseguir uma participação de 100% na formação.
Formação aos Enfermeiros do serviço de urgência	Enfermeiros do serviço de urgência	De dezembro de 2019 a outubro de 2020	Obter uma participação de 95%;  Operacionalizar as seguintes formações, mensalmente: Monitorização do doente crítico; Transporte do doente crítico; Trauma avançado para enfermeiros; Ventilação não invasiva e invasiva;

			<p>SBV; SAV;  comunicação nas  equipas; Atuação em  caso de catástrofe;  Controlo de Infecção;  Farmacologia de  Urgência e Emergência;  Critérios de Admissão  do doente crítico na sala  de emergência.</p> <p>Alcançar uma avaliação  de satisfação da  formação, pelo menos  95%;</p> <p>Conquistar uma  avaliação teórica das  formações, de cerca de  90%;</p> <p>Atingir uma <i>checklist</i>  do(s) caso(s) clínico(s),  no mínimo de 90%.</p>
Elaboração de critérios e standards	Enfermeiros do grupo do projeto de EEAD	2 de dezembro de 2019	Garantir a fidedignidade dos dados a 100%
Elaboração de grelhas em suporte informático	Enfermeiros do grupo do projeto de EEAD	2 de dezembro de 2019	Tratamento de dados no Microsoft® Excel
Recolha de dados	Enfermeiros do grupo do projeto de EEAD	Mensalmente	Tratamento e análise de dados no Microsoft® Excel

Auditoria às formações	Enfermeiros do grupo do projeto de EEAD	Mensalmente	Identificar os obstáculos que inibe o desenvolver EEAD
Manter parceria com INEM	Conselho Diretivo	De novembro de 2019 a outubro de 2020	Integrar as formações do departamento de formação do INEM, mas com uma abordagem para EEAD
Revisão do Manual de Equipas de Enfermagem de Alto Desempenho	Enfermeiros do grupo do projeto de EEAD	Abril de 2020	Melhorar o conteúdo do Manual
Revisão do Manual de Equipas de Enfermagem de Alto Desempenho	Enfermeiros do grupo do projeto de EEAD	Outubro de 2020	Melhorar o conteúdo do Manual
Divulgação dos resultados	Enfermeiro dinamizador do projeto de EEAD	Mensalmente	No dia 21 de cada mês, divulgar os resultados obtidos
Reavaliação de critérios conforme os resultados alcançados	Enfermeiro dinamizador do projeto de EEAD	Outubro de 2020	Obter 95% dos critérios conforme os resultados alcançados.

Entre novembro de 2019 e outubro de 2020, terá preconizado os seguintes objetivos e indicadores, para contornar a problemática identificada e avaliar a evolução.

### 5.1 Objetivo Geral

Uniformizar em 95% a abordagem ao doente crítico, com a formação de equipas de enfermagem de alto desempenho, no serviço urgência, até 2020.

### 5.2 Objetivos Específicos

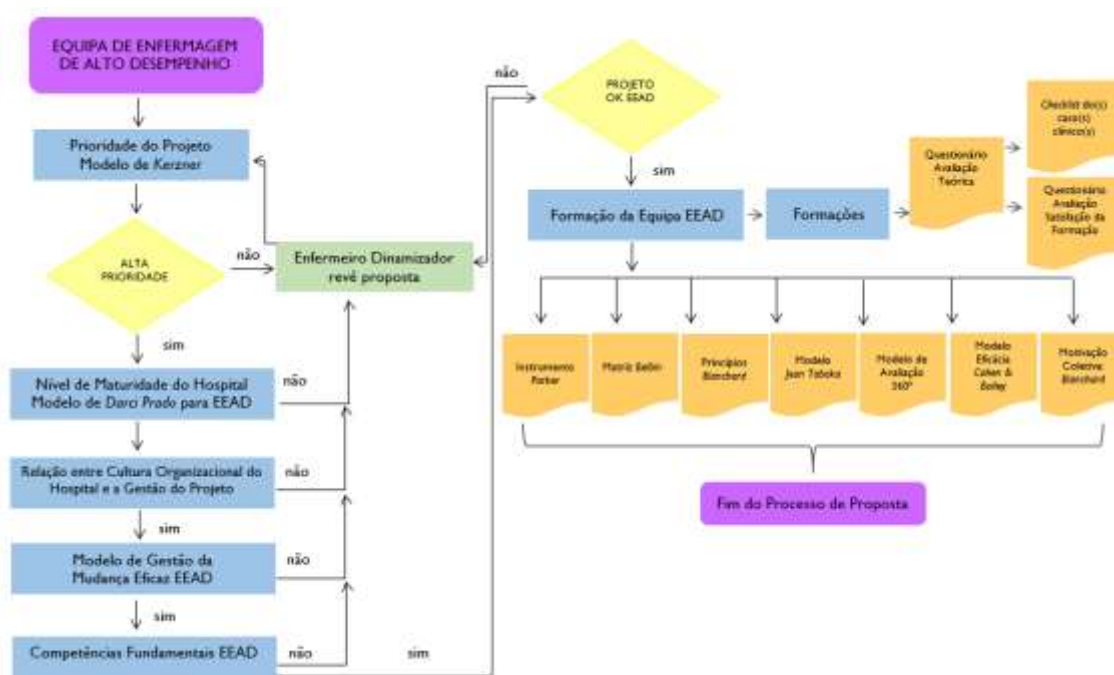
- Demonstrar a alta prioridade do projeto em equipas de enfermagem de alto desempenho no serviço de urgência, segundo o modelo de *Kerzner*;

- Aumentar para nível 5 a maturidade do hospital na gestão de projetos, através do modelo de *Darci Prado*, mas deve ter pelo menos o nível 3;
- Relacionar a cultura organizacional do hospital e a gestão de projetos, aplicando CVF e o OCAI, para melhorar o nível de maturidade;
- Assegurar a avaliação do modelo de gestão da mudança empregue, se inexistente ou ineficaz analisar segundo *John Kotter (2017)*;
- Descrever as competências fundamentais para desenvolver equipas de enfermagem de alto desempenho, com a descrição dos conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas;
- Analisar o perfil de cada Enfermeiro, através da autoavaliação com o Instrumento de *Parker*;
- Utilizar a matriz *Belbin*, para agrupar os enfermeiros na formação de equipas de alto desempenho;
- Incrementar para 95% o número de Enfermeiros no serviço de urgência com formação em: monitorização do doente crítico; transporte do doente crítico; trauma avançado para enfermeiros; ventilação não invasiva e invasiva; suporte básico de vida; suporte avançado de vida; comunicação nas equipas; atuação em caso de catástrofe; controlo de infeção; farmacologia de urgência e emergência; critérios de admissão do doente crítico na sala de emergência;
- Identificar os fatores de inibe o crescimento de enfermeiros de alto desempenho, no serviço de urgência;
- Diminuir a incidência do aparecimento de obstáculos no desenvolvimento de equipas de enfermagem de alto desempenho;
- Aplicar o modelo *Jean Tabaka*, de autoavaliação de equipas de alto desempenho;
- Efetivar uma autoavaliação de desempenho do Gestor do Projeto, através do modelo de avaliação 360 °;
- Avaliar o desempenho da Equipa do Projeto, segundo modelo de *Cohen & Bailey*;
- Gerir a motivação coletiva, de acordo com o método *Banchard*;
- Analisar o questionário de avaliação de satisfação da formação;
- Examinar o questionário da avaliação teórica das formações;
- Verificar a *checklist* do(s) caso(s) clínico(s) na prática.

### 5.3 Indicadores

<b>Estrutura</b>	Número de Enfermeiros no SU; Número de Enfermeiros Especialista em Médico Cirúrgica no SU; Número de horas anuais de formação dos enfermeiros, no SU; Presença de critérios de qualidade; Taxa de satisfação da formação dos Enfermeiros, no serviço de urgência.
<b>Processo</b>	Gestão de recursos materiais para cada formação.
<b>Resultados</b>	Taxa de efetividade da aprovação teórica, a cada formação; Taxa de efetividade da aprovação prática, a cada formação; Modificação positiva dos conhecimentos teórica, em cada formação; Modificação positiva dos conhecimentos práticos, em cada formação; Taxa de incidência de PCR revertidas, no serviço de urgência; Número de obstáculos no desenvolvimento de equipas de enfermagem de alto desempenho, em cada na formação.

### 5.4 Fluxograma



Esquema 2: Fluxograma do Projeto EEAD.

## **6. Verificar os resultados**

Em 2020, com a exposição dos resultados conquistados no primeiro ano de implementação do projeto, irá-se sintetizar o desempenho dos objetivos e indicadores definidos. Posteriormente ao término do processo, serão recolhidos os resultados, com recurso a modelos e folhas de verificação, equiparando com os dados alcançados antes da implementação do projeto.

As quatro ferramentas do controlo de qualidade para a resolução do problema: diagrama de causa-efeito; o fluxograma; as folhas de verificação e uma carta de controlo. Para expor os resultados finais será utilizado Histogramas.

## **7. Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa**

Para concretizar o novo processo de trabalho e treinar todos os membros da equipa seria necessário implementar as seguintes medidas corretivas, ainda no presente e no ano seguinte:

### Medidas Educacionais:

- Concretizar a formação à equipa de enfermagem do serviço de urgência;
- Sensibilizar as equipas de enfermagem sobre o alto desempenho, no serviço de urgência;
- Efetuar formação para EEAD no SU, com exposição de um *checklist* dos objetivos das mesmas;
- Difundir as guidelines atualizações para as formações.

### Mudanças Estruturais:

- Organizar um manual de equipas de enfermagem de alto desempenho, no serviço de urgência, com informação atualizada;
- Planear as formações, anualmente;
- Criar um instrumento de registo para monitorizar os indicadores de qualidade do projeto;
- Analisar os dados para monitorização dos indicadores de estrutura, processo e de resultados;
- Criar um correio eletrónico do projeto, por onde os enfermeiros possam receber informação e para onde possam enviar questões;

- Avaliar os resultados da formação, mensalmente, nomeadamente do questionário de avaliação de satisfação da formação e da *checklist* da avaliação teórica e prática;
- Divulgar resultados e atualizações referentes ao projeto;
- Divulgar os resultados do antes e após o projeto EEAD, através da Newsletter do Hospital;
- Elaborar relatório de evolução, anualmente.

## **8. Reconhecer e partilhar o sucesso**

Divulgar os resultados do projeto na newsletter do hospital.



## 9. Referências Bibliográficas

Blanchard, K. (2019). *Liderança de alto nível: como criar e liderar organizações de alto desempenho*. Disponível em:

[https://play.google.com/books/reader?id=0wSiDwAAQBAJ&hl=pt\\_PT&pg=GBS.PA1](https://play.google.com/books/reader?id=0wSiDwAAQBAJ&hl=pt_PT&pg=GBS.PA1)

Cameron, K. S. & Quinn, R.E. (2006). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework*. San Francisco: Revised Edition (The Jossey-Bass business & management series). Disponível em:

[https://www.researchgate.net/profile/Tahani\\_Fourah/post/Is\\_the\\_any\\_test\\_or\\_questionnaire\\_to\\_measure\\_the\\_organizational\\_climate\\_anyone\\_can\\_suggest/attachment/59d61f45c49f478072e97966/AS%3A271750183489537%401441801700739/download/Diagnosing+and+changing+organizational+culture+Based+on+the+competing+values+framework.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Tahani_Fourah/post/Is_the_any_test_or_questionnaire_to_measure_the_organizational_climate_anyone_can_suggest/attachment/59d61f45c49f478072e97966/AS%3A271750183489537%401441801700739/download/Diagnosing+and+changing+organizational+culture+Based+on+the+competing+values+framework.pdf)

Gavioli, E.S. (2012). *A gestão por competências na formação de equipes de alto desempenho*. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/263927216\\_A\\_GESTAO\\_POR\\_COMPETENCIAS\\_NA\\_FORMACAO\\_DE\\_EQUIPES\\_DE\\_ALTO\\_DESEMPENHO](https://www.researchgate.net/publication/263927216_A_GESTAO_POR_COMPETENCIAS_NA_FORMACAO_DE_EQUIPES_DE_ALTO_DESEMPENHO)

Kerzner, H. (2009). *Project Management: a Systems Approach to Planning, Scheduling, and Controlling*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Kotter, J.P. (2017). *Liderando Mudanças: Transformando empresas com a força das emoções*. Disponível em:

[https://books.google.pt/books/about/Liderando\\_Mudan%C3%A7as\\_Transformando\\_empresas.html?id=dIE8DwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books/about/Liderando_Mudan%C3%A7as_Transformando_empresas.html?id=dIE8DwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Lança, R. (2012). *Como formar equipas de elevado desempenho*. 1.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Escolar Editora.

Liboreiro, K.R. & Borges, R.S.G. (2018). Gestão de equipas de alto desempenho: abordagens e discussões recentes. *Gestão & Regionalidade*, 34 (102), 5-22. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_gestao/article/view/4316](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/view/4316)

Luís, C. (2012). Os determinantes da *Performance* das Equipas (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra). Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/21507>

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março. Diário da República n.º 48/2015 - II série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_101\\_2015\\_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf)

Prado, D. (2015). Maturidade em Gerenciamento de Projetos. Nova Lima: Editora Falconi.

Silva, J. L. M. & Loos, M. J. (2017). A importância de equilibrar personalidades para a formação de equipas em uma indústria de alimentos. *Revista Espacios*, 38 (61), 27-41. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n61/a17v38n61p27.pdf>

Xavier, E. (2017). Desenvolvendo Equipas de Alta Performance: Autoavaliação [Web log post]. Disponível em: <https://youwilldobetter.com/2017/06/developendo-equipas-de-alta-performance-autoavaliacao/>

**APÊNDICE II - Guião da Entrevista Realizado ao Enfermeiro Dinamizador pelas  
Equipas de Alto Desempenho no Serviço de Urgência**



## QUESTIONÁRIO

O presente questionário faz parte de um trabalho de investigação de enfermagem, desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório, do 12º Mestrado em Enfermagem, na Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto. Em que visa analisar a prática da aplicação de equipas de alto desempenho de enfermagem na assistência ao doente crítico no serviço de urgência.

Gostaria que me dispensasse um pouco de tempo, respondendo às questões que se seguem. Leia cada pergunta, com a sua resposta procuro analisar a essência e a progressão das equipas de alto desempenho no serviço de urgência.

1. O Hospital promove a qualificação e certificação de competências das equipas de alto desempenho?

Não

2. Como implementou equipas de enfermagem de alto desempenho?

Reuni um grupo de profissionais que identifiquei como elementos com perfil para promover a implementação de uma formação com o objetivo de elevar o desempenho da equipa.

3. Quais são as características da equipa de alto desempenho do SU?

Experiência profissional na área do doente crítico e formação específicas como o suporte avançado de vida e o trauma.

4. Com respeito equipa(s), neste momento qual a fase em que se encontra os enfermeiros no SU?

( ) Pseudo-Equipa ( ) Grupo de Trabalho ( ) Equipa ( x ) Equipa Real ( ) Equipa de Alto Desempenho

5. Qual a importância de ter uma equipa de alto desempenho de enfermagem no SU?

As equipas de enfermagem altamente qualificadas são capazes de melhorar o seu desempenho, antecipar o agravamento da vítima, com o objetivo de elevar o *outcome* nos doentes.

6. Como distingue estas equipas das outras?

São elementos treinados e habituados a trabalhar juntos, reconhecendo o seus pontos fortes e pontos a melhorar; respeitam mutuamente, e não têm receios de apontar os momentos da prática que os deixaram desconfortáveis, ainda são capazes de efetuar discussões acerca dos mais variados temas, dos mais simples aos mais complexos, dos mais gerais ao pormenor.

7. Qual o modelo de construção das equipas de alto desempenho que teve por base?

A consulta bibliográfica, quer na área da saúde quer em diversas áreas. A experiência num concurso de equipas de reanimação, denominada Code Blue e no concurso de equipas de reanimação promovida pelo *European Resuscitation Council*.

8. Quais são os fatores que contribuem para a construção de equipas de enfermagem de alto desempenho do SU?

A identificação da necessidade dada a complexidade das experiências que o serviço proporciona; uma equipa altamente motivada para a aprendizagem e uma liderança/chefia sensibilizada para o tema, levou a priorizar esta temática dentro da equipa.

9. Teve em conta os papéis dos elementos nas equipas?

Sim. É fundamental.

10. Como é que o desempenho individual das equipas de alto desempenho de enfermagem pode contribuir para SU?

Este modelo, pode ser transportado para as várias áreas do conhecimento da enfermagem, promovendo a integração e envolvimento de toda a equipa.

11. Ao longo do desenvolvimento de equipas de alto desempenho de enfermagem, quais os sucessos e dificuldades obtidas?

O principal sucesso é a adesão de uma grande parte da equipa à filosofia e o seu envolvimento no projeto. A própria equipa do SU começa a propor ideias ao projeto e formas como elevar o desempenho das equipas.

As principais dificuldades são a mudança de paradigma na formação - formadores/coordenadores, porque precisam de “re”aprender a postura a apresentar na formação, e a exposição que os formandos são sujeitos e adaptação destes a esse facto.

12. Existe um manual de integração para equipas de alto desempenho?

Não.

13. Quais são os objetivos das equipas de alto desempenho de enfermagem para 2017?

Testar o modelo em todas as equipas, de uma forma livre, para identificar maiores dificuldades, e melhores modelos de equipa, para preparar a 2ª geração de formação de uma forma mais focalizada às equipas.

Otimizar a formação, identificando os pontos a melhorar.

14. Encontra-se disponível um plano de atividades com os objetivos, metas e indicadores alcançar pelas equipas de alto desempenho de enfermagem?

Não.

15. Como tem sido a adesão por parte dos enfermeiros do SU ao desenvolvimento de equipas de alto desempenho?

Como participante das atividades temos uma adesão na ordem dos 80% e como observadores das atividades temos uma adesão na ordem dos 20%.

16. Qual a taxa de satisfação das equipas de enfermagem de alto desempenho de enfermagem do SU?

Formalmente ainda não foi efetuada nenhuma auscultação da equipa, estamos a aguardar o fim do ano. Informalmente temos tido um feedback positivo.

17. Qual o estilo de liderança implementada com as equipas de alto desempenho de enfermagem no SU?

Promove-se uma liderança situacional, em que se pede ao líder uma consciência situacional, ou seja, ter noção do que está a ocorrer com cada elemento da equipa.

Ter noção de como os diferentes membros estão inseridos na abordagem *Airway; Breathing; Circulation; Disability; Exposure* e como esta está a decorrer, assim

como perceber as mudanças dinâmicas em cada componente e a forma como estão a afetar os outros elementos da equipa.

18. Quais são os requisitos do líder utilizados para melhorar o desempenho de sua equipa de enfermagem?

Pede-se ao líder a capacidade de direcionar e coordenar as atividades para todos os membros da equipa, avaliando o desempenho da equipa e promover o desenvolvimento do conhecimento coletivo.

Pede-se ainda experiência, competência e aptidões técnicas. Devendo saber motivar os membros da equipa, e ser elemento chave no planeamento.

19. Há uma comunicação eficaz entre a equipa de alto desempenho de enfermeiros ?  
Quais as estratégias utilizadas?

Quando iniciamos o projeto a comunicação não tinha uma eficácia efetiva, no entanto, com a formação e análise do desempenho das equipas na área da comunicação melhorou.

As estratégias implementadas é a elaboração de um documento escrito a apontar como desenvolver uma comunicação eficaz e em circuito fechado.

20. Existe abertura para comunicar sugestões ou dúvidas?

Sim.

21. Tem em consideração o talento e a competência para integrar em equipas de alto desempenho de enfermagem?

Sim.

22. Os Enfermeiros percebem as suas competências e dos restantes elementos da equipa de alto desempenho? Os Enfermeiros têm ampliado as suas competências?

Sim, os enfermeiros têm noção das competências, sendo que a própria formação tem promovido essa consciencialização. Os treinos que as próprias equipas têm desenvolvido têm contribuído para a ampliação das suas competências.

23. Como promove a motivação coletiva das equipas de alto desempenho?

Exibição de vídeos do desempenho, promovendo o elogio do desempenho da equipa.

24. Quais são as indicações utilizadas para melhorar as competências no trabalho em equipa?

Tem-se insistido com os profissionais no papel do líder e na comunicação em circuito fechado.

Uma equipa de emergência não é uma entidade simples, estática e isolada. Para que esta funcione, é fundamental que todos os membros estejam cientes do seu papel, que comuniquem de uma forma eficiente e serem capazes de trabalhar numa atmosfera de respeito e confiança mútua. A estrutura dessa equipa deverá ser fluída e com capacidade de adaptação à estrutura e aos recursos disponíveis.

25. Quais as dinâmicas de grupo efetuadas?

Neste momento apenas treinos de equipa, com simulação de casos clínicos; *debriefing* formal em sala com toda a equipa e *debriefing* escrito.



**APÊNDICE II - Equipa de Investigação em Enfermagem na Unidade de  
Cuidados Intermédios Neurocríticos**





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM NA UNIDADE**  
**DE CUIDADOS INTERMÉDIOS NEUROCRÍTICOS**

**Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**

**Estudante: Tânia Dionísia Ferreira Oliveira**

**Porto, janeiro de 2020**





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM NA UNIDADE**  
**DE CUIDADOS INTERMÉDIOS NEUROCRÍTICOS**

**Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**

**Estudante:** Tânia Dionísia Ferreira Oliveira  
**Sob orientação de:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Sabrina Sousa

**Porto, janeiro de 2020**



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

N.º - Número;

Prof.<sup>a</sup> - Professora

## **LISTA DE SIGLAS**

DGS - Direção-Geral da Saúde;

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

EIEAD - Equipa de Investigação em Enfermagem de Alto Desempenho;

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;

TCE - Traumatismo Cranioencefálico

UCIN - Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos

OCAI - *Organizational Culture Assessment Instrument*

CVF - *Competing Values Framework*



## ÍNDICE

1. Identificar e descrever a oportunidade de melhoria.....	167
2. Perceber a oportunidade de melhoria e a sua dimensão.....	169
3. Formular objetivos iniciais.....	172
4. Perceber as causas.....	173
5. Planear e executar as tarefas/atividades.....	175
5.1 Objetivo geral.....	178
5.2 Objetivos específicos.....	178
5.3 Indicadores.....	180
5.4 Fluxograma.....	181
6. Verificar os resultados.....	181
7. Propor medidas corretivas, padronização e treino da equipa.....	181
8. Reconhecer e partilhar o sucesso.....	182
9. Referências Bibliográficas.....	183
ANEXOS.....	187
ANEXO I - Classificação de Projetos.....	189
ANEXO II - Modelo de <i>Darci Prado</i> .....	193
ANEXO III - <i>Organizational Culture Assessment Instrument &amp; Competing Values Framework</i> .....	197
ANEXO IV - Processo de Mudança em Oito Etapas - <i>John Kotter</i> .....	203
ANEXO V - Instrumento de Parker.....	207
ANEXO VI - Integrando Equipas.....	215
ANEXO VII - Trabalhar na Integração da Equipa.....	219
ANEXO VIII - Análise de Desperdiçadores de Tempo em Reunião.....	223
ANEXO IX - Obstáculos ao Alto Desempenho.....	227
ANEXOS X - Modelo <i>Jean Tabaka</i> .....	231

ANEXO XI - Identificar as minhas potencialidades como líder/facilitador.....	235
ANEXO XII - Modelo de Avaliação 360º: Gestor do Projeto.....	239
ANEXO XIII - Modelo <i>Cohen &amp; Bailey</i> .....	243
ANEXO XIV - Motivação Coletiva: Método <i>Banchar</i> d.....	247
ANEXO XV - Questões à Equipa.....	251
APÊNDICE.....	255
APÊNDICE I - Entrevista.....	257

## ÍNDICE DE ESQUEMAS

<b>Esquema 1:</b> Diagrama de Causa Efeito.....	173
<b>Esquema 2:</b> Fluxograma do Projeto EIEAD. ....	181





## 1. Identificar e descrever a oportunidade de melhoria

A Direção-Geral da Saúde (DGS) refere que as áreas de Cuidados Intermédios são “locais dotados de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permitem cuidar de doentes instáveis, com disfunções de órgão e em risco de falência de funções vitais; conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados para os doentes que, embora não estando em estado grave, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia” (Ministério da Saúde, 2003, p. 6).

Na Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos (UCIN) a enfermagem tem um papel relevante na assistência ao doente neurocrítico. Os procedimentos devem ter por base a promoção da perfusão e oxigenação cerebral apropriada, no domínio hemodinâmico e na perceção prévia dos sinais e sintomas divergentes da pressão intracraniana, precavendo o aumento de lesões encefálicas secundárias (Barcelos *et al.*, 2016 citado por Arruda *et al.*, 2019).

Na prestação de cuidados, a vigilância adaptada e relacionada com os planos de cuidados e a comunicação com a equipa é imprescindível para o processo de prevenção, intervenção, reabilitação e identificação prévia de complicações. Estes doentes têm desafios característicos referentes a transtornos sistémicos e processos intracranianos, o que pede um cuidado reforçado (Idem).

A UCIN classifica-se como uma unidade de nível dois, fechada e monovalente. É constituída por onze unidades de tratamento, sendo que duas possibilitam isolamento respiratório. Os critérios de admissão na UCIN são: traumatismo cranioencefálico (TCE) moderado a grave; politraumatizado com TCE, clinicamente estável; todos os pós-operatórios de cirurgia craniana; doentes neurocirúrgicos que não preencham os critérios acima, mas apresentam comorbilidades cardiorrespiratória descompensada; necessidade de monitorização invasiva e outra intervenção neurocirúrgica com risco potencial de deterioração neurológica súbita. Os doentes sem risco hemodinâmico e sem necessidade de monitorização invasiva ou neurológica contínua serão transferidos para internamento de neurocirurgia; poderão ser transferidos para outro serviço se não tiver necessidade de cuidados neurocirúrgicos ou alta para domicílio.



Os doentes com indispensabilidade de suporte ventilatório são transferidos para Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes.

A enfermagem assume como compromisso “promover o avanço contínuo do conhecimento científico, assegurando a efetiva avaliação por pares dos projetos de investigação em enfermagem, com vista a atingir elevados padrões de qualidade, difusão do conhecimento e prática baseada na evidência” (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p.1).

A investigação em enfermagem deve cumprir os conceitos éticos a nível nacional e internacional instituídos, pois toda a investigação científica tem uma enorme responsabilidade ética, na busca da verdade, perseverança e da simplicidade (Martins, 2008).

A equipa de enfermagem da UCIN contribui para o desenvolvimento de formação pré e pós-graduada, colaborando com diversas escolas. Para o desenvolvimento de saberes e competências, a equipa está organizada por grupos de trabalho, como: formação em serviço; controlo de infeção do serviço; gestor da qualidade; gestor local do risco e da segurança do serviço. No entanto, há margem para novas oportunidades de melhoria quanto à implementação da prática baseada na evidência atualizada. Tanto de natureza profissional como organizacional.

Desta forma, propõe-se a criação de uma Equipa de Investigação em Enfermagem na UCIN, como projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A oportunidade de melhoria identificada foi fundamentada no quarto enquadramento conceptual, isto é, os cuidados de enfermagem.

A criação de uma equipa diferenciada de investigação em enfermagem na UCIN possibilita o desenvolvimento para o alto desempenho, com a sua implementação e consecutivamente investigação na área das Ciências da Saúde e distintamente no domínio da enfermagem.

A Investigação em Enfermagem “é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspetos da saúde que são de interesse para a enfermagem.” (*International Council of Nurses*, 1999 citado por Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 1). Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena. No entanto, a Ordem dos Enfermeiros incentiva uma prática de enfermagem consoante o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e o Enquadramento Concetual dos Padrões de Qualidade, com



o acordo de que todos os enfermeiros têm a responsabilidade de identificar os obstáculos ao seu desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006), a Investigação em Enfermagem é executada em todas as áreas de atividade, promove o conhecimento, que é essencial para excelência da enfermagem e melhoria da saúde nas comunidades; coopera nos cuidados seguros e proporciona o desenvolvimento profissional, da mesma maneira que recomenda o investimento contínuo na investigação, o desenvolvimento de projetos que possibilitem maior cooperação, o estímulo, a divulgação e a criação de condições para aplicar os resultados da investigação.

A Equipa de Investigação em Enfermagem na UCIN irá possibilitar a evolução científica e humana da enfermagem, proporcionando à UCIN uma prática baseada na evidência atualizada. A investigação em enfermagem cria ganhos em saúde para a população, na qual o doente é privilegiado.

## **2. Perceber a oportunidade de melhoria e a sua dimensão**

Os enfermeiros em Portugal detêm as competências e os instrumentos de orientação e de controlo para desenvolver trabalhos de investigação científicos. A enfermagem tem os subsequentes desafios que só por meio da investigação científica terá sucesso, nomeadamente: conhecimento da relevância da investigação em enfermagem, especificamente dos enfermeiros gestores; compreensão das administrações dos serviços de saúde sobre os altos custos dos cuidados de enfermagem e a afluência profissional, com os novos profissionais na área da saúde (Gameiro, 1999).

O n.º 5 do artigo 9º das Intervenções de Enfermagem, do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) expõe que “os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” (p.103).

O Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros, refere que as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, apresentam várias dimensões, detalhadamente a “educação dos clientes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (p.4744).

Segundo Katzenbach e Smith (2001), uma equipa é constituída por um grupo altamente interdependente e adaptado, com habilidades suplementares, implicadas com um



objetivo e metas comuns (citado por Liboreiro & Borges, 2018). A constituição de uma equipa de investigação em enfermagem de alto desempenho (EIEAD) terá como pilar a interrogação e a apreciação da prestação e qualidade dos cuidados de enfermagem.

Segundo *Lança* (2012), transformar uma equipa numa equipa de alto desempenho é ainda mais complexo e desafiador. A equipa terá experiência, formação e qualificação para desenvolver a investigação em enfermagem na UCIN. A sua finalidade será garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica na UCIN.

As equipas de elevado desempenho são constituídas por elementos com características, manifestamente específicas, a salientar: o empenho extremo com a missão e valores da organização; compreensão do modo como o trabalho auxilia em direção aos objetivos e desenvolvimento da organização; altas competências interpessoais; os elementos são promotores da performance, uns dos outros para alcançar o sucesso da equipa; elevadas competências em negociar e decidir, associada a uma fonte de unanimidade; excede as perspectivas dos outros devido à motivação intrínseca; busca exceder os objetivos determinados; executa tarefas com capacidades técnicas do seu compromisso; assertividade, aplicação e harmonia; pensamento crítico, fundamentado na habilidade de “pensar fora da caixa”, assim como a disponibilidade em fazer trabalho excepcional. Os resultados de excelência obtidos pelas equipas recai na existência de um líder (Carvalho, 2019).

Será responsabilidade da direção de enfermagem avaliar os projetos de investigação ou a formação em investigação de enfermagem desenvolvidos nesta unidade, ficando um enfermeiro responsável pela investigação.

Desta forma, o enfermeiro tem as seguintes áreas de responsabilidade:

- Certificar que a equipa de investigação em enfermagem da UCIN tenha por base o protocolo de investigação do hospital;
- Supervisionar e auditar o(s) projeto(s) de investigação e a formação a implementar na UCIN;
- Apoiar a equipa de investigação em enfermagem de alto desempenho na UCIN, realizando reuniões de trabalho planeadas;
- Progredir para um centro de investigação em enfermagem no hospital, levando a cabo a coordenação das potenciais equipas de outros serviços ou unidades, num horizonte temporal de 3 anos;
- Promover a colaboração com outros Centros de Investigação de Enfermagem e de preferência com a criação de protocolos;



- Criar um regulamento de funcionamento no centro de investigação em enfermagem do hospital, num horizonte temporal de 3 anos.

A EIEAD da UCIN tem as subseqüentes áreas de responsabilidade:

- Delinear o plano anual de investigação para a equipa de investigação em enfermagem e, também para a equipa de enfermagem da UCIN;
- Garantir a integração da equipa de investigação em enfermagem e a integração de novos elementos;
- Desenvolver projeto(s) de investigação que produzam conhecimentos em cuidados neurocríticos, na linha de investigação das áreas das intervenções de enfermagem, ética da enfermagem, educação e formação em saúde e na gestão de cuidados;
- Promover a divulgação do(s) trabalho(s) científico(s) elaborado(s) pela equipa de investigação em enfermagem de alto desempenho da UCIN;
- Cooperar com outras UCIN a nível nacional ou internacional, promovendo parcerias em projetos de investigação em enfermagem.

Para ajudar a implementar este projeto para a EIEAD e tendo por base o conhecimento científico, deve-se aplicar ordenadamente as seguintes premissas:

- Avaliar a complexidade do projeto com base no modelo de *Kerzner* (2009). Se classificado como alta prioridade, o hospital terá potencialidade para criar uma equipa de investigação enfermagem de alto desempenho na UCIN (Anexo I);
- Analisar o nível de maturidade do hospital na gestão de projetos, através do modelo de *Darci Prado* (2015) (Anexo II);
- Examinar a cultura organizacional do hospital e a gestão de projetos, aplicando o *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI) e o *Competing Values Framework* (CVF) (Cameron & Quinn, 2006) (Anexo III);
- Avaliar a perspetiva da mudança organizacional para implementar a gestão do projeto, com a interpretação do modelo de gestão da mudança empregue, assim como da possibilidade de ampliar para criar uma equipa de investigação em enfermagem de alto desempenho; se ineficaz, analisar segundo o processo de mudança em oito etapas de *John Kotter* (2017) (Anexo IV);
- Nomear as competências fundamentais para desenvolver uma equipa de enfermagem de alto desempenho em investigação, na UCIN, com a descrição dos conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas;



- Analisar o perfil de cada enfermeiro, através da autoavaliação com o Instrumento de *Parker* (Silva & Loos, 2017). Esta ferramenta está dividida em quatro estilos de perfis: o contribuinte, o colaborador, o comunicador e o desafiador (Anexo V);
- Aplicar o plano de integração individual a cada enfermeiro do projeto;
- Fornecer o questionário individual de integração de equipas de *Castilho* (1998), após um mês (Anexo VI);
- Analisar como decorre a integração da equipa, com os indicadores, em cada trimestre (Idem) (Anexo VII);
- Averiguar os comportamentos ou as ações que geram problemas nas reuniões (Ibidem) (Anexo VIII);
- Identificar os obstáculos no desenvolvimento da equipa de enfermagem de alto desempenho, segundo *Blanchard* (2019) (Anexo IX);
- Aplicar o modelo *Jean Tabaka* (Xavier, 2017), de autoavaliação da equipa de alto desempenho (Anexo X);
- Examinar a manutenção das habilidades altamente desenvolvidas do líder, de acordo com *Castilho* (1998), trimestralmente pela direção de enfermagem, ao encargo do enfermeiro responsável pela investigação (Anexo XI);
- Efetivar uma autoavaliação de desempenho do Gestor do Projeto, através do modelo de avaliação 360° (Anexo XII);
- Avaliar a eficácia da EIEAD, segundo o modelo de *Cohen & Bailey* (*Cohen & Bailey*, 1997 citado por Luís, 2012) (Anexo XIII);
- Gerir a motivação coletiva, de acordo com o método *Blanchard* (*Blanchard*, 2003 citado por Lança, 2012) (Anexo XIV);
- Inquirir, anualmente, a EIEAD com um questionário de *Castilho* (1998) (Anexo XV);
- Promover o desenvolvimento profissional contínuo na investigação em enfermagem na UCIN, com a formação de: etapas do processo de investigação; estatística/SPSS; entre outras;
- Analisar o questionário de avaliação de satisfação da formação.

### 3. Formular objetivos iniciais

O projeto de melhoria contínua tem como objetivos: desenvolver uma equipa de alto desempenho de investigação em enfermagem na UCIN, para cuidar do doente crítico com base em evidência científica atualizada; avaliar os ganhos em conhecimento dos enfermeiros

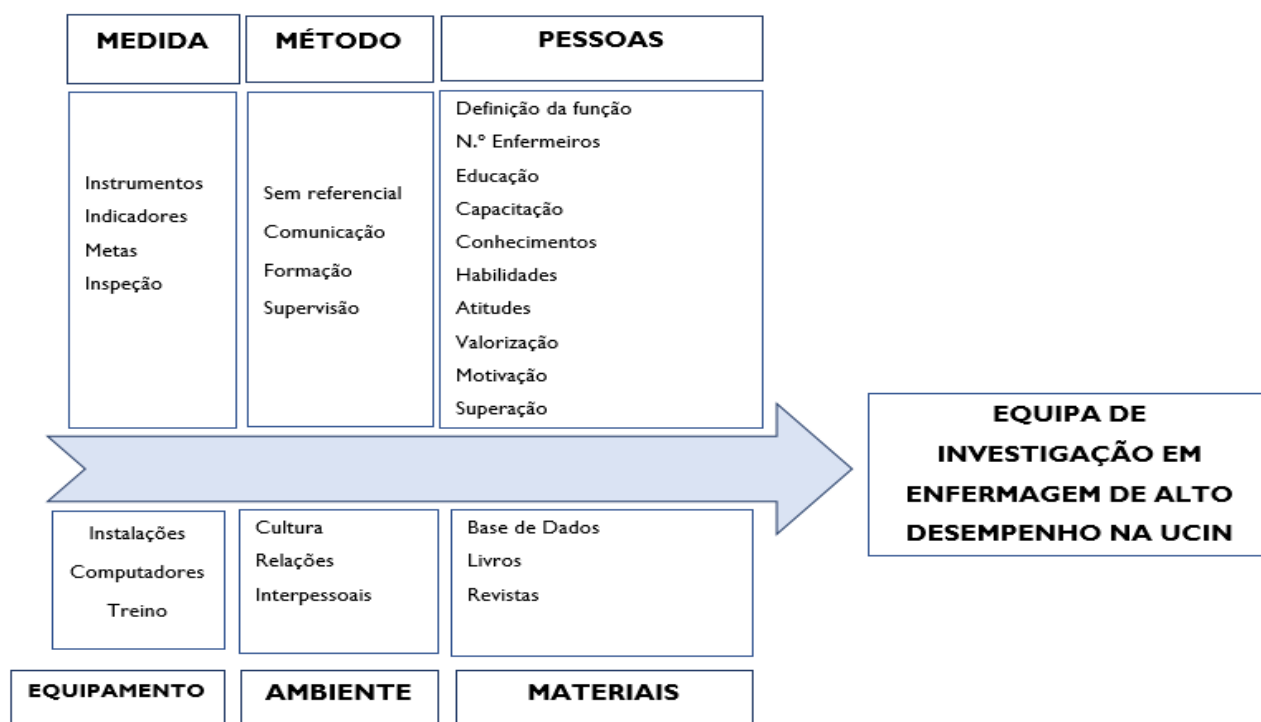


da UCIN e, obter indicadores relevantes com a investigação na abordagem ao doente crítico na UCIN.

#### 4. Perceber as causas

As oportunidades fundamentais de melhoria estão determinadas no diagrama seguinte.

O esquema anterior descreve as causas deste Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. E, segue-se a *check-list* da Heather Palmer para avaliar a qualidade.



Esquema 1: Diagrama de Causa Efeito.

a) **Identificação das dimensões em estudo:** eficiência, efetividade e a adequação técnico científica

b) **Unidades de Estudo:**

1. Utilizadores incluídos na avaliação: dois enfermeiros da UCIN;
2. Profissionais: enfermeiros da UCIN;
3. Período de tempo de avaliação: entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021

c) **Tipo de dados:** os dados colhidos serão para criação de indicadores de estrutura, de processo e de resultados

**d) Fonte dos dados:**

1. Entrevista ao enfermeiro de referência do Centro Clínico Académico do Hospital;
2. Modelo de Darci Prado;
3. Modelo de *Kerzner*;
4. OCAI;
5. CVF;
6. Processo de mudança em oito etapas de *John Kotter*;
7. Descrição dos conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas;
8. Instrumento de *Parker*;
9. Questionário individual de integração de equipas de *Castilho*;
10. Indicadores de *Castilho* para a integração da equipa;
11. Problemas nas reuniões, na visão de *Castilho*;
12. Princípios de *Blanchard*;
13. Modelo *Jean Tabaka*;
14. Habilidades do líder, segundo *Castilho*;
15. Modelo de avaliação 360°;
16. Modelo de avaliação da eficácia de *Cohen & Bailey*;
17. Motivação coletiva, com o método *Banchard*;
18. Questionário de *Castilho*;
19. Questionário de avaliação de satisfação da formação

**e) Tipo de avaliação:** interna (interpares e autoavaliação) e externa (profissional)

**f) Critérios de avaliação:** critérios implícitos, explícitos e baseados na evidência (investigação)

**g) Colheita de dados:** a colheita e tratamento de dados é interna e da responsabilidade dos enfermeiros do projeto

**h) Relação temporal:** avaliação prospetiva



i) **Definição da população e seleção da amostra:** a seleção da amostra terá por base populacional os enfermeiros da UCIN. A amostra é seletiva entre o dia 1 de janeiro de 2020 e 1 de janeiro de 2021. É critério de exclusão outras equipas de enfermeiros de outros serviços.

j) **Medidas corretivas passíveis de ser usadas:** medidas educacionais e mudanças estruturais.

### 5. Planear e executar as tarefas/atividades

Tarefa a concretizar	Quem	Quando	Meta a atingir
Elaboração do projeto	Aluna EEMC	Dezembro de 2019	Elaborar o projeto até 31 dezembro de 2019; Realizar uma entrevista ao enfermeiro de referência do Centro Clínico Académico do Hospital (Apêndice I)
Submeter o projeto de EIEAD	Enfermeiros do projeto de EIEAD	30 de dezembro de 2019	Remeter o projeto
Reunião com os elementos do projeto de EIEAD	Enfermeiros do projeto de EIEAD	2 de janeiro de 2020	Planear reunião e distribuir funções, mentalmente; Debater os assuntos relevantes para a implementação do projeto, mensalmente; Aplicar a matriz de Eisenhower e planear com gráficos de Gantt



Preparação de grelhas em suporte informático, para recolha de dados	Enfermeiros do projeto de EIEAD	24 de janeiro de 2020	Tratamento e análise de dados no <i>Microsoft® Excel</i>
Realizar um Manual de EIEAD da UCIN	Enfermeiros do projeto de EIEAD	Janeiro de 2020	Efetuar um Manual da EIEAD, até 21 janeiro de 2020, sobretudo com um plano de integração ao projeto e um fluxograma do protocolo de investigação do hospital
Reunião de sensibilização para o projeto de EIEAD, aos enfermeiros, ao chefe da UNIC e aos responsáveis do hospital	Enfermeiro dinamizador do projeto de EIEAD	Janeiro de 2020	Apresentar o projeto a 25 janeiro de 2020, para a sensibilização da EIEAD na UCIN e dos ganhos decorrentes da sua implementação
Formação de Liderança de Equipas a EIEAD	Direção de enfermagem, ao encargo do enfermeiro responsável pela investigação.	Janeiro de 2020	Alcançar uma participação de 100% na formação
Submeter o(s) projeto(s) à direção de enfermagem	Enfermeiros do projeto de EIEAD	Janeiro de 2020	Remeter o(s) projeto(s) de investigação
Efetuar posters ou comunicações orais em congressos	Enfermeiros do projeto de EIEAD	De janeiro de 2020 a janeiro de 2021	Obter, pelo menos, um poster ou uma comunicação oral, anualmente
Executar artigo(s) de investigação científico(s)	Enfermeiros do projeto de EIEAD	De janeiro de 2020 a janeiro de 2021	Submeter, pelo menos, um artigo de investigação científico, anualmente



Realizar formações sobre os resultados de investigação realizados ou sobre as novas evidências científicas para os cuidados de enfermagem	Enfermeiro dinamizador do projeto de EIEAD	De janeiro de 2020 a janeiro de 2021	Criar um contacto eletrónico do projeto, para enviar informação pertinente. Conseguir uma participação de 95% Adquirir uma avaliação de satisfação da formação, pelo menos de 95%
Realizar formação sobre projetos profissionais em enfermagem	Enfermeiros do projeto de EIEA	Junho de 2020	Incentivar a elaboração de projetos de enfermagem na equipa da UNIC
Auditoria às formações e ao(s) projeto(s) de investigação	Direção de enfermagem, ao encargo do enfermeiro responsável pela investigação.	Trimestralmente	Garantir a excelência no(s) projeto(s) de investigação e nas formações da EIEAD; Identificar os obstáculos que inibem o desenvolvimento do projeto de EIEAD.
Revisão do manual de EIEAD	Enfermeiros do projeto de EIEAD	Julho de 2020	Melhorar o conteúdo do manual
Divulgação dos resultados de investigação na UCIN	Enfermeiros do projeto de EIEAD	Anualmente	Divulgar os resultados obtidos, a dia 02 de janeiro de 2021.
Publicação de um artigo de investigação em enfermagem	Enfermeiros do projeto de EIEAD	Anualmente	Obter, pelo menos, uma publicação numa revista científica
Relatório de projetos de investigação na UCIN	Enfermeiros do projeto de EIEAD	Anualmente	Executar o relatório até 01 janeiro de 2021



Relatório do projeto de EIEAD	Enfermeiros do projeto de EIEAD	Anualmente	Executar o relatório até 01 janeiro de 2021
-------------------------------	---------------------------------	------------	---

Entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021, estarão preconizados os seguintes objetivos e indicadores:

### 5.1 Objetivo geral

Criar uma equipa de investigação em enfermagem de alto desempenho para o desenvolvimento científico no doente crítico, na unidade de cuidados intermédios neurocríticos, até 2021.

### 5.2 Objetivos específicos

- Demonstrar a alta prioridade do projeto com uma equipa de investigação em enfermagem de alto desempenho na UNIC, segundo o modelo de *Kerzner* (2009) (Anexo I);
- Realizar uma entrevista ao enfermeiro de referência do Centro Clínico Académico do Hospital;
- Aumentar para nível 5 a maturidade do hospital na gestão de projetos, através do modelo de *Darci Prado* (2015), tendo no mínimo o nível 3 (Anexo II);
- Relacionar a cultura organizacional do hospital e a gestão de projetos, aplicando CVF e o OCAI (Cameron & Quinn, 2006), para melhorar o nível de maturidade (Anexo III);
- Assegurar a avaliação do modelo de gestão da mudança empregue, se inexistente ou ineficaz, analisar segundo processo de mudança em oito etapas de *John Kotter* (2017) (Anexo IV);
- Descrever as competências fundamentais para desenvolver uma equipa de investigação em enfermagem de alto desempenho, com a descrição dos conhecimentos, habilidades e atitudes esperadas;
- Analisar o perfil de cada enfermeiro, através da autoavaliação com o Instrumento de *Parker* (Silva & Loos, 2017) (Anexo V);
- Criar um plano de integração do enfermeiro para o projeto;
- Aplicar um questionário individual de integração de equipas de *Castilho* (1998), após um mês (Anexo VI);



- Utilizar os indicadores para analisar a integração da equipa, a cada trimestre (Idem) (Anexo VII);
- Investigar os comportamentos ou as ações que geram problemas nas reuniões (Ibidem) (Anexo VIII);
- Diminuir a incidência do aparecimento de obstáculos no desenvolvimento de uma equipa de investigação em enfermagem de alto desempenho, segundo *Blanchard* (2019) (Anexo IX);
- Aplicar o modelo *Jean Tabaka*, de autoavaliação de equipas de alto desempenho (Xavier, 2017) (Anexo X);
- Identificar as habilidades desenvolvidas pelo líder, de acordo com *Castilho* (1998), pela direção de enfermagem, ao encargo do enfermeiro responsável pela investigação, trimestralmente (Anexo XI);
- Efetivar uma autoavaliação de desempenho do Gestor do Projeto, através do modelo de avaliação 360° (Anexo XII);
- Avaliar o desempenho da Equipa do Projeto, segundo modelo de *Cohen & Bailey* (*Cohen & Bailey*, 1997 citado por Luís, 2012) (Anexo XIII);
- Gerir a motivação coletiva, de acordo com o método *Banchar* (*Blanchard*, 2003 citado por Lança, 2012) (Anexo XIV);
- Abordar a equipa de investigação em enfermagem de alto desempenho com um questionário de *Castilho* (1998), anualmente (Anexo XV);
- Promover a atividade científica, com o incremento da formação contínua dos enfermeiros investigadores e os restantes enfermeiros da UCIN;
- Examinar o questionário de avaliação de satisfação da formação;
- Diligenciar para divulgação do projeto para captar novos parceiros de investigação a nível interno ou externo;
- Estimular a permuta e colaboração científica com a equipa multidisciplinar do hospital, assim como a outras equipas de investigação;
- Elaborar um manual de EIEAD, com um protocolo de investigação de enfermagem;
- Efetuar uma publicação em revista científica;
- Divulgar os resultados da EIEAD.

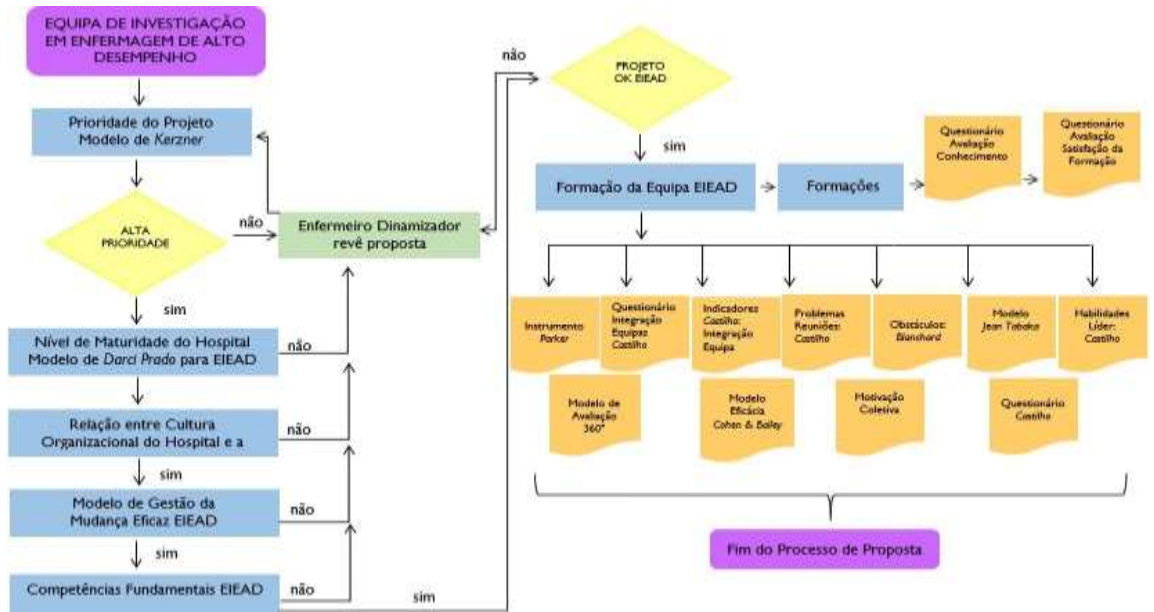


### 5.3 Indicadores

<b>Estrutura</b>	<p>Número de enfermeiros na UCIN;</p> <p>Número de enfermeiros especialistas em Médico Cirúrgica, na UCIN;</p> <p>Número de horas anual na formação dos enfermeiros sobre o projeto de EIEAD, na UCIN;</p> <p>Taxa de satisfação da formação dos enfermeiros sobre projeto de EIEAD, na UCIN;</p> <p>Número de publicações.</p>
<b>Processo</b>	<p>Gestão de recursos materiais para cada formação.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Taxa de efetividade de projetos de enfermagem em análise;</p> <p>Taxa de efetividade de projetos de enfermagem em execução;</p> <p>Taxa de efetividade da presença dos enfermeiros, a cada formação;</p> <p>Taxa de efetividade da presença dos enfermeiros investigadores, a cada formação;</p> <p>Taxa de formações efetuadas pela equipa de investigadores em enfermagem, da UCIN;</p> <p>Taxa de formações rececionadas pelos enfermeiros da UCIN;</p> <p>Modificação positiva dos conhecimentos, em cada formação;</p> <p>Número de obstáculos no desenvolvimento da equipa de investigação em enfermagem de alto desempenho;</p> <p>Taxa de efetividade de reuniões mensais para análise de trabalhos de investigação;</p> <p>Taxa de efetividade de divulgação de trabalhos de investigação em enfermagem.</p>



### 5.4 Fluxograma



Esquema 2: Fluxograma do Projeto EIEAD.

### 6. Verificar os resultados

Em 2021, com a exposição dos resultados conquistados no primeiro ano de implementação do projeto, vai ser possível sintetizar o desempenho dos objetivos e indicadores definidos. Posteriormente ao término do processo, serão recolhidos os resultados, com recurso a modelos e folhas de verificação, equiparando com os dados alcançados antes da implementação do projeto.

As quatro ferramentas do controlo de qualidade para resolução do problema: diagrama de causa-efeito; o fluxograma; as folhas de verificação e uma carta de controlo. Para expor os resultados finais serão utilizados histogramas.

No decorrer das avaliações, se não forem atingidos os resultados planeados, devem ser implementadas ações corretivas.

### 7. Propor medidas corretivas, padronização e treino da equipa

Para realizar o novo processo de trabalho será necessário executar as seguintes medidas corretivas:



- Medidas Educacionais:
  - Realizar formação de investigação à equipa de enfermagem da UCIN;
  - Sensibilizar os enfermeiros sobre a realização de investigação com uma equipa de alto desempenho na UCIN.
  
- Mudanças Estruturais:
  - Organizar um manual sobre a equipa de investigação em enfermagem de alto desempenho na UCIN;
  - Planear as formações de investigação, anualmente;
  - Criar um instrumento de registo para monitorizar os indicadores de qualidade do projeto;
  - Analisar os dados para monitorização dos indicadores de estrutura, processo e de resultados;
  - Criar um contacto eletrónico do projeto, por onde os enfermeiros possam receber informação e para onde possam enviar questões/sugestões;
  - Avaliar os resultados da formação, nomeadamente do questionário de avaliação de satisfação da formação e da avaliação do conhecimento;
  - Divulgar os resultados e atualizações referentes ao projeto;
  - Divulgar os resultados anteriores e posteriores ao projeto EIEAD, através da newsletter do hospital;
  - Elaborar um relatório de evolução, anualmente.

## **8. Reconhecer e partilhar o sucesso**

Segundo Martins (2008) a “divulgação dos resultados é um dever ético do investigador”. Deste modo, a divulgação dos resultados do projeto deverá ser na newsletter do hospital e à Ordem dos Enfermeiros.



## 9. Referências Bibliográficas

Arruda, P.L., *et al.* (2019). Evolução clínica e sobrevida de pacientes neurocríticos. *Rev Esc Enferm USP*, 53 (e03505), 1-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342019000100472&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342019000100472&script=sci_arttext)

Blanchard, K. (2019). *Liderança de alto nível: como criar e liderar organizações de alto desempenho*. Disponível em:

[https://play.google.com/books/reader?id=0wSiDwAAQBAJ&hl=pt\\_PT&pg=GBS.PA1](https://play.google.com/books/reader?id=0wSiDwAAQBAJ&hl=pt_PT&pg=GBS.PA1)

Cameron, K. S. & Quinn, R.E. (2006). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework*. San Francisco: Revised Edition (The Jossey-Bass business & management series). Disponível em:

[https://www.researchgate.net/profile/Tahani\\_Fourah/post/Is\\_the\\_any\\_test\\_or\\_questionnaire\\_to\\_measure\\_the\\_organizational\\_climate\\_anyone\\_can\\_suggest/attachment/59d61f45c49f478072e97966/AS%3A271750183489537%401441801700739/download/Diagnosing+and+changing+organizational+culture+Based+on+the+competing+values+framework.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Tahani_Fourah/post/Is_the_any_test_or_questionnaire_to_measure_the_organizational_climate_anyone_can_suggest/attachment/59d61f45c49f478072e97966/AS%3A271750183489537%401441801700739/download/Diagnosing+and+changing+organizational+culture+Based+on+the+competing+values+framework.pdf)

Carvalho, N.L. (2019). *Equipas de alto desempenho*. Disponível em:

<https://lidermagazine.com.pt/equipas-de-alto-desempenho/>

Castilho, A. (1998). *Construindo Equipes para Alto Desempenho: Fundamentos e técnicas*. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora.

Gameiro, M.G.H. (1999). Investigação em Enfermagem em Portugal - (Pre)curso Histórico. *Revista Referência*, (2), 41-45. Disponível em:

[https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=83&id\\_revista=5&id\\_edicao=17](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=83&id_revista=5&id_edicao=17)

Kerzner, H. (2009). *Project Management: a Systems Approach to Planning, Scheduling, and Controlling*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.



Kotter, J.P. (2017). Liderando Mudanças: Transformando empresas com a força das emoções. Disponível em:

[https://books.google.pt/books/about/Liderando\\_Mudan%C3%A7as\\_Transformando\\_empres.html?id=dIE8DwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books/about/Liderando_Mudan%C3%A7as_Transformando_empres.html?id=dIE8DwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Lança, R. (2012). *Como formar equipas de elevado desempenho*. 1.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Escolar Editora.

Liboreiro, K.R. & Borges, R.S.G. (2018). Gestão de equipas de alto desempenho: abordagens e discussões recentes. *Gestão & Regionalidade*, 34 (102), 5-22. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_gestao/article/view/4316](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/view/4316)

Luís, C. (2012). Os determinantes da *Performance* das Equipas (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra). Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/21507>

Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 62-66. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_62-66.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf)

Ministério da Saúde (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Disponível em: <https://docplayer.com.br/1306756-Cuidados-intensivos-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>

Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>



Ordem dos Enfermeiros (2014). Compromisso para a Enfermagem. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sala-de-imprensa/comunicados/conteudos/press-release-ordem-dos-enfermeiros-define-estrat%C3%A9gia-para-o-futuro-da-enfermagem-em-portugal/>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe\\_estatuto2016\\_versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março. Diário da República n.º 48/2015 - II série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/66699805/details/maximized>

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República n.º 26/2019 - II Série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/119236195/details/normal?l=1>

Prado, D. (2015). Maturidade em Gerenciamento de Projetos. Nova Lima: Editora Falconi.

Shelby, D. (2012, Outubro 03). The Competing Values Framework. ArtsJournal. Disponível em: <https://www.artsjournal.com/fieldnotes/2012/12/the-competing-values-framework/>

Silva & Loos (2017). A importância de equilibrar personalidades para a formação de equipes em uma indústria de alimentos. *Revista Espacios*, 38 (61), 27-40. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n61/a17v38n61p27.pdf>

Xavier, E. (2017). Desenvolvendo Equipes de Alta Performance: Autoavaliação [Web log post]. Disponível em: <https://youwilldobetter.com/2017/06/developendo-equipes-de-alta-performance-autoavaliacao/>



## ANEXOS



## **ANEXO I - Classificação de Projetos**



### Classificação de Projetos - Kerzner

Kerzner (1992) classifica os projetos em duas dimensões: a qualidade dos recursos e os benefícios do projeto.

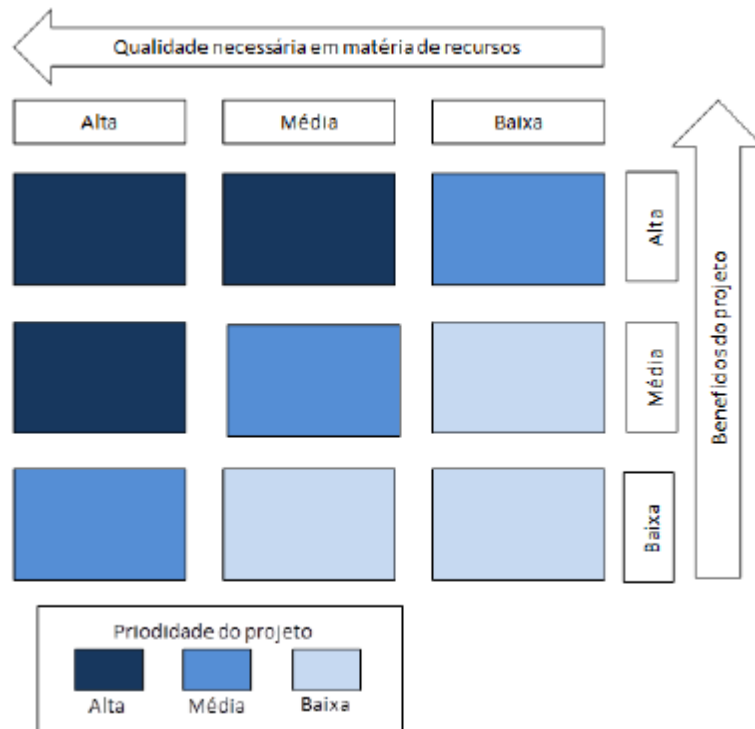
ANÁLISE DO BENEFÍCIO DO PROJETO	ALTA	MÉDIA	BAIXA
Rentabilidade			
Satisfação do usuário			
Entrada em novos mercados/projetos futuros			
Desenvolvimento de nova tecnologia			
Transferência de tecnologia			
Reputação			
Estabilizar a força de trabalho			
Utilização da capacidade ociosa			
<b>RESULTADO</b>			

Análise do Benefício do Projeto (adaptado de Kerzner, 2009)

ANÁLISE DA QUALIDADE DOS RECURSOS	ALTA	MÉDIA	BAIXA
Conhecimento do projeto			
Mão-de-obra			
Instalações e equipamentos			
Conhecimento patenteados			
Habilidade especial			
Reputação			
Boa reputação com os principais interessados			
Capacitação em gestão de projetos			
Dinheiro disponível			
<b>RESULTADO</b>			

Análise da Qualidade dos Recursos (adaptado de Kerzner, 2009)

Analisando os itens de cada tabela e os seus resultados finais, pode classificar-se a complexidade do projeto, tal como na figura seguinte. Considera-se o projeto como complexo se estiver numa das três regiões de prioridade alta.

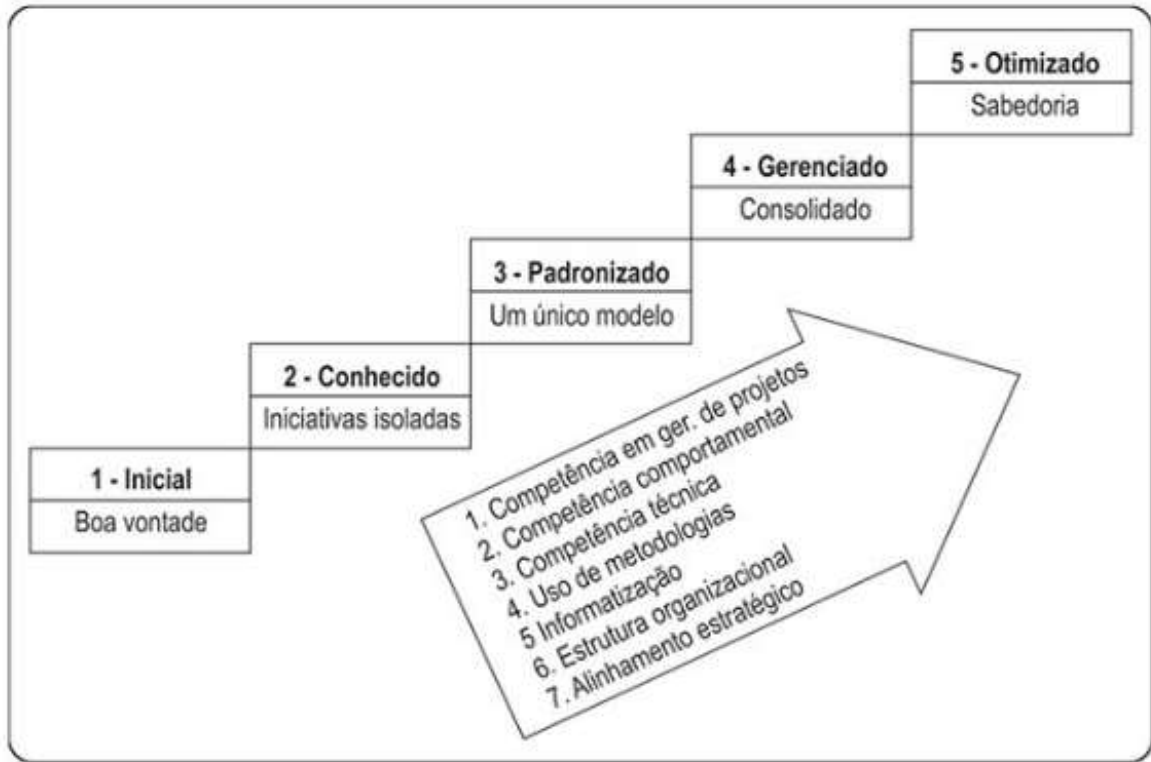


(Adaptado de Kerzner, 2009)

## **ANEXO II - Modelo de *Darci Prado***



## Modelo de Darci Prado



Dimensões e níveis de maturidade (Prado, 2015, p.36)



***ANEXO III - Organizational Culture Assessment Instrument & Competing Values Framework***



## ***Organizational Culture Assessment Instrument***

<i>1. Dominant Characteristics</i>	<i>Now</i>	<i>Preferred</i>
A The organization is a very personal place. It is like an extended family. People seem to share a lot of themselves.		
B The organization is a very dynamic and entrepreneurial place. People are willing to stick their necks out and take risks.		
C The organization is very results-oriented. A major concern is with getting the job done. People are very competitive and achievement-oriented.		
D The organization is a very controlled and structured place. Formal procedures generally govern what people do.		
Total	100	100
<i>2. Organizational Leadership</i>	<i>Now</i>	<i>Preferred</i>
A The leadership in the organization is generally considered to exemplify mentoring, facilitating, or nurturing.		
B The leadership in the organization is generally considered to exemplify entrepreneurship, innovation, or risk taking.		
C The leadership in the organization is generally considered to exemplify a no-nonsense, aggressive, results-oriented focus.		
D The leadership in the organization is generally considered to exemplify coordinating, organizing, or smooth-running efficiency.		
Total	100	100
<i>3. Management of Employees</i>	<i>Now</i>	<i>Preferred</i>
A The management style in the organization is characterized by teamwork, consensus, and participation.		
B The management style in the organization is characterized by individual risk taking, innovation, freedom, and uniqueness.		
C The management style in the organization is characterized by hard-driving competitiveness, high demands, and achievement.		
D The management style in the organization is characterized by security of employment, conformity, predictability, and stability in relationships.		
Total	100	100
<i>4. Organization Glue</i>	<i>Now</i>	<i>Preferred</i>
A The glue that holds the organization together is loyalty and mutual trust. Commitment to this organization runs high.		
B The glue that holds the organization together is commitment to innovation and development. There is an emphasis on being on the cutting edge.		
C The glue that holds the organization together is the emphasis on achievement and goal accomplishment.		
D The glue that holds the organization together is formal rules and policies. Maintaining a smooth-running organization is important.		
Total	100	100

(Cameron & Quinn, 2006, p. 26-27)

5. Strategic Emphases	Now	Preferred
A The organization emphasizes human development. High trust, openness, and participation persist.		
B The organization emphasizes acquiring new resources and creating new challenges. Trying new things and prospecting for opportunities are valued.		
C The organization emphasizes competitive actions and achievement. Hitting stretch targets and winning in the marketplace are dominant.		
D The organization emphasizes permanence and stability. Efficiency, control, and smooth operations are important.		
Total	100	100

6. Criteria of Success	Now	Preferred
A The organization defines success on the basis of the development of human resources, teamwork, employee commitment, and concern for people.		
B The organization defines success on the basis of having the most unique or newest products. It is a product leader and innovator.		
C The organization defines success on the basis of winning in the marketplace and outpacing the competition. Competitive market leadership is key.		
D The organization defines success on the basis of efficiency. Dependable delivery, smooth scheduling, and low-cost production are critical.		
Total	100	100

**"Now" Scores**

<input type="text"/>	1A
<input type="text"/>	2A
<input type="text"/>	3A
<input type="text"/>	4A
<input type="text"/>	5A
<input type="text"/>	6A
<input type="text"/>	Sum (total of A Responses)
<input type="text"/>	Average (sum divided by 6)

**"Preferred" Scores**

<input type="text"/>	1A
<input type="text"/>	2A
<input type="text"/>	3A
<input type="text"/>	4A
<input type="text"/>	5A
<input type="text"/>	6A
<input type="text"/>	Sum (total of A Responses)
<input type="text"/>	Average (sum divided by 6)

<input type="text"/>	1B
<input type="text"/>	2B
<input type="text"/>	3B
<input type="text"/>	4B
<input type="text"/>	5B
<input type="text"/>	6B
<input type="text"/>	Sum (total of B Responses)
<input type="text"/>	Average (sum divided by 6)

<input type="text"/>	1B
<input type="text"/>	2B
<input type="text"/>	3B
<input type="text"/>	4B
<input type="text"/>	5B
<input type="text"/>	6B
<input type="text"/>	Sum (total of B Responses)
<input type="text"/>	Average (sum divided by 6)

<input type="text"/>	1C
<input type="text"/>	2C
<input type="text"/>	3C
<input type="text"/>	4C
<input type="text"/>	5C
<input type="text"/>	6C
<input type="text"/>	Sum (total of C Responses)
<input type="text"/>	Average (sum divided by 6)

<input type="text"/>	1C
<input type="text"/>	2C
<input type="text"/>	3C
<input type="text"/>	4C
<input type="text"/>	5C
<input type="text"/>	6C
<input type="text"/>	Sum (total of C Responses)
<input type="text"/>	Average (sum divided by 6)

<input type="text"/>	1D
<input type="text"/>	2D
<input type="text"/>	3D
<input type="text"/>	4D
<input type="text"/>	5D
<input type="text"/>	6D
<input type="text"/>	Sum (total of D Responses)
<input type="text"/>	Average (sum divided by 6)

<input type="text"/>	1D
<input type="text"/>	2D
<input type="text"/>	3D
<input type="text"/>	4D
<input type="text"/>	5D
<input type="text"/>	6D
<input type="text"/>	Sum (total of D Responses)
<input type="text"/>	Average (sum divided by 6)

(Cameron & Quinn, 2006, p. 28-29)

## Competing Values Framework



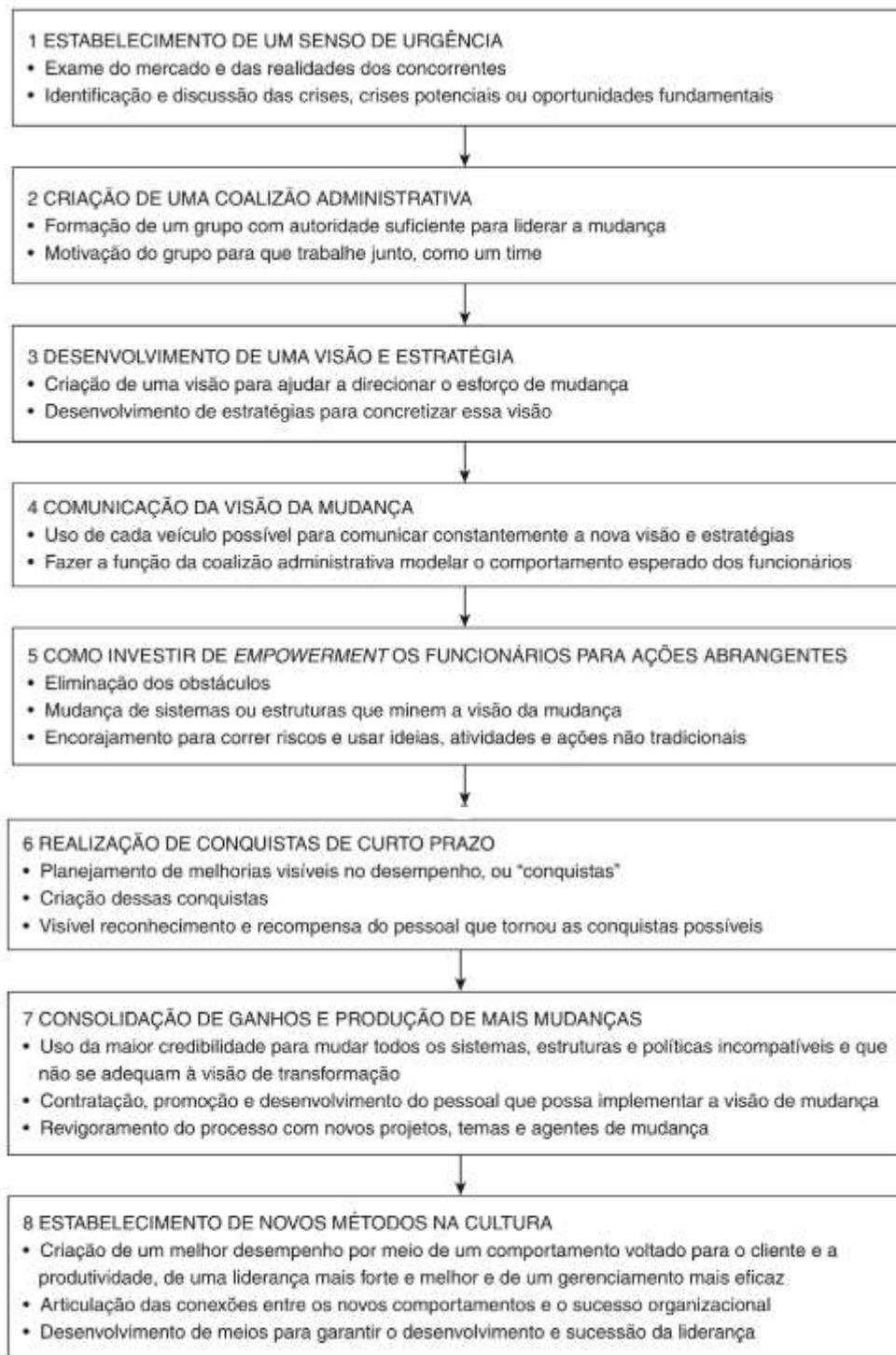
(Shelby, 2012)



**ANEXO IV - Processo de Mudança em Oito Etapas - *John Kotter***



## Processo de Mudança em Oito Etapas - John Kotter



(Kotter, 2017, p.21)



## **ANEXO V - Instrumento de Parker**



## Instrumento de Parker

Com o instrumento de Parker pode ser feita uma autoavaliação por cada elemento da equipa. Parker diz que em cada trabalho de equipa existem quatro estilos: o contribuinte, o colaborador, o comunicador e o desafiador.

### Instruções para o preenchimento:

#### 1. Durante as reuniões da equipa, normalmente eu:

- a) Responda a cada questão sinceramente, de acordo com o que pensa a respeito do seu desempenho atual como membro da equipa e não com o que você acha que era ou gostaria de ser.
- b) Por ser um levantamento, não existem respostas certas ou erradas.
- c) Cada uma das 18 questões têm quatro alternativas. Coloque em ordem as alternativas conforme julgar que elas se aplicam a si.

**Atenção:** Dê o número 4 à alternativa que mais se aplica a si e continue até 1, que deverá ser dado à alternativa que menos se aplica a si.

#### Exemplo:

Como membro da equipa, normalmente eu me preocupo mais com:

#### Resposta:

- 3 a. observar padrões éticos elevados
- 1 b. atingir nossas metas
- 4 c. cumprir minhas responsabilidades pessoais
- 2 d. saber se estamos a trabalhar bem juntos

d) Transfira as respostas para o quadro de resultados

e) Efetue as somas indicadas

#### Questões:

#### 1. Durante as reuniões da equipa, normalmente eu:

Resposta:

- a. forneço informações e dados técnicos aos colegas
- b. mantenho o grupo orientado para a missão e as metas
- c. procuro fazer com que todos participem na discussão
- d. levanto questões sobre as metas e os métodos do grupo

#### 2. Quando converso com o líder da equipa, eu:

Resposta:

- a. sugiro que o trabalho se concentre nos objetivos

- b. tento ajudá-lo em manter uma atmosfera positiva
- c. estou disposto a discordar dele quando necessário
- d. ofereço conselhos com base na minha experiência

**3. Quando a situação fica tensa, eu:**

Resposta:

- a. uso humor e outras formas de reduzir a tensão
- b. costumo ser muito sincero para dizer o que penso
- c. perco a paciência porque é necessário manter a participação de todos
- d. queixo-me a gente de fora sobre os problemas que o meu grupo enfrenta

**4. Quando surgem conflitos na equipa, normalmente eu:**

Resposta:

- a. insisto na discussão honesta das diferenças
- b. mostro as razões pelas quais um lado ou outro está correto
- c. encaro as diferenças como sinal de uma mudança na direção do grupo
- d. tento desfazer a tensão com algum comentário de apoio ou alguma brincadeira

**5. Os outros membros da equipa normalmente veem-me como:**

Resposta:

- a. prático
- b. flexível
- c. incentivador
- d. franco

**6. De vez em quando, eu:**

Resposta:

- a. fico obcecado com os resultados
- b. ando meio desligado
- c. sou muito autoconfiante
- d. vejo apenas a situação imediata

**7. Quando há algo errado na equipa, normalmente eu:**

Resposta:

- a. insisto que é mais necessário ouvir, dar feedback e participar
- b. insisto que é necessário discutir os problemas com franqueza
- c. esforço-me para fornecer mais informações de melhor qualidade
- d. sugiro que façamos uma revisão dos nossos objetivos básicos

**8. Para mim, uma coisa arriscada é:**

Resposta:

- a. questionar algum aspeto do trabalho do grupo

- b. pressionar o grupo para elevar os seus padrões de desempenho
- c. desempenhar outro papel que não seja o meu
- d. dizer aos outros o que penso do que estão a fazer

**9. De vez em quando, os outros observam-me como:**

Resposta:

- a. um perfeccionista
- b. alguém que não gosta de modificar as metas ou objetivos
- c. alguém que não leva a sério o trabalho a ser feito
- d. um detalhista

**10. Acredito que a resolução de problemas do grupo exige:**

Resposta:

- a. cooperação de todos os participantes
- b. elevada capacidade para ouvir
- c. capacidade de fazer perguntas difíceis
- d. informações de alta qualidade

**11. Quando uma nova equipa está em formação, normalmente eu:**

Resposta:

- a. vou procurar e tentar conhecer os outros
- b. faço perguntas diretas sobre os métodos e metas
- c. quero saber o que se espera de mim
- d. procuro estabelecer qual é o objetivo básico

**12. De vez em quando, eu faço as outras pessoas sentirem-se:**

Resposta:

- a. desonestas, por não conseguirem ser tão diretas como eu
- b. culpadas, por não atingirem os meus padrões
- c. obtusas, por não conseguirem ver a longo prazo
- d. sem coração, por não se importarem com a maneira como as pessoas se relacionam.

**13. Acredito que o papel do líder da equipa é:**

Resposta:

- a. garantir a solução eficaz dos problemas de trabalho
- b. ajudar o grupo a estabelecer objetivos de longo prazo e metas de curto prazo
- c. criar um clima participativo de tomada de decisão
- d. fazer a convergência de ideias distintas e desafiar as premissas

**14. Acredito que as decisões da equipa devem fundamentar-se:**

Resposta:

- a. na missão e nas suas metas

- b. no consenso entre os seus membros
- c. na avaliação franca e aberta dos assuntos
- d. no peso das evidências

**15. De vez em quando, eu:**

Resposta:

- a. acho que a atmosfera humana da equipa é um fim em si próprio
- b. faço de advogado do diabo com muita ênfase
- c. não consigo ver a importância da eficácia nos processos grupais
- d. exagero a importância dos assuntos estratégicos e minimizo a realização das tarefas de curto prazo

**16. Já fui descrito como:**

Resposta:

- a. independente
- b. confiável
- c. imaginoso.
- d. participativo

**17. Na maior parte do tempo, eu:**

Resposta:

- a. sou responsável e trabalho arduamente
- b. comprometido e flexível
- c. entusiasmado e alegre
- d. honesto e autêntico

**18. Nas minhas relações com os colegas da equipa, de vez em quando fico aborrecido porque eles:**

Resposta:

- a. não se preocupam em fazer a revisão dos objetivos e verificar o progresso
- b. não conseguem ver a importância de trabalhar bem juntos
- c. não fazem objeções às coisas das quais discordam
- d. não conseguem terminar seus compromissos dentro dos prazos

Adaptado de Cruz, 2002 citado por Silva & Loos, 2017, p. 6

<b>INSTRUMENTO DE PARKER</b>				
	<b>Contribuinte</b>	<b>Colaborador</b>	<b>Comunicador</b>	<b>Desafiador</b>
<b>Membro 1</b>				
<b>Membro 2</b>				
<b>Membro 3</b>				
<b>Membro 4</b>				
<b>Membro 5</b>				
<b>Membro 6</b>				
<b>EQUIPA</b>				

(Silva & Loos, 2017)



## **ANEXO VI - Integrando Equipas**



## Integrando Equipas

A equipa é convidada a dar notas entre 6 e 1, onde 6 significa a maior nota de concordância e 1 a menor.

- 1- Clareza, identificação sobre objetivos e metas da equipa: (1) (2) (3) (4) (5) (6)  
**Altamente claros e compreendidos/ \_\_\_\_\_ / Não compreendidos claramente**
- 2- Qualidade da comunicação: franqueza, aberturas e adequações: (1) (2) (3) (4) (5) (6)  
**Franca, autêntica e adequada / \_\_\_\_\_ / Dissimulada e inadequada**
- 3- Grau de confiança mútua e recíproca: (1) (2) (3) (4) (5) (6)  
**Alto nível de confiança mútua / \_\_\_\_\_ / Baixo nível de confiança**
- 4- Nível de apoio mútuo e recíproco: (1) (2) (3) (4) (5) (6)  
**Atitude de sinergia e de respeito pelos os outros / \_\_\_\_\_ / Cada um por si**
- 5- Administração confiante de conflitos: (1) (2) (3) (4) (5) (6)  
**Resolução dos conflitos / \_\_\_\_\_ / Recusa, fuga, recalca ou ignora o conflito**
- 6- Adequação do uso das habilidades dos membros da equipa: (1) (2) (3) (4) (5) (6)  
**Uso ótimo dos talentos e habilidades / \_\_\_\_\_ / Ineficácia no uso dos talentos e habilidades**
- 7- Desenvolvimento do processo na equipa: (1) (2) (3) (4) (5) (6)  
**Compreensão do processo / \_\_\_\_\_ / Incapacidade de perceção e análise**
- 8- Visão e valores d equipa: (1) (2) (3) (4) (5) (6)  
**Visão e valores claros e partilhas / \_\_\_\_\_ / Ausência de visão e valores partilhados**
- 9- Uso do estilo da liderança na equipa: (1) (2) (3) (4) (5) (6)  
**Relação de interdependência e participação genuína/ \_\_\_\_\_ / Controlo externo e imposto**

(Castilho, 1998, p. 11)



## **ANEXO VII - Trabalhar na Integração da Equipa**



## Trabalhar na Integração da Equipe

“Você pode trabalhar com a sua equipe alguns exercícios que possam favorecer uma análise de como anda a integração dela. Peça a cada colaborador para preencher o exercício abaixo marcando uma das alternativas, de como melhor percebe a equipe” (Castilho, 1998, p. 10).

<b>INDICADORES</b>	<b>ALTO</b>	<b>MÉDIO</b>	<b>SATISFATÓRIO</b>
A) Nível de compreensão, entendimento mútuo e identificação sobre as metas da equipe			
B) Qualidade de comunicação: fraqueza, abertura e adequação			
C) Grau de confiança mútuo			
D) Nível de apoio mútuo			
E) Administração eficiente de conflitos			
F) Adequação do uso das habilidades dos membros			
G) Desenvolvimento do processo na equipe			
H) Visão e valores da equipe			
I) Uso do estilo de liderança na equipe			

“Você pode fazer então uma sessão, onde os participantes livremente analisem e opinam sobre estas variáveis e tomam-se as decisões pertinentes” (Idem).



## **ANEXO VIII - Análise de Desperdiçadores de Tempo em Reunião**



### Análise de Desperdiçadores de Tempo em Reunião

	SEMPRE	ÀS VEZES	RARAMENTE
Falta de planeamento das reuniões			
Falta de prioridade na análise dos assuntos			
Desorganização pessoal			
Atas - ausência, incompletas, inadequadas			
Adiar decisões			
Não fazer acompanhamento das decisões			
Não saber ouvir			
Não saber falar com adequação			
Não ter hora para iniciar e terminar			
Não estar preparado para a reunião			
Não convocar as pessoas afetadas			
Convocar reuniões desnecessárias			
Trabalha-se a qualidade da comunicação			

(Castilho, 1998, p. 31)



## **ANEXO IX - Obstáculos ao Alto Desempenho**



## **Obstáculos ao Alto Desempenho**

A criação de equipas tem um enorme investimento de tempo, dinheiro e recursos. Uma reunião de equipa cria resultados a longo prazo. Quando os elementos deixam a reunião e têm a impressão de não serem ouvidos, ficam irritados e insatisfeitos. Isso vai originar um impacto negativo na próxima reunião. No caso inverso, quando estas são produtivas, o empoderamento e a energia positiva prevalecem (Blanchard, 2019).

Numa investigação com 1300 respostas refere-se os seguintes obstáculos ao desempenho das equipas:

- “falta de responsabilidade;
- tomada de decisão sem clareza;
- má liderança;
- mau planeamento ou falta de planeamento;
- desorganização ou papéis indefinidos;
- falta de propósito ou de objetivos claros” (Blanchard, 2019, p. 124).



## **ANEXOS X - Modelo *Jean Tabaka***



## Modelo Jean Tabaka

High Performance Teams Collaboration Criteria		Team Score	Median	Team Member Assessment													
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	<b>Self Organizing</b> <i>The team is self-organizing vs. command and control top-down organization</i>																
2	<b>Empowered to Make Decisions</b> <i>The team is empowered to discuss, evaluate and make decisions vs. being dictated to by an outside authority</i>																
3	<b>Belief in Vision and Success</b> <i>Team members understand the project vision and goals, and truly believe that, as a team, they can solve any problem to achieve them</i>																
4	<b>Committed Team</b> <i>Team members are committed to succeed as a team vs. individual success at any cost</i>																
5	<b>Trust Each Other</b> <i>The team has the confidence to continually work in improving their ability to act without fear, anger, or bullying</i>																
6	<b>Participatory Decision Making</b> <i>The team is engaged in participatory decision making vs. bending to authoritarian decision making or succumbing decisions from others</i>																
7	<b>Consensus-Driven</b> <i>Decisions are consensus-driven vs. leader-driven. Team members share their opinions freely and participate in the final decision</i>																
8	<b>Constructive Disagreement</b> <i>The team is able to negotiate through a variety of alternatives and impacts surrounding a decision, and craft the one that provides the best outcome</i>																
<b>Total Score</b>																	

**Legend:** 1- Strongly Disagree; 3- Neutral; 5- Strongly Agree



(Xavier, 2017)



## **ANEXO XI - Identificar as minhas potencialidades como líder/facilitador**



### Identificar as minhas potencialidades como líder/facilitador

“Você pode se ver com: **1** - Habilidades altamente desenvolvidas; **2** - Habilidades em desenvolvimento; **3** - Habilidades a desenvolver. Abaixo, faça os seus registros, depois estabeleça as prioridades daquelas habilidades que você deseja aperfeiçoar e desenvolver”.

<b>HABILIDADES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Saber ouvir ativamente			
Receber e dar feedback			
Ser apoiante e amigável			
Ser claro na comunicação			
Respeitar o outro			
Falar com adequação			
Edificar pessoas			
Assumir responsabilidades decisórias			
Reconhecer méritos			
Ter flexibilidade de estilo de liderança			
Atualizar-se como pessoa			
Ser bem informado			
Ser criativo e estimular a criatividade			
Ser aberto a novas ideias			
Saber delegar			
Compreender antes e julgar			
Motivar pessoas e equipa			
Ser realista e otimista			
Gerenciar conflitos			
Fazer leituras não verbais			
Solicitar contribuições			
Fazer e respeitar acordos			
Ser atualizado profissionalmente			
Considerar opiniões de terceiros			
Gerar entusiasmos			
Ter senso de missão/sonhos a realizar			
Ter atitude jovial frente à vida			
Repassar informações eticamente			
Facultar o desenvolvimento a outros			
Ser resiliente			

(Castilho, 1998, p. 3)



## **ANEXO XII - Modelo de Avaliação 360°: Gestor do Projeto**



## Modelo de Avaliação 360°: Gestor do Projeto

<b>Avaliação 360°</b>				
<b>Avaliado:</b>			<b>Cargo:</b> Gestor do Projeto	
<b>1. Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera?</b>				
Nunca <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Algumas <input type="checkbox"/> Vezes <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Quase Sempre <input type="checkbox"/>
<b>2. Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem?</b>				
Nunca <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Algumas <input type="checkbox"/> Vezes <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Quase Sempre <input type="checkbox"/>
<b>3. Gere a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde?</b>				
Nunca <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Algumas <input type="checkbox"/> Vezes <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Quase Sempre <input type="checkbox"/>
<b>4. Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera?</b>				
Nunca <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Algumas <input type="checkbox"/> Vezes <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Quase Sempre <input type="checkbox"/>
<b>5. Garante a prática profissional baseada na evidência?</b>				
Nunca <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Algumas <input type="checkbox"/> Vezes <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Quase Sempre <input type="checkbox"/>
<b>6. Desempenha um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde?</b>				
Nunca <input type="checkbox"/>	Pouco <input type="checkbox"/>	Algumas <input type="checkbox"/> Vezes <input type="checkbox"/>	Muito <input type="checkbox"/>	Quase Sempre <input type="checkbox"/>

**Fonte:** (Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março. Diário da República n.º 48/2015 - II série)



**ANEXO XIII - Modelo *Cohen & Bailey***

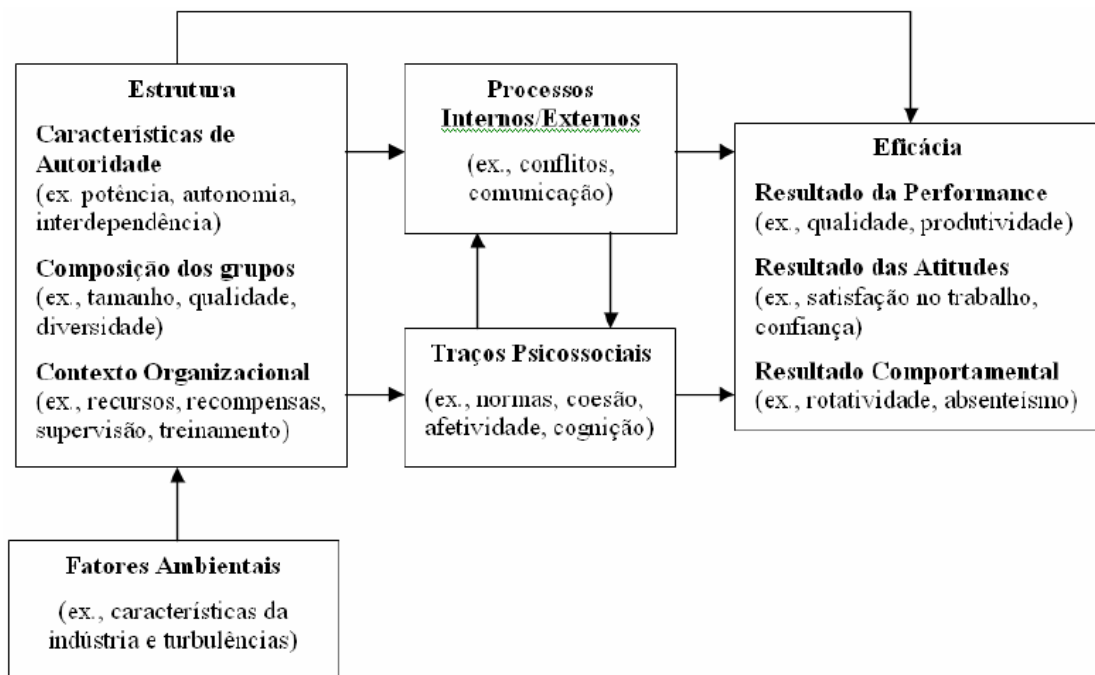


## Modelo *Cohen & Bailey*

Segundo Cohen & Bailey (1997) a estrutura de uma equipa de trabalho tem relação direta e indireta, através dos processos e dos traços psicossociais (normas, coesão, afetividade e cognição), nos resultados da equipa, nomeadamente na sua eficácia. O modelo também sugere que os fatores ambientais têm um efeito direto nas características estruturais da equipa.

Desta forma, os fatores ambientais e estruturais, os processos e os traços psicossociais, em conjunto, determinam o nível de eficácia obtido pela equipa, ou seja, o seu desempenho.

Segundo as autoras os resultados eficazes, os processos e os traços psicossociais evoluem ao longo do tempo e as estruturas da equipa podem influenciar-se mutuamente.



(Cohen & Bailey, 1997 citado por Luís, 2012, p. 27)



## **ANEXO XIV - Motivação Coletiva: Método *Banchard***



## Motivação Coletiva: Método *Blanchard*

Blanchard (2003) defende o modelo dos três C's do desempenho e motivação para explicar a gestão da motivação coletiva:

- **“Causa:** aquilo que faz com que o desempenho possa acontecer;
- **Comportamento:** o desempenho em si;
- **Consequência:** a reação ao desempenho” (Blanchard, 2003 citado por Lança, 2012, p. 43).

Este autor defende que é mais fácil alterar comportamentos se houver consequências dos mesmos. Então a consequência positiva numa equipa, se compreendida, gera entusiasmo, que se for bem gerido, potencia confiança nos processos através dos resultados.

Estratégias para motivar os elementos de uma equipa:

- clarificar o erro de forma clara, concreta e objetiva o mais rápido possível;
- evidenciar os comportamentos e as atitudes e não as pessoas;
- exemplificar as implicações de forma clara, os aspetos positivos e negativos das ações bem ou mal realizadas;
- caso seja um aspeto negativo, ser o primeiro a reconhecer, que tal pode estar a acontecer por uma mensagem mal transmitida;
- ter a certeza que os intervenientes, compreenderam o processo da tarefa, as ações e as consequências, mesmo que a execução esteja correta;
- enquanto um elemento integrar a equipa, transmitir sempre confiança (Blanchard, 2003 citado por Lança, 2012).



## **ANEXO XV - Questões à Equipa**



## Questões à Equipe

Dê um valor para as questões a seguir: [1] Ótimo [2] Bom, [3] Regular, [4] Mau [5] Pésimo

1. [ ] Participamos e estamos envolvidos no planejamento das atividades.
2. [ ] Compreendemos como a nossa atividade contribui para o alcance dos objetivos do hospital.
3. [ ] Acreditamos que atingiremos os objetivos e metas da equipa.
4. [ ] Estamos identificados com a visão da nossa equipa.
5. [ ] Acreditamos que atingiremos os nossos objetivos pessoais através do reconhecimento do nosso desempenho na equipa.
6. [ ] O nosso chefe estrutura bem o nosso trabalho quando não sabemos fazê-lo.
7. [ ] O nosso chefe apoia-nos no nosso trabalho quando não sabemos realizá-lo, e elogia-nos ao concluí-lo.
8. [ ] O nosso chefe participa connosco no nosso trabalho, dando-nos sempre incentivos e motivação, e elogia-nos pela colaboração.
9. [ ] O nosso chefe delega-nos o trabalho quando reconhece que sabemos realizá-lo com qualidade, e elogia-nos pela competência e pelo empenho.
10. [ ] Temos reconhecimento institucional quando atingimos as nossas metas (prémios, viagens, etc.).
11. [ ] Temos recompensas institucionais quando atingimos as nossas metas, ou apresentamos contribuições para a hospital.
12. [ ] Temos suficiente investimento em formação e desenvolvimento para estarmos bem qualificados para diversas atividades no hospital.
13. [ ] Somos incentivados a resolver problemas e tomar decisões, em vez de levar tudo a instâncias superiores.
14. [ ] Somos responsabilizados e também apoiados em caso de decisões inadequadas.
15. [ ] O nosso clima de trabalho é sempre amigável.
16. [ ] A tendência à colaboração é bem maior do que à competição.
17. [ ] As minorias têm iguais oportunidades.
18. [ ] O respeito mútuo é uma prática comum entre nós.
19. [ ] Os nossos clientes internos e externos estão sempre satisfeitos com o nosso trabalho.
20. [ ] Os nossos fornecedores internos e externos estão sempre satisfeitos connosco.
21. [ ] Surpreendemos os nosso clientes e os nossos fornecedores surpreendendo-os com ações pró-ativas.
22. [ ] Somos uma equipa admirada e de “referência” dentro do hospital.
23. [ ] Somos uma equipa admirada e de “referência” fora do hospital (Adaptado Castilho, 1998).



## APÊNDICE



## **APÊNDICE I - Entrevista**

## ENTREVISTA

A presente entrevista faz parte de um trabalho de pesquisa, desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório, do 12º Mestrado em Enfermagem, na Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Universidade Católica Portuguesa, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto. Visa analisar a exequibilidade de uma equipa de investigação em enfermagem de alto desempenho, assim como da possível parceria com o Enfermeiro do Centro Clínico Académico do Hospital, com o propósito de melhorar a qualidade dos cuidados ao doente crítico na UCIN.

Gostaria que me dispensasse um pouco de tempo, respondendo às questões que se seguem.

1. Quantos Enfermeiros pertencem ao Centro Clínico Académico do Hospital?

Na atualidade, existem duas enfermeiras no Centro Clínico Académico, uma a tempo parcial e outra a tempo inteiro.

2. Qual o papel do Enfermeiro no Centro Clínico Académico do Hospital?

Como parte integrante da equipa de investigação, o Enfermeiro de Estudos Clínicos dá apoio aos projetos de investigação. O Enfermeiro é responsável pela orientação do estudo clínico, com relevo na segurança e bem-estar do interveniente e na execução do protocolo de investigação: particularmente a colheita e processamento de amostras; a gestão da dispensa do medicamento com a equipa da farmácia; a gestão do agendamento das visitas planeadas por Protocolo com doente e investigador, certificando a adesão aos procedimentos esperados.

3. Existem critérios para um Enfermeiro pertencer ao Centro Clínico Académico, como por exemplo, o grau académico?

Neste momento, não tenho conhecimento da existência de critérios para um Enfermeiro pertencer ao Centro Clínico Académico.

4. Quais as competências do Enfermeiro do Centro Clínico Académico?

As competências necessárias são as do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

5. O Enfermeiro do Centro Clínico Académico tem acumulação de funções dentro do Hospital?

Temos uma Enfermeira que está a tempo parcial, com acumulação de funções, por vezes, temos que integrar na equipa de investigação um número maior de enfermeiros, quando o número de participantes é significativamente elevado para o projeto de investigação.

6. Existem estudos no Centro Clínico Académico em que o Enfermeiro é o investigador? Se respondeu afirmativamente na questão anterior, sabe-me identificar as temáticas?

Não. No entanto, a investigação realizada no Hospital, poder ser efetuada por médicos, enfermeiros ou outros colaboradores.

7. Na sua opinião, seria viável o Enfermeiro do Centro Clínico Académico supervisionar e auditar o(s) projeto(s) de investigação a implementar na UCIN? Se respondeu não, quais seriam as condições necessárias para implementar?

Pelos conhecimentos científicos que obtemos e pelo papel que o Enfermeiro no Centro Clínico Académico realiza não seria viável o Enfermeiro supervisionar e auditar o(s) projeto(s) de investigação a implementar na UCIN.

As condições necessárias para implementar seria mais enfermeiros com um grau académicos superior ao atual e um espírito de investigador.

8. Existem documentos para submeter o(s) projeto(s) de investigação em enfermagem da UCIN?

Sim, existe um protocolo de investigação que deve ser apresentada pelo investigador às entidades competentes.

9. Com que antecedência seria necessária submeter o(s) projeto(s) de investigação em enfermagem da UCIN?

Não sei.

10. Como poderia submeter o(s) projeto(s) de investigação em enfermagem da UCIN à Comissão de Ética para a Saúde?

Os projetos de investigação devem ser dirigidos ao Presidente da Comissão Executiva do Hospital com o requerimento a solicitar autorização para a realização da investigação. De acordo, com o tipo de investigação e a legislação em vigor, a

Comissão referida anteriormente solicita parecer à Comissão de Ética para a Saúde, à Comissão de Farmácia, ao Encarregado de Proteção de Dados ou a outras entidades. O requerimento para a realização de Investigação no Hospital, tanto a que decorra nos seus Serviços Clínicos como nos Não-Clínicos, deverá cumprir os seguintes requisitos: a entrega em papel do requerimento dirigido ao Presidente da Comissão Executiva; a documentação do Protocolo de Investigação; a Submissão de Estudos Clínicos à Comissão de Ética para a Saúde do Hospital e o envio por correio eletrónico, para os endereços eletrónicos pré-estabelecidos.

## **APÊNDICE III - Formação: Plano de Catástrofe do Hospital**

- ✓ **Plano da Sessão de Formação**
- ✓ **Comunicação**
- ✓ **Questionário de Avaliação de Satisfação da Formação**
- ✓ **Avaliação da Formação pelo Formador**
- ✓ **Resultados da Sessão de Formação**

## PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

<b>Curso:</b>	12º Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica	<b>Sessão n.º:</b>	1
<b>Unidade Curricular:</b>	Estágio Final e Relatório	<b>Data:</b>	13-12-2019
<b>Tema:</b>	Plano de Catástrofe do Hospital	<b>Início:</b>	9:00 h
<b>Local:</b>	Hospital X	<b>Duração:</b>	30 Minutos
<b>Público-Alvo:</b>	Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital X		
<b>Formador:</b>	Tânia Dionísia Ferreira Oliveira. Profissional de saúde, com a Licenciatura em Enfermagem.		
<b>Pré-Requisitos:</b>	Não existem		

<b>Objetivo Geral</b>	Conhecer o Plano de Catástrofe, nomeadamente a organização e atuação perante uma emergência, a nível interno ou externo, e a resposta do Serviço de Urgência à mesma.
<b>Objetivo Específico</b>	<p>Identificar os riscos e as vulnerabilidades do Hospital;</p> <p>Identificar os meios e recursos a utilizar e organizar uma estrutura interna;</p> <p>Estabelecer critérios e procedimentos necessários para atuar em situações de catástrofe;</p> <p>Articular a atuação dos meios internos com os meios externos de apoio e socorro;</p> <p>Estabelecer critérios de utilização que evitem a duplicidade de meios, erros e omissões;</p> <p>Restabelecer o normal funcionamento das suas atividades.</p>

<b>Desenvolvimento da Sessão</b>				
<b>Fases</b>	<b>Descrição Conteúdos/ Atividades Pedagógicas</b>	<b>Tempo (minutos)</b>	<b>Métodos e Técnicas Pedagógicas</b>	<b>Equipamentos e Auxiliares Pedagógicos</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do tema;</li> <li>- Apresentação da formadora;</li> <li>- Comunicação dos objetivos da sessão;</li> <li>- Verificação de Pré-Adquiridos.</li> </ul>	5 Minutos	<p>Método: expositivo e interrogativo.</p> <p>Técnicas: exposição e formulação de perguntas.</p>	<p>Pretores: Enfermeiros do Serviço de Urgência.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroprojeter multimédia;</li> <li>- Computador;</li> <li>- PowerPoint.</li> </ul>
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dos contributos do Plano de Catástrofe;</li> <li>- Comunicação do manual de Plano de Catástrofe do Hospital;</li> <li>- Exibição do Plano de Catástrofe a instituir.</li> </ul>	15 Minutos	<p>Método: expositivo.</p> <p>Técnicas: exposição.</p>	<p>Pretores: Enfermeiros do Serviço de Urgência.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Retroprojeter multimédia;</li> <li>- Computador;</li> <li>- PowerPoint.</li> </ul>
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese das principais ideias;</li> <li>- Distribuição do Manual Plano de Catástrofe do Hospital;</li> <li>- Esclarecimento de questões/discussão.</li> </ul>	5 Minutos	<p>Método: expositivo e interrogativo.</p> <p>Técnicas: exposição e brainstorming.</p>	<p>Pretores: Enfermeiros do Serviço de Urgência.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retroprojeter multimédia;</li> <li>- Computador;</li> <li>- PowerPoint;</li> <li>- Manual Plano de Catástrofe do Hospital.</li> </ul>

<b>Avaliação</b>	<b>Tipo</b>	Avaliar o interesse demonstrado na temática; Avaliar o conteúdo da sessão; Apreciar o feedback das atividades desenvolvidas.		
	<b>Técnicas</b>	Observação.		
	<b>Instrumentos</b>	Realizar perguntas aleatoriamente ao grupo de formandos sobre o tema, tipo <i>brainstorming</i> . Realizar questionário de avaliação de satisfação da formação; Realizar questionário de avaliação da formação pelo formador.	<b>Tempo</b>	5 Minutos

# COMUNICAÇÃO



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

PORTO

12º Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

## Plano de Catástrofe do Hospital

Docente: Prof.ª Doutora Ana Sabrina Sousa

Orientador:

Discente: Tânia Dionísia Ferreira Oliveira

X, 13 de dezembro de 2019

## Objetivo Geral

- Conhecer o Plano de Catástrofe, nomeadamente a organização e atuação perante uma emergência, a nível interno ou externo, e a resposta do Serviço de Urgência à mesma.



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

## Objetivo Específico

- Identificar os riscos e as vulnerabilidades do Hospital;
- Identificar os meios e recursos a utilizar e organizar uma estrutura interna;
- Estabelecer critérios e procedimentos necessários para atuar em situações de catástrofe;
- Articular a atuação dos meios internos com os meios externos de apoio e socorro;
- Estabelecer critérios de utilização que evitem a duplicidade de meios, erros e omissões;
- Restabelecer o normal funcionamento das suas atividades.



Fonte: [https://image.freepik.com/vetores-gratis/conjunto-de-catastrofes-naturais-em-design-plano\\_23-2147704590.jpg](https://image.freepik.com/vetores-gratis/conjunto-de-catastrofes-naturais-em-design-plano_23-2147704590.jpg)



# CATÁSTROFE

Em referência ao regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, “a catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil - Decreto-Lei n.º 27/2006, no seu artigo 3.º, ponto 2 como *acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional*” (p. 19362).



## CATÁSTROFE

Catástrofes Naturais

Catástrofes de Origem Humana

(Magalhães & Alçada, 2014)



# CATÁSTROFE

O hospital é essencial para responder a uma catástrofe: o serviço de urgência pelas suas funções, tem um destaque na abordagem específica, com o plano hospitalar de catástrofe (Henriques, 2009).



## Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

Artigo 100.º

Dos deveres deontológicos em geral

“O enfermeiro assume o dever de:

d) Ser solidário com a comunidade, de modo especial, em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.78).



Fonte: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe\\_estatuto2016-versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016-versao03-05-17.pdf)



# Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

## Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

No regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho no Anexo II:

“2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

2.1 - Cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.

2.2 - Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de emergência e catástrofe.

2.3 - Planeia resposta à situação de catástrofe.

2.4 - Gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe.

2.5 - Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (p. 19363-64).



## CATÁSTROFES: MUNDO

Origem	Tipo de Catástrofe	Ocorrência	Local	Data
Natural	Eruptões Vulcânicas	Eruptão do Vesúvio	Italia	agosto de ano 79
		Eruptão do Eyjafjallajökull	Islândia	abril 2010
Humana	Incêndios em Cidades	Grande Incêndio de Londres	Inglaterra	setembro 1666
		Grande Incêndio de Lisboa	Portugal	agosto 1568
Natural	Terra-tremotos	Grande Terremoto de Lisboa	Portugal	novembro 1755
		Terra-tremoto e Tsunami no Japão	Japão	março 2011
Humana	Grandes Naufrágios	Naufrágio do Titanic	Oceano Atlântico	abril 1912
		Naufrágio do Costa Concordia	Mar Mediterrâneo	janeiro 2012
Humana	Grandes Acidentes Rodoviários	Incêndio no Túnel do Monte Branco	Itália - França	março 1999
		Colisão em cadeia em autoestradas portuguesas	Portugal	fevereiro 2000 e agosto 2010
Humana	Maré Negra	Maré Negra provocada pelo navio Prestige	Espanha	novembro 2000
		Maré Negra provocada pela plataforma DWH no Golfo do México	EUJA	abril 2010
Natural	Furacões ou Grandes Tempestades	Furacão Katrina	EUJA e Bahamas	agosto 2005
		Tempestade em Portugal Continental	Portugal	janeiro 2013

(Magalhães & Alçada, 2014, p. 11)



# CATÁSTROFES: MUNDO EM 2013

		Número	Vítimas
<b>Total de Catástrofes</b>		<b>308</b>	<b>25 903</b>
Catástrofes naturais	Inundações	53	8 633
	Tempestades	60	8 344
	Terramotos	12	1 095
	Grandes incêndios	8	1 335
	Frio, nevéos, queda de granizo	13	727
	Outras calamidades	4	67
<b>Total (78%)</b>		<b>150</b>	<b>20 201</b>
Catástrofes de origem humana	Incêndios e explosões	51	2 113
	Desastres de aviação	11	176
	Desastres marítimos	25	1 135
	Desastres ferroviários	13	231
	Acidentes em minas	11	447
	Quedas de prédios ou outros edifícios	1	21
	Ataques terroristas e outros acontecimentos	46	1 579
	<b>Total (22%)</b>	<b>158</b>	<b>5 702</b>

(Swiss Re Economic Research & Consulting sigma n° 1/2014 citado por Magalhães & Alçada, 2014, p. 9)



# CATÁSTROFE

## PORTUGAL

- 1992 - Desastre Aéreo Faro;
- 2001 - Desastre de Entre-os-Rios - 59 Mortos;
- 2007 - Acidente de autocarro na A23;
- 2014 o **EURO** foi uma grande referência em Portugal. Houve necessidade de um planeamento, treinos e simulacros incluindo várias entidades do Plano Nacional de Emergência (Oliveira, 2007).



# CATÁSTROFE

1854-1856

Florence Nightingale: Guerra Crimeira



Fonte: [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/a/ab/Florence\\_Nightingale\\_%28H\\_Hering\\_NPG\\_x82368%29.jpg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/a/ab/Florence_Nightingale_%28H_Hering_NPG_x82368%29.jpg)



MILITARY MEDICINE, 173, 11:1073, 2008

## Evaluation of an Instrument to Measure Nurses' Familiarity with Emergency Preparedness

MAJ Susan J. Garbutt, NC USAFR<sup>†</sup>; James W. Peltier, PhD<sup>†</sup>; Joyce J. Fitzpatrick, PhD RN FAAN<sup>‡</sup>

**ABSTRACT** The events of September 11, 2001, and the 2005 devastation of Hurricane Katrina have emphasized the importance of educating all nurses in emergency preparedness and bioterrorism. Methods: Further evaluation (secondary data analysis) of the Emergency Preparedness Information Questionnaire (EPIQ) was conducted, to assess nurses' familiarity with emergency preparedness. Results: This study confirmed that the EPIQ, as revised, has sound psychometric characteristics (construct validity and internal reliability) as a tool to measure nurses' self-reported level of familiarity with emergency preparedness. Conclusions: Additional studies using the revised EPIQ should provide data to assist civilian and military nurse educators and to facilitate the development of competency-based, relevant, emergency preparedness curricula.

### INTRODUCTION

The events of September 11, 2001, and the 2005 devastation of Hurricane Katrina in New Orleans, Louisiana, have emphasized the importance of educating nurses and other health care responders regarding emergency preparedness and bioterrorism. Traditionally, nurses on the front lines (i.e., military, emergency department, and public health) have been entrusted with the responsibility to care for victims of disasters. However, emergency preparedness is a critical competency that is needed by both experienced nurses and new graduates no matter where they are employed. Stepski<sup>1(p426)</sup>

and the International Coalition for Mass Casualty Education recognized that all nurses need the knowledge and skills to be able to respond to bioterrorism and other mass casualty events.<sup>3,4</sup> Despite these calls for emergency preparedness education, there is currently a lack of emergency preparedness and mass casualty education in the curricula of nursing schools, and little is known about how well prepared current nurses are for handling large-scale medical events.<sup>5-7</sup>

Patillo<sup>8</sup> emphasized that disaster nursing was once the purview of military nurses and emergency department personnel. This perspective has been expanded through the

Fonte: [https://www.researchgate.net/publication/23570125\\_Evaluation\\_of\\_an\\_Instrument\\_to\\_Measure\\_Nurses'\\_Familiarity\\_with\\_Emergency\\_Preparedness](https://www.researchgate.net/publication/23570125_Evaluation_of_an_Instrument_to_Measure_Nurses'_Familiarity_with_Emergency_Preparedness)



# PLANO DE EMERGÊNCIA

PLANO NACIONAL  
DE EMERGÊNCIA DE PROTEÇÃO CIVIL

Resolução do Conselho de Ministros n.º 87/2013, de 11 de dezembro “aprova o PNEPC que constitui um instrumento de suporte às operações de proteção civil em caso de iminência ou ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal continental” (ANPC, 2013, p. 6756).



Fonte: [http://www.proci.pt/bic/RISCOSPREV/Documents/Componentes\\_p%C3%BAblicas.pdf](http://www.proci.pt/bic/RISCOSPREV/Documents/Componentes_p%C3%BAblicas.pdf)



# PLANO DE EMERGÊNCIA

## ORIENTAÇÃO DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco  
Henrique  
Moura  
George



NÚMERO: 007/2010  
DATA: 06/10/2010

ASSUNTO: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde  
PALAVRAS-CHAVE: Plano de emergência  
PARA: Todas as Unidades do Sistema Nacional de Saúde  
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde; [adiniz@dgs.pt](mailto:adiniz@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de Dezembro, emite-se a Orientação seguinte:

### 1. ORIENTAÇÃO

A Direcção-Geral da Saúde recomenda a todas as unidades do Sistema Nacional de Saúde a elaboração de um Plano de Emergência Médica, de acordo com o “Guia Geral de Orientação para a Elaboração de um Plano de Emergência das Unidades de Saúde”, que se anexa à presente Orientação e da qual faz parte integrante.

A concepção do guia anexo é da responsabilidade do Departamento da Qualidade na Saúde, tendo merecido parecer favorável do Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais e do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>



## PLANO DE EMERGÊNCIA

O Padrão 37 do Manual da Qualidade CHKS do Hospital refere que o serviço participa no desenvolvimento de planos para responder a incidentes externos graves e tem uma declaração escrita sobre o papel que desempenha em caso de incidente externo grave.



## PLANO DE EMERGÊNCIA

- Dar resposta a situações com elevada probabilidade de ocorrência, nomeadamente no que se refere a acidentes multivítimas, segurança contra incêndios, pandemias ou outras situações geradoras de fluxos anormalmente altos de doentes.
- Formar todos os profissionais envolvidos e difundir o Plano de Catástrofe, tanto interna como externamente, para que a sua operacionalização seja bem-sucedida no momento, que não se deseja, de qualquer catástrofe.



# PLANO DE EMERGÊNCIA

## **FINALIDADE:**

Conseguir economia de esforços, rapidez de intervenção e limitação das consequências dos sinistros.



## **Riscos e Vulnerabilidades**

### **❖INTERNOS**

- Incêndio nas instalações e seu desenvolvimento;
- Explosão ou derrame de substâncias ou materiais perigosos (sólidos, líquidos e gases);
- Roturas no fornecimento de água, eletricidade e gases.

### **❖EXTERNOS**

- Queda de aeronave;
- Sismos;
- Intempéries e inundações.



## Riscos e Vulnerabilidades

### ❖ RELACIONADOS COM O DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO

- Incêndios urbanos e seu desenvolvimento.

### ❖ RELACIONADOS COM O COMPORTAMENTO HUMANO

- Atividades Conflituosas, Subversivas e/ou Terroristas.



## OPERACIONALIZAÇÃO

### GABINETE DE CRISE

- **Coordenador da Emergência**

(Chefe Equipe SU; Diretor SU; Diretor Clínico; Presidente CA);

- **Coordenador Clínico** (médico designado no momento da ativação);

- **Coordenador de Recursos Humanos** (Chefe da equipa de enfermagem);

- **Coordenador de Logística** ( Enfermeiro de 2ª linha da equipa de serviço);



# OPERACIONALIZAÇÃO

## GABINETE DE CRISE

- **Coordenador da Segurança Interna** (elemento em funções de Chefe de Brigada do Posto de Segurança do Hospital);
- **Coordenador do Edifício** (Delegado de Segurança do Edifício ou elemento designado pela Entidade Gestora do Edifício);
- **Entidades Externas** (Proteção Civil, Bombeiros, INEM, PSP, ou outros).



# OPERACIONALIZAÇÃO

## PRINCIPAIS ETAPAS DO PLANO DE EMERGÊNCIA



# OPERACIONALIZAÇÃO

## ATUAÇÃO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

### Propósitos do Coordenador da Emergência:

- Estruturar os meios e recursos existentes, identificando-os e definindo procedimentos para a sua gestão;
  - Garantir a direção, coordenação e controle das ações a desenvolver;
  - Criar todas as condições para uma rápida resposta da organização interna e prever o seu reforço;
- Dar indicação para que a Urgência Geral passe a funcionar nas instalações da Urgência Pediátrica:
- Assegurar o contínuo acompanhamento da situação e do funcionamento do Hospital.



# OPERACIONALIZAÇÃO

Nível de Alerta	Nº de vítimas	Nº de vítimas críticas
Nível 1 – Alerta Verde	< 15	> 4 < 6
Nível 2 – Alerta Amarelo	15 a 30	6 a 10
Nível 3 – Alerta Vermelho	> 30	> 10

Nível 1 - Resposta com meios permanentemente disponíveis;

Nível 2 - Resposta com recursos do Hospital, ativáveis em situações especiais;

Nível 3 - Resposta com recursos mobilizáveis em situações de emergência.



## OPERACIONALIZAÇÃO

### “Foi Ativado o Plano de Catástrofe do Hospital”

(mensagem para todos os profissionais do Hospital (+/-2800))



“Ativado Nível 2 (ou Nível 3) do Plano de Catástrofe do Hospital, necessitamos da sua comparência. Dirija-se ao Coordenador de Recursos Humanos no Serviço de Urgência”

(mensagem para médicos, enfermeiros e assistentes operacionais do SU (+-200))



## OPERACIONALIZAÇÃO

### “Foi Inativado o Plano de Catástrofe do Hospital”

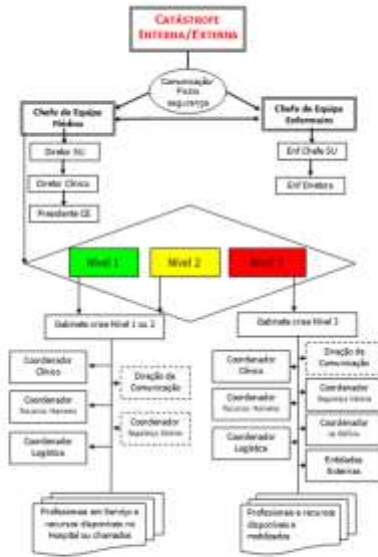
(mensagem para todos os profissionais do Hospital (+/-2800))



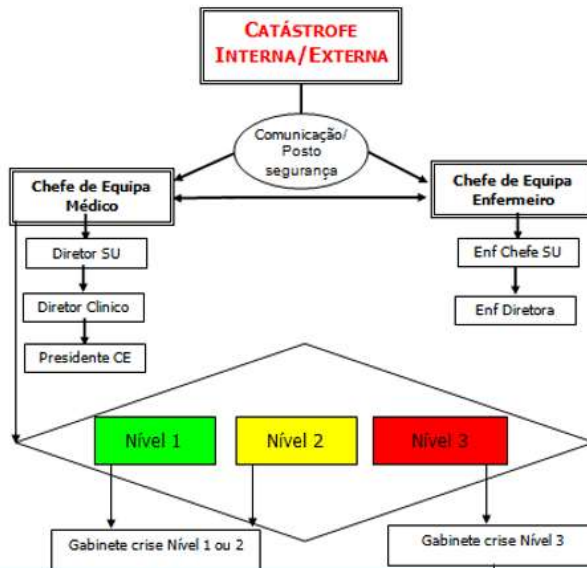
Na realização de simulacros, estas frases serão precedidas da palavra “Exercício de teste”

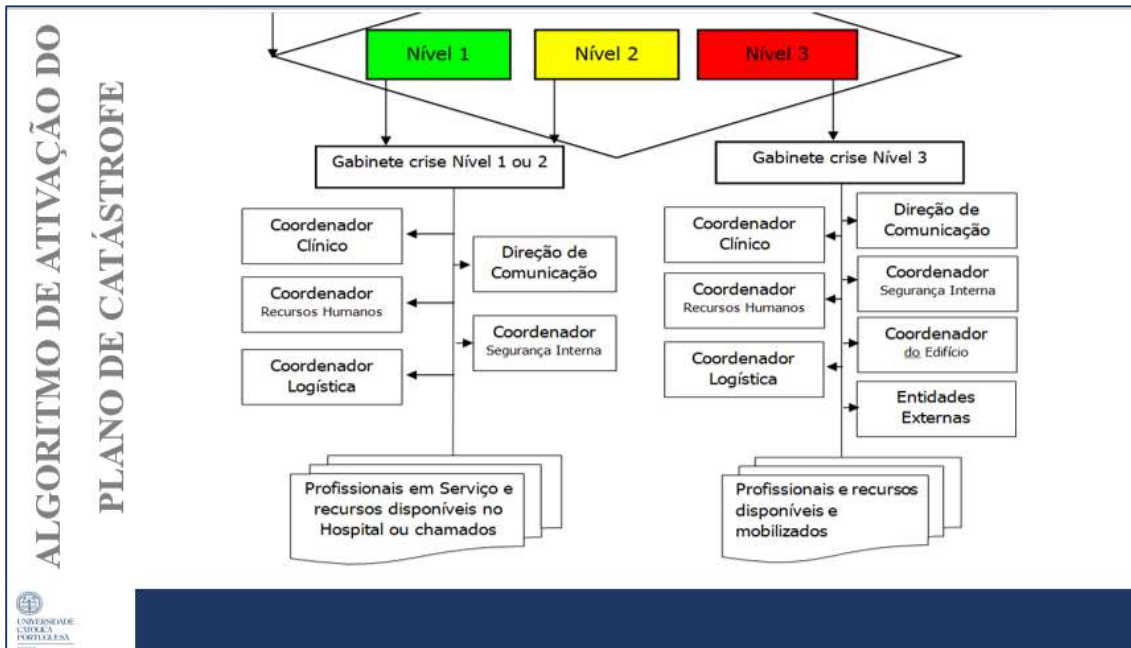


**ALGORITMO DE ATIVAÇÃO DO  
PLANO DE CATÁSTROFE**



**ALGORITMO DE ATIVAÇÃO DO  
PLANO DE CATÁSTROFE**





**OPERACIONALIZAÇÃO RECURSOS HUMANOS**

Nível 1 (Disponíveis Permanentemente)	Nível 2 (Disponíveis em Situações Especiais)	Nível 3 (Mobilização em Caso de Emergência)																																				
<p>Recursos humanos dedicados ao serviço em cada turno de trabalho.</p> <p><b>Médicos</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Semana</th> <th colspan="2">Fim de semana</th> </tr> <tr> <th>Dia</th> <th>Noite</th> <th>Dia</th> <th>Noite</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16</td> <td>9</td> <td>16</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Enfermeiros</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Semana</th> <th colspan="2">Fim de semana</th> </tr> <tr> <th>Dia</th> <th>Noite</th> <th>Dia</th> <th>Noite</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19</td> <td>15</td> <td>19</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Assistentes Operacionais</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Semana</th> <th colspan="2">Fim de semana</th> </tr> <tr> <th>Dia</th> <th>Noite</th> <th>Dia</th> <th>Noite</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>	Semana		Fim de semana		Dia	Noite	Dia	Noite	16	9	16	9	Semana		Fim de semana		Dia	Noite	Dia	Noite	19	15	19	15	Semana		Fim de semana		Dia	Noite	Dia	Noite	13	12	13	12	<p>Para além dos recursos humanos disponíveis permanentemente, existem os profissionais em regime de prevenção, cuja lista deve estar em poder do Chefe de Equipa do SU e que tem de ser remetida mensalmente pelos respetivos Diretores de Serviço, ao Diretor do SU.</p>	<p>Recursos humanos totais a exercer atividade no Hospital</p> <p>Os contactos dos profissionais será efetuado pelo Diretor da respetiva área. A lista dos contactos dos diretores encontra-se em anexo.</p> <p>Considerar mobilização de eventuais recursos externos através da Proteção Civil.</p>
Semana		Fim de semana																																				
Dia	Noite	Dia	Noite																																			
16	9	16	9																																			
Semana		Fim de semana																																				
Dia	Noite	Dia	Noite																																			
19	15	19	15																																			
Semana		Fim de semana																																				
Dia	Noite	Dia	Noite																																			
13	12	13	12																																			

UNIVERSIDADE UDESA PORTUGUESA

## CAPACIDADE HOSPITALAR

Nível 1 (Disponível Permanentemente)	Nível 2 (Disponível em Situações Especiais)	Nível 3 (Mobilização em Caso de Emergência)
<p><b>Capacidade do H :</b> Internamento: 557 camas Diferenciadas: 73 camas</p> <p><b>Recobro Bloco Operatório:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 camas</li> </ul> <p>(12 BOP e 10 Ambulatório)</p> <p><b>Bloco Operatório Central:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 Salas</li> </ul> <p>A Gestão de Camas possui informação diária sobre a variação da taxa de ocupação pelos respetivos serviços.</p>	<p>Acionar "altas precoces" para libertar camas.</p> <p>Abertura do Bloco 1B com 26 camas.</p> <p>Estima-se uma capacidade para 100 doentes, a alocar em macas nos diversos serviços de internamento (5 doentes por ala).</p> <p><b>Ginásio do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação,</b> comportando cerca de 25 macas a solicitar ao exterior.</p>	<p>Possibilidade de recorrer aos Hospitais dos Distritos quer oficiais, quer privados, mobilizáveis através da Proteção Civil.</p>



## AUTONOMIA DOS SERVIÇOS

Nível 1 (Disponível Permanentemente)	Nível 2 (Disponível em Situações Especiais)	Nível 3 (Mobilização em Caso de Emergência)
<p><b>Serviço Farmacológico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de origem: 17 dias.</li> <li>• Soro: 1 semana.</li> <li>• Gases Medicais:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Central: 1 semana.</li> <li>- Gases próprios do serviço para transporte de doentes: 4 dias.</li> <li>- Gases grandes de oxigénio: 4 dias.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Imunohemoterapia:</b> Banco de 10 células de fraldas + soro, armazenado pelo Plano de Emergência Português do Sangue.</p> <p><b>Apreensão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comumidade em geral: 2 semanas.</li> <li>• Alimentação: 3 dias.</li> </ul> <p><b>Respeito:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeito em geral: 2 dias.</li> </ul> <p><b>Electricidade:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal: 220V.</li> <li>• Geradores: capacidade para 22 horas em plena carga por depósito de 1999 litros.</li> </ul> <p><b>Água:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• At(00):</li> <li>• Depósito (armazenar de 30 horas até ao depósito de 400 m<sup>3</sup>).</li> <li>• Reservas (em reserva).</li> </ul> <p><b>Gás:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depósito (armazenar de 10 dias até ao depósito de 3231 m<sup>3</sup>).</li> </ul>	<p>Se necessário recorrer ao fornecimento direto, confirmar lista de fornecedores mais frequentes.</p>	<p>Mobilização de entidades externas (Farmácia, laboratório, etc.) através da Proteção Civil.</p>



RECURSOS  
TÉCNICOS

Nível 1 (Dispositivos Permanentes)	Nível 2 (Dispositivos em Situações Especiais)	Nível 3 (Mobilização em Caso de Emergência)
<b>Material Cirúrgico:</b> Material que permite a abertura de 12 salas do Bloco Operatório.	Aumento de oferta de esterilização, prolongando o horário se necessário.	Mobilização de recursos através da proteção civil.
<b>Esterilização:</b> O Serviço de Esterilização assegura a oferta de material cirúrgico todos os dias, das 08:00 às 22:00.	Garrafas de Oxigénio dispersas nos serviços: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviço de urgência - 30 de 5l.</li> </ul> Ventiladores nos Serviços: <ul style="list-style-type: none"> <li>• UCIP, Bloco Operatório e Serviço de Urgência (8).</li> </ul>	
<b>Radiologia:</b> Em funcionamento 24 horas.		

SISTEMAS DE  
COMUNICAÇÃO

## ATUALMENTE:

- 1111
- 2222

Nível 1 (Dispositivos Permanentes)	Nível 2 (Dispositivos em Situações Especiais)	Nível 3 (Mobilização em Caso de Emergência)
<b>Sistema Rádio instalado no Posto de Segurança:</b> Ligação através do	<b>Sistema Rádio instalado no Posto de Segurança:</b> Ligação através do	Lista de telefones imprescindíveis no anexo n.º 4.
<b>Telefone interno de emergência:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> </ul> <b>Central Telefónica:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul> <b>Rede Telefónica</b> - com ligação ao exterior através da Central Telefónica ou diretamente.	<b>Mensageiros:</b> Possibilidade de requisitar Assistentes Operacionais.	
<b>Rede de Telefones e Telemóveis Internos</b> (ver listagens no anexo n.º 3)	<b>Intercomunicadores Internos,</b> sob a responsabilidade da segurança interna.	
<b>Sistema de Som</b> <b>Fax do SU:</b>		

## ARMÁRIO DE CATÁSTROFE

ITEM	MATERIAL	QUANTIDADE
1	Guias dos Coordenadores (Emergência, Clínico, Recursos Humanos, Logística, Segurança, Edifício, Entidades Externas).	8
2	Lista de contatos.	2
3	Placares para identificação de ÁREAS:	
	Vermelho	2
	Amarelo	2
	Verde	2
	Preto	1
4	Kits numerados de 1 a 100, em saco vermelho, cada um composto por:	
	• 1 Pulseira de cada cor (vermelha, amarela, verde e preta), numerada de acordo com o Kit;	
	• Folha com 100 autocolantes, previamente numerados de acordo com o Kit;	
	• 1 Processo sumário previamente numerado de acordo com o Kit (ficha urgência e ficha de catástrofe);	
	• 1 Conjunto de tubos para colheita de sangue numerados de acordo com o Kit;	
	• Bolsa para recolha de espólio, numerada de acordo com o Kit.	
	Folhas de registo utilizadas no Plano de Emergência:	
	Resumo de Atividade (modelo nº 1)	2
	Resumo de "Temperatura" - Identificação (modelo nº 1)	Para 100 alunos
	Resumo de intervenção dos Coordenadores (modelo nº 1)	10
	Materialização de grande espaço (para prova)	4
	Forma "Temperatura de Trabalho" (modelo nº 1)	1
5	Bolsa para Espólio	10
6	Folha com as direções "Saída" para o Plano de Emergência, Segura-se se não existem de acordo com a possibilidade de se dirigir a outras unidades de saúde "Obrigado"	1
7	Cartões para a identificação dos Coordenadores de Trabalho de Curso	8
8	Exemplares do Plano de Catástrofe	4



## ARMÁRIO DE CATÁSTROFE

ITEM	MATERIAL	QUANTIDADE
1	Guias dos Coordenadores (Emergência, Clínico, Recursos Humanos, Logística, Segurança, Edifício, Entidades Externas).	8
2	Lista de contatos.	2
3	Placares para identificação de ÁREAS:	
	Vermelho	2
	Amarelo	2
	Verde	2
	Preto	1
4	Kits numerados de 1 a 100, em saco vermelho, cada um composto por:	
	• 1 Pulseira de cada cor (vermelha, amarela, verde e preta), numerada de acordo com o Kit;	
	• Folha com 100 autocolantes, previamente numerados de acordo com o Kit;	
	• 1 Processo sumário previamente numerado de acordo com o Kit (ficha urgência e ficha de catástrofe);	
	• 1 Conjunto de tubos para colheita de sangue numerados de acordo com o Kit;	
	• Bolsa para recolha de espólio, numerada de acordo com o Kit.	
		100



# OPERACIONALIZAÇÃO

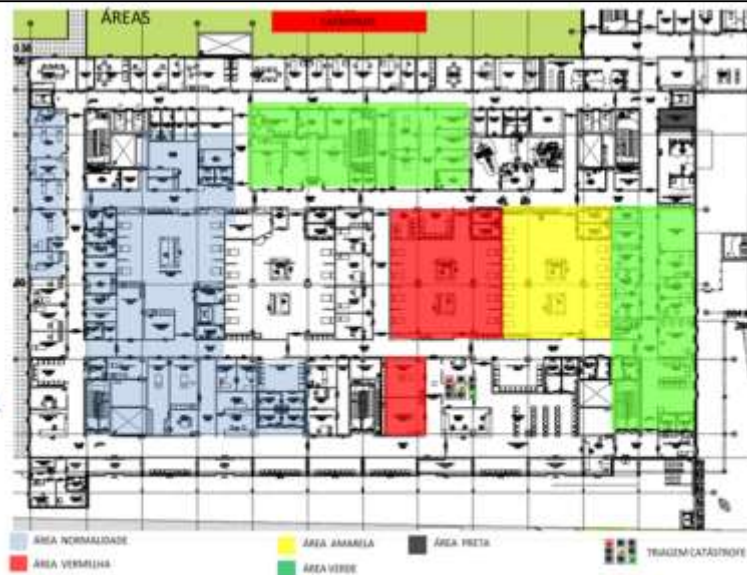
## ARMÁRIO DE CATÁSTROFE

	Folhas de registo utilizadas no Plano de Catástrofe:	
	Registo de Ativação (modelo n.º 1)	2
	Registo de "Triagem Primária - Identificação" (modelo n.º 3)	Para 100 doentes
5	Registo de intervenções dos Coordenadores (modelo n.º 4)	10
	Marcadores de grande fixação (tinta preta)	4
	Poster Triagem de Catástrofe (modelo n.º 2)	2
6	Sacos para Cadáveres	20
7	Placa com os dizeres: "Hospital ativou Plano de Catástrofe. Sugere-se às não vítimas da catástrofe a possibilidade de se dirigirem a outras unidades de saúde. Obrigado"	2
8	Crachás para identificação dos Coordenadores do Gabinete de Crise	8
9	Exemplares do Plano de Catástrofe	4



# OPERACIONALIZAÇÃO

## PLANTA DE CATÁSTROFE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA



## REFORÇO DE RECURSOS HUMANOS

REFORÇO DE RECURSOS HUMANOS				
ÁREA	MÉDICOS	ENFERMEIROS	ASSIST. OPERA.	ASSIST. TEC.
GABINETE DE CRISE	2	2	1	
TRIAGEM CATÁSTROFE		2	2	
VERMELHA	2 a 4	2+3	2+2	
AMARELA	2	3	3	
VERDE	1 a 2	1	1	
PRETA			1	
ADMINISTRATIVA				1
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>1</b>

## Modelos de Impressos Utilizados pelo Gabinete de Crise

- Registo ativação;
- Exemplo do registo de admissão no Posto de Triagem (de 1 a 50);
- Registo de intervenção dos coordenadores.

EXEMPLO DO REGISTO DE ADMISSÃO NO POSTO TRIAGEM

Nº	Nome	Sexo	Idade	Profissão	Outros
1	JOÃO PEDRO DE SOUZA	M	45	ENFERMEIRO	
2	MARIA SILVA	F	35	ENFERMEIRO	
3	ANTONIO CARLOS	M	55	ENFERMEIRO	
4	JOANA MARIA	F	25	ENFERMEIRO	
5	PEDRO ALVES	M	60	ENFERMEIRO	

# DISCUSSÃO

## FUNDAMENTAL

- Conhecimento das funções de cada elemento do Gabinete de Crise;
- Divulgação do Plano de Catástrofe;
- Formação e treino dos chefes de equipa médicos e enfermeiros;
- Realização de simulacro anual;
- Interligação com Planos Externos.



## COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM EM CATÁSTROFE



(ICN & WHO, 2009, p. 49)





## Bibliografia

- ANPC (2013). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil: Componentes Públicas (I, II, III, IV-D). Lisboa: Autoridade Nacional de Proteção Civil, Ministério da Administração Interna.
- Direção Geral de Saúde (2010). Guia Geral para elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde. Ministério da Saúde.
- Garbutt, S. J., Pelton, J. W. & Fitzpatrick, J.J. (2008). Evaluation of an Instrument to Measure Nurses' Familiarity with Emergency Preparedness. *Military Medicine*, 173 (11), 1073-1077. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/235710225\\_Evaluation\\_of\\_an\\_Instrument\\_to\\_Measure\\_Nurses'\\_Familiarity\\_with\\_Emergency\\_Preparedness](https://www.researchgate.net/publication/235710225_Evaluation_of_an_Instrument_to_Measure_Nurses'_Familiarity_with_Emergency_Preparedness)
- Godinho, P.M.G. (2018). *Catástrofe ou Emergência Multidisciplinar: Desenvolvimento de Competência para uma Intervenção Especializada de Eplerovagem* (Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Disponível em: <https://ojs.uam.pt/handle/10400/2627010>
- Henrique, J.M.P. (2009). *Da emergência à Catástrofe: a resposta médica*. Lisboa: Scribe.
- International Council of Nurses e World Health Organization (2009). *INC Framework of Disaster Nursing Competencies*. Disponível em: [http://www.who.int/hb/documents/ia\\_nurseswork.pdf](http://www.who.int/hb/documents/ia_nurseswork.pdf)
- Magalhães, A. M. & Alçada, I. (2014). *Catástrofe e Grandes Desastres*. Disponível em [https://www.apostoladocero.pt/Portal/Conteudos/curso/Download\\_Entry.aspx?ResourceId=12796](https://www.apostoladocero.pt/Portal/Conteudos/curso/Download_Entry.aspx?ResourceId=12796)
- Oliveira, M.R.C.S. (2007). *A Emergência Médica em eventos com multidões. Do planeamento aos resultados. Experiências do euro EM 2004* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22743>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Disponível em: [https://www.odem.informatica.pt/ver?id=3594&pe\\_estatuto2013\\_comeco03-05-12.pdf](https://www.odem.informatica.pt/ver?id=3594&pe_estatuto2013_comeco03-05-12.pdf)
- Regulamento n.º 439/2018 de 16 de julho. Diário da República n.º 135/2018 - II Série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/lisboa/-/dre/115889813/derecho/sumario>
- Shostky, S. (2001). *Experiências de Urgência: Da Teoria à Prática*. Lourenço: Lusociência.

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DA FORMAÇÃO

<b>I. Ação de Formação</b>			
<b>Curso:</b>	12º Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica		
<b>Unidade Curricular:</b>	Plano de Catástrofe do Hospital	<b>Data:</b>	13-12-2019

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 5 (assinalando com um **X**), do qual:

- 1- Discordo completamente; 2- Discordo parcialmente; 3- Sem opinião
- 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo completamente

<b>II. Avaliação Global</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Os objetivos propostos foram claros					
2. Os conteúdos/atividades pedagógicas foram adequados					
3. A duração da formação foi adequada					
4. A documentação foi suficiente					
5. A formação proporcionou a obtenção de novos conhecimentos					
6. Os conhecimentos adquiridos são oportunos para a minha função					
7. As instalações e meios audiovisuais foram adequados					
<b>III. Avaliação do Formador</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. O formador demonstrou dominar o conteúdo					
2. A metodologia empregue foi adequada					
3. A relação com os formandos foi positiva					

**Sugestões/Observações:**

## AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO PELO FORMADOR

<b>I. Ação de Formação</b>			
<b>Curso:</b>	12º Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica		
<b>Unidade Curricular:</b>	Plano de Catástrofe do Hospital	<b>Data:</b>	13-12-2019

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 5 (assinalando com um **X**), do qual:

- 1- Discordo completamente; 2- Discordo parcialmente; 3- Sem opinião
- 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo completamente

<b>II. Apreciação Global</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Os objetivos da formação foram alcançados					
2. Os formandos foram assíduos e pontuais					
3. Os formandos tinham conhecimentos base da temática					
4. Os formandos foram participativos					
5. As instalações e meios audiovisuais foram adequados					

**Observações:**

## RESULTADOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**TÍTULO:** Plano de Catástrofe do Hospital

### 1. INTRODUÇÃO

No SU foi realizado no dia 13 de dezembro de 2019, uma sessão de formação sobre o Plano de Catástrofe do Hospital, com a qual permitiu reavivar o plano e a orientação emanada pela DGS, em 2010.

### 2. OBJETIVO

Conhecer o Plano de Catástrofe, nomeadamente a organização e atuação perante uma emergência, a nível interno ou externo, e a resposta do Serviço de Urgência à mesma.

### 3. MATERIAL E MÉTODOS

Foi efetuada a avaliação do interesse demonstrado na temática e apreciado o *feedback* das atividades desenvolvidas, através da observação.

O Questionário de Avaliação de Satisfação da Formação foi criado para avaliar a sessão, tem um formato tipo *Likert*, que em cada questão tinha a opção de colocar discordo completamente; discordo parcialmente; sem opinião; concordo parcialmente ou concordo completamente. Por último, os intervenientes poderiam deixar Sugestões/Observações.

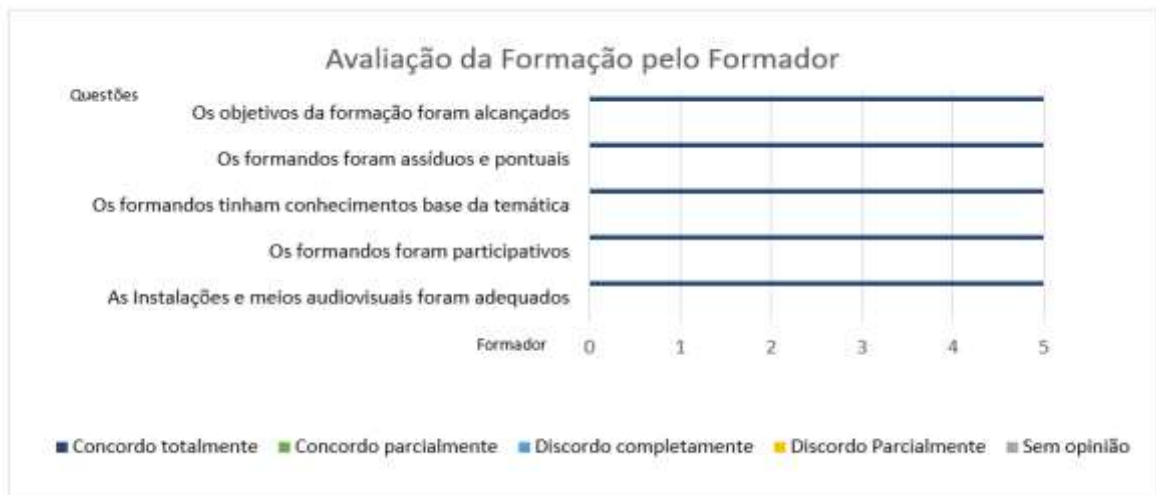
A confidencialidade de cada elemento foi mantida.

Outro instrumento foi elaborado, o Questionário de avaliação da formação pelo formador. Em que o formato manteve igual ao anterior.

### 4. RESULTADOS

Na sessão de formação participaram 8 Enfermeiros. Os resultados da avaliação da formação pelo formador e avaliação da sessão de formação pelos intervenientes foi positivo. A respeito das sugestões/observações os intervenientes referem que a formação deve-se estender a todos elementos do SU e enaltecem a necessidade de simulacros regulares para poderem treinar.

Os seguintes gráficos explicam discriminadamente os resultados de cada item.



## 5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A sessão de formação foi um momento de partilha de conhecimentos, tendo como foco o Plano de Catástrofe do Hospital.

Os intervenientes demonstraram interesse participando ativamente durante a sessão, pois a partilha entre os profissionais promoveu informação, cooperação e a preocupação da conceção do plano em catástrofe. Em relação a avaliação da sessão constatei que todos os intervenientes avaliaram entre concordo parcialmente e concordo completamente, corresponde respetivamente a quatro e cinco.

## 6. CONCLUSÃO

Os resultados refletem aquisição de novos conhecimentos por parte dos intervenientes e a avaliação de satisfação da formação na sua globalidade foi gratificante.



**APÊNDICE IV - Análise Swot do Serviço de Urgência e da Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos**

	Ajuda	Atrapalha
Interna (Organização)	<b>S</b> (Forças)	<b>W</b> (Fraquezas)
Externa (Ambiente)	<b>O</b> (Oportunidades)	<b>T</b> (Ameaças)



## ANÁLISE SWOT DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

	<i>Ajuda</i>	<i>Atrapalha</i>
<i>Interna (Organização)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa de Enfermagem dinâmica e receptiva a novos projetos;</li> <li>• Modelo de gestão por objetivos com a participação de todos os profissionais;</li> <li>• Equipas de Enfermagem organizadas por enfermeiro responsável de turno;</li> <li>• As equipas de enfermagem são compostas por especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica;</li> <li>• Existência de um Plano de Trabalho diário, com distribuição dos enfermeiros pelas diferentes unidades do serviço de urgência;</li> <li>• Manual de Descrição das Funções: Enfermeiros e dos Assistentes Operacionais do Serviço de Urgência;</li> <li>• Plano de Atividades do Serviço de Urgência, elaborado anualmente, onde é descrito: enquadramento estratégico, atividade do serviço, custos variáveis, recursos humanos, plano de investimento, agenda da qualidade e agenda Cuidar Mais;</li> <li>• Existência de plano de integração individual de novos elementos no serviço de urgência;</li> <li>• Todas os protocolos do hospital e do serviço estão disponíveis na internet, no Portal da Qualidade®, permitindo <i>Standard Work</i>;</li> <li>• Informatização do processo de enfermagem, através do <i>Glintt</i> e do <i>Bsimple</i>;</li> <li>• Correlação de informação do <i>BSimple</i> para a <i>Glintt</i>;</li> <li>• Utilização da linguagem CIPE;</li> <li>• Equipa está organizada em elos de ligação: Gestores da Qualidade do Serviço; Dinamizadores de Controlo de Infecção; Gestores Locais de Risco e os Auditores Clínicos.</li> <li>• Realizado avaliação da satisfação dos clientes externos e internos;</li> <li>• Família tem um atendimento personalizado;</li> <li>• Inovação em projetos, por exemplo: “Cuidar +”;</li> <li>• Formação em serviço;</li> <li>• Formação hospitalar obrigatória;</li> <li>• Avaliação de desempenho;</li> <li>• Gestão duplo nível do material;</li> <li>• Inventário do parque de equipamentos;</li> <li>• Sistema de transporte pneumático (sistema de vácuo) para análises sanguíneas, medicação, documentos, etc;</li> <li>• Os serviços farmacêuticos fazem a distribuição de medicação no serviço de urgência;</li> <li>• Para a gestão do risco utiliza software HER+ <i>Health Event Risk Management</i> para notificação de eventos adversos;</li> <li>• Implementado cultura de sugestão por parte dos profissionais para o melhor funcionamento do serviço de urgência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestruturas e Equipamentos inadequados à prestação de cuidados;</li> <li>• Falta de critérios descritos admissão e alta do doente na sala de emergência;</li> <li>• Falta de cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem;</li> <li>• Carência de diversidade de produtos para Feridas e Úlceras de Pressão;</li> <li>• Prática do Modelo Biomédico;</li> <li>• Escassa aplicabilidade de escalas para a monitorização de cuidados de enfermagem;</li> <li>• Absentismo dos enfermeiros influencia o plano de distribuição diário/semanal, com respeito pelo rácio mínimo de profissionais necessários ao funcionamento;</li> <li>• Imprevisibilidade do fluxo de doentes no serviço de urgência;</li> <li>• Número reduzido de indicadores de enfermagem serviço de urgência;</li> <li>• Inexistência guia combate ao desperdício;</li> <li>• Sistemas informação (<i>Glintt</i>) deficitários (por exemplo: falta de diagnósticos de enfermagem) no serviço de urgência;</li> <li>• Burocracia excessiva;</li> <li>• Escassa informação na fase inicial do Processo de Enfermagem (Avaliação Inicial);</li> <li>• Movimentação desnecessária de enfermeiros para a prestação de cuidados;</li> <li>• Procedimentos de enfermagem desadequados;</li> <li>• Não identificado ciclos de melhoria contínua da qualidade, através da identificação sistemática de problemas e oportunidades;</li> <li>• Ausência de etiquetas na abertura da medicação;</li> <li>• Falta de uniformização de práticas seguras da medicação com nome ortográfico, fonética ou aspeto semelhante;</li> <li>• Inexistência de um grupo de investigação no serviço de urgência;</li> <li>• Exposição dos resultados dos indicadores do serviço de urgência;</li> <li>• Falta de ferramentas <i>Visual Workplace System</i>, como a gestão visual no chão para carro de emergência e o carro da via aérea.</li> </ul>
	<i>Ajuda</i>	<i>Atrapalha</i>
<i>Externa (Ambiente)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital tem acreditação global e certificação de qualidade ISO 9001;</li> <li>• Divulga utilização de recursos energéticos, hídricos e separação de lixos;</li> <li>• Formação de novas parcerias inter ou intra hospitalar;</li> <li>• Capacitação e treinamento de equipas;</li> <li>• Aquisição de novos produtos;</li> <li>• Avanço da tecnologia;</li> <li>• Forte apelo ecológico;</li> <li>• Aproveitamento da nova arquitetura hospitalar, para elevar as estratégias da qualidade, ambiente e segurança;</li> <li>• Continuidade das metas de qualidade e segurança do programa de acreditação CHKS e Política de Qualidade do Hospital;</li> <li>• Níveis elevados de satisfação do público-alvo;</li> <li>• Monitorização de novos indicadores de qualidade de enfermagem para o serviço de urgência;</li> <li>• Aumentar os indicadores de qualidade de boas práticas;</li> <li>• Referenciar experiências de sucesso como estratégia de desenvolvimento do serviço de urgência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Défice de protocolos;</li> <li>• Falta de Publicações;</li> <li>• Mudança da parceria público-privada para uma gestão pública;</li> <li>• Tecnologias mais avançadas;</li> <li>• Cultura Biomédico ainda intrínseca;</li> <li>• Desmotivação dos profissionais de saúde;</li> <li>• Risco de saída de profissionais de saúde qualificados;</li> <li>• Readmissão na urgência no período até 24 horas;</li> <li>• Tempo médio de permanência no serviço de urgência.</li> </ul>



## ANÁLISE SWOT DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS NEUROCRÍTICOS

	<i>Ajuda</i>	<i>Atrapalha</i>
<i>Interna (Organização)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestruturas e Equipamentos adequados à prestação de cuidados;</li> <li>• Equipa de enfermagem competente na prestação de cuidados;</li> <li>• Modelo de gestão por objetivos com a participação de todos os profissionais;</li> <li>• Equipas de Enfermagem organizadas por enfermeiro responsável de turno e enfermeiro de referência;</li> <li>• Manual da Unidade de Cuidados Intermédios Neurocríticos constituído: planeamento de atividades; sistema de gestão integrado da qualidade, ambiente e segurança; comunicação; gestão de recursos; segurança do doente; protocolos do serviço; atividade científica e ligação à universidade;</li> <li>• Elaborado anualmente de um plano de atividades;</li> <li>• Existência de guião de integração individual de novos elementos na unidade;</li> <li>• Todas os protocolos do hospital e do serviço estão disponíveis na internet, no Portal da Qualidade®, permitindo <i>Standard Work</i>;</li> <li>• Informatização do processo de enfermagem, através do <i>Bsimple</i>;</li> <li>• Correlação de informação do <i>BSimple</i> para a <i>Glinnt</i>;</li> <li>• Equipa está organizada em grupos de trabalho: Gestor da Qualidade; Dinamizador de Controlo de Infecção do Serviço; Gestor Local de Risco e o Delegado de Segurança do Serviço;</li> <li>• Realizado avaliação da satisfação dos clientes externos (doente e familiar de referência) e internos (profissionais);</li> <li>• Família tem um atendimento personalizado;</li> <li>• Inovação em projetos, por exemplo: “Cuidar +”;</li> <li>• Formação em serviço;</li> <li>• Formação hospitalar obrigatória;</li> <li>• Avaliação de desempenho;</li> <li>• Gestão duplo nível do material;</li> <li>• Inventário do parque de equipamentos;</li> <li>• Controle de materiais e empréstimo de equipamentos;</li> <li>• Sistema de transporte pneumático (sistema de vácuo) para análises sanguíneas, medicação, documentos, etc;</li> <li>• A farmácia controla a gestão da quantidade através do sistema de kanban;</li> <li>• Para a gestão do risco utiliza software HER+ <i>Health Event Risk Management</i> para notificação de eventos adversos;</li> <li>• Implementado cultura de sugestão por parte dos profissionais para o melhor funcionamento da UCIN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nem todas as equipas de enfermagem são compostas por especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica;</li> <li>• Número diminuto de enfermeiros especialistas na pessoa em situação crítica;</li> <li>• Carência de diversidade de produtos para feridas e úlceras de pressão;</li> <li>• Interesse parcelar da equipa de enfermagem para novos projetos;</li> <li>• Resistência a mudança;</li> <li>• Prática do Modelo Biomédico;</li> <li>• Escasso número de escala para monitorização de cuidados de enfermagem;</li> <li>• Imprevisibilidade do fluxo de doentes críticos;</li> <li>• Não expor os resultados dos indicadores da UCIN;</li> <li>• Inexistência guia combate ao desperdício;</li> <li>• Sistemas informação deficitários (por exemplo: falta de diagnósticos e intervenções de enfermagem);</li> <li>• Burocracia excessiva;</li> <li>• Escassa informação na fase inicial do Processo de Enfermagem (Avaliação Inicial);</li> <li>• Movimentação desnecessária de enfermeiros para a prestação de cuidados;</li> <li>• Procedimentos de enfermagem desadequados;</li> <li>• Não identificado ciclos de melhoria contínua da qualidade, através da identificação sistemática de problemas e oportunidades;</li> <li>• Ausência de etiquetas na abertura da medicação;</li> <li>• Inexistência de um grupo de investigação na unidade.</li> <li>• Défice de ferramenta <i>Visual Workplace System</i>, para gestão visual no chão para carro de emergência e o carro de técnicas invasivas.</li> </ul>
	<i>Ajuda</i>	<i>Atrapalha</i>
<i>Externa (Ambiente)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital tem acreditação global e certificação de qualidade ISO 9001;</li> <li>• Divulga utilização de recursos energéticos, hídricos e separação de lixos;</li> <li>• Formação de novas parcerias inter ou intra hospitalar;</li> <li>• Capacitação e treinamento de equipas;</li> <li>• Aquisição de novos produtos;</li> <li>• Avanço da tecnologia;</li> <li>• Forte apelo ecológico;</li> <li>• Aproveitamento da nova arquitetura hospitalar, para elevar as estratégias da qualidade, ambiente e segurança;</li> <li>• Continuidade das metas de qualidade e segurança do programa de acreditação CHKS e Política de Qualidade do Hospital;</li> <li>• Níveis elevados de satisfação do público-alvo;</li> <li>• Monitorização de novos indicadores de qualidade de enfermagem para a UCIN;</li> <li>• Aumentar e expor os indicadores de qualidade de boas práticas;</li> <li>• Referenciar experiências de sucesso como estratégia de desenvolvimento da UCIN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Défice de protocolos;</li> <li>• Falta de Publicações;</li> <li>• Mudança da parceria público-privada para uma gestão pública;</li> <li>• Tecnologias mais avançadas;</li> <li>• Cultura Biomédico ainda intrínseca;</li> <li>• Desmotivação dos profissionais de saúde.</li> </ul>