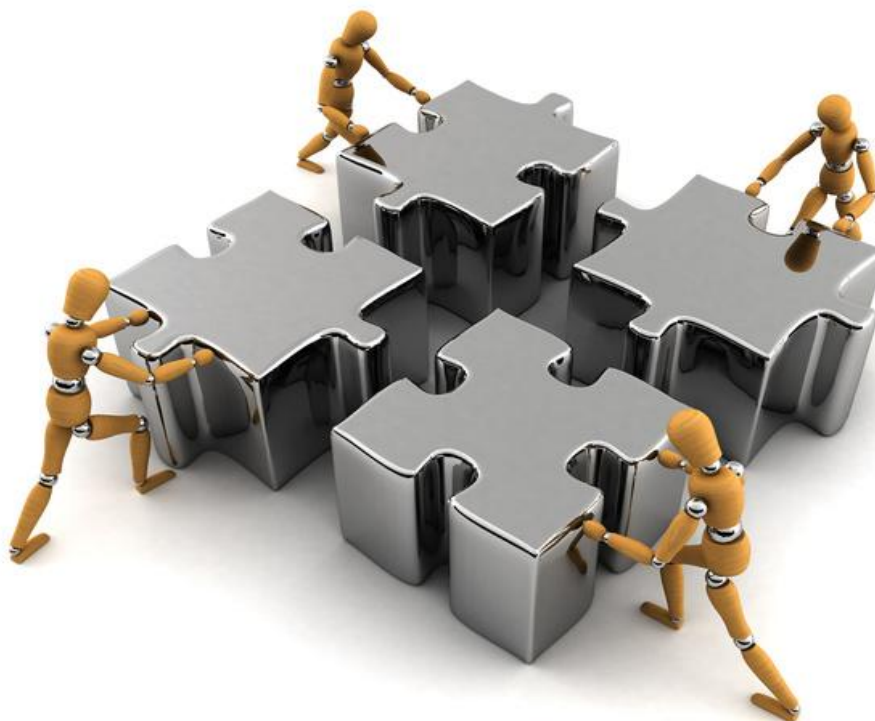


Licenciatura em Enfermagem

**A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na
Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas,
Respiratórias ou Neurovasculares.**

Monografia Final de Licenciatura



Elaborado por Diogo Saraiva e João Esteves

Alunos nº 200691254 e 200691234

Orientador: Professor Alexandre Tomás

Barcarena

Dezembro, 2009



Universidade Atlântica

Licenciatura em Enfermagem

**A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na
Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas,
Respiratórias ou Neurovasculares.**

Monografia Final de Licenciatura

Finalidade: Obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem

Elaborado por Diogo Saraiva e João Esteves

Alunos nº 200691254 e 200691234

Orientador: Professor Alexandre Tomás

Barcarena

Dezembro, 2009

A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares - Licenciatura em Enfermagem

Os autores são os únicos responsáveis pelas ideias expressas neste relatório

Agradecimentos

Este trabalho de investigação surgiu como um enorme desafio, na medida em que representa 4 anos da nossa vida académica e o primeiro passo para a nossa vida profissional.

Sentimos que existe a necessidade de agradecer a um conjunto de pessoas, porque também elas contribuíram para o sucesso deste produto final.

Assim...

Agradecemos aos Enfermeiros, Lurdes, Catarina Tomás, Sandra Ponte, “os Pedros”, Nuno Rôlo, Friães, Jorge Fonseca, Ana Fontainhas e Susan Brito

De um modo geral agradece-mos aos Hospitais onde foi realizado o estudo.

Agradecemos também aos nossos colegas do 6º CLE e a todo o corpo docente da Universidade Atlântica pelo apoio e disponibilidade em todos os momentos. À docente Maria João Santos pela sua disponibilidade, conselhos e assertividade!

Um muito obrigado ao orientador Professor Alexandre Tomás, pela sua preocupação, pelo seu empenho, amizade, pelo seu estilo inconfundível de ser cuidadoso e metódico e por nos ter apoiado em todos os momentos bons e menos bons. Temos a perfeita noção que sem este auxílio não seria possível a elaboração deste trabalho final de curso.

Agradecemos às nossas famílias pelo apoio incondicional e pela nossa formação como pessoas. Família que nunca nos faltou nos momentos de maior dificuldade.

Á Super-mana Filipa por estares sempre disponível e me ajudares com todas as tuas forças.

A ti, Marisa, por teres estado sempre presente na minha vida durante estes 4 anos, pela tua compreensão e paciência, muito obrigado!

Ao Luís, ao Fábio, ao Wilson, ao Nuno, ao Horácio, ao Rui, ao Marco Rebelo e em especial ao Marco Pires, um grande amigo que ficou, pela vossa maneira de ser e disponibilidade para ajudar quando mais precisámos.

Aos nossos colegas de grupo pelo tempo, alegrias e tristezas que passamos juntos. a vocês, muito obrigado!

A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares - Licenciatura em Enfermagem

Aos companheiros de casa, (Caixinha, Ana, André, Marcos, Rui, Tiago, Ana, Flor, Piedade, Bruno e Rui) que nos aturaram durante 4 anos.

Aos nossos amigos de Moura e Alcains, que embora longe, estão sempre connosco, seja nos momentos de diversão ou nos momentos de maior tristeza.

Ao Pátio do Sol pela paciência que tiveram para nós durante estes 4 anos, pela boa disposição, em especial ao Rafa e ao Nuno, muito obrigado!

Por fim, a duas pessoas que sempre foram um grande marco na nossa vida, que estiveram sempre do nosso lado mesmo quando não tínhamos razão, que sempre lutaram para sermos alguém na vida e, que embora já tenham partido, continuam ao nosso lado, avô Álvaro e avô António, o superar desta etapa é dedicada a vocês!!

Resumo

O presente estudo de investigação baseia-se no interesse em explorar um tema actual e na necessidade sentida em conhecer a dinâmica da equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações cardíacas, respiratórias ou neurovasculares. Assim, perante a questão de investigação: Qual a dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares? Definimos como objectivos do estudo: identificar a organização da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação e conhecer a actuação dos Enfermeiros numa Sala de Reanimação na abordagem ao indivíduo vítima de complicações cardíacas, respiratórias ou neurovasculares. Optámos por realizar um estudo descritivo-simples de abordagem quantitativa. A população do estudo são os Enfermeiros do Serviço de Urgência Polivalente de dois Hospitais da região de Lisboa, e a amostra todos os Enfermeiros presentes na Sala de Reanimação do Serviço de Urgência Polivalente de dois Hospitais da região de Lisboa, durante as vinte observações realizadas. A colheita de dados foi efectuada através de uma grelha de observação da forma de organização da Equipa. Dos resultados obtidos pode concluir-se que: os indivíduos vítimas de complicações cardíacas, respiratórias ou neurovasculares observados neste estudo são maioritariamente (8) do sexo masculino, com idade compreendida entre 66-75 anos; os Enfermeiros observados para este estudo são maioritariamente (21) do sexo feminino, que exercem funções em média há 7 anos. Conclui-se também que, o diagnóstico médico de dispneia foi o mais frequente na Sala de Reanimação; o Enfermeiro responsável pela Sala de Reanimação, na maioria dos casos observados, não é considerado Team-Leader; e que a grande maioria (200) das intervenções de Enfermagem, por indivíduo vítima de complicações cardíacas, respiratórias ou neurovasculares, são realizadas apenas por 2 Enfermeiros.

Palavras-chave

Enfermagem de Emergência; Organização de trabalho de equipa; Sala de Reanimação

Abstract

This research is based on the interest to explore an up-to-date issue and on the need to know the dynamic of the nursing team in the reanimation room towards the victims of heart, respiratory or neurovascular complications so, we want to find the answer to our primary question: which is the dynamic of the nursing team in the reanimation room towards the victims of heart, respiratory or neurovascular complications? we also want to achieve the specific aims of this case-study: to identify the organization of the nursing team in the reanimation room, to describe the activities / actions carried out by the multi-skilled team in the reanimation room, to analyse the performance of the nurses in this room when dealing with patients suffering from heart respiratory or neurovascular diseases. We opted for a methodology of quantitative paradigm, level one, using a simple, descriptive case-study, whose study population are the nurses of the multi-valency urgency service of two hospitals in Lisbon, and the sample all the nurses present in the reanimation room of the multi-valency urgency service of two hospitals in Lisbon, during the twenty observations carried out. The data was collected by means of an observation grid to characterize the nurses and the patients and to monitor the direct observation of the nurses when dealing with patients suffering from heart respiratory or cardio-vascular diseases. Taking into account the data collected we concluded that the above named patients who were observed in this study were mostly men between the ages of 66 and 75 the nurses observed were mostly women with one to thirteen years of professional experience and one to twelve years of urgency service experience. We also concluded that the dyspnoea was the most usual diagnosis in the reanimation room; the chief nurse in this room is not considered a team-leader in most cases; and that most nursing treatments of the above named patients are carried out only by two nurses.

Key-words

Dynamic; Emergency; Team; Leadership; Organization; Reanimation; Urgency.

Índice Geral

Agradecimentos	iv
Resumo	vi
Abstract.....	vii
Índice de tabelas.....	xi
Lista de abreviaturas e siglas	xiv
0. INTRODUÇÃO	1
1. REVISÃO DA LITERATURA	7
1.1. Urgência em Contexto Hospitalar	8
1.2. Triagem de Manchester.....	12
1.3. Funções dos Enfermeiros Numa Sala de Reanimação.....	14
1.3.1. Equipa de Reanimação.....	14
1.3.2. Assistência de Enfermagem numa Sala de Reanimação	18
1.4. Organizações.....	19
1.5. Burocracia Profissional.....	24
1.6. Adhocracia	27
1.7. Sistemas Imperfeitamente Conectados	30
1.8. Comunicação	31
1.9. Liderança	36
1.10. Trabalho de Equipa em Saúde	39
1.11. Métodos de Trabalho em Enfermagem.....	44
1.12. Ética em Enfermagem.....	48
1.12.1. Relação Enfermeiro – Cliente.....	48

1.12.2. Relações Inter-Profissionais	50
2. DECISÕES METODOLÓGICAS	53
2.1. Paradigma e tipo de estudo	54
2.2. População Alvo e Amostra.....	55
2.3. Variáveis	56
2.4. Critérios de Elegibilidade da Amostra	57
2.5. Instrumento de Colheita de Dados	57
2.6. Considerações Éticas.....	59
3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	61
3.1. Idade	62
3.2. Sexo dos Clientes	63
3.3. Proveniência.....	64
3.4. Causa.....	65
3.5. Destino dos clientes após observação na Sala de Reanimação	66
3.6. Distribuição dos Enfermeiros quanto ao Sexo	67
3.7. Experiência Profissional dos Enfermeiros	68
3.8. Experiência dos Enfermeiros no Serviço de Urgência.....	68
3.9. Apresentação de resultados relativamente às perguntas específicas da Grelha de Observação.....	69
3.10. Quem preparou a Sala de Reanimação?	70
3.11. O Enfermeiro Responsável promove a interacção da Equipa durante as intervenções?	71
3.12. O Enfermeiro Responsável define funções?.....	72
3.13. O Enfermeiro responsável é o Team-Leader?	73

3.14.	A Equipa presta cuidados em função das orientações do Enfermeiro Responsável?	74
3.15.	Verifica-se inter-ajuda entre os elementos da Equipa?	75
3.16.	Quais as Informações partilhadas na Sala de Reanimação pela Equipa de Enfermagem?	75
3.17.	Número de Entradas na Sala de Reanimação	76
3.18.	Número de Saídas da Sala de Reanimação.....	76
3.19.	Número de Permanências de profissionais na Sala de Reanimação.....	77
3.20.	Tempo de Permanência dos Clientes na Sala de Reanimação	77
3.21.	Exames Complementares de Diagnóstico realizados na Sala de Reanimação	78
3.22.	Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas	79
3.23.	Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Respiratórias.....	80
3.24.	Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Neurovasculares	81
3.25.	Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares	82
4.	DISCUSSÃO DE RESULTADOS	83
5.	CONCLUSÃO	91
6.	LIMITAÇÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES	97
6.1.	Limitações	98
6.2.	Sugestões.....	99
7.	BIBLIOGRAFIA	101
8.	APÊNDICES	107

Índice de Quadros

Quadro 1.....	14
Quadro 2.....	17
Quadro 3.....	38
Quadro 4.....	48

Índice de Figuras

Figura 1.....	13
---------------	----

Índice de Gráficos

Gráfico 1.....	62
Gráfico 2.....	63
Gráfico 3.....	64
Gráfico 4.....	67
Gráfico 5.....	70
Gráfico 6.....	71
Gráfico 7.....	72
Gráfico 8.....	73
Gráfico 9.....	74
Gráfico 10.....	79
Gráfico 11.....	80

Gráfico 12.....	81
Gráfico 13.....	82

Índice de Tabelas

Tabela 1.....	62
Tabela 2.....	63
Tabela 3.....	64
Tabela 4.....	65
Tabela 5.....	66
Tabela 6.....	67
Tabela 7.....	68
Tabela 8.....	69
Tabela 9.....	70
Tabela 10.....	71
Tabela 11.....	72
Tabela 12.....	73
Tabela 13.....	74
Tabela 14.....	75
Tabela 15.....	76
Tabela 16.....	76
Tabela 17.....	77
Tabela 18.....	77
Tabela 19.....	78

A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares - Licenciatura em Enfermagem

Tabela 20.....	79
Tabela 21.....	80
Tabela 22.....	81
Tabela 23.....	82

Lista de abreviaturas e siglas

SO – Sala de Observação

A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares - Licenciatura em Enfermagem

0. INTRODUÇÃO

A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares - Licenciatura em Enfermagem

A elaboração do Trabalho de Monografia surge no âmbito do 6º Curso de Licenciatura em Enfermagem, na unidade curricular de Investigação, inserida no 3º ano deste mesmo curso.

A investigação científica é fundamental no desenvolvimento de uma profissão, especialmente na profissão de Enfermagem.

Para Fortin (2003:15), *“a investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de uma investigação”*.

Ainda segundo a mesma autora (2003:18), *“a investigação serve também para definir os parâmetros de uma profissão. Nenhuma profissão terá um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação”*.

Para a realização deste estudo escolhemos como tema: **A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares.**

A escolha deste tema prende-se com o facto de ambos mostrarmos interesse pela área de Urgência, daí ter-mos procurado um tema que englobasse essa mesma área.

Outro dos motivos foi o facto do trabalho de Equipa em saúde ser fundamental para a vida dos clientes.

O trabalho de Equipa, Segundo Pinho (2006:70) é um *“...grupo de dois ou mais indivíduos interagindo de forma adaptativa, interdependente e dinamicamente voltados para um objectivo comum e apreciado por todos”* e *“surge assim como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços.”*

Segundo Brill, citado por Pinho (2006:71) é *“...um trabalho que é dado a um grupo de pessoas que possuem um expertise individual, que sejam responsáveis pela tomada de*

decisões individuais, que conservem um propósito comum e que possam juntos comunicar, partilhar e consolidar conhecimentos"

Ao escolhermos este tema, procura-mos também saber qual o verdadeiro papel da Equipa de Enfermagem numa Sala de Reanimação, pois, o Enfermeiro tem um papel preponderante nesta, como refere Scielo (2003:87), citado por Bastos et al (2008:154) *“Além da manutenção da Sala de Reanimação para usar prontamente, parte das actividades executadas são da competência dos Enfermeiros, e, mesmo aquelas acções exclusivas dos Médicos, requerem a colaboração dos Enfermeiros, para as quais tem que estar preparados.”*

Esta área também nos despertou elevado interesse, uma vez que ainda não tivemos oportunidade de passar por um Serviço de Urgência durante um Ensino Clínico, o que nos leva a querer saber mais acerca desta temática.

Todos estes aspectos tomaram igual e bastante importância na escolha do nosso tema para a elaboração deste estudo.

Delineamos como questão de Investigação á qual pretendemos responder: **Qual a Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares?**

Segundo Fortin (2003:51), *“Uma questão de Investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica.”*

Segundo Fortin (2003:48), *“Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada problemática...”*

Pretendemos com este estudo: Conhecer a dinâmica da Equipa de Enfermagem numa Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares.

Como Objectivos Específicos, pretendemos:

- Identificar a organização da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares;
- Conhecer a actuação dos Enfermeiros numa Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares.

Decidimo-nos por um estudo de Paradigma Quantitativo pois pretendemos chegar a conclusões em dados numéricos, conclusões essas que nos irão fornecer conhecimentos objectivos relativamente às variáveis em estudo.

O método de colheita de dados que iremos utilizar vai ser a Observação Não Participante através de um guião de observação, uma vez que estamos interessados em estudar as actividades dos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares.

Segundo Weick (1968:360), citado por Fortin (2003:242), *“a observação consiste em seleccionar, provocar, registar e codificar o conjunto dos comportamentos e dos ambientes que se aplicam aos organismos in situ e que estão ligados aos objectivos da observação no terreno. Por “seleccionar”, entende-se que os observadores escolhem ou orientam as suas observações de investigação de forma deliberada.”*

Deste modo, no desenvolvimento deste trabalho apresentaremos a Revisão da Literatura, a qual engloba os seguintes pontos essenciais: Urgência em Contexto Hospitalar, Triagem de Manchester, Organizações, Burocracia Profissional, Adhocracia, Sistemas Imperfeitamente Conectados, Comunicação, Liderança, Trabalho de Equipa em Saúde, Métodos de Trabalho em Enfermagem, Funções dos Enfermeiros numa Sala de Reanimação e Ética em Enfermagem.

A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares - Licenciatura em Enfermagem

Seguidamente iremos descrever a Metodologia que pretendemos utilizar para o nosso estudo. Os principais pontos abordados são o Paradigma utilizado, o tipo de estudo, a população-alvo e a amostra, os elementos de caracterização da equipa de Enfermagem presente na Sala de Reanimação, instrumento de colheita de dados e o processo de tratamento de dados.

Para a elaboração deste trabalho de investigação foram adoptadas as normas para a realização de trabalhos preconizadas pela Universidade Atlântica.

A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares - Licenciatura em Enfermagem

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1. Urgência em Contexto Hospitalar

Antes de abordarmos o tema e para se compreender o funcionamento do Serviço de Urgência Hospitalar achámos pertinente clarificar determinados conceitos como:

Urgência – “...todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”. (p.32)

Emergência – “...todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou iminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”. (p.32)

(Direcção Geral de Saúde, 2001)

Sala de Reanimação - A Sala de Reanimação existe para o atendimento ao cliente em risco iminente de falência multiorgânica ou morte.

(Direcção Geral de Saúde, 2001)

Requisitos gerais para a Sala de Reanimação segundo Santos (2003):

- ✓ Área específica para a Reanimação;
- ✓ Acesso fácil, rápido e externo para a chegada de vítimas;
- ✓ Localizada próximo do Bloco Operatório, Imagiologia, Laboratórios, Unidade de Cuidados Intensivos ou Intermédios;
- ✓ As salas devem ser amplas, de modo a facilitar a circulação de todo o pessoal envolvido;
- ✓ Deve estar equipada com focos portáteis, aspiradores, monitor, oxímetro, carros de Urgência, electrocardiografo, desfibrilhador, laringoscópio completo, ambú, materiais para pequena cirurgia, fármacos de diversos tipos.

Ao longo dos anos, o Serviço de Urgência dos Hospitais têm sofrido algumas mudanças. Actualmente, integram vários sectores como por exemplo programas de saúde no trabalho, cuidados pré-hospitalares, cuidados ambulatoriais, salas de observação, salas de tratamento rápido.

(Sheehy's, 1998)

De acordo com a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência (2001:6), citado por Pontes et al (2008:6), o Serviço de Urgência, “...*existe para tratar doentes em situações urgentes e emergentes, oferecendo tratamento eficaz, eficiente e equitativo*”.

Actualmente, o Serviço de Urgência é considerado como o único recurso por parte de várias pessoas.

Segundo Sá (2002:347), “...*factores como classe social baixa ou proximidade ao Serviço de Urgência aumentam a utilização dos Serviços de Urgência*”.

De acordo com Oliveira (2006:269), “*A crescente procura de cuidados médicos e a falta de acessibilidade aos mesmos, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, constituem os factores mais determinantes na procura de consulta urgente*”.

Ainda segundo o mesmo autor (2006:270), “...*a Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências estimou para os serviços de urgência hospitalar 5 milhões de atendimentos anuais*”.

Em determinados contextos urbanos as características sociais e culturais de subgrupos populacionais específicos - a idade mais jovem dos clientes e o tipo de problemas de saúde - resultam igualmente no recurso excessivo aos serviços de urgência.

(Oliveira, 2006)

Segundo Oliveira (2006:270), *“A inadequada utilização dos Serviços de Urgência é devida ao fácil acesso, opinião favorável destes serviços, falta de confiança nos cuidados primários e confiança na organização hospitalar”*.

Esta elevada afluência aos serviços de urgência requer a capacidade de intervenção por parte de todos os profissionais de saúde.

(Pontes et al, 2008)

Segundo Sheehy's (1998:3), a Enfermagem de Urgência é *“...a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções.”*

Mcphail (2001:6), define Enfermagem de Urgência como sendo *“...a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções”*.

Segundo Pontes et al (2008:4), *“...existem novos conhecimentos nesta área de actuação da Enfermagem, exigindo ao Enfermeiro uma constante actualização, de modo a este adaptar-se às novas exigências profissionais”*.

A prática de Enfermagem tem por base capacidades de saber avaliar, intervir e cuidar.

Existem variadas áreas de prática de Enfermagem ao nível da Urgência, sendo comparadas às várias áreas de Enfermagem no seu todo.

Segundo Mcphail (2001:6), *“Os Enfermeiros da Urgência, ao contrário de outros grupos de especialidade de Enfermagem, afirmam-se pela diversidade de conhecimentos: de doentes e de processos fisiopatológicos de doença, de inovações tecnológicas mais recentes de equipamento de monitorização e de tratamento”*.

Segundo Pontes et al (2008:4), *“Aos Enfermeiros da Urgência são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade”*.

Ainda de acordo com a autora supracitada (2008:15), subscrevendo Mcphail (2001:6) *“...a Enfermagem de Urgência evoluiu, como prática especializada, ao longo dos últimos 25 anos”*.

Estas definições mostram-nos o quão importante se torna o investimento dos Profissionais de Enfermagem na procura do saber-saber e do saber-fazer, uma vez que no Serviço de Urgência Hospitalar, muito mais que noutros serviços, espera-se dos Enfermeiros um vasto leque de conhecimentos e de práticas.

Segundo Pontes et al (2008:16), *“O Enfermeiro prestador de cuidados de urgência necessita de determinadas características, que não têm exclusivamente a ver com o grau de conhecimentos adquiridos”* mas também, e subscrevendo Vaz e Catita (2000:14), *“...com a rapidez, agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes reflectem risco de vida ou de morte para o doente”*.

A permanência dos Enfermeiros num Serviço de Urgência, mais que em qualquer outro serviço, exige por parte dos mesmos algumas particularidades específicas, sendo elas, segundo Oliveira (1999:14), citado por Pontes et al (2008:17), *“...domínio alargado e aprofundado dos saberes de Enfermagem (...); grande capacidade para lidar com o imprevisto; capacidade de observação e análise de situações, com vista a estabelecer prioridades assistenciais rapidamente; destreza manual e rapidez na acção; autocontrolo emocional para fazer face a situações de grande tensão; grande facilidade*

de comunicação tendo em vista o trabalho em equipa e a articulação com os restantes sectores do hospital”.

1.2. Triagem de Manchester

O Sistema de Triagem de Manchester, como o próprio nome indica, iniciou-se na cidade de Manchester (Inglaterra).

Este sistema foi iniciado em Portugal em Junho de 2003, através do protocolo estabelecido pelo Grupo Português de Triagem. Actualmente encontra-se funcional em vários Hospitais Portugueses.

Esta metodologia de trabalho encontra-se aceite pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros.

(Ministério da Saúde, 2009)

As Urgências Hospitalares existem para proporcionar o atendimento rápido de situações de risco para a saúde. Independentemente do tipo de proveniência, o cliente terá de ser avaliado através da Triagem de Manchester.

(Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E, 2009)

Existe a utilização de um protocolo clínico que permite classificar a gravidade da situação de cada cliente que recorre ao Serviço de Urgência.

Em relação ao percurso realizado pelo cliente, este numa fase inicial recorre ao balcão de Admissão de clientes onde será realizada a sua inscrição no Serviço de Urgência, numa fase posterior este é encaminhado para a Sala de Triagem onde será atendido por um Enfermeiro que lhe fará a anamnese. Com base nessa colheita de dados, ser-lhe-á atribuída uma cor, por intermédio de uma pulseira.

(Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E, 2009)

Existem 5 cores: **vermelho, laranja, amarelo, verde e azul.**

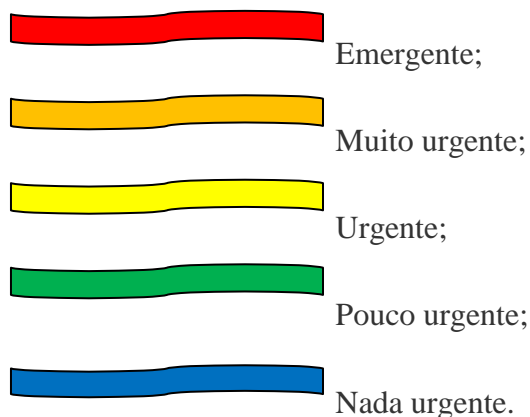


Figura Nº 1 - Triagem de Clientes 1

- Se o cliente for considerado emergente (cor vermelha) entrará de imediato na Sala de Reanimação;
- Se o cliente for considerado muito urgente (cor laranja) entrará para uma sala de espera interna onde o Médico o chamará para ser observado e tratado, tendo que aguardar no máximo 10 minutos;
- Se o cliente for considerado urgente (cor amarela) entrará para uma sala de espera interna onde o Médico o chamará para ser observado e tratado, tendo que aguardar no máximo 60 minutos;
- Se o cliente for considerado pouco urgente (verde) aguardará na sala de espera a sua vez, até que não haja clientes mais graves, tendo que aguardar no máximo 120 minutos;
- Se for considerado não urgente (azul) aguardará na sala de espera a sua vez, até que não haja clientes mais graves, tendo que aguardar no máximo 240 minutos;

(Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E; 2009)

Discriminadores	
Gerais	Específicos
<ul style="list-style-type: none">• Risco de Vida;• Dor;• Nivel de consciência;• Hemorragia;• Tempo de Inicio.	<ul style="list-style-type: none">• Aplicáveis a cada apresentação específica.

Quadro 1 - Alguns discriminadores para a entrada na Sala de Reanimação

(Freitas, 2002)

1.3. Funções dos Enfermeiros Numa Sala de Reanimação

1.3.1. Equipa de Reanimação

Os Objectivos de uma Equipa de Reanimação consistem numa restauração rápida e espontânea da respiração e da circulação e também na preservação dos órgãos vitais durante toda a Reanimação.

(Aehlert, 2007)

De acordo com Macphail (2001:5), citado por Pontes et al (2008:16), em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde é tão essencial o trabalho “...em equipa e o respeito mútuo”.

Por conseguinte, e segundo o mesmo autor anteriormente mencionado, “...a qualidade e a humanização dos cuidados assenta neste conceito de equipa. Enfermeiros, médicos, auxiliares, todos, em conjunto, têm de agir com os demais colegas de forma a prestar ao cliente os melhores cuidados possíveis”.

Todo o trabalho da Reanimação deve contar com uma pessoa (Enfermeiro ou Médico) que assuma a responsabilidade de supervisionar as acções da restante Equipa e também de manutenção da Sala de Reanimação, uma vez que se a tomada de decisões for realizada por mais de uma pessoa, o mais provável é que resulte numa enorme confusão que não é benéfica nem para o cliente nem para o trabalho de toda a Equipa.

A pessoa que fica responsável por coordenar o trabalho da restante Equipa denomina-se de “Team-Leader”, ou seja, o Líder da Equipa.

(Aehlert, 2007)

Ainda de acordo com o mesmo autor supracitado, esta pessoa deve ser a que possui mais competências para desempenhar esta mesma função, uma vez que este Líder da Equipa orienta os membros da Equipa e supervisiona a Reanimação, garantido que cada membro da Equipa realiza a sua acção de maneira segura e correcta. O ideal é que o Líder de Equipa adopte uma posição de “observador”, para ver e orientar toda a Reanimação, em vez de realizar/desenvolver acções específicas.

No entanto, e ainda de acordo o mesmo autor acima mencionado, o tamanho de uma Equipa de Reanimação e as competências de cada elemento da Equipa variam. Algumas acções podem ser realizadas por Profissionais de Saúde apenas com formação em Suporte Básico de Vida, enquanto outras exigem formação em Suporte Avançado de Vida.

De acordo com Aehlert (2007), o trabalho de uma Equipa de Reanimação requer coordenação de quatro procedimentos fundamentais, sendo eles:

- Manutenção da Via Aérea
- Compressões Torácicas
- Monitorização e Desfibrilhação
- Acesso Venoso e Administração de Terapêutica

Se a Equipa de Reanimação forem 5 pessoas, cada um dos procedimentos anteriormente referidos é designado a um elemento da Equipa e um Líder irá supervisionar todas as acções. Se os procedimentos não tiverem sido atribuídos anteriormente, o Líder deverá atribuí-los enquanto reúne todos os elementos da Equipa.

(Aehlert, 2007)

- **Funções/Acções do Líder da Equipa**

- ✓ Avaliar o Cliente;
- ✓ Supervisionar os elementos da Equipa, garantindo que cada um execute as suas acções de maneira segura e correcta;
- ✓ Garantir a segurança de todos os elementos da Equipa de Reanimação, especialmente quando é realizada a Desfibrilhação;
- ✓ Decidir quando terminar a Reanimação, consultando os restantes elementos da Equipa.

(Aehlert, 2007)

A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares - Licenciatura em Enfermagem

Elementos / Equipa	Máximo de 5 Elementos	Mínimo de 3 Elementos
<p>Elemento I</p> <p>Líder/Coordena</p> <p>Médico ou Enfermeiro – Na sua ausência é o elemento com mais conhecimentos de SAV.</p>	<p>Permeabilização da Via Aérea;</p> <p>Ventilação;</p> <p>Segue protocolo de acordo com a situação.</p>	<p>Permeabilização da Via Aérea;</p> <p>Ventilação;</p> <p>Segue protocolo de acordo com a situação.</p>
<p>Elemento II</p> <p>(troca com o elemento III)</p>	<p>Aspiração;</p> <p>Ventilação.</p>	<p>Monitorização;</p> <p>Desfibrilhação;</p> <p>Compressões Torácicas.</p>
<p>Elemento III</p> <p>(troca com o elemento II)</p>	<p>Compressões Torácicas.</p>	<p>Aspiração;</p> <p>Preparação de Fármacos;</p> <p>Registos.</p>
<p>Elemento IV</p> <p>(troca com o elemento V, se necessário)</p>	<p>Monitorização;</p> <p>Desfibrilhação;</p> <p>Acesso Venoso;</p> <p>Administração de Fármacos.</p>	
<p>Elemento V</p> <p>(troca com o elemento IV, se necessário)</p>	<p>Preparação de Fármacos;</p> <p>Registos;</p> <p>Ligação da Equipa com o exterior.</p>	

Quadro 2 – Distribuição das acções/funções dos elementos na Sala de Reanimação

(Aehlert, 2007)

1.3.2. Assistência de Enfermagem numa Sala de Reanimação

Assistência Inicial

Para haver um atendimento satisfatório, é essencial que a Sala de Reanimação se encontre equipada, quer com bens materiais, quer com bens pessoais.

(Santos, 2003)

Requisitos para a Equipa de Enfermagem:

- ✓ Conhecimento e experiência;
- ✓ Capacidade de trabalhar em Equipa;
- ✓ Destreza, rapidez e agilidade;
- ✓ Capacidade para avaliar e priorizar o atendimento;
- ✓ Enfermeiros seguros e autoconfiantes;
- ✓ Capacitação Profissional.

(Santos, 2003)

Assistência Intermédia

O Enfermeiro Responsável deve:

- ✓ Fazer triagem dos casos recebidos;
- ✓ Fazer uma avaliação primária dos Clientes, identificando as lesões de cada um;
- ✓ Distribuir a Equipa de modo uniforme e conjunta;
- ✓ Traçar planos de cuidados para os Clientes e delegá-los.

(Santos, 2003)

Assistência Final

- ✓ Após todos os procedimentos realizados, é importante saber o destino do Cliente;
- ✓ O Cliente deve ser reavaliado por toda a Equipa;
- ✓ Após a sua estabilização, deve ser transferido para o local previamente determinado;
- ✓ É importante que a transferência seja segura e benéfica para o Cliente.

(Santos, 2003)

1.4. Organizações

As organizações representam um aspecto muito importante para que a vida se concretize de forma civilizada, através das influências sobre os modos de vida.

Segundo Sousa (1996:15), citado por Parreira (2005:13) "*...vivemos numa sociedade de organizações*".

Organizações, segundo Barnard (1971), citado por Parreira (2005:13) são definidas como um "*... sistema de actividades conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas*".

Segundo Morgan (1996:2), "*As organizações são propostas como um fim em si mesmas. São instrumentos criados para se atingirem outros fins. Isso é reflectido pelas origens da palavra organização que deriva do grego Orgamon que significa uma ferramenta ou instrumento*".

Ainda segundo o mesmo autor, "*...vivemos em uma sociedade tecnológica, dominada pelas necessidades das máquinas e por modelos mecânicos de raciocínio*".

De acordo com Chiavenato (1994:54), citado por Matias (2002:101), *“O homem moderno passa a maior parte do seu tempo dentro de organizações, das quais depende para nascer, viver, aprender, trabalhar, ganhar o seu salário, curar as suas doenças, obter todos os produtos e serviços de que necessita...”*.

Segundo Weber (1947), citado por Morgan (1996:4), o processo de organização *“...assume diferentes formas em diferentes contextos e em diferentes épocas, fazendo parte de um contexto social mais amplo. Assim, a forma burocrática de organização foi vista como uma sociedade como um todo, enfatizando a importância das relações meios – fins”*.

O aparecimento de organizações depende da capacidade de se produzir algo que mais ninguém estaria capaz de produzir.

Segundo Parreira (2005:13), *“...ressalta a sua função essencial, coordenar os esforços de diferentes indivíduos, permitindo alcançar metas, que de outra forma, seria muito difícil ou mesmo impossível de atingir”*.

Deste modo, e de acordo com Matias (2002:101), *“Uma das razões que explicarão a sua enorme proliferação e variedade no mundo moderno é o facto de só através destas estruturas poder ser satisfeita a maioria das necessidades humanas: é mediante a cooperação e a conjugação de esforços que é possível, ou pelo menos mais fácil, atingir objectivos”*.

Segundo Ferreira et al (1996:260), citado por Matias (2002:102), *“qualquer que seja a dimensão da organização, a mesma pode definir-se como um conjunto de duas ou mais pessoas inseridas numa estrutura aberta ao meio externo, trabalhando em conjunto e de um modo coordenado para alcançar objectivos”*.

No fundo, as organizações servem as pessoas, através da intercepção do seu modo de vida. No mundo em que vivemos podemos encontrar diferentes organizações, tais como empresas industriais, de bens e serviços, no entanto, segundo Matias (2002:102), *“Uma organização nunca está estabilizada: na medida em que é um organismo vivo, sofre contínuas mudanças”*.

Segundo Amaral (1996), citado por Parreira (2005:16) "*As organizações têm em comum a hierarquia de autoridade, regras, procedimentos, controlo e técnicas, formalidade na comunicação, especialização de funções, divisão do trabalho, emprego de pessoal especializado e especificidade de propósitos*".

Existem determinados aspectos para caracterizar uma organização, sendo eles: conjunto de indivíduos e/ou grupos inter-relacionados, definição de objectivos definidos intencionalmente, especificidade e diferenciação de funções, coordenação racional e intencionada, e uma continuidade temporal. Estes aspectos que necessitam de possuir um programa ou método, um plano, líderes, uma estrutura hierárquica, de depender de outras organizações, de ser integradas por pessoas que interagem entre si na co-produção de objectivos, de se caracterizar pela existência de fronteiras, ou seja, existem vários aspectos que levam as organizações a atingirem os seus objectivos.

(Parreira, 2005)

Segundo Matias (2002:102), "*Para que estas características não deixem de se verificar, as organizações de qualquer tipo necessitam ser administradas, nos planos tecnológico, financeiro ou social; a um grupo de pessoas qualificadas caberá essa difícil tarefa, nas distintas vertentes e finalidades organizacionais*".

Existem modelos que permitem analisar as organizações de saúde a nível tecnológico, sendo eles:

- **O modelo de Aston**, que se caracteriza em três dimensões, que são a automação do equipamento, rigidez de fluxo de trabalho e especificidade de avaliação. Verifica-se que nas organizações de saúde o equipamento é dirigido pelos profissionais, o fluxo de trabalho é pouco rígido, e a especificidade de avaliação é muito subjectiva.

(Parreira, 2005)

- **O modelo de Thompson**, que afirma que nos hospitais um determinado objectivo é atingido por um conjunto de métodos e técnicas num determinado

periodo de tempo. Segundo Nunes (1994), citado por Parreira (2005:23) é uma *"tecnologia intensiva"*;

(Parreira, 2005)

- **O modelo de Perrow**, que divide a tecnologia em duas dimensões, que são o carácter excepcional (ocorre desde a ausência de excepções rotineiras até ao predomínio de excepções) e a inteligibilidade dos problemas com que são confrontados (desde problemas que são de fácil análise até problemas difíceis de se analisar).

(Parreira, 2005)

As organizações de saúde podem ser entendidas como estruturas matriciais.

(Parreira, 2005)

Segundo Nunes (1994), citado por Parreira (2005:26) *"...estas estruturas são uma boa solução para os hospitais, desde que a equipa tenha o papel central na prestação de todos os cuidados necessários aos utentes."*

As organizações de Saúde não diferem muito dos outros tipos de organizações, pelo facto de estar em contacto com aspectos relacionados com a produção, manutenção de identidade própria, gestão global, aquisição de recursos e adaptação à envolvente. Apenas diferem na forma de lidar com estes diferentes aspectos.

(Parreira, 2005)

Na prestação de cuidados em Enfermagem, o gestor torna eficaz e eficiente a prática desta mesma profissão, no entanto, o método de organização da prestação de cuidados é acima de tudo a adopção de uma perspectiva, uma filosofia de cuidar, uma concepção dos cuidados a realizar, um modo de pensar a organização dos cuidados, mais do que a simples distribuição de actividades.

(Parreira, 2005)

Antigamente, as organizações baseavam-se na Teoria Clássica de Fayol e Taylor, em que segundo Gonçalves (2004:1), *“A preocupação básica era aumentar a eficiência da empresa pela forma e disposição dos órgãos componentes da organização (departamentos) e das suas estruturas. Dai a ênfase na anatomia (estrutura) e na fisiologia (funcionamento) da organização”*.

Ainda de acordo com o mesmo autor e neste sentido, a abordagem da Corrente Anatômica e Fisiologista é uma abordagem inversa à da Administração Científica: de cima para baixo (da direcção para a execução) e do todo (organização) para as partes componentes (unidades de trabalho).

Segundo Fayol (data desconhecida), citado por Gonçalves (2004:1), *“Havia uma autoridade bastante centralizada, o recurso à sanção, à recompensa e à especialização em tarefas bastante específicas”*.

Actualmente, as organizações não funcionam assim, ou seja, são dinâmicas, flexíveis e a gestão é participada. O Gestor não ocupa o topo da pirâmide, ele está na base e a pirâmide inverteu-se.

(Gonçalves, 2004)

A liderança, a motivação e a cultura compartilhada são três factores que diferenciam as instituições. Criar conexões, tornar as pessoas agentes de mudança, estimular interesses comuns, distribuir e transformar conhecimentos, desenvolver visões e perspectivas, incentivar a criatividade e a inovação são as melhores práticas para compartilhar pensamentos, metas e interesses e criar as organizações desejadas.

(Gonçalves, 2004)

Segundo Cardoso (2004:3), *“A Teoria Clássica partia do estudo do todo organizacional e da sua estrutura para garantir a eficiência de todas as partes envolvidas, fossem elas órgãos (secções, departamentos, etc.) ou pessoas (ocupantes de cargos e executores de tarefas)”*.

De acordo com Dias (2004:5), *“Frederick W. Taylor é o “pai” da Organização Científica do Trabalho e a ele se deve a apresentação do primeiro livro que, de forma sistematizada e científica, aborda os princípios e a prática de gestão “The Principles of Scientific Management” (Princípios da Gestão Científica) - publicado em 1911”*.

Segundo Taylor, citado por Dias (2004:5), *“...o principal objectivo das organizações é assegurar ao empregador e a cada empregado a prosperidade máxima”,* ou seja, para Taylor, referido por Dias (2004:5), *“O conceito fundamental do “taylorismo” é “do one and only best way”, isto é, há uma e única maneira de melhor executar uma tarefa”*.

Os trabalhos realizados por Taylor e Fayol pretenderam descobrir as regras ideais pelas quais se deveriam reger as organizações. O trabalho científico desenvolvido era orientado no sentido de revelar essas regras que serviriam como normas absolutas a aplicar pelos gestores. Qualquer destas abordagens tentou desenvolver um modelo explicativo do funcionamento das organizações, assentando a sua conceptualização num sistema fechado, isolado do meio exterior e centralizado na tecnologia operativa. A lógica dominante é a procura da máxima eficiência através da optimização do sistema produtivo.

(Dias, 2004)

1.5. Burocracia Profissional

Este tipo de burocracia encontra-se funcional em Universidades, Hospitais, Sistemas de Educação, Empresas Artesanais, Contabilidade e na Acção Social.

Segundo Mintzberg (1995:380), *“...para coordenar as suas actividades, a burocracia profissional apoia-se na standardização das qualificações e no parâmetro de concepção que lhe corresponde, a formação e a socialização.*

Ainda segundo o mesmo autor (1995:380), “...a burocracia profissional recruta especialistas devidamente formados e socializados - que são profissionais - para o seu centro operacional, dando-lhes uma latitude considerável no controlo do seu próprio trabalho”, ou seja, fornece aos profissionais a autonomia necessária para o correcto e eficaz desempenho do seu trabalho.

Apesar da existência de um profissional que tem controlo sobre o próprio trabalho, ou seja, que é independente, este encontra-se próximo dos seus companheiros.

Seja qual for o nível de qualificação dos profissionais, a sua complexidade vai permitir que este possua uma boa liberdade nas suas aplicações, logo, dois profissionais nunca vão aplicar as suas competências de forma igual, sendo que cada profissional com elevado nível de autonomia ajusta as suas decisões a cada caso.

(Parreira, 2005)

Assistimos pois ao aumento da especialização acompanhado de uma diminuição da autonomia das especialidades.

(Cremadez, 1992)

Através de uma gestão estratégica, com a elaboração de um projecto de organização, o hospital encontraria meios para solucionar as dificuldades que hoje se lhe colocam.

Tendo ainda em consideração que o modelo da burocracia profissional nos remete para uma organização muito diferenciada, podemos desde já prever que daí advêm diferenças nas percepções dos profissionais.

Numa burocracia profissional existem 2 grandes situações complicadas, sendo elas: a **formação** e a **socialização**.

Toda a formação do profissional tem um objectivo, isto é, a interiorização de normas que vão servir o cliente e permitir a coordenação de um trabalho essencialmente profissional, ou seja, a sua coordenação é assegurada por padrões que determinam aquilo que deve ser realizado.

(Mintzberg, 1995)

As normas desta burocracia são elaboradas no exterior da estrutura, mais especificamente em associações profissionais que são autogeridas, onde há adesão dos operacionais da organização, assim como de colegas pertencentes a outras burocracias. A competência é algo que assume um importante poder no interior desta burocracia.

(Mintzberg, 1995)

Segundo o autor acima referido (1995:382), *"as burocracias profissionais não podem recorrer à formalização exhaustiva do trabalho profissional ou a sistemas que o planeiem e o controlem"*.

A supervisão directa e o ajustamento mútuo não permitem a ocorrência de uma relação estreita entre o profissional de saúde e o cliente. Esta relação tem como fundação a liberdade de não ter de responder a ordens provenientes de quadros hierárquicos e na possibilidade de consultar os colegas com frequência.

(Cremadez, 1992)

Os outros mecanismos de coordenação não podem ser aplicados na burocracia profissional, pelo facto de existir uma limitação de capacidade apresentada pela estandardização das qualificações na realização de uma parte da coordenação do centro operacional.

(Mintzberg, 1995)

O trabalho realizado pelos profissionais tem duas fases, sendo elas: a **categorização das necessidades do cliente** tendo em conta o grau de contingência, de forma a seleccionar um programa adequado; e a **aplicação desse programa**. O facto de se classificarem os clientes vai simplificar todo o trabalho efectuado.

(Mintzberg, 1995)

Segundo Perrow (1970:58), citado por Mintzberg (1995:383) *"Os clientes são classificados e ordenados em categorias, porque é muito difícil tratar cada caso individualmente, o que obriga a uma análise completa que exige recursos enormes"*.

Se houver a procura de um diagnóstico completo e aberto (que procure solução criativa para um problema único) é necessário recorrer a uma outra configuração, denominada de *adhocracia*.

O centro operacional trata-se do aspecto mais importante na burocracia, e deve ser servido pelo pessoal de apoio.

A burocracia profissional trata-se de uma estrutura descentralizada quer a nível vertical quer a nível horizontal.

(Mintzberg; 1995)

1.6. Adhocracia

Na Adhocracia existe uma tendência para agrupar especialistas em unidades funcionais no âmbito da gestão do pessoal, e para um desdobramento em pequenos grupos de unidades.

A Adhocracia segue o modelo de organização orgânica, muito flexível, composta por peritos, agrupados em unidades de pequena dimensão, facilitando as relações interpessoais.

(Monteiro, 1999)

Trata-se de uma estrutura orientada para o cliente, adequada para operar num meio envolvente complexo e instável. Em termos de resultados organizacionais, tendem a apresentar, segundo Orton e Weick (1990) citado por Monteiro (1999:320), *"...uma maior estabilidade, amortecendo o impacto dos problemas e impedindo-os de afectar toda a organização."*

De entre todas as configurações existentes a nível estrutural, a adhocracia representa aquela que menos segue os princípios clássicos da gestão. Nesta estrutura, sempre que é necessária a promoção de uma inovação existe uma flexibilidade na circulação de informação e tomadas de decisão, ultrapassando assim a estrutura da autoridade.

Dentro da Adhocracia há uma necessidade de recrutamento de profissionais com conhecimentos e competências desenvolvidos em programas de formação, e a necessidade de lhes fornecer poder.

(Monteiro, 1999)

Pelo risco de proporcionar estandardização e não inovação, a Adhocracia deve usar os conhecimentos e competências existentes como alicerces onde se pode realizar a construção de novos conhecimentos e competências. Assim há uma necessidade de quebra das barreiras convencionais da especialização e da diferenciação.

(Monteiro, 1999)

Enquanto na burocracia profissional os profissionais trabalham de forma individual, na adhocracia há uma obrigação de combinação de esforços.

Segundo Khandwalla (1976), citado por Mintzberg (1995:461) "*o trabalho de coordenação não é entregue a um pequeno grupo de responsáveis, sendo antes assumido pela maioria dos membros da organização*".

Na Adhocracia existem: os **responsáveis funcionais**, os **responsáveis de projecto** e os **quadros integradores** (que são numerosos pelo facto dos grupos de projecto serem pequenos, enconrajando assim o ajustamento mútuo entre os seus membros).

No entanto, assim como a burocracia, a adhocracia apresenta-se de forma descentralizada, isto pelo facto de utilizar profissionais que obtiveram formação complexa, sendo que na adhocracia estes encontram-se repartidos por toda a estrutura.

(Mintzberg; 1995)

Em relação à **Adhocracia Operacional**, podemos afirmar que esta inova e resolve os problemas em nome dos seus clientes. Existe uma correspondente burocracia profissional a executar trabalho. É também importante salientar o facto de existir uma tendência de confusão em um único esforço relativamente às actividades administrativas e operacionais.

(Mintzberg; 1995)

A **Adhocracia Administrativa** corresponde ao segundo tipo mais importante, sendo que esta empreende os seus projectos com o propósito de se servir a si própria. Neste tipo de Adhocracia há uma separação da parte administrativa com a parte operacional. Esta separação pode ocorrer de muitas maneiras, sempre que existe uma necessidade de inovar, o centro operacional pode ser estabelecido como uma entidade separada da organização. Outra forma de separação, é o desaparecimento do centro operacional, sendo que as suas actividades serão contratadas por outras organizações. Uma terceira forma, diz respeito à automatização do centro operacional.

(Mintzberg; 1995)

A Adhocracia parece evidenciar simultaneamente uma maior adaptabilidade, fomentando a experimentação e inovação (parecendo por isso adequado à resolução de problemas complexos), o júízo colectivo (através da pertença a grupos ou associações colectivas), e a preservação do desacordo (garantindo a capacidade de influência das minorias).

Estas organizações proporcionariam assim uma maior satisfação aos seus membros e seriam mais eficazes.

(Monteiro; 1999)

1.7. Sistemas Imperfeitamente Conectados

Sistemas imperfeitamente conectados, Segundo Orton e Weick (1990), citado por Monteiro (1999:204) são “*sistemas em que os elementos respondem em conjunto, embora preservando a sua diferenciação e identidade*”.

Segundo o mesmo autor, (p. 204-205) “*A conexão imperfeita numa organização sugere a existência de elementos interdependentes relacionados entre si, mas capazes de um certo nível de independência, daí resulta um sistema simultaneamente aberto e fechado, indeterminado e racional, espontâneo e deliberado.*”

O Hospital aparece-nos, neste sentido e a vários níveis, como um sistema imperfeitamente conectado. A diferenciação faz-se sentir na dificuldade de standardização do trabalho dos profissionais dada a sua complexidade, urgência, responsabilidade e princípios éticos intrínsecos a cada profissão, exigindo assim uma gestão casuística da actividade.

O meio interno é fragmentado, como o atesta a grande autonomia que os profissionais de saúde possuem, sendo de salientar o paradoxo entre esta tendência para a autonomia e a necessidade de coordenação das actividades internas sentida por toda a organização. O meio envolvente externo, também fragmentado, caracteriza-se por estímulos dispersos, pelos diferentes tipos de clientes e patologias, e pela existência de expectativas incompatíveis ou contraditórias, tais como as pressões institucionais para a redução dos custos e as pressões dos clientes e dos profissionais para o aumento da qualidade da prestação de cuidados.

(Monteiro, 1999)

Orton e Weick (1990), citado por Monteiro (1999:319), Para compensar a conexão imperfeita “*identificaram três tipos de estratégias – a liderança, a focalização e a partilha de valores. A liderança deve ser subtil e individualizada, assegurando-se que a visão central esteja sempre presente, facilitando assim a integração do sistema. Numa*

estratégia de focalização, o líder procura mudar o comportamento dos seus subordinados, mas apenas naquilo que se considera essencial, deixando-lhes uma considerável margem de liberdade para adaptação às situações.”

Segundo Monteiro (1999:319) *“A título de exemplo procurar-se-ia uma mudança dos comportamentos relacionados com o utente, através da implementação de um sistema de informação permanente sobre o «sistema cliente» e o meio envolvente externo.”*

Quanto à partilha de valores acima referida, e segundo Ouchi (1986), citado por Monteiro (1999:319), *“podemos considerar que a perda de controlo a que se assiste actualmente é compensada por uma orientação clínica.”*

Contudo, a perspectiva de focalização acima mencionada, ao exigir um aumento da coordenação que, neste contexto, obriga a uma mudança dos valores, remetendo-nos assim para uma liderança transformacional.

O conceito de sistema imperfeitamente conectado parece-nos, assim, muito útil para a compreensão da dinâmica da estrutura hospitalar, tanto mais que aponta para possíveis formas organizacionais de resolução de alguns dos problemas de gestão. Passamos a interessar-nos pelas características estruturais e as suas consequências nas percepções dos diferentes profissionais.

(Monteiro; 1999)

1.8. Comunicação

Tendo em conta que as pessoas passam cerca de 70% do tempo a comunicar, podemos afirmar que a comunicação é um aspecto fundamental para as organizações.

A palavra comunicação deriva de "colocar em comum".

(Parreira, 2005)

Segundo Parreira (2005:133) *"Se pensarmos em termos académicos na comunicação perfeita, ela ocorrerá quando um pensamento ou uma ideia é transmitida do emissor, de forma que a imagem mental percebida pelo receptor seja aquela que o primeiro queria transmitir (não querendo com isto dizer que o consiga), permitindo a visualização na íntegra, daquela que é visualizada pelo emissor"*.

O modo como as pessoas se relacionam umas com as outras, a maior ou menor eficácia no seu relacionamento, depende do poder e da habilidade das mesmas na comunicação, sendo que o acto comunicacional, por vezes, é confundido com o acto informativo.

(Fachada, 2006)

Segundo Fachada (2006:23), *"Informar é um processo unilateral. Comunicar é um processo interactivo e pluridireccional"*.

O modo como as pessoas comunicam decorre de um processo de aprendizagem, em que cada ser humano ajusta-o à sua própria individualidade e nível de desenvolvimento.

As comunicações traduzem um passado de atitudes, de valores, de princípios e de diversas experiências, que constituem a marca do nosso comportamento presente.

(Fachada, 2006)

De acordo com a mesma autora, nos relacionamentos comunicacionais que as pessoas estabelecem umas com as outras, há a utilização de um conjunto de sinais que lhes possibilita esta relação. São eles:

- Sinais verbais

- Sinais escritos

- Sinais não verbais

Segundo Fachada (2006:35), *“Os sinais não verbais adoptam uma importância extrema, pois através do modo como, por exemplo, nos vestimos é possível revelar muito de nós mesmos, nomeadamente os nossos gostos e as nossas possibilidades financeiras”*.

Os nossos adornos, assim como a maneira como nos penteamos, traduzem muito do que somos e desencadeiam reacções por parte dos outros, com os quais comunicamos.

Segundo Julius Fast (1970) citado por Fachada (2006:35), *“...a nossa comunicação pode ser silenciosa e de tal modo automática que podemos não estar conscientes de que estamos a comunicar”*, ou seja, estamos sempre a transmitir qualquer tipo de mensagem a quem nos observa, sendo inevitável a comunicação.

De acordo com Fachada (2006:37), *“A inevitabilidade da comunicação traduz-se pelo seguinte: Não Podemos Não Comunicar. É importante reter que 80% do acto comunicacional é composto por sinais não verbais”*.

A reacção dos outros perante as nossas comunicações, intitula-se como feedback ou confirmação da mensagem e é um mecanismo essencial para decidirmos como se vai proceder a restante comunicação. A continuidade ou não da comunicação, depende da maneira como ela influenciou e foi recebida pelos outros.

(Fachada, 2006)

Ainda de acordo com a mesma autora, consegue entender-se a razão porque devemos mostrar-nos interessados e atentos quando algo nos está a ser dito, sob pena de acabar com a relação comunicacional estabelecida.

Se um profissional, ao cuidar do seu cliente, não olha para este quando lhe fala, a sua voz não revela disposição e não atende às suas necessidades verbalizadas, tal comportamento pode significar que não está empenhado no que está a fazer.

É muito importante tomar atenção à forma como transmitimos informação, quer de forma verbal quer de forma não verbal, gestos, palavras, expressões. E preocuparmo-nos também, à forma como os outros entendem a nossa comunicação, pois poderemos estar a ser mal interpretados.

(Fachada, 2006)

Ayala (1979:84), citado por Parreira, refere que *“...vive-se em conjunto, come-se e trabalha-se em conjunto, mas as pessoas não se comunicam, e as almas mantêm-se emparedadas na sua imensa solidão. O homem é um ser social e necessita comunicar-se”*.

Ainda, Kron e Gray (1994:302), citado por Parreira, acrescentam que, *“...a comunicação é uma troca de ideias e informações. Ela é mais do que apenas dizer palavras. Ela entra em todas as facetas de nossas actividades quotidianas e relações pessoais...”*.

Silva (1996:133), citado por Parreira, ressalva que *“...comunicar com qualidade passa pela compreensão do que queremos trocar com as pessoas, o que queremos colocar em comum, qual a nossa capacidade de estar trocando com o outro, qual o nível de troca...”*.

No entanto, existem sempre algumas barreiras ao acto comunicacional.

Segundo Robbins (1999), citado por Parreira (2005:136) *“...as fontes de distorção ocorrem nos componentes, funcionando como barreiras à comunicação eficaz”*.

Para se estabelecer uma comunicação eficaz é importante a existência de determinados elementos, segundo Fachada (2006) como:

Emissor – O que emite ou transmite a mensagem;

Receptor – Aquele que recebe a mensagem;

Mensagem – É o conteúdo da comunicação;

Canal – É o suporte que veicula a mensagem. O canal mais vulgar é o ar;

Código – Conjunto de sinais com significado;

Quando as pessoas emitem uma mensagem podem utilizar vários códigos. De entre estes existem as palavras, que podem ser de origem verbal ou escrita. Mas também existe a linguagem não verbal, em que são utilizados os gestos, a postura, expressões faciais, os silêncios, o tom de voz, as roupas, etc.

É através da comunicação não verbal que se transmitem muitas das emoções e dos sentimentos.

Muitas vezes, a linguagem não verbal, que acompanha a linguagem verbal, oferece um significado mais profundo e verdadeiro que esta última.

(Fachada, 2006)

De acordo com Bilhim (1996), citado por Parreira (2005), Existem três tipos de comunicação, relacionadas com a teoria organizacional:

- **A comunicação intrapessoal;**
- **A comunicação interpessoal;**
- **A comunicação organizacional.**

De acordo com Pereira (1999), citado por Parreira (2005), existe ainda a comunicação interorganizacional, que se refere ao tipo de comunicação que se estabelece entre organizações.

A comunicação organizacional, pode-se apresentar em dois sentidos:

- **Vertical**, que se refere à comunicação que se estabelece para cima e para baixo, tendo em conta os cargos hierárquicos;
- **Horizontal**, que se refere a uma troca diagonal de mensagens do mesmo nível. Um aspecto que se torna eficaz numa organização, é o facto da comunicação se estabelecer entre os membros do mesmo grupo de trabalho, do mesmo nível ou que se encontrem horizontalmente equivalentes.

(Parreira, 2005)

O apoio social é assim um aspecto com grande importância, permitindo o fornecimento de um apoio útil aos profissionais.

Segundo Garcia (1990), citado por Parreira (2005:140) *"os indivíduos que trabalham em ambientes com falta de apoio social tendem a ter mais problemas de saúde e problemas emocionais"*.

Segundo Kreps (1990), citado por Parreira (2005:1), a comunicação organizacional é entendida como *"...processos através do qual os membros da organização obtêm as informações pertinentes sobre ela e as mudanças que nela ocorrem (...) a comunicação organizacional desempenha uma função de fonte de informação (data-gathering) para os membros da organização. A informação constitui a variável intermediária que une a comunicação à organização"*.

1.9. Liderança

O conceito de Liderança é algo difícil de se obter, pelo facto de nenhuma delas conseguir englobar todas as suas componentes. Segundo Stogdill, citado por Parreira (2005:157) *"existem quase tantas definições de liderança quanto o número de pessoas que tentaram definir o conceito"*.

Segundo Chiavenato (1999:95), citado por Parreira (2005:157) Liderança é "*a influência interpessoal exercida numa situação e dirigida por meio do processo da comunicação humana à consecução de um ou diversos objectivos específicos*".

Existem aspectos que se encontram subjacentes ao conceito de Liderança, sendo eles:

- O envolvimento dos seguidores;
- A distribuição assimétrica do poder entre líder e subordinados;
- A capacidade no uso das diferentes formas de poder.

(Parreira, 2005)

Para além destes aspectos inerentes à Liderança, é necessária coragem, que segundo Pereira (1999), citado por Parreira (2005:158) é "*uma qualidade humana não menos importante, considerada como a mais necessária ao processo de liderança*".

Um líder necessita de criar uma magia entre si e os seus subordinados.

(Parreira, 2005)

O conceito de Liderança deve ter algumas implicações, nomeadamente o facto de envolver outras pessoas, envolver uma distribuição desigual de poder e envolver diferentes formas de poder para influenciar o comportamento dos outros.

Diz respeito a um processo relacional, de influência e é natural em todas as organizações. Apresenta como principal função, a garantia de sobrevivência de grupos.

Um Líder caracteriza-se pelo facto de não ser um talento ou qualidade inerente ao indivíduo e pelo facto de não ocupar uma posição vitalícia. O ser-se líder é um comportamento passível de ser aprendido.

Existem vários factores que vão influenciar o comportamento do líder, sendo eles: a cultura organizacional, a estrutura e actividade da organização, o tipo de tarefas, as características do líder, as características dos subordinados, e a interacção que ocorre entre os factores.

(Cardoso, 2009)

O líder pode ser:

- **Formal**, sendo aquele que domina o conceito de autoridade e legitimidade que é salvaguardado pela posição do organograma;
- **Informal**, que se caracteriza pelo facto de na base estar o poder de influenciar, incentivar e mobilizar as pessoas para um determinado propósito.

(Cardoso, 2009)

Líder	
Características Físicas	Energia; Aparência; Estatura; Peso.
Características intelectuais	Adaptabilidade; Agressividade; Entusiasmo; Auto-confiança.
Características sociais	Cooperação; Habilidades interpessoais; Habilidades administrativas.
Características de tarefa	Impulso de realização; Persistência; Iniciativa.

Quadro 3 - Características da personalidade que definem o Líder

(Parreira, 2005)

1.10. Trabalho de Equipa em Saúde

Segundo Pontes et al (2008:25), *“Historicamente o homem trabalhava sozinho, na execução das suas tarefas, mas com o desenvolvimento tecnológico e científico, ninguém consegue reunir toda a experiência técnica em todas as áreas do conhecimento. Daí que tornou-se mais sustentável o trabalho de Equipa”*.

A partir da década de 80, começaram a surgir equipas a nível da saúde. Hoje em dia existem vários modelos conceptuais que revelam a importância do trabalho realizado mediante uma equipa, no entanto ainda existe muita confusão relativamente aos conhecimentos da sua actividade.

(Pinho, 2006)

As Equipas de saúde enfrentam uma multivariabilidade de factores, criando assim impacto no seu processo de estruturação.

Segundo Muchinsky (2004:276), citado por Pontes et al (2008:25), equipa é *“ um conjunto de pessoas com um número limitado, interagindo regularmente para atingir objectivos comuns sobre a sua responsabilidade”*.

Numa Equipa em determinada organização todos sabem claramente quem é membro e quem não é, e uma tarefa ou um conjunto de tarefas específicas para realizar.

O trabalho de Equipa requer que os membros interajam (troca de informações), partilhando recursos, coordenando-se e “discutindo” um com outro na realização da tarefa do grupo. Além disso sempre existe um certo grau de interdependência entre os membros de uma Equipa.

(Pontes et al, 2008)

Segundo Robbins (2002), citado por Pinho (2006:70) "*as equipas são capazes de melhorar o desempenho dos indivíduos quando a tarefa requer múltiplas habilidades, julgamentos e experiência*". Esta vantagem só ocorre pelo facto de uma equipa ser mais flexível e ter maior capacidade de adaptação.

De acordo com o artigo 91º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (p.58), citada por Pontes et al (2008:26), o Enfermeiro como membro da Equipa de saúde, assume o dever de:

- Actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;
- Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde;
- Integrar a Equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.

De acordo com Muchinsky (2004), citado por Pontes et al (2008:26) referem cinco dos principais princípios:

Princípio 1 – O trabalho em equipa requer que os seus membros dêem e recebam feedback dos outros. Neste contexto, todos os elementos do grupo são importantes, o clima no grupo não pode ser prejudicado, nem pelo status nem pelo poder.

Equipas eficazes assumem as suas tarefas com a percepção das suas forças e fraquezas, mostrando capacidade de aceitar as críticas construtivas.

Princípio 2 – Trabalho em equipa implica boa vontade, prontidão e disposição de apoiar os colegas durante as operações. Os elementos da equipa prontificam – se a ajudar quando necessário e aceitam a ajuda sem serem considerados fracos. Mostram

competência não só na sua área específica mas também na área dos demais membros da equipa.

Princípio 3 – O trabalho em equipa requer que os membros do grupo vejam a si mesmos como um grupo cujo sucesso depende da sua interacção. Os membros do grupo vêem-se como membros de uma equipa unida, não como indivíduos isolados.

Reconhecem que a sua eficácia é a eficácia da equipa, que depende da totalidade dos esforços de cada membro.

Princípio 4 – Trabalho em equipa significa promover a interdependência da equipa. A interdependência é vista como uma virtude. A equipa adopta o princípio de que não apenas é adequado, como também essencial que cada membro, independentemente do seu status dentro da equipa, depende do outro para a execução da missão da equipa.

Princípio 5 – A liderança da equipa faz a diferença no desempenho da equipa.

Os líderes dão e aceitam feedback e adoptam comportamento colaborativo.

Um grupo de trabalho não é necessariamente uma equipa de trabalho. Segundo Pinho (2006:70) um grupo de trabalho é *"aquele cujo processo de interacção é usado para partilhar informações e para a tomada de decisões com o objectivo de ajudar cada membro"* e um grupo de equipa *"orienta-se pelos esforços individuais que resultam em um nível de desempenho maior que a soma das entradas"*. Apesar destas definições é necessário ter em conta o facto de a equipa nem sempre ser a solução ideal, isto é, por vezes o trabalho individual pode ser mais eficaz.

Existem assim três princípios a ter em conta para a avaliação do trabalho em Equipa, sendo eles:

- Definição da possibilidade do trabalho ser realizado por mais de uma pessoa, tendo em conta a complexidade e a necessidade de várias perspectivas;

- Conhecimento da tarefa, em relação ao seu propósito comum ou conjunto de metas, que seja mais que a soma dos objectivos individuais;
- Verificação da existência de interdependência dos membros do grupo

(Pinho, 2006)

Para a obtenção de uma Equipa eficaz, existe ainda a necessidade de um projecto de trabalho, uma composição relativa à Equipa, recursos, influências contextuais e variáveis, uma vez que o trabalho em Equipa possui elementos que se encontram na base da formação e caracterização de uma Equipa. As Equipas de saúde, para além destes elementos, ainda têm certas particularidades, nomeadamente as que se encontram relacionadas com o facto de existir uma convivência entre profissionais de saúde.

Cada profissional necessita de manter as suas funções especializadas, de forma a dar uma continuidade a nível da comunicação com outros, formando assim uma continuação de interacções e responsabilidades.

(Pinho, 2006)

Segundo Hall e Weaver (2001:871), citado por Pinho (2006:72) "*cada profissional de saúde aprende seu papel tradicional através do processo de educação da sua profissão*". Ainda segundo o mesmo autor "*os profissionais de saúde possuem mapas cognitivos de suas disciplinas específicas e possuem também uma compreensão dos papéis de outras pessoas.*"

Existe ainda uma diferenciação entre concepções de trabalho orgânico e de trabalho ritualístico nos serviços. Os profissionais que têm uma concepção de trabalho orgânico, segundo Cott (1998), citado por Pinho (2006:73) "*estão interessados nas implicações humanas de seus trabalhos e falam a respeito de um papel mais inclusivo.*"

Por outro lado, os profissionais que têm uma concepção de trabalho ritualístico, segundo Cott (1998), citado por Pinho (2006:73) *"têm o seu interesse voltado para aspectos mais concretos com o uso de mecanismos e rotinas para o desempenho de tarefas."*

Segundo Drinka (2000), citado por Pinho (2006:75-76) a equipa interdisciplinar é *"um grupo de indivíduos com diversas formações e backgrounds que trabalham juntos como uma unidade ou sistema"*.

Relativamente à profissão de Enfermagem, Barbieri (1997:22), citado por Pontes et al (2008:27) acrescenta que o que dá eficácia a uma Equipa é a diversidade dos contributos específicos de cada profissão. Só possuindo uma concepção clara e precisa pode o Enfermeiro projectar uma imagem positiva quer na sociedade, quer nas Equipas que integra e consciencializar os pontos de sobreposição da sua intervenção com os dos outros profissionais, num clima de respeito, confiança, cooperação e apoio.

O trabalho de equipa é cada vez mais importante nas organizações de modo a atingir os objectivos de uma forma eficaz.

Segundo Pontes et al (2008:27), *"... é fundamental que os elementos intervenientes interiorizem que o desenvolvimento de um trabalho em equipa é crucial. Nas equipas, as pessoas têm um elevado grau de interdependência, têm de colaborar umas com as outras, de adaptar a sua actividade e comportamento às necessidades e objectivos da equipa, sendo portanto necessário envolvimento, qualidade, uniformidade de actuação, informação, planeamento e actualização permanente"*.

1.11. Métodos de Trabalho em Enfermagem

Segundo Parreira (2005:249) *“a dotação de pessoal em Enfermagem tem como finalidade efectuar uma previsão do número de enfermeiros necessários para prestar cuidados de enfermagem nas diversas unidades, segundo a capacidade instalada, a complexidade dos cuidados e o modo de organização dos mesmos”*.

Os métodos para a prestação de cuidados de Enfermagem dizem respeito à forma como ocorre a distribuição do trabalho de Enfermagem. Segundo Parreira (2005:267) *“numa perspectiva gestionária, poderá ser definido como um acto conceptual do processo administrativo pelo qual o gestor torna eficaz e eficiente a prática de Enfermagem”*.

É importante ter em conta o facto dos métodos de trabalho em Enfermagem se tratarem de uma filosofia de cuidar, sendo mais do que uma simples distribuição de trabalho. Esta forma de pensar nos cuidados tem como base os princípios do planeamento administrativo em Saúde.

Os métodos de prestação de cuidados podem ser centrados:

- **Na tarefa**, sendo denominado de sistema de trabalho funcional. Este sistema dá especial atenção a uma realização de tarefas, sendo que a distribuição de trabalho é realizada com base nelas (tarefas). Segundo Parreira (2005:270) *“o alvo de acção não é o utente mas a tarefa a desenvolver”*.

Este sistema é pobre nomeadamente a nível de qualidade e pretende obter um máximo rendimento com o mínimo de pessoas. Não se verifica um planeamento das

acções que se pretende desenvolver (com base no cliente) pelo facto de se estabelecer uma fraca comunicação entre os membros da equipa.

(Parreira, 2005)

No entanto este método de trabalho apresenta algumas vantagens, sendo elas: a máxima eficiência para a actividade e o facto de maximizar a produção de um elemento. Como desvantagens, consideramos: a falta de personalização dos cuidados; a fraca qualidade de cuidados em comparação com outros métodos de trabalho; o facto de existirem deficiências nos registos; o facto de existir uma ausência de interacção e relação interpessoal; o facto do enfermeiro responsável não ser identificado pelo cliente; a inexistência de uma visão holística, pelo Enfermeiro, em relação às necessidades do cliente; o facto de não existir uma continuidade de cuidados.

(Parreira, 2005)

- **No cliente**, através:

- Do método individual, em que a responsabilidade de todos os cuidados (durante um turno) é atribuída a um único Enfermeiro.

Este método tem como vantagens: a promoção da relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente; a promoção do processo de Enfermagem; a promoção da humanização dos cuidados; a promoção da inexistência de erros; a promoção de uma maior autonomia em prestar cuidados; a existência de uma prestação de cuidados individuais; a existência de uma continuidade de cuidados; a existência de segurança do cliente relativamente aos cuidados prestados pelo Enfermeiro; o facto de favorecer uma visão holística, por parte do Enfermeiro, sobre o cliente; o facto de o cliente conhecer o “seu” Enfermeiro responsável; um maior conhecimento, do Enfermeiro sobre o cliente; um aumento das aptidões e capacidades individuais do Enfermeiro; um aumento da criatividade; um aumento da capacidade na tomada de decisão por parte do Enfermeiro; uma maior facilidade na avaliação dos cuidados que são prestados.

As suas limitações são: as diferentes competências individuais; os diferentes conhecimentos existentes; a necessidade de determinadas habilitações por parte de cada

elemento; a não garantia de um cliente, durante o internamento, ser atendido pelo mesmo profissional; o facto de exigir maior dotação de pessoal.

(Parreira, 2005)

➤ Do método em equipa, em que há uma resposta às diversas qualificações e capacidades apresentadas pelos vários elementos. Segundo Parreira (2005:272), “...*não é um procedimento mas sim a implementação de uma filosofia que diz respeito a um grupo de pessoas conduzidas por um líder*”. Este método obriga a um conhecimento dos problemas dos clientes, por parte de cada elemento da equipa. Os Enfermeiros são divididos em equipas, onde existe um líder que coordena cada uma delas.

Este método tem como base a liderança apresentada no planeamento, a avaliação realizada na prestação de cuidados e a comunicação eficaz.

Este método, Segundo Kron e Gray (1994), citado por Parreira (2005:273) baseia-se “...*no principio de que todos os clientes poderão receber melhor nivel de prestação de cuidados desde que sob liderança de um profissional de Enfermagem*”.

Para que seja implementado o método de trabalho em equipa não tem que haver necessariamente pelo menos duas equipas, e numa equipa podem existir apenas dois elementos, como muitas vezes se verifica nos turnos da tarde e noite.

Este método tem como vantagens: um aumento das capacidades de liderar; a promoção de um aumento da eficácia dos cuidados prestados; o aproveitamento das capacidades dos elementos da equipa; uma melhor integração dos elementos menos experientes; um aumento da satisfação do Enfermeiro e do cliente; um aumento da segurança do cliente; um aumento de intercâmbios de conhecimentos.

(Parreira, 2005)

Como limitações deste método temos o facto de: exigir uma maior dinamização do grupo; existir qualidade nas relações interpessoais; poderem surgir dificuldades na interacção entre os Enfermeiros; não se garantir o atendimento do cliente em outro turno

(pela mesma equipa); poder resultar numa distribuição desigual de elementos; poder ocorrer incompetências no trabalho; e ser necessário um bom espírito de equipa.

(Parreira, 2005)

➤ Do método de Enfermeiro de referência, em que este se torna responsável por todo o planeamento, prestação de cuidados e avaliação do cliente desde a sua admissão até à alta.

Segundo Deyoung (1985), citado por Parreira (2005:274), este método de trabalho “*permite à Enfermagem utilizar e sintetizar todas as capacidades cognitivas, psicomotoras e afectivas para avaliar o status e prescrever o atendimento de Enfermagem*”.

As vantagens deste método são: a promoção da personalização dos cuidados; a promoção da continuidade de cuidados; a promoção da comunicação do Enfermeiro com o Enfermeiro, médico, cliente e família; a promoção da autonomia do Enfermeiro; a promoção da responsabilidade; a promoção da criatividade; um aumento do conhecimento do Enfermeiro e do cliente; uma maior facilidade no ensino; e uma maior facilidade no planeamento para a alta do cliente.

Como limitações deste método temos o facto: de exigir uma determinada formação qualificada; de exigir uma melhor dotação de pessoal; de haver dificuldades de aplicação em unidades muito rotativas.

Métodos de Trabalho em Enfermagem			
Centrado na tarefa	Centrado no cliente		
Sistema de trabalho funcional	Método individual	Método em equipa	Método de enfermeiro de referência
<p style="text-align: center;"> </p> <p>Aspectos dos métodos de trabalho:</p> <p>Qualidade e continuidade de cuidados; Planeamento das actividades; Avaliação dos cuidados; avaliação dos registos; Comunicação estabelecida; Poder de decisão; responsabilidade.</p>			

Quadro 4 – Métodos de Trabalho em Enfermagem

(Parreira, 2005)

1.12. Ética em Enfermagem

1.12.1. Relação Enfermeiro – Cliente

A Enfermagem tem como função a prestação de ajuda às pessoas que sofrem ou se questionam sobre a sua saúde, de forma a assegurar o conforto e bem-estar.

Os clientes, para atingir uma saúde óptima, estabelecem relações com os profissionais de saúde.

Segundo L.Carpenito, citado por Neves et al (2008:65) *“Enfermagem é um processo terapêutico que implica a interacção mútua entre o enfermeiro, o utente e a família, que em conjunto colaboram para atingir a máxima saúde.”*

A comunicação estabelecida entre o Enfermeiro e o Cliente é de extrema importância para uma relação eficaz. Segundo Neves et al (2008:70) *“a comunicação é um processo interpessoal complexo que envolve trocas verbais e não verbais de informações, ideias, comportamentos e relacionamentos. É um acto de partilha que, se for eficaz, produzirá mudanças.”*

Para que os clientes possam esclarecer dúvidas, minimizando assim os seus problemas, os Enfermeiros devem ter a capacidade de comunicar, especialmente durante a prestação de cuidados, utilizando: frases simples, curtas, claras e concretas; um ritmo adequado ao Cliente; pronúncia clara; vocabulário adequado às características do Cliente; comunicação não verbal como estímulo e que denuncie disponibilidade.

Nos Cuidados de Enfermagem, o Cliente/família deve ser visto através de uma perspectiva holística, sendo considerado como um todo, em que existem aspectos físicos, sociais, cognitivos, afectivos e espirituais.

Uma das principais características e que contribui para o sucesso da relação Enfermeiro-Cliente é a empatia, que segundo J.Watson, citado por Neves (2008:71) *“é a habilidade da Enfermeira para experienciar o mundo íntimo e os sentimentos de outra pessoa e, simultâneamente, a habilidade de comunicar a essa pessoa o grau de compreensão que atingiu.”*

A interacção estabelecida com os clientes através da comunicação não verbal, centra-se no corpo humano (face, olhos, postura, aparência física).

As formas como a comunicação é utilizada pelos Enfermeiros, permite inclui-la nas competências de Enfermagem, sendo que é necessário treino e perícia.

De forma a fortalecer a relação com o Cliente, o Enfermeiro deverá adquirir certos atributos como: Compaixão, competência, consciência, compromisso e confidencialidade.

(Neves et al, 2008)

Uma relação eficaz proporciona: uma diminuição de medos e ansiedade, uma ajuda para enfrentar problemas e uma satisfação das necessidades fundamentais em ser reconhecido e amado.

Segundo Neves et al (2008:76) *“A relação de ajuda enfermeiro-cliente, segue o curso da vida: nasce, desenvolve-se, cresce, dá frutos e morre.”*

É sempre importante ter em conta que o facto da situação da hospitalização afecta a família, na medida em que altera as suas rotinas.

1.12.2. Relações Inter-Profissionais

Ao nível da Saúde existem vários modelos que se complementam, podendo assim prestar cuidados adequados a cada Cliente. O trabalho em equipa é exigente, na medida em que cada elemento deve compreender o seu papel e ter em conta que só atingirá determinado objectivo com o auxílio dos outros elementos.

Segundo Neves et al (2008:95) *“cada vez mais o trabalho é multidisciplinar e interdisciplinar e nenhum dos seus executantes sabe fazer o trabalho dos restantes elementos da equipa.”*

Para que o todo funcione, é necessário que os grupos trabalhem segundo padrões de conduta.

O Enfermeiro tem vindo a evoluir e a valorizar-se perante os técnicos de Saúde e Clientes, na medida em que tem assumido um maior papel na prestação de cuidados, tendo sempre em conta que o seu papel na equipa depende da sua qualificação.

(Neves et al, 2008)

A competição existente e a aliança com elementos de outros grupos profissionais torna-se prejudicial ao nível da relação entre os Enfermeiros. Um mau ambiente a nível de relacionamentos afecta: o cliente (pode ser mal atendido, mal, orientado, mal assistido), o serviço (dificuldade na transmissão de informação) e o Enfermeiro (sentimento de culpa, falta de confiança, alterações no comportamento).

(Neves et al, 2008)

Existem vários factores que podem contribuir para uma resolução destes aspectos, tais como: a aceitação mútua, o estabelecimento de comunicação, o trabalho em equipa e a existência de princípios ético-deontológicos por parte de cada indivíduo.

(Neves et al, 2008)

A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares - Licenciatura em Enfermagem

2. DECISÕES METODOLÓGICAS

Fortin (2003:131), considera que *“a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização de investigação”*.

Segundo a mesma autora (2009:211), *“A fase metodológica reporta-se ao conjunto dos meios e das actividades próprias para responder às questões de investigação ou para verificar hipóteses formuladas no decurso da fase conceptual (...) No decurso da fase metodológica, a atenção do investigador é dirigida, principalmente, para o desenho de investigação, a escolha da população e da amostra, dos métodos de medida e de colheita de dados”*.

Fortin (2003:132), considera que *“o desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”*.

Ainda segundo Fortin (2009:214), *“O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objectivos sejam atingidos”*.

2.1. Paradigma e tipo de estudo

O nosso trabalho irá incidir numa abordagem Quantitativa, uma vez que pretendemos chegar a conclusões em dados numéricos, conclusões essas que nos irão fornecer conhecimentos objectivos relativamente às variáveis em estudo. Pensamos que a abordagem quantitativa é o método de investigação que se adequa ao estudo científico que pretendemos realizar. A partir deste método podemos contribuir para o desenvolvimento e validação dos acontecimentos acerca do tema em estudo.

Segundo Fortin (2003:322), *“No método quantitativo, o controlo permite delimitar o problema de investigação e suprimir os efeitos de variáveis estranhas (...) assegurar*

uma representação da realidade, de modo a que os dados sejam generalizáveis a outras populações”

O tipo de estudo será o Estudo Descritivo Simples, pois estuda e compreende a situação actual do objecto de investigação.

Para Fortin (2003: 135), “...os estudos descritivos simples fornecem uma descrição dos dados, quer seja sobre a forma de palavras, números, ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis”.

Para a mesma autora (2009:237), “O estudo descritivo simples implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população”.

2.2. População Alvo e Amostra

Este estudo é realizado em meio natural, uma vez que é nosso objectivo desenvolvê-lo no Serviço de Urgência Polivalente de dois Hospitais da região de Lisboa.

Considerando Fortin (2003: 202) “a população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (...)”, ainda segundo a mesma autora (2009:310), “A população, que é objecto de estudo, é chamada de “população - alvo” (...) é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios definidos previamente e que permitem fazer generalizações”.

Polit (2004:225) define população como “um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios específicos”.

A população do nosso estudo é constituída pelos **Enfermeiros do Serviço de Urgência Polivalente de dois Hospitais da região de Lisboa.**

Para Fortin (2003:202), *“A amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população - alvo”*.

Ainda segundo a mesma autora (2009:312), a amostra deve *“...ser representativa da população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população”*.

Para Polit (2004:225) amostra é *“...subconjunto da população”* e refere que *“as entidades que formam as amostras e as populações são os elementos”*.

Para a realização do nosso estudo, delineámos como a nossa amostra **todos os Enfermeiros presentes na Sala de Reanimação do Serviço de Urgência Polivalente de dois hospitais da zona de Lisboa, durante as 20 observações realizadas.**

De acordo com Fortin (2003:133), *“As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de selecção”*.

Vamos utilizar uma amostra acidental ou de conveniência

Segundo Fortin (2009:321), *“A amostra acidental ou de conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos. Noutros termos, a amostragem acidental permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo”*.

2.3. Variáveis

Variável pode definir-se como algo que não é constante, ou seja, varia. Num estudo quantitativo, procura-se compreender como e porque é que as coisas variam e aprender como é que as diferenças duma variável estão relacionadas com as diferenças de outra.

As variáveis que mais frequentemente são apresentadas em estudos de investigação são as variáveis de atributo, as independentes e as dependentes.

Relativamente à definição de variável, Fortin (2003:376) define como *“característica de pessoas, de objectos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores, sendo variável de atributo a característica dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever uma amostra”*.

Definimos como variáveis de atributo para o nosso estudo:

- Sexo dos Enfermeiros;
- Experiência Profissional dos Enfermeiros;
- Experiência Profissional dos Enfermeiros no Serviço de Urgência.

2.4. Critérios de Elegibilidade da Amostra

Definimos como critérios de elegibilidade da amostra: Trabalharem no Serviço de Urgência Polivalente dos dois Hospitais da região de Lisboa; e todos os Enfermeiros que se encontram na Sala de Reanimação durante as 20 observações.

2.5. Instrumento de Colheita de Dados

Uma das regras fundamentais para a escolha do instrumento de colheita de dados é perceber se a informação que se irá colher com um determinado instrumento, é exactamente a necessária para responder aos objectivos do estudo.

Para Polit (2004:49) os dados de uma pesquisa são *“...as informações obtidas em um estudo”*.

Num estudo Quantitativo Polit (2004:49) refere que “...o pesquisador identifica as variáveis de interesse, desenvolve as definições operacionais dessas variáveis e, depois, colecta os dados relevantes dos sujeitos...os valores das variáveis do estudo são os dados para o projecto de pesquisa”.

Segundo Fortin (2003:365) a colheita de dados é um “*processo de observação, de medida e de consignaçoão de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis juntos dos sujeitos que participam numa investigação*”.

Pensámos que o instrumento de colheita de dados que mais se adequa ao nosso estudo é uma grelha de observação (apêndice nº1).

Fortin (2003:241) refere que a “*observação directa visa descrever os componentes de uma dada situação ...*”.

A grelha de observação é composta por questões que caracterizam os clientes que entram na Sala de Reanimação, questões que caracterizam os Enfermeiros presentes na Sala de Reanimação, questões referentes ao método de organização/funcionamento da Equipa de Enfermagem e por questões relacionadas com as intervenções dos Enfermeiros na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias e Neurovasculares, sendo que, em situações de complicações Cardíacas existem 14 intervenções possíveis, em situações de complicações Respiratórias existem 14 intervenções possíveis e, por fim, em situações de complicações Neurovasculares existem 20 intervenções possíveis, durante as 20 observações realizadas.

As questões relacionadas com as intervenções dos Enfermeiros na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias e Neurovasculares resultaram da pesquisa bibliográfica.

O preenchimento da grelha de observação nas questões relacionadas com as intervenções dos Enfermeiros na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias e Neurovasculares foi preenchido com respostas de “Sim ou Não” e com a descrição do Enfermeiro que a realizou com sendo Enfermeiro A, Enfermeiro B, Enfermeiro C ou Enfermeiro D.

2.6. Considerações Éticas

Os trabalhos de investigação que estudam uma população constituída por seres humanos levantam questões morais e éticas. Assim, em todas as etapas do processo de investigação, é fundamental ter em conta os aspectos éticos que estas comportam.

Ao longo de todo o nosso estudo teremos em conta todos estes aspectos, respeitando os princípios éticos de cada elemento da população em estudo.

Fortin (2003:114) define ética como “...*ciência da moral e a arte de dirigir a conduta...conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta*”.

Para prosseguir este trabalho, foi enviada uma carta (apêndice nº 2), acompanhada pelo instrumento de recolha de dados, carta explicativa do estudo e do consentimento e declaração consentimento informado (apêndice nº 3), dirigida à entidade competente e outra carta (apêndice nº 4) para autorizar a realização deste estudo científico.

Os direitos fundamentais das pessoas incluem:

- Direito à intimidade;
- Direito à confidencialidade;

O direito à intimidade refere que o investigador deve assegurar que o seu estudo é o menos invasivo possível e que há protecção da intimidade dos sujeitos. Este direito tem inerente a si a liberdade dos sujeitos decidirem sobre a extensão da informação a dar ao colaborarem num estudo de investigação e a determinarem se aceitam partilhar informações privadas e íntimas. O direito à intimidade é violado quando a informação

privada recolhida pelos investigadores é fornecida a terceiros sem o consentimento do sujeito ou contra o seu consentimento.

O Direito à Confidencialidade referencia que a identidade do sujeito não deve ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Ou seja, os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes do estudo possa ser reconhecido pelos leitores da investigação. Este direito indica ao investigador qual o tratamento que deve realizar de forma a reservar os dados íntimos que lhe são fornecidos no quadro do estudo. É fundamental ter sempre em conta que os dados pessoais não podem ser divulgados/ partilhados sem autorização expressa do sujeito. A quebra da confidencialidade dá-se quando o investigador, quer por acidente, quer por acção voluntária, permite o acesso aos dados brutos do estudo a uma pessoa que não está autorizada a fazê-lo. Os dados colhidos, durante e após o estudo, ficam sob responsabilidade do investigador. Assim, o formulário do consentimento informado não se deve juntar ao instrumento de colheita de dados e no questionário deve substituir-se o nome do sujeito por um número. O instrumento original de colheita de dados é guardado num local seguro ou fechado. Após este período de investigação, os originais serão destruídos.

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3.1. Idade

No que diz respeito ao Gráfico 1 e Tabela 1, relativos à idade dos clientes, pode-se verificar que 8 clientes (40,0%) encontram-se na faixa etária dos 66 aos 75 anos de idade, 6 clientes (30,0%) encontram-se entre os 56 e os 65 anos de idade, 3 clientes (15,0%) encontram-se entre os 76 e os 85 anos de idade, 2 clientes (10,0%) situam-se entre os 45 e os 55 anos de idade e 1 cliente (0,5%) encontra-se entre os 86 e os 95 anos de idade.

Idade	Frequência Absoluta	Percentagem	Frequência Acumulada	Frequência Acumulada
<55	2	10%	2	10%
56-65	6	30%	8	40%
66-75	8	40%	16	80%
76-85	3	15%	19	95%
>85	1	5%	20	100%
Total	20	100%		0

Tabela 1 – Distribuição dos Clientes quanto à Idade

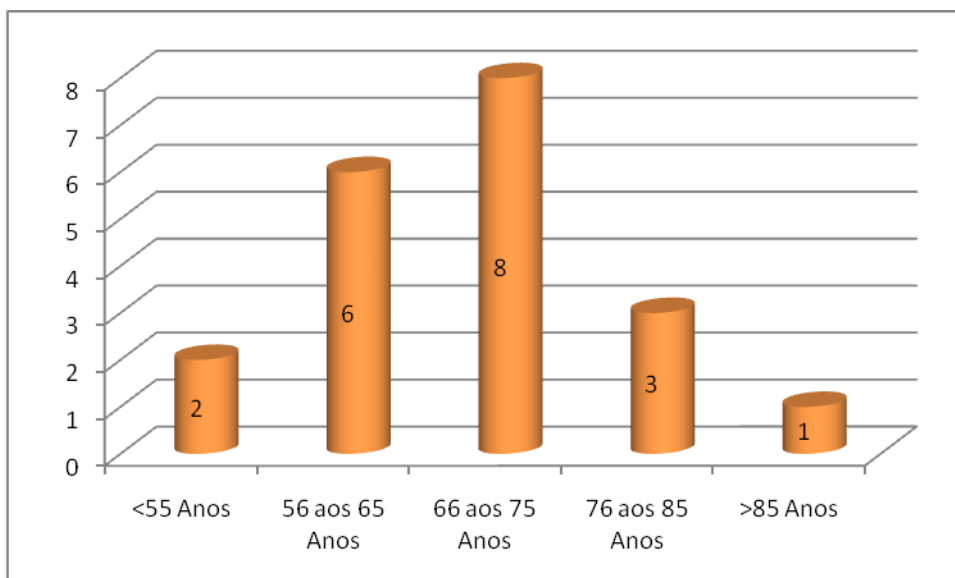


Gráfico 1 – Distribuição dos Clientes quanto à Idade

3.2. Sexo dos Clientes

No que diz respeito ao Gráfico 2 e Tabela 2, referentes ao sexo dos clientes, podemos inferir que 12 clientes do nosso estudo (60%) são do sexo masculino e 8 clientes (40%) são do sexo feminino.

Sexo	Frequência Absoluta	Percentagem
Masculino	12	60%
Feminino	8	40%
Total	20	100%

Tabela 2 – Distribuição dos Clientes quanto ao Sexo

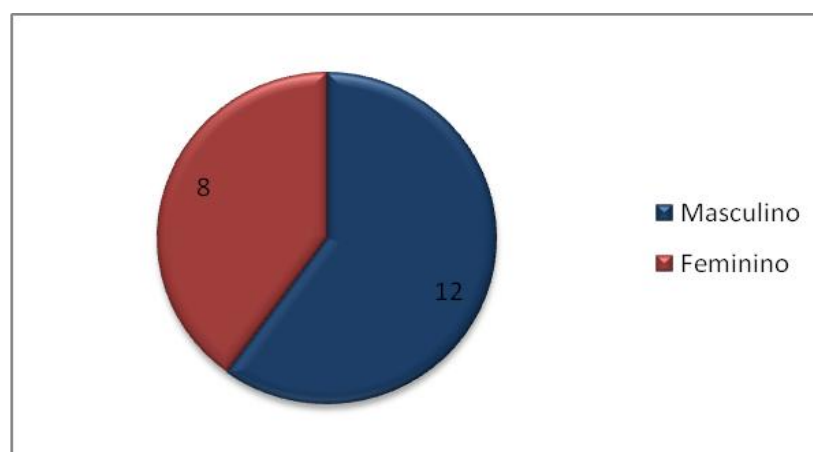


Gráfico 2 – Distribuição dos Clientes quanto ao Sexo

3.3. Proveniência

No que concerne ao Gráfico 3 e Tabela 3, relativos à proveniência dos clientes, podemos observar que 18 clientes do nosso estudo (90%) são clientes que entraram na Sala de Reanimação provenientes do domicílio, 1 cliente do nosso estudo (0,5%) veio de outra entidade Hospitalar e 1 cliente (0,5%) encontrava-se no balcão.

Proveniência	Frequência Absoluta	Percentagem
Outro Hospital	1	0,5%
Domicilio	18	90%
Balcão	1	0,5%
Total	20	100%

Tabela 3 – Distribuição dos Clientes relativamente à Proveniência

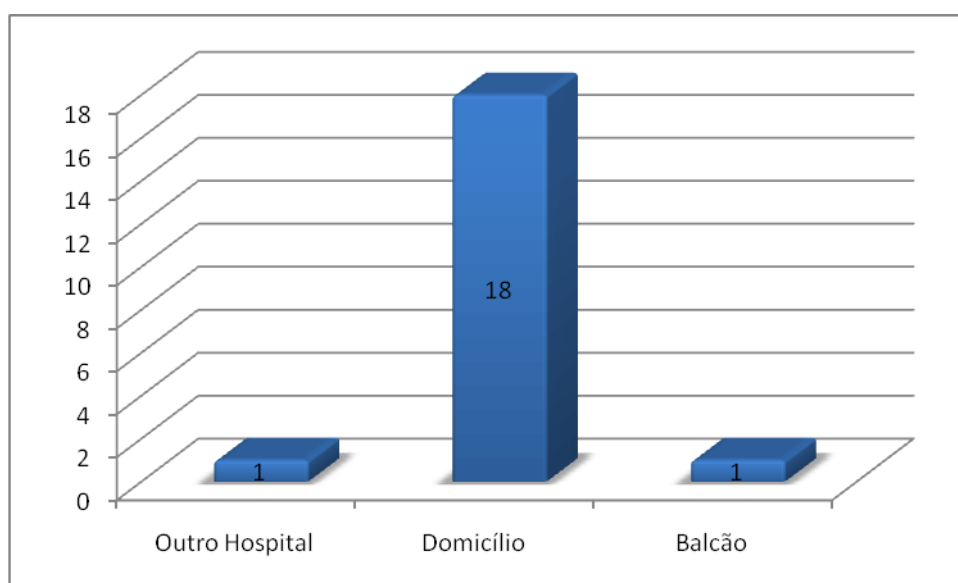


Gráfico 3 – Distribuição dos Clientes relativamente à Proveniência

3.4. Causa

Relativamente à Tabela 4, que diz respeito às causas que levaram os clientes à Sala de Reanimação, verifica-se que em 3 dos clientes (15,0%) foi diagnosticada bradicardia, 6 dos clientes (30,0%) apresentavam dispneia, 1 cliente (5,0%) foi-lhe diagnosticado Flutter Auricular com resposta Ventricular lenta, 1 cliente (5,0%) apresentava um Bloqueio Auriculo-Ventricular de 1º grau, 1 cliente (5,0%) apresentava múltiplos traumatismos, 1 cliente (5,0%) foi-lhe diagnosticado Acidente Vascular Cerebral (AVC), 4 dos clientes (20,0%) entraram na Sala por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), 2 clientes (10,0%) apresentavam Angina Instável (AI) e 1 cliente (5,0%) foi-lhe diagnosticada Fibrilhação Auricular (FA).

Causa	Frequência Absoluta	Percentagem
Dispneia	6	30%
EAM	4	20%
Bradicardia	3	15%
Angina instável	2	10%
Multiplos traumatismos	1	5%
AVC	1	5%
Flutter auricular c/ resposta ventricular	1	5%
Angina instável Bloqueio auriculo-ventricular	1	5%
Fibrilhação auricular	1	5%
Total	20	100%

Tabela 4 – Distribuição dos Clientes relativamente à Causa

3.5. Destino dos clientes após observação na Sala de Reanimação

No que concerne à Tabela 5, que diz respeito ao destino dos clientes após terem entrado na Sala de Reanimação, pode-se inferir que 12 clientes (60,0%) foram transferidos para a Sala de Observação (SO), 4 clientes (20,0%) permaneceram na Sala de Reanimação uma vez que necessitavam de vigilância mais rigorosa devido ao seu estado ser instável, 2 clientes (10,0%) foram transferidos para a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), 1 cliente (0,5%) foi para a Unidade de AVC's e 1 cliente (0,5%) foi para o Bloco Operatório (BO).

Destino	Frequência	Percentagem
S.O Urgências	12	60%
Sala de Reanimação	4	20%
C. Intensivos Coronários	2	10%
Unidade de AVC's	1	5%
Bloco Operatório	1	5%
Total	20	100%

Tabela 5 – Distribuição dos Clientes quanto ao Destino após observação na Sala de Reanimação

3.6. Distribuição dos Enfermeiros quanto ao Sexo

No que diz respeito ao Gráfico 4 e Tabela 6, relativamente ao sexo dos Enfermeiros, pode-se verificar que 16 Enfermeiros que participaram no nosso estudo (43,2%) são do sexo masculino e que 21 Enfermeiros (56,8%) são do sexo feminino.

Sexo	Frequência Absoluta	Percentagem
Masculino	16	43,2%
Feminino	21	56,8%
Total	37	100%

Tabela 6 – Distribuição dos Enfermeiros quanto ao Sexo

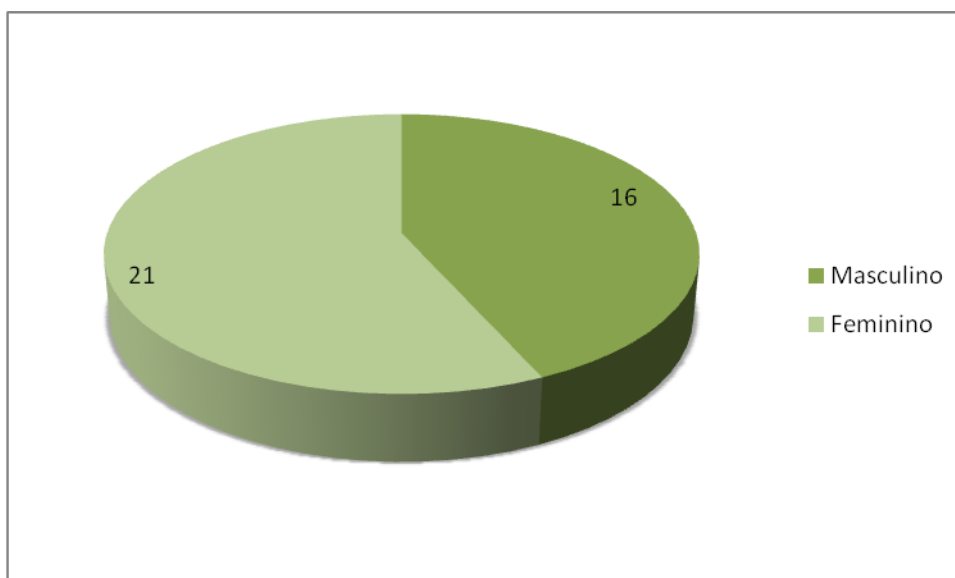


Gráfico 4 – Distribuição dos Enfermeiros quanto ao Sexo

3.7. Experiência Profissional dos Enfermeiros

Relativamente à Tabela 7 que diz respeito à experiência profissional dos Enfermeiros, pode-se verificar que o número mínimo de anos de experiência profissional dos Enfermeiros participantes no nosso estudo é de 1 ano e o número máximo é de 13 anos, com uma média de 6,91 anos e um desvio padrão de 3,83.

Experiência profissional dos enfermeiros	Frequência Absoluta
Mínimo	1
Máximo	13
Média	6,91
Desvio-padrão	3,83

Tabela 7 – Distribuição dos Enfermeiros por Experiência Profissional (em anos)

3.8. Experiência dos Enfermeiros no Serviço de Urgência

Relativamente à Tabela 8 referente à experiência dos Enfermeiros no Serviço de Urgência, pode-se verificar que o número mínimo de anos de experiência dos Enfermeiros participantes no nosso estudo é de 1 ano e o número máximo é de 12 anos, com uma média de 5,43 anos e um desvio padrão de 2,92.

Experiência dos enfermeiros no serviço de urgência	Frequência
Mínimo	1
Máximo	12
Média	5,43
Desvio-padrão	2,92

Tabela 8 - Distribuição dos Enfermeiros por Experiência no Serviço de Urgência (em anos)

3.9. Apresentação de resultados relativamente às perguntas específicas da Grelha de Observação

Nos serviços onde efectuamos as observações constata-se que em 100% das mesmas existe um Enfermeiro Responsável pela Sala de Reanimação por turno, que existe protocolo de actuação e que a Equipa actua de acordo com o Protocolo de actuação, ou seja, obtivemos 100% de observações “Sim”.

Podemos também constatar que nas mesmas observações, em 100% não existe um Enfermeiro Responsável pela Sala de Reanimação por Equipa, os elementos da Equipa não têm as suas funções previamente definidas e não há Protocolo na escolha do Enfermeiro Responsável da Sala de Reanimação, ou seja, obtivemos 100% de observações “Não”.

3.10. Quem preparou a Sala de Reanimação?

Relativamente às observações – “*Quem preparou a Sala de Reanimação?*” – correspondente ao Gráfico 5 e Tabela 9, podemos verificar que em 20 observações realizadas, 14 (70%) foi o Enfermeiro A (Enfermeiro Responsável) e 6 (30%) foi o Enfermeiro B (outro Enfermeiro).

Quem preparou a sala de reanimação?	Frequência Absoluta	Percentagem
Enfermeiro Responsável	14	70%
Outro Enfermeiro	6	30%
Total	20	100%

Tabela 9 – Distribuição dos Enfermeiros relativamente à preparação da Sala de Reanimação

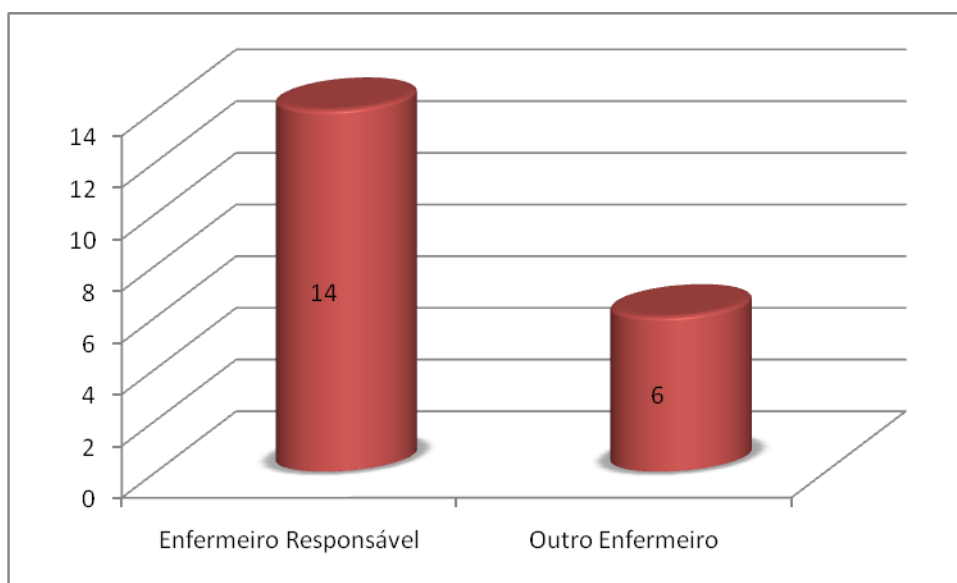


Gráfico 5 – Distribuição dos Enfermeiros relativamente à preparação da Sala de Reanimação

3.11. O Enfermeiro Responsável promove a interacção da Equipa durante as intervenções?

Relativamente às observações – “*O Enfermeiro Responsável promove a interacção da Equipa durante as intervenções?*” – podemos verificar que nas 20 observações realizadas, em 6 delas o Enfermeiro encontrava-se sozinho na Sala de Reanimação.

Das 14 situações observadas em que o Enfermeiro não se encontrava sozinho na Sala de Reanimação, correspondente ao gráfico 6 e Tabela 10, verifica-se que as observações foram 13 “**sim**” (93%) e “**não**” apenas em 1 (7%) das observações.

O Enfermeiro Responsável promove a interacção da equipa durante as intervenções?	Frequência Absoluta	Percentagem
Sim	13	93%
Não	1	7%
Total	14	100%

Tabela 10 – Distribuição dos Enfermeiros relativamente à pergunta “O Enfermeiro Responsável promove a interacção da Equipa durante as intervenções?”

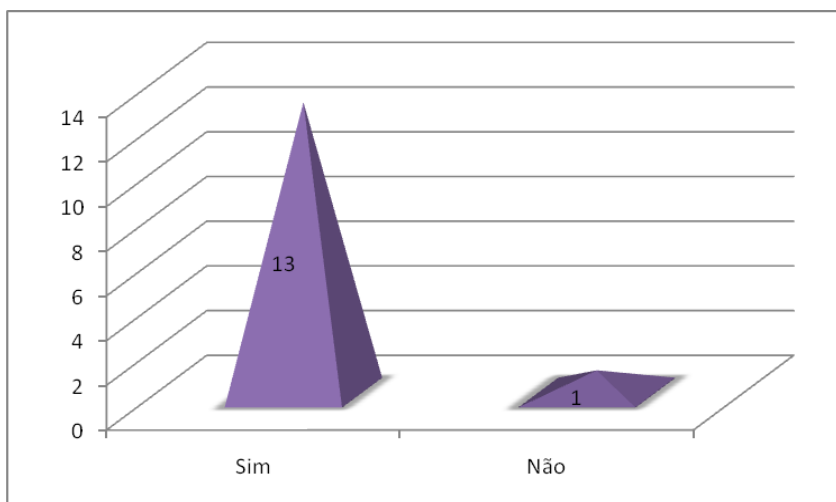


Gráfico 6 – Distribuição dos Enfermeiros relativamente à pergunta “O Enfermeiro Responsável promove a interacção da Equipa durante as intervenções?”

3.12. O Enfermeiro Responsável define funções?

Relativamente às observações – “*O Enfermeiro Responsável define funções?*” – podemos verificar que nas 20 observações realizadas, em 6 delas o Enfermeiro encontrava-se sozinho na Sala de Reanimação.

Das 14 situações observadas em que o Enfermeiro não se encontrava sozinho na Sala de Reanimação, correspondente ao gráfico 7 e Tabela 11, verifica-se que as observações foram 13 “**não**” (93%) e “**sim**” apenas em 1 (7%) das observações.

O Enfermeiro Responsável define funções?	Frequência Absoluta	Percentagem
Sim	1	7%
Não	13	93%
Total	14	100%

Tabela11 – Distribuição dos Enfermeiros relativamente à pergunta “*O Enfermeiro Responsável define funções?*”

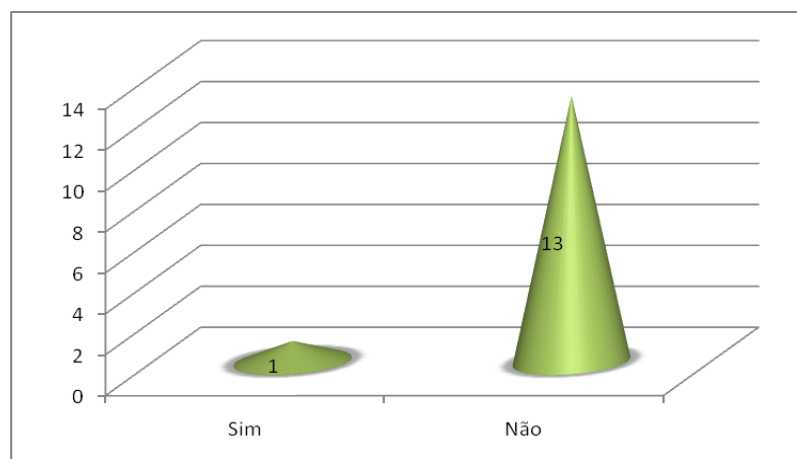


Gráfico 7 – Distribuição dos Enfermeiros relativamente à pergunta “*O Enfermeiro Responsável define funções?*”

3.13. O Enfermeiro responsável é o Team-Leader?

Relativamente às observações – “*O Enfermeiro responsável é o Team-Leader?*” – podemos verificar que nas 20 observações realizadas, em 6 delas o Enfermeiro encontrava-se sozinho na Sala de Reanimação.

Das 14 situações observadas em que o Enfermeiro não se encontrava sozinho na Sala de Reanimação, correspondente ao gráfico 8 e Tabela 12, verifica-se que as observações foram 10 “**não**” (71%) e “**sim**” em 4 (29%) das observações.

O Enfermeiro Responsável é o Team-Leader?	Frequência Absoluta	Percentagem
Sim	4	29%
Não	10	71%
Total	14	100%

Tabela 12 – Distribuição dos Enfermeiros relativamente à pergunta “*O Enfermeiro responsável é o Team-Leader?*”

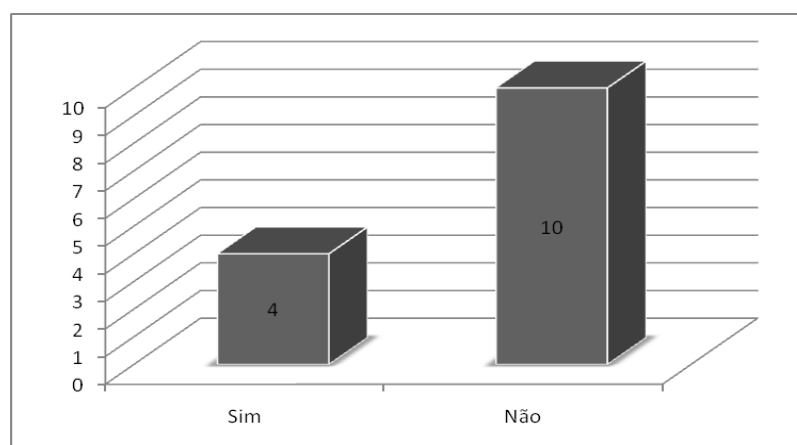


Gráfico 8 – Distribuição dos Enfermeiros relativamente à pergunta “*O Enfermeiro responsável é o Team-Leader?*”

3.14. A Equipa presta cuidados em função das orientações do Enfermeiro Responsável?

Relativamente às observações – “*A Equipa presta cuidados em função das orientações do Enfermeiro Responsável?*” – podemos verificar que nas 20 observações realizadas, em 6 delas o Enfermeiro encontrava-se sozinho na Sala de Reanimação.

Das 14 situações observadas em que o Enfermeiro não se encontrava sozinho na Sala de Reanimação, correspondente ao gráfico 9 e Tabela 13, verifica-se que as observações foram 12 “**não**” (85,7%) e “**sim**” em 2 (14,3%) das observações.

A Equipa presta cuidados em função das orientações do Enfermeiro Responsável?	Frequência Absoluta	Percentagem
Sim	2	14,3%
Não	12	85,7%
Total	14	100%

Tabela 13 – Distribuição dos Enfermeiros relativamente à pergunta “*A Equipa presta cuidados em função das orientações do Enfermeiro Responsável?*”

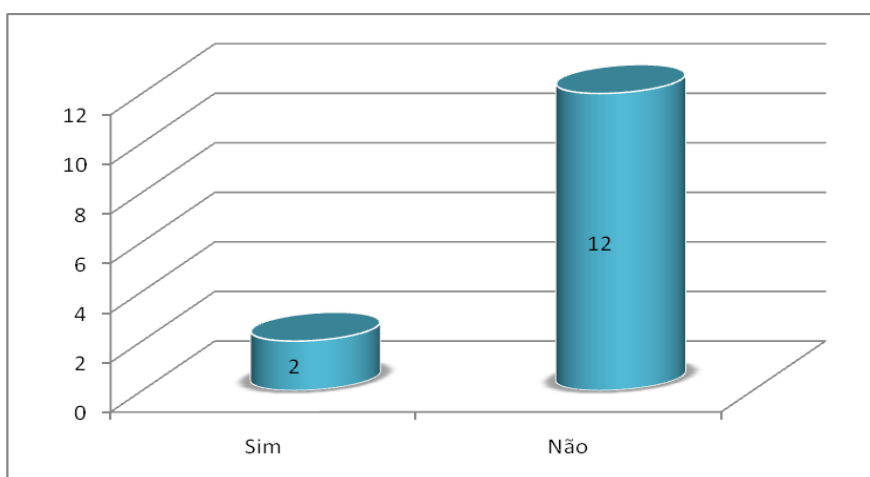


Gráfico 9 – Distribuição dos Enfermeiros relativamente à pergunta “*A Equipa presta cuidados em função das orientações do Enfermeiro Responsável?*”

3.15. Verifica-se inter-ajuda entre os elementos da Equipa?

Relativamente às observações – “*Verifica-se inter-ajuda entre os elementos da Equipa?*” – podemos verificar que nas 20 observações realizadas, em 6 delas o Enfermeiro encontrava-se sozinho na Sala de Reanimação.

Das 14 situações observadas, verifica-se que a resposta foi **sim** na totalidade das mesmas, correspondendo a 100%.

3.16. Quais as Informações partilhadas na Sala de Reanimação pela Equipa de Enfermagem?

Relativamente às observações – “*Quais as Informações partilhadas na Sala de Reanimação pela Equipa de Enfermagem?*” – podemos verificar, na tabela 14, que durante as 20 observações foram partilhadas diversas informações, tendo sido categorizadas, sendo que em 19 (27,1%) da informação partilhada refere-se a Diagnóstico Médico, 10 (14,3%) à História Clínica, 18 (25,7%) aos Antecedentes Pessoais, 13 (18,6%) às Intervenções Realizadas, 6 (8,6%) à Terapêutica Anterior e 4 (5,7%) aos Sinais Vitais.

Informações partilhadas na Sala de Reanimação pela Equipa de Enfermagem	Frequência Absoluta	Percentagem
Diagnóstico Médico	19	27,1%
Antecedentes Pessoais	18	25,7%
Intervenções Realizadas	13	18,6%
História Clínica	10	14,3%
Terapêutica Anterior	6	8,6%
Sinais Vitais	4	5,7%
Total	70	100%

Tabela 14 – Informação partilhada pela Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação

3.17. Número de Entradas na Sala de Reanimação

Relativamente às observações – “Número de Entradas na Sala de Reanimação” – podemos verificar que em 20 observações realizadas, o número mínimo de entradas na Sala de Reanimação é de 4 pessoas e o número máximo é de 40 pessoas, com uma média de 14,0 pessoas por situação clínica e um desvio padrão de 11,1.

Número de entradas na Sala de Reanimação	Frequência Absoluta
Mínimo	4
Máximo	40
Média	14,0
Desvio-padrão	11,1

Tabela 15 – Distribuição dos resultados relativamente à pergunta “Número de Entradas na Sala de Reanimação”

3.18. Número de Saídas da Sala de Reanimação

Relativamente à pergunta – “Número de Saídas da Sala de Reanimação” – podemos verificar que em 20 observações realizadas, o número mínimo de saídas da Sala de Reanimação é de 2 pessoas e o número máximo é de 36 pessoas, com uma média de 9,7 pessoas e um desvio padrão de 9,8.

Número de saídas da Sala de Reanimação	Frequência Absoluta
Mínimo	2
Máximo	36
Média	9,7
Desvio-padrão	9,8

Tabela 16 – Distribuição dos resultados relativamente à pergunta “Número de Saídas da Sala de Reanimação”

3.19. Número de Permanências de profissionais na Sala de Reanimação

Relativamente à pergunta – “Número de Permanências de profissionais na Sala de Reanimação” – podemos verificar que em 20 observações realizadas, o número mínimo de permanências na Sala de Reanimação é de 4 pessoas e o número máximo é de 15 pessoas (durante um período igual ou superior a 10 minutos), com uma média de 7,9 pessoas e um desvio padrão de 3,9.

Quantos profissionais permaneceram na Sala de Reanimação	Frequência Absoluta
Mínimo	4
Máximo	15
Média	7,9
Desvio-padrão	3,9

Tabela 17 – Distribuição dos resultados relativamente à pergunta “Número de Permanências de Profissionais na Sala de Reanimação”

3.20. Tempo de Permanência dos Clientes na Sala de Reanimação

Relativamente à pergunta – “Tempo de Permanência dos Clientes na Sala de Reanimação” – podemos verificar que em 20 observações realizadas, o tempo mínimo de permanência de um cliente na Sala de Reanimação é de 20 minutos e o tempo máximo é de 240 minutos, com uma média de 63,3 minutos e um desvio padrão de 55,4.

Tempo de Permanência dos Clientes na Sala de Reanimação	Frequência Absoluta
Mínimo	20
Máximo	240
Média	63,3
Desvio-padrão	55,4

Tabela 18 – Distribuição dos resultados relativamente à pergunta “Tempo de Permanência dos Clientes na Sala de Reanimação”

3.21. Exames Complementares de Diagnóstico realizados na Sala de Reanimação

Relativamente às observações – “*Exames Complementares de Diagnóstico realizados na Sala de Reanimação*” – podemos verificar que durante as 20 observações, foram realizados 19 Electrocardiogramas (55,9%), 12 Rx-Tórax (35,4%), 1 TAC Abdominal (2,9%), 1 TAC Abdominal com contraste (2,9%) e 1 TAC Crâneo-Encefálica (2,9%).

Exames Complementares de Diagnóstico realizados na Sala de Reanimação	Frequência Absoluta	Percentagem
Electrocardiograma	19	55,9%
Raio-x Torax	12	35,4%
TAC abdominal	1	2,9%
TAC abdominal com contraste	1	2,9%
TAC crâneo-encefálico	1	2,9%
Total	34	100%

Tabela 19 – Exames Complementares de Diagnóstico realizados na Sala de Reanimação

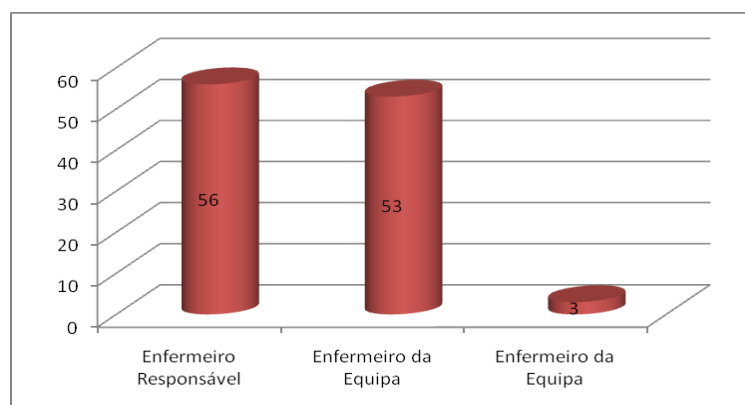
3.22. Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas

Relativamente às observações – “*Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas*” – podemos verificar que em 20 observações realizadas, o número de situações relacionadas com o Sistema Cardiovascular foram 12.

Destas 12, correspondentes ao Gráfico 10 e Tabela 20, pode-se inferir que num total de 168 intervenções possíveis, foram realizadas 112, sendo que 56 (50,0%) delas foram realizadas pelo Enfermeiro A (Enfermeiro responsável pela Sala de Reanimação), 53 (47,3%) foram realizadas pelo Enfermeiro B (Enfermeiro da Equipa) e 3 (2,7%) foram realizadas pelo Enfermeiro C (Enfermeiro da Equipa).

Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas	Frequência Absoluta	Percentagem
Enfermeiro Responsável (A)	56	50%
Enfermeiro da Equipa (B)	53	47,3%
Enfermeiro da Equipa (C)	3	2,7%
Total	112	100%

Tabela 20 – Distribuição dos resultados relativamente à pergunta “*Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas*”



10 – Distribuição dos resultados relativamente à pergunta “*Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas*”

3.23. Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Respiratórias

Relativamente às observações – “*Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Respiratórias*” – podemos verificar que em 20 observações realizadas, o número de situações relacionadas com o Sistema Respiratório foram 6.

Destas 6, correspondentes ao Gráfico 11 e Tabela 21, pode-se inferir que num total de 96 intervenções possíveis, foram realizadas 65, sendo que 37 (57,0%) delas foram realizadas pelo Enfermeiro A (Enfermeiro responsável pela Sala de Reanimação) e 28 (43,0%) foram realizadas pelo Enfermeiro B (Enfermeiro da Equipa).

Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação ao indivíduo vítima de complicações Respiratórias	Frequência Absoluta	Percentagem
Enfermeiro Responsável (A)	37	57%
Enfermeiro da Equipa (B)	28	43%
Total	65	100%

Tabela 21 – Distribuição dos resultados relativamente à pergunta “*Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Respiratórias*”

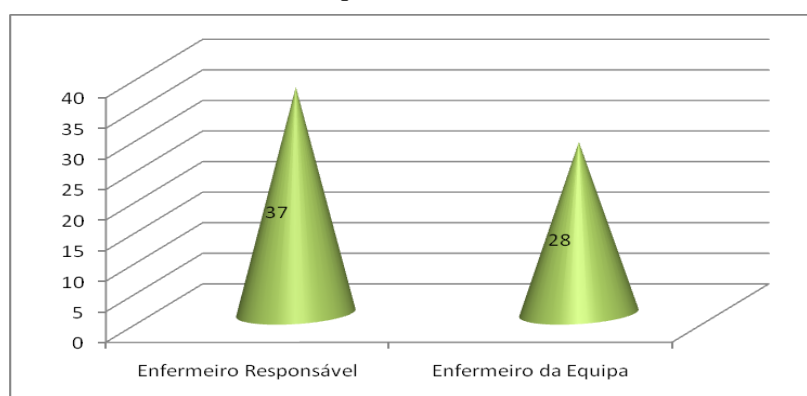


Gráfico 11 – Distribuição dos resultados relativamente à pergunta “*Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Respiratórias*”

3.24. Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Neurovasculares

Relativamente às observações – “*Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Neurovasculares*” – podemos verificar que em 20 observações realizadas, o número de situações relacionadas com o Sistema Neurovascular/Politraumatizados foram 2.

Destas 2, correspondentes ao Gráfico 12 e Tabela 22, pode-se inferir que num total de 40 intervenções possíveis, foram realizadas 23, sendo que 4 (17,4%) delas foram realizadas pelo Enfermeiro A (Enfermeiro responsável pela Sala de Reanimação), 13 (56,5%) foram realizadas pelo Enfermeiro B (Enfermeiro da Equipa), 4 (17,4%) foram realizadas pelo Enfermeiro C (Enfermeiro da Equipa) e 2 (8,7%) foram realizadas pelo Enfermeiro D (Enfermeiro da Equipa).

Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação ao indivíduo vítima de complicações Neurovasculares	Frequência Absoluta	Percentagem
Enfermeiro Responsável (A)	4	17,4%
Enfermeiro da Equipa (B)	13	56,5%
Enfermeiro da Equipa (C)	4	17,4%
Enfermeiro da Equipa (D)	2	8,7%
Total	23	100%

Tabela 22 – Distribuição dos resultados relativamente à pergunta “*Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Neurovasculares*”

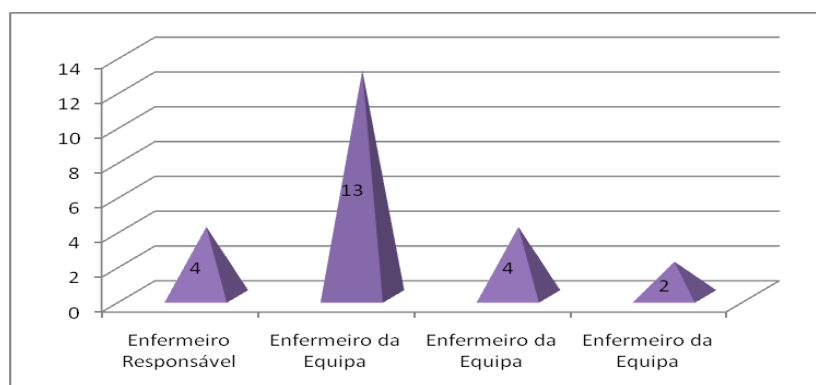


Gráfico 12 – Distribuição dos resultados relativamente à pergunta “*Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Neurovasculares*”

3.25. Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares

No que diz respeito ao Gráfico 13 e Tabela 23, relativos às intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares, pode-se verificar que num total de 304 intervenções possíveis, foram realizadas 200, sendo que 97 (48,5%) delas foram realizadas pelo Enfermeiro A (Enfermeiro responsável pela Sala de Reanimação), 94 (47,0%) foram realizadas pelo Enfermeiro B (Enfermeiro da Equipa), 7 (3,5%) foram realizadas pelo Enfermeiro C (Enfermeiro da Equipa) e 2 (1,0%) foram realizadas pelo Enfermeiro D (Enfermeiro da Equipa).

Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares	Frequência Absoluta	Percentagem
Enfermeiro Responsável (A)	97	48,5%
Enfermeiro da Equipa (B)	94	47%
Enfermeiro da Equipa (C)	7	3,5%
Enfermeiro da Equipa (D)	2	1%
Total	200	100%

Tabela 23 – Distribuição dos resultados relativamente à pergunta “Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias e Neurovasculares”

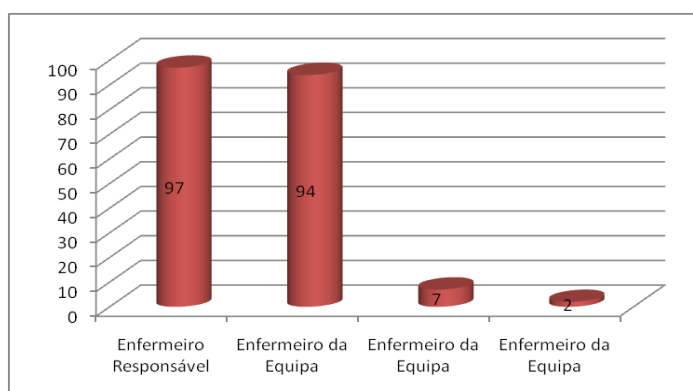


Gráfico 13 – Distribuição dos resultados relativamente à pergunta “Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias e Neurovasculares”

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Nesta fase do estudo, são realçados os resultados importantes e as conclusões pertinentes, confrontando os resultados do estudo com a revisão da literatura.

Nas observações realizadas (20) podemos constatar que a maioria dos clientes que entraram na Sala de Reanimação encontram-se situados na **faixa etária** dos 66 aos 75 anos, mais concretamente 8 clientes (40,0%), o que corresponde ao início da 3ª idade. Segundo ANA (1976:3), existe uma *“resposta atípica do idoso à doença e ao tratamento”*, logo, vai aumentar a predisposição das pessoas a situações agudas de doença.

No que diz respeito ao **sexo dos clientes**, podemos inferir que nas observações realizadas (20) entraram na sala mais clientes do sexo masculino, ou seja, 12 clientes (60%), o que, segundo Gawryszewski e Ccols, (2004) citado por Junior e Maia (2009:56) *“o risco de um homem se envolver em um evento fatal, sendo este intencional ou não, é maior que o da mulher”*. Ainda segundo o mesmo autor, citado por Junior e Maia (2009:56) *“as mulheres utilizam mais os serviços de saúde de maneira preventiva e, por isso, há uma situação de saúde desfavorável quando se trata do grupo masculino em relação ao feminino”*.

Relativamente à **proveniência**, podemos concluir que em 20 observações, entraram na Sala de Reanimação uma maioria de clientes (18) provenientes do domicílio, o que equivale a 90% dos clientes que deram entrada na Sala de Reanimação. Este facto é devido às situações que levaram os clientes ao serviço de Urgência, uma vez que foram de instalação súbita.

Em relação à **causa**, e com base nas 20 observações realizadas, podemos referir o diagnóstico médico de dispneia como sendo o mais frequente na sala de reanimação, encontrando-se representado num total de 6 casos (30,0%). De acordo com o estudo inglês de Maisel et al (2002:1), num total de 1586 clientes admitidos com o diagnóstico de dispneia, 48,5% foram admitidos por dispneia de causa não cardíaca, 46,9% foram admitidos por dispneia de causa cardíaca, e 4,5% foram admitidos por dispneia de causa não cardíaca, sendo que tinham patologia cardíaca como antecedentes pessoais.

No que diz respeito ao **destino** dos clientes, pode verificar-se que a maioria, mais concretamente 12 clientes (60,0%), é encaminhada para a sala de observações do serviço de Urgência, porque o facto de serem vítimas de uma situação crítica vai requerer uma maior vigilância. De acordo com a Direcção-Geral de Saúde (2001), *“Todas estas situações necessitam de ser referenciadas para unidades que tenham capacidade técnica e científica suficiente para um bom atendimento”*, ou seja, uma vez que é necessária uma vigilância “apertada” destes clientes, a sala de observação apresenta as condições necessárias, quer físicas quer humanas, para essa mesma vigilância.

O total de Enfermeiros (37) observados durante as 20 situações clínicas inclui indivíduos de ambos os sexos, sendo que 21 (56,8%) são do sexo feminino e 16 (43,2%) são do sexo masculino. Segundo Carapinheiro (1997:63), *“A população de Enfermeiros nos Hospitais apresenta uma percentagem de 81% de Enfermeiros do sexo feminino e 19% do sexo masculino”*. Este resultado mostra-nos o facto de a Enfermagem ser considerada uma profissão maioritariamente de mulheres, embora nos últimos anos essa tendência se tenha alterado, sendo o número de Enfermeiros do sexo masculino ascendente ao longo dos anos.

Relativamente à **experiência profissional dos Enfermeiros**, pode observar-se que estes exercem as suas funções num período entre 1 e 13 anos, com uma média de 6,91. Também se pode verificar que os mesmos Enfermeiros exercem as suas **funções no Serviço de Urgência** por um período compreendido entre 1 e 12 anos, com uma média de 5,43. Tendo em conta estes resultados, podemos inferir que os Enfermeiros que participaram no estudo apresentam um nível de experiência considerável. Segundo Albaradejo et al (2004), citado por Rosa e Carl (2006:2) *“O trabalho desenvolvido em hospitais requer que todos os profissionais tenham suficiente experiência clínica e maturidade que permita enfrentar e tomar decisões difíceis, geralmente com implicações éticas e morais”*. Este resultado permite-nos afirmar que a sabedoria acompanha a experiência, uma vez que, em geral, Enfermeiros mais experientes têm uma maior maturidade na sua prestação de cuidados diária.

No que concerne à existência de um Enfermeiro que seja intitulado como Responsável da Sala de Reanimação, pode concluir-se que, pelo facto de todas as observações realizadas (20) serem referentes a "sim", podemos afirmar que é de extrema importância, pois de acordo com Aehlert (2007), “...*todo o trabalho de Reanimação deve contar com uma pessoa que assuma a responsabilidade (...) da Sala de Reanimação*”.

O facto de ser importante a existência de um Enfermeiro Responsável pode também verificar-se no facto de a Sala de Reanimação ter sido preparada em 70% das observações (14 em 20) por esse mesmo Enfermeiro, daí a relevância do Responsável.

A existência de um Enfermeiro Responsável é similarmente importante para que se possa realizar uma avaliação primária dos clientes, identificando os problemas de cada um.

Neste estudo, podemos também concluir que existe um Enfermeiro Responsável por turno e não por equipa, ou seja, este varia de turno para turno. Como critérios de elegibilidade do Enfermeiro (responsável), este necessita de 2 anos de integração na Sala de Reanimação, o que lhe confere a experiência necessária. Do conjunto de Enfermeiros integrados, a escolha do Responsável é aleatória por parte do chefe de Equipa, como confirmado por 100% de observações "não" relativamente à pergunta "Há protocolo na escolha do enfermeiro responsável da Sala de Reanimação".

Embora o nosso estudo mostre a existência de um Responsável pela Sala de Reanimação, este não define funções dentro da mesma, como podemos verificar em 93% das observações referentes à questão “**O Enfermeiro Responsável define funções?**”.

Existe um Enfermeiro Responsável que faz a manutenção da Sala de Reanimação, não definindo funções, pois não adopta uma posição de líder, que de acordo com Cardoso (2009), o conceito de Liderança deve ter algumas implicações, nomeadamente o facto de envolver outras pessoas (subordinados), envolver uma distribuição desigual do poder e envolver diferentes formas de poder para influenciar o comportamento dos outros.

Segundo Khandwalla (1976), citado por Mintzberg (1995:461) "*...o trabalho de coordenação não é entregue a um pequeno grupo de responsáveis, sendo antes assumido pela maioria dos membros da organização*".

Tendo em conta que o Enfermeiro Responsável não define funções e integra-se na restante equipa na prestação de cuidados, ele não é considerado Team-Leader, como podemos verificar em 71% das observações realizadas referentes à questão "**O Enfermeiro Responsável é o Team-Leader?**", uma vez que, de acordo com Aehlert (2007), este líder de equipa orienta os membros da equipa e supervisiona as intervenções, garantindo que cada membro da Equipa realiza a sua acção de maneira segura e correcta. O ideal é que o líder de equipa adopte uma posição de observador, para ver e orientar toda a reanimação, em vez de realizar/desenvolver acções específicas.

No entanto, não sendo considerado "Team-Leader" e não definindo funções, o Enfermeiro Responsável promove, em 93%, a interacção da Equipa durante as intervenções, uma vez que ele próprio presta cuidados e partilha informações dentro da Sala de Reanimação. Estes resultados são confirmados, tendo em conta que, segundo Robbins (2002), citado por Pinho (2006:70) "*...as Equipas são capazes de melhorar o desempenho dos indivíduos quando a tarefa requer múltiplas habilidades, julgamentos e experiência*".

Segundo Neves et al (2008:95) "*cada vez mais o trabalho é multidisciplinar e interdisciplinar e nenhum dos seus executantes sabe saber fazer o trabalho dos restantes elementos da equipa*".

No estudo que efectuámos e relativamente à questão "**Existe inter-ajuda entre os elementos da equipa?**", podemos constatar que em todas as observações em que estava mais que um Enfermeiro na sala de reanimação (14), verificámos a existência de inter-ajuda.

Uma vez que o Enfermeiro responsável não define funções e que os elementos da Equipa não têm as suas funções previamente definidas, como podemos verificar nos

resultados obtidos relativamente à pergunta **“Os Elementos da Equipa têm as suas funções previamente definidas?”**, em que perante 20 situações, as observações foram negativas ("não") na sua totalidade.

No entanto, existem guidelines que servem como protocolo de actuação na Sala de Reanimação, como podemos verificar nos resultados obtidos relativamente à questão **“Existe Protocolo de actuação?”**, em que num total de 20 situações obtivemos 100% de observações referentes a "sim". Com base neste resultado, verificamos que a Equipa actua de acordo com esse mesmo protocolo, uma vez que responde a um conjunto de objectivos e forma de realização das intervenções pré-definidas, obtendo 100% de observações referentes a "sim" num total de 20 situações referentes à questão **“A Equipa actua de acordo com o Protocolo de actuação?”**.

Verifica-se então que, apesar do Enfermeiro Responsável não definir funções e a Equipa não ter as suas funções previamente definidas, os Enfermeiros do estudo actuam de acordo com o protocolo.

De acordo com Monteiro (1999), o Hospital aparece-nos como um sistema imperfeitamente conectado. A diferenciação faz-se sentir na dificuldade de standardização do trabalho dos profissionais dada a sua complexidade e urgência, exigindo assim uma gestão casuística da actividade.

No que diz respeito às **Informações partilhadas na Sala de Reanimação pela Equipa de Enfermagem**, podemos concluir que em 20 observações, a informação mais partilhada pela Equipa foi o diagnóstico médico, uma vez que o não conhecimento do diagnóstico dificultaria a aplicação de intervenções, de exames complementares de diagnóstico e de terapêutica.

No que diz respeito aos **exames complementares de diagnóstico realizados na Sala de Reanimação**, em 20 observações, o E.C.G. foi realizado 19 vezes (55,9%), pois, segundo Lipman, B. (2001:4), “O E.C.G. é normalmente usado para diagnosticar o alargamento das câmaras, anomalias de condução (bloqueio cardíaco), disritmias, enfarte do miocárdio, efeitos farmacológicos, alterações electrólíticas e muitas outras

anomalias, por outro lado, a maioria das observações efectuadas foram do foro cardíaco (12 em 20 observações - 60,0%).

No que diz respeito às questões "**número de entradas na sala de reanimação**" e "**número de saídas da sala de reanimação**", num total de 20 observações, entraram na sala de reanimação, em média, 14 profissionais, e saíram da mesma, em média, 10 profissionais, tendo em conta que o mesmo profissional pode entrar ou sair, da sala de reanimação, mais que uma vez. Pode-se então verificar que a movimentação na sala de reanimação é muito superior ao número de profissionais que se encontra em permanência ou em relação ao número de enfermeiros que realiza as principais intervenções.

Segundo Coltri (2007:), uma equipa multidisciplinar *"é de vital importância para a satisfação do cliente, uma vez que somente através da conjugação dos esforços e dos conhecimentos dos profissionais de diversas áreas é que se pode oferecer a melhor prestação de serviço ao cliente"*.

Segundo Macphail (2001:15), citado por Pontes et al (2008:16), *"...a qualidade e a humanização dos cuidados assenta neste conceito de equipa. Enfermeiros, médicos, auxiliares, todos, em conjunto, têm de agir com os demais colegas de forma a prestar ao cliente os melhores cuidados possíveis"*.

Relativamente à questão "**número de permanências dos profissionais na Sala de Reanimação**", pode-se verificar que num total de 20 observações, a média do número de permanências na sala de reanimação foi de 8 profissionais, tendo sido utilizado como critério de selecção um tempo de permanência igual ou superior a 10 minutos.

No que concerne à questão "**tempo de permanência dos clientes na Sala de Reanimação**", pode-se constatar que num total de 20 observações, os clientes estiveram em média 63 minutos na sala de reanimação. Tendo em conta que, em média, entraram 14 profissionais e saíram 10 profissionais da sala de reanimação, à partida ficaram, em média, 4 pessoas na sala, o que, aparentemente, nos indica que o cliente esteve sempre acompanhado.

Em relação à questão "**Intervenções realizadas pelos Enfermeiros na Sala de Reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias e Neurovasculares**", pode-se verificar que em 20 observações, houve um total de 200 intervenções realizadas das quais 48,5% foram pelo enfermeiro responsável e 47% foram realizadas por outro enfermeiro da equipa, o que nos mostra que a grande maioria das intervenções é realizada apenas por 2 enfermeiros. De acordo com Aelbert (2007), o tamanho de uma Equipa de Reanimação e as competências de cada elemento da Equipa variam. Algumas acções podem ser realizadas por Profissionais de Saúde apenas com formação em Suporte Básico de Vida, enquanto outras exigem formação em Suporte Avançado de Vida.

De acordo com Aelbert (2007), as intervenções deveriam ser realizadas por um número máximo de 5 elementos e um número mínimo de 3 elementos, o que de acordo com o estudo efectuado não se verifica.

5. CONCLUSÃO

Com a elaboração deste capítulo pretendemos apresentar as conclusões do nosso estudo de investigação, face aos resultados obtidos. Para Fortin (2003:336) “... *as conclusões devem indicar a posição do investigador face aos resultados obtidos...*” e “...*incluem enunciados concludentes ou um julgamento sobre os resultados positivos ou negativos obtidos...*”.

O presente estudo é de paradigma Quantitativo, de nível I, tendo sido aplicado o método descritivo simples, com os objectivos de identificar a organização da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, perante complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares, descrever actividades/acções desenvolvidas pela Equipa Multidisciplinar na Sala de Reanimação, durante complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares e conhecer a actuação dos Enfermeiros numa Sala de Reanimação, durante complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares.

A abordagem desta temática permitiu-nos, enquanto estudantes de Enfermagem e futuros profissionais de saúde, aprofundar conhecimentos na área da investigação e perceber a dinâmica da Equipa de Enfermagem numa Sala de Reanimação, perante complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares.

Após o tratamento estatístico dos dados e de acordo com o enquadramento teórico do estudo, foi possível concluir que:

- Os clientes que participaram neste estudo têm, maioritariamente, idades compreendidas entre os 66 e os 75 anos, 40,0%, e o sexo predominante foi o masculino, 60,0% (12 clientes).
- Relativamente à proveniência, verificou-se que a maioria dos clientes, 18 (90,0%), deu entrada na Sala de Reanimação vindos do Domicílio.
- No que diz respeito à causa, verificou-se que a maioria, 6 (30,0%), deu entrada na Sala de Reanimação por Dispneia.

- No que concerne ao destino, 60,0% dos clientes foram transferidos para a Sala de Observação (S.O.).
- Relativamente à distribuição dos Enfermeiros quanto ao sexo, verificou-se que a maioria dos Enfermeiros que participaram no nosso estudo, 56,8%, é do sexo feminino.
- Quanto à experiência Profissional dos Enfermeiros do nosso estudo, concluí-se que a média de anos de experiência é de 6,91.
- Relativamente à experiência dos Enfermeiros no Serviço de Urgência, verificou-se que a média de anos de experiência é de 5,43.
- No que diz respeito à existência de um Enfermeiro Responsável pela Sala de Reanimação, verificou-se que a existência do mesmo é de 100%, e por turno, não por Equipa, sem que haja protocolo na escolha deste mesmo Enfermeiro.
- Quanto aos elementos da Equipa terem as suas funções previamente definidas, verificou-se em 100% que tinham.
- No que concerne à existência de um protocolo de actuação, concluí-se que existe, com 100% de respostas positivas.
- No que diz respeito à actuação da equipa de acordo com o protocolo, verificou-se que a equipa actua de acordo com o mesmo, sendo que se verificaram 100% de respostas “**Sim**”.
- Relativamente à preparação da Sala de Reanimação, observou-se que em 20 observações, a Sala foi preparada 14 vezes (70,0%) pelo Enfermeiro Responsável.

- No que concerne à promoção da interacção da Equipa durante as intervenções por parte do Enfermeiro Responsável, nas 14 observações em que o Enfermeiro Responsável não se encontrava sozinho na Sala de Reanimação, concluí-se que o mesmo promove a interacção da Equipa em 93% das observações.
- No que diz respeito ao facto do Enfermeiro Responsável definir funções, das 14 observações, em 93% destas o Enfermeiro Responsável não define funções.
- No que concerne à questão “O Enfermeiro Responsável é o Team-Leader?”, podemos concluir que o mesmo não é o Team-Leader em 71,0% das observações (14 observações).
- Relativamente à prestação de cuidados por parte da equipa, concluí-se que os mesmos não são prestados em função das orientações do Enfermeiro Responsável, como observámos em 87,5% (14 observações).
- No que diz respeito à inter-ajuda entre os elementos da equipa, pode-se verificar que a resposta foi sim em 100% das observações, concluindo assim que existe inter-ajuda entre os elementos da equipa.
- Relativamente às informações partilhadas na Sala de Reanimação pela equipa de Enfermagem, podemos inferir que a informação mais partilhada pela equipa (25,7%) foi o diagnóstico médico.
- No que concerne à movimentação de profissionais na Sala de Reanimação, podemos concluir que entraram em média na Sala 14 profissionais e saíram 10 profissionais (em média) da Sala. Permaneceram na Sala por um período igual ou superior a 10 minutos 8 profissionais, sendo que os clientes permaneceram na Sala de Reanimação em média 63 minutos.

- No que diz respeito aos exames complementares de diagnóstico realizados na sala de Reanimação, pode-se verificar que num total de 34 exames, o mais realizado (55,9%) foi o E.C.G.
- Finalmente, no que concerne às intervenções realizadas pela equipa de Enfermagem, pode-se verificar que entre complicações Cardíacas, Respiratórias e Neurovasculares que entraram na Sala de Reanimação, a maioria são do foro Cardíaco (12 em 20 observações), sendo que, num total de 200 intervenções realizadas pela equipa, 48,5% foram realizadas pelo Enfermeiro Responsável e 47% foram realizadas por outro Enfermeiro da Equipa.

Os resultados obtidos levam-nos a concluir que existe dinâmica e trabalho de Equipa por parte dos Enfermeiros na Sala de Reanimação na qual existe um Enfermeiro Responsável que faz a manutenção da mesma, que não funciona como líder e, que, na maioria das situações, actua em conjunto com outro Enfermeiro da equipa.

A maioria das intervenções realizadas pela equipa de Enfermagem foi do foro Cardíaco (112 intervenções), sendo que a mesma realizou 200 intervenções na Sala de Reanimação.

Com a elaboração deste estudo, pode concluir-se que as questões inicialmente propostas foram respondidas e os objectivos foram alcançados com sucesso.

A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares - Licenciatura em Enfermagem

6. LIMITAÇÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES

6.1. Limitações

Normalmente, no decorrer da elaboração de trabalhos científicos, ocorrem determinados condicionamentos, quer no âmbito da pesquisa, aceitabilidade e disponibilidade dos participantes ou incidentes espaço-temporais.

Na elaboração deste estudo de Investigação, deparámo-nos com algumas limitações, as quais citaremos ao longo deste capítulo.

Com a elaboração deste estudo pretendíamos conhecer a dinâmica da Equipa de Enfermagem numa Sala de Reanimação, na abordagem do indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares, através de observações realizadas nos serviços de urgência de 2 Hospitais da região de Lisboa.

As limitações encontradas no decorrer deste estudo foram:

- A inexperiência como investigadores, o que limitou a nossa capacidade para a análise mais aprofundada dos resultados obtidos;
- A inexperiência ao nível da utilização de software informático para o tratamento estatístico dos dados recolhidos (EXCEL), o que fez com que houvesse necessidade de despendere mais tempo para esta fase do estudo;
- A inexistência de situações de paragem cárdio-respiratória não nos permitiu realizar o número de observações necessárias, o que nos levou á alteração do nosso estudo;
- A falta de estudos científicos na área de Urgência, mais propriamente sobre Sala de Reanimação.

Com este estudo de investigação pretendemos dar a conhecer as conclusões a que chegámos acerca da dinâmica da Equipa de Enfermagem numa Sala de Reanimação, na abordagem do indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias ou

Neurovasculares. Após os resultados obtidos, pode constatar-se que: os indivíduos vítimas de complicações cardíacas, respiratórias ou neurovasculares observados para este estudo são maioritariamente do sexo masculino, com idade compreendida entre 66 e 75 anos; os enfermeiros observados neste estudo são maioritariamente do sexo feminino, que exercem as suas funções num período entre 1 e 13 anos, e no serviço de urgência num período entre 1 e 12 anos.

Conclui-se também que, o diagnóstico médico de dispneia foi o mais frequente na sala de reanimação; o enfermeiro responsável pela sala de reanimação, na maioria dos casos observados, não é considerado Team-Leader como deveria ser; e que a grande maioria das intervenções de Enfermagem, por indivíduo vítima de complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares, são realizadas apenas por 2 Enfermeiros.

6.2. Sugestões

Gostaríamos de apresentar algumas sugestões para futuros estudos científicos na área de Urgência.

Como sugestões apresentamos:

- Estudos sobre intervenções de Enfermagem em situação de paragem cárdio-respiratória;
- Estudos sobre a dinâmica da Equipa de Enfermagem nas Salas de Observação.

A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares - Licenciatura em Enfermagem

7. BIBLIOGRAFIA

LIVROS

- AEHLERT, B. (2007). *Emergência em Cardiologia – Suporte avançado de Vida em Cardiologia*. ISBN: 978-85-352-2295-1;
- BOLANDER, V. (1998) *Enfermagem fundamental – abordagem psicofisiológica*. (1ª ed.). Edições Lusodidacta; ISBN: 972-96610-6-5
- CAMPBELL, (1975). *Anestesia, Reanimação e Cuidados Intensivos*. Lisboa: Edições;
- CARAPINHEIRO, G. (1998). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares* (3ªed). Porto. Edições Afrontamento. ISBN 972-36-0306-3;
- CHAPLEAU, W. (2008). *Manual de Emergências - Um guia para Primeiros Socorros*. Elsevier Editora Ltda. ISBN: 978-85-323-01652-0;
- CHIAVENATO, I. (1994). *Introdução à teoria geral da administração*. Elsevier editora Ltda.
- CREMADEZ, M. (1992). *Le management stratégique hospitalier*. Paris: Dunod
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. ISBN: 972-9425-99-X;
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE. (2006). *Programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares*. Lisboa. ISBN: 972-675-151-9;
- FORTIN, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realidade*. Loures: Edições Lusodidacta. ISBN: 972-8383-10-X;
- FORTIN, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Edições Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5;
- FREITAS, P. (2002). *Triagem no Serviço de Urgência - Grupo de Triagem de Manchester*.(2ª ed.). BMJ publishing group;
- MC PHAIL, E. (2001). *Panorâmica da enfermagem de urgência*. In Sheehy, S. (Eds.). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*

- MINTZBERG, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. publicações Dom Quixote, Lda; ISBN: 972-20-1147-2;
- MORGAN, G. (1986). *Images of organization*. Newbury Park, CA: Sage;
- MYERSON, S. CHOUDHURY, R. MITCHELL, A. (2007). *Emergencies in cardiology* (1st ed.). OXFORD university press. ISBN: 978-0-19-954672-5;
- NASI, L. et all (2005). *Rotinas em Pronto Socorro*.;
- NEVES, M. PACHECO, S. (2008). *Para uma Ética da Enfermagem – Desafios*. ISBN 972-603-326-8;
- POLIT, D. HUNGLER, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (5ª edição). Portalegre: Artes Médicas. ISBN 972-8449-54-2;
- PARREIRA, P. (2005). *Organizações*. Formasau - Formação e Saúde, Lda. ISBN: 972-8485-46-8;
- PONTES, B. et all. (2008). *Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência da RAM*. Universidade Atlântica. Pós graduação em urgência e emergência hospitalar;
- SANTOS. (2003). *Urgência e Emergência para a Enfermagem*;
- SHEEHY'S, S. (2001). *Enfermagem de urgência – da teoria à prática*. (4ª ed.); Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-16-9;

SITES

- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental-HSFX (2009). Triagem de Manchester- novas regras de acesso ao serviço de Urgências. Disponível on-line em: <http://www.hsfxavier.min-saude.pt/Emergencia/Triagem/> Último acesso em 10/11/09;
- COLTRI, M. (2007). Direito Médico e da Saúde - A importância da equipa multidisciplinar da defesa do profissional da Área da saúde. Disponível on-line em: [http://direitomedico.blogspot.com/2007/08/importncia-da-equipe multidisciplinar.html](http://direitomedico.blogspot.com/2007/08/importncia-da-equipe-multidisciplinar.html)

Último acesso em 24/11/09

- GABRIEL, G. (data desconhecida). Formação e dinâmica do trabalho de equipa. Disponível on-line em: smap.ist.utl.pt/documentos/020205.pdf
Último acesso em 10/09/09;
- MAISEL, A. et all (2002). Rapid Measurement of B-Type Natriuretic Peptide in the Emergency Diagnosis of Heart Failure; The new england journal of Medicine; Volume 347: 161-167. Disponível on-line em: <http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/347/3/161>
Último acesso em 20/12/09;
- MIECZNIKOWSKI, R. LEITE, S. (Data desconhecida). Reanimação Cardiopulmonar; Revista residência médica. Disponível on-line em: http://www.medstudents.com.br/residencia_medica/vol01n03/leite.htm
Último acesso em 15/10/09;
- Ministério da saúde (2009). Triagem de Manchester. Disponível on-line em: http://www.hvfxira.min-saude.pt/bS_triagem.html
Último acesso em 10/11/09
- Organização Mundial de Saúde Disponível on-line em: <http://www.who.int/en/>

ARTIGOS

- BASTOS, C. MACHADO, M. SOUZA, W. (2008). *Reanimação cárdio-respiratória na unidade de emergência;*
- CLEUSA, S. (data desconhecida). *Perspectivas teóricas da comunicação organizacional;*
- CONNOR, N. (Setembro 1999). *Towards a faculty of emergency nursing.* Emergency Nurse.7 (5), 10-16.
- ELIANE, M. DENISE, P. (2006). *Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias actuais, influências no sector saúde e na enfermagem.* Scielo. ISSN: 0104-0707;

- ESTRELLA, K. et all (2009). *Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar*; Cadernos de saúde pública;
- GONÇALVES, A. CARDOSO, L. DIAS, P. (2004). *Escola clássica da Administração e gestão (taylor e fayol)*.
- JUNIOR, F. MAIA, A. (2009). *Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre género e saúde*; Universidade Estadual Paulista (UNESP);
- MADUREIRA, C. (2000). *A organização neotaylorista do trabalho no fim do século XX*. Scielo. ISSN: 0873-6529;
- MATIAS, A. (data desconhecida). *Compreender as organizações: contributos sociológicos e modelos de gestão*. ESEV;
- MONTEIRO, I. (1999). *Hospital, uma organização de profissionais*;
- OLIVEIRA, A. (2006). *Urgência Básica*. Acta med Port;
- PASCOAL, M. SANTOS, D. (2006). *Qualidade de vida, terceira idade e actividades físicas*. Curso de educação física da Pontificia Universidade Católica de Campinas SP. v 12. p.217-228;
- PINHO, M. (2006). *Trabalho em equipa de saúde: limites e possibilidades de actuação eficaz*. Ciências & Cognições;
- ROSA, C. CARLOTTO, M. (data desconhecida); *Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar*.
- SÁ, A. (2002). *Urgência hospitalar e Cuidados de Saúde Primários: mitos e falácias*. Revista portuguesa de clinica geral;
- YESUDIAN, C. (1989). *Community Organisation as an Approach to CommunityHealth*. MCB UP Ltd. ISSN: 0268-9235;

A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares - Licenciatura em Enfermagem

8. APÊNDICES