



Sílvia Firmino **Relatório de Trabalho de Projeto**

**O Transporte Secundário do Doente Crítico
por meio aéreo (Helitransporte).**

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para
cumprimento dos requisitos necessários à obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem Médico –
Cirúrgica realizado sob a orientação científica da
Professora Doutora Alice Ruivo

6 de Janeiro de 2015

[DECLARAÇÕES]

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

O candidato,

Setúbal, 6 de Janeiro de 2015

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

O (A) orientador(a),

Setúbal, 6 de Janeiro de 2014

AGRADECIMENTOS

Às pessoas que tornaram tudo isto possível....

A toda a equipa de docentes do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, das diversas unidades curriculares pelos contributos teóricos que transmitiram e que foram essenciais para o meu desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional.

À Professora Doutora Alice Ruivo, pelo seu profissionalismo, pelas suas sugestões e orientações pedagógicas que me guiaram ao longo deste processo.

À Professora Lurdes Martins pela orientação pedagógica e por todo o seu apoio e otimismo!

À Professora Elsa Monteiro, Orientadora do Projeto de Intervenção em Serviço, realizado no âmbito do 2º Curso de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, que me acompanhou no início deste processo, pela sua disponibilidade.

Aos meus colegas da UCIP, que se envolveram e colaboraram sempre que solicitados, em especial à Enf^a Paula Vala, pela sua preciosa orientação em estágio, ao Enf^o Sérgio Branco pela partilha de ideias e apoio incondicional; à Enf^a Chefe Felizarda Santiago, que para além de chefe, uma amiga que me apoiou e que incentivou a fazer mais e melhor!

Aos meus pais, o meu mais profundo obrigado por cuidarem das minhas filhas nos momentos de ausência!

Às minhas filhas por não ter estado tão presente e disponível quanto gostaria de estar e de ter perdido algumas das suas façanhas...

Ao meu marido, Daniel Núñez, o impulsionador que me convenceu a frequentar inicialmente o CPLEE e posteriormente a prosseguir a minha formação...

RESUMO

Neste Relatório procuramos sistematizar todo o percurso desenvolvido na aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, através de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), o referencial teórico de enfermagem que o suporta, neste caso a Teoria de Médio Alcance de Merle Mishel, a Teoria da Incerteza na Doença, bem como uma reflexão acerca das competências de Mestre.

A área do Projeto de Intervenção incidu no Transporte Secundário do Doente Crítico por meio Aéreo (Helitransporte) numa UCIP de um Hospital da região Sul do País.

Pretendemos dotar a equipa de enfermagem duma UCIP com conhecimentos teóricos no que concerne a toda a envolvente do transporte do doente crítico e conseqüentemente à uniformização dos cuidados de enfermagem, através da elaboração de uma norma de cuidados de enfermagem e de uma *check list* de verificação de procedimentos, visando práticas clínicas de enfermagem seguras.

No âmbito dos estágios realizados numa unidade de cuidados intensivos polivalente de um Hospital do Centro Hospitalar do Algarve, foi desenvolvido o Projeto de Intervenção o Transporte Secundário do Doente Crítico por meio aéreo tendo por base a Metodologia de Trabalho de Projeto.

Para este trabalho foram definidos como objetivos (1) enquadrar o Projeto de Intervenção (PIS) e o Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) sob o ponto de vista concetual e teórico na prática clínica, (2) contextualizar a teoria de Médio Alcance de Merle Mishel, a Teoria da Incerteza na prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico em contexto de estágio, (3) apresentar as estratégias definidas para a implementação do PIS, (4) avaliar o impacto do PIS no local de estágio e no seio da equipa de enfermagem, (5) analisar e refletir

sobre a prática de enfermagem desenvolvida à luz das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, (6) analisar e estabelecer um paralelismo com o perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A implementação do PIS no contexto de estágio permitiu (1) a formação da equipa da UCIP nesta temática, (2) a criação de uma norma de cuidados de enfermagem na preparação do doente crítico para transporte por meio aéreo, perspetivando-se a uniformização dos cuidados, (3) a criação de uma *check list* de verificação de procedimentos visando a segurança dos cuidados e prevenção de complicações, tendo por base a lista de verificação para o transporte secundário emanado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos nas Recomendações Transporte Doente Crítico (2008).

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Competências; Metodologia de Trabalho de Projeto; Transporte do Doente Crítico.

ABSTRACT

In this Report we have tried to describe in a systematic way the nursing competencies acquisition: Nurse Specialist Common Competences and Nurse Specialist Specific Competences regarding patients in critical ill situations throughout a Care Service Intervention Project based on nursing theoretical referentials, as in this case the Merle Mishel Medium Range Theory, the Uncertainty during Disease Theory, as well as a reflection about the Master's competences.

The scope of the Intervention Project regards the Critical ill Patient Secondary transportation by air (helicopter) from a portuguese southern hospital. We intend to provide any UCIP (Intensive Care Unit Service) nursing team with theoretical knowledge regarding to all aspects of critical patients transportation and therefore the standardization of nursing care through the development of a standard of nursing care norm and a check list of verification procedures, aiming to achive safe nursing clinical practices.

Within the scope of the internships developed in a polyvalent intensive care unit of a hospital in the southern, an Intervention Project called Critical Illness Secondary Transportation by air was developed based on Project's Work Methodology.

For this study were defined as goals (1) to frame the Intervention Project (PIS) and the Clinical Learning Project (PAC) under the conceptual and theoretical point of view in clinical practice, (2) contextualize the Merle Mishel Medium Range Theory, Uncertainty Theory when providing nursing care to critical patients in stage/internship context, (3) to define the PIS implementation strategies, (4) assess the PIS impact during training and among the nursing team, (5) analyze and draw conclusions about nursing practice developed according to Commons Competences of Nurse Specialist and the Specific Competencies of Nurse

Specialist regarding nursing care to Critical Situation patients, (6) to analyze and establish a parallel comparison with a Master Degree in Medical-Surgical Nursing profile of competences.

The PIS implementation during the internship context allowed (1) the training of UCIP team on this subject, (2) the creation of a standard of nursing care norm during critical patient's preparation for transportation by air, seeking level standardization of care, (3) the creation of a procedures checklist of to check the safety of care and prevention of complications, based on the checklist for secondary transport, issued by the Portuguese Society of Intensive Care Recommendations concerning Critical Patient transportation (2008).

KEY WORDS: Medic-surgical nursing; competences; Project Work Methodology; Critical Patients Transportation

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral.

ARDS - Acute Respiratory Distress Syndrome.

CPLÉE - Curso de Pós Licenciatura Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica.

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

CA - Conselho de Administração.

CDC – Center Disease Control.

CCI – Comissão de Controlo de Infeção.

CVC – Cateter Venoso Central.

CHA – Centro Hospitalar do Algarve.

CHBA – Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

DEUCI – Departamento Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos.

DGS – Direção Geral de Saúde.

DR – Diário da República.

ESS - Escola Superior de Saúde.

EPE - Empresa Pública Estatal.

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

IPS - Instituto Politécnico de Setúbal.

IOM - Institute of Medicine.

ISO – International Organization for Standardization

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

OE – Ordem dos Enfermeiros.

PAC - Projeto de Aprendizagem Clínica.

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador.

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço.

PNCI – Plano Nacional de Controlo da Infeção.

PQCEEP – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

SU – Serviço de Urgência.

SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos.

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

VVS – Via Verde Sépsis.

WHO – World Health Organization.

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	17
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1 - A ENFERMAGEM E OS CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS	21
2 - ENQUADRAMENTO CONCETUAL	31
2.1 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)	31
2.2 - PROJECTO DE APRENDIZAGEM CLINICA (PAC)	33
2.2.1 - MONITORIZAÇÃO CARDÍACA CONTÍNUA DO DÉBITO CARDÍACO (PICCO)	34
2.2.2 - FLUXOGRAMA DE APOIO Á DECISÃO DE ENFERMAGEM/FALHA DOS GASES MEDICINAIS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS. 36	
3 - SINTESE DA METODOLOGIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS).	43
3.1 - CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO CENTRO HOSPITALAR DE UM HOSPITAL DA REGIÃO SUL DO PAÍS	44
3.2 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	46
3.3 - DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA	49
3.4 - OBJETIVOS	50
3.5 - PLANEAMENTO DO PROJETO	51
3.6 - EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	53
4 - SINTESE DO PROJETO DE APRENDIZAGEM CLINICA (PAC) 67	
4.1 - PLANEAMENTO/EXECUÇÃO DO PAC	68

5 - ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA.....	73
5.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	74
5.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	83
6 - ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	91
7 - REFLEXÃO FINAL	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	123
APÊNDICES	133

ANEXO 1 –	Programa das Jornadas de Enfermagem em Cuidados intensivos: <i>A Pessoa em Situação Crítica</i>	125
ANEXO 2 –	Programa das IV Jornadas de Enfermagem do CHBA ...	129
APÊNDICE 1 –	Entrevista não estruturada	135
APÊNDICE 2 –	Diagnóstico de Situação.....	141
APÊNDICE 3 –	Questionário on line aplicado à equipa de enfermagem da UCIP.....	155
APÊNDICE 4 –	Autorização do Conselho de Administração do hospital da região sul do país.....	159
APÊNDICE 5 –	Análise e discussão dos dados do questionário.....	163
APÊNDICE 6 –	Análise SWOT.....	167
APÊNDICE 7 –	Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço.....	171
APÊNDICE 8 –	Cronograma de atividades.....	183
APÊNDICE 9 –	Norma de cuidados de enfermagem no transporte inter-hospitalar do doente crítico por meio aéreo.....	187
APÊNDICE 10 –	Check list de transporte inter-hospitalar de doentes críticos via aérea/helitransporte.....	193
APÊNDICE 11 –	<i>Template</i> da norma UCIP.....	199
APÊNDICE 12 –	Plano de sessão da formação: Helitransporte do doente crítico.....	203
APÊNDICE 13 –	Divulgação on line da formação Helitransporte do doente crítico.....	207
APÊNDICE 14-	Formação "O helitransporte do doente crítico".....	215
APENDICE 15 -	Avaliação da formação/análise dos dados.....	223
APÊNDICE 16 –	Validação da formação pela Enf. ^a Chefe/Responsável da Formação em Serviço.....	227
APÊNDICE 17 –	Cronograma da sessão de formação helitransporte do doente crítico.....	231
APÊNDICE 18 –	Questionário da Instituição para validação de formação por formando.....	235
APÊNDICE 19 –	Projeto de Aprendizagem Clínica.....	239

APÊNDICE 20 – Fluxograma de apoio à decisão de enfermagem.....	249
APÊNDICE 21 – Norma de cuidados de enfermagem: Monitorização contínua do débito cardíaco (PiCCO).....	253
APÊNDICE 22 – Formação Monitorização contínua do débito cardíaco (PiCCO).....	265
APÊNDICE 23 – Plano de sessão de formação: Monitorização contínua do débito cardíaco (PiCCO).....	277
APÊNDICE 24 – Cronograma da sessão de formação: Monitorização contínua do débito cardíaco (PiCCO).....	281
APÊNDICE 25 – Divulgação on line da formação: Monitorização contínua do débito cardíaco (PiCCO).....	285
APÊNDICE 26 – Avaliação da formação Monitorização contínua cardíaca (PiCCO) dados do questionário.....	289
APÊNDICE 27 – Validação da formação pela Enf ^a Chefe/Responsável da Formação em Serviço.....	293
APÊNDICE 28 – Estudo de Caso.....	297
APÊNDICE 29 – Preletor Jornadas de Enfermagem em Cuidados Intensivos Faro 2011.....	363
APÊNDICE 30 – 1º Encontro de Enfermagem A pessoa em situação crítica helitransportada, ESS/IPS 2014.....	367
APÊNDICE 31 – Protocolo PAV.....	371
APENDICE 32 – Protocolo de Desmame Ventilatório.....	375
APENDICE 33 – <i>Check list</i> protocolo PAV	383
APENDICE 34 - <i>Check list</i> Desmame Ventilatório.....	387
APÊNDICE 35 – Artigo Científico O Transporte Secundário do doente crítico por meio aéreo: Helitransporte.....	391

INTRODUÇÃO

Este Relatório de Trabalho de Projeto foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Enfermagem Médico-cirúrgica II, inserido no plano de estudos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), balizado no período de 2013/2014 em que a sua apresentação e discussão pública visam a obtenção do grau de Mestre na área de especialização.

Segundo os pressupostos do Processo de Bolonha, o ensino é tutorial em que o estudante é o corresponsável pela sua aprendizagem com especial ênfase nas competências que visa adquirir, existindo uma estreita ligação entre as competências e os créditos (ECTS), como medidores do nível do trabalho do estudante (RUIVO et. al., 2010).

Este percurso académico teve início no ano letivo de 2011/2012 com a frequência do 2º Curso de Pós Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEE), da ESS do IPS. Tem agora a sua continuidade, na frequência da 3ª Edição de MEMC, ao qual obtivemos uma creditação de 83 ECTS num total de 90 ECTS. Elaboramos o presente relatório onde espelhamos a reflexão das competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

O enfermeiro especialista é detentor de competências técnicas, científicas, profissionais e relacionais, distinguindo-se e marcando a diferença perante os demais profissionais por analisar, ajudar, suprimir e ultrapassar os problemas que surgem (HESBEEN, 2001). **Tendo por base estes pressupostos e a utilização da Metodologia de Trabalho de Projeto que é uma metodologia reflexiva baseada e sustentada na investigação de forma sistemática, controlada e participativa, constituída por várias etapas, desde o diagnóstico de situação, a definição dos objetivos, o planeamento, a execução, a avaliação e divulgação de resultados** (RUIVO et. al., 2010), surge o tema deste projeto, O Transporte Secundário do Doente Crítico por Meio Aéreo (Helitransporte). Pretende responder a uma situação identificada como

problemática/oportunidade no contexto de prática profissional, carecendo de uma intervenção/resolução no âmbito de enfermagem. Como referencial teórico que suporta este trabalho temos a teoria de médio alcance de Merle Mishel, a Teoria da Incerteza na Doença.

Os enfermeiros assumem um papel fulcral na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica cuja sobrevivência se encontra dependente de meios avançados terapêuticos, de tecnologia avançada e de recursos humanos altamente diferenciados e treinados com vista à sua recuperação total e limitação de sequelas (OE, 2010).

Apesar de todo o manancial existente nem sempre é possível prestar todos os cuidados necessários **à recuperação do doente, pelo que muitas vezes se procede à sua transferência quer seja por via terrestre ou aérea para outras** unidades hospitalares que prestam um nível assistencial superior. A mobilização de um doente de uma Unidade onde o ambiente é altamente controlado, constitui um desafio e está rodeado de risco (SPCI, 2008).

Apresentamos também uma síntese do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), que foi desenvolvido concomitantemente através das temáticas da **Monitorização Cardíaca Contínua do Débito Cardíaco utilizando a tecnologia PiCCO e a área da Catástrofe construindo um fluxograma de apoio à decisão de enfermagem** em caso de falha dos gases medicinais numa unidade de cuidados intensivos

Este Relatório pretende assim dar visibilidade ao processo formativo de aquisição das competências comuns e específicas da área de especialização, à capacidade de crítica e questionamento, assim como a reflexão e análise sobre o desenvolvimento de competências e a aplicabilidade dos conhecimentos previamente adquiridos em campo, implementando as mudanças necessárias que garantam práticas com qualidade efetivamente centradas no utente/família e nos seus ganhos em saúde.

Pretendemos também apresentar a reflexão sobre as competências de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Para a elaboração deste relatório de trabalho de projeto foram delineados os seguintes objetivos:

- Enquadrar o PIS e o PAC sob o ponto de vista concetual e teórico.

- Descrever o PIS e PAC, de acordo com a Metodologia de trabalho de Projeto.
- Avaliar o impacto do PIS no local de estágio
- Analisar e refletir sobre a prática de enfermagem desenvolvida à luz das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica
- Estabelecer um paralelismo com o perfil de competências do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Estruturalmente, para melhor compreensão o relatório está dividido em sete partes:

Numa primeira, surge o Enquadramento Teórico que orienta e suporta este projeto de intervenção, onde é feita uma abordagem à teoria de médio alcance de Merle Mishel, a sua interligação aos conceitos metaparadigmáticos e a sua coadunação na prática.

Numa segunda parte surge o Enquadramento Concetual com um enquadramento de suporte às temáticas que suportam o PAC, nomeadamente a Monitorização cardíaca contínua do débito cardíaco (PiCCO) e a Catástrofe com a criação de um fluxograma de apoio à decisão de enfermagem/falha de gases medicinais numa unidade de cuidados intensivos polivalente, resultantes da pesquisa bibliográfica no sentido de contextualizarmos a sua pertinência e adequação. Também é efetuado um paralelismo entre o PIS/PAC e os conceitos metaparadigmáticos e a teoria de médio alcance que norteia este trabalho, a teoria da incerteza de Mishel.

Numa terceira parte, apresentamos a Síntese da Metodologia do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), dirigido para a aquisição das competências do enfermeiro especialista com a caracterização do campo de estágio e das diversas fases da metodologia de projeto; efetuamos ainda uma análise das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica definidas no perfil da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001).

A quarta parte é onde apresentamos a Síntese do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) e as suas diversas etapas, dirigido para a aquisição das competências específicas do especialista em enfermagem em pessoa em

situação crítica, com a descrição das atividades desenvolvidas e indicadores de resultado, com a análise das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica definidas no perfil da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001).

A quinta parte onde é efetuada uma reflexão e análise das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista desenvolvidas durante este percurso académico.

A sexta parte, onde efetuamos uma análise e reflexão das aprendizagens que permitiram a aquisição /desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Por fim a sétima parte deste relatório onde são efetuadas as considerações finais com uma breve reflexão sobre o percurso efetuado, sobre as aprendizagens adquiridas face aos objetivos delineados e as perspetivas futuras.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo efetuamos uma abordagem ao enquadramento teórico que nos orientou ao longo deste trabalho e que melhor se coadunou na área da prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Apresentamos assim a Teoria de Incerteza na Doença de Merle Mishel, a sua interligação com os conceitos e pressupostos de enfermagem e a sua aplicabilidade na prática clínica.

1.1 - A ENFERMAGEM E OS CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS

A história da enfermagem profissional e do desenvolvimento da **teoria** teve o seu início com *Florence Nightingale* ao marcar o início da era da enfermagem moderna com o aparecimento da “primeira teoria de enfermagem”, com especial ênfase então para a prática de enfermagem. As enfermeiras buscaram desenvolver um corpo de conhecimentos sólidos que lhes guiasse a prática profissional e também o seu reconhecimento enquanto profissão (GEORGE, 2000).

Dá-se início à era da **investigação** em que a teoria surge naturalmente, produzindo a ciência de enfermagem e o reconhecimento de enfermagem enquanto disciplina académica. Em meados dos anos 70 e transatos alguns anos chegou-se à conclusão de que a enfermagem carecia de fundamentos conceptuais e de enquadramentos teóricos, sendo nesta década que emergem muitas das teorias de enfermagem. Nos anos 80 assistiu-se á passagem do período de pré-paradigma para o período de paradigma em que estes modelos forneceram diferentes perspetivas contribuindo para o desenvolvimento da teoria de enfermagem (GEORGE, 2000).

Surge então a noção de **conceito**, como unidade de pensamento que pode ser abstrato ou empírico, dependendo da capacidade de serem observados ou não no mundo real, representam a realidade e facilitam a nossa capacidade de comunicar sobre a mesma (GEORGE, 2000).

Muitas escolas de enfermagem organizaram o conhecimento de enfermagem em paradigmas, sendo este um conceito originário com Kuhn ao designar como metaparadigmáticas as realizações científicas que geram modelos e orientam o desenvolvimento posterior das pesquisas em busca de soluções para os problemas por elas suscitados (Kuhn, 1970 citado por SMITH e LIEHR, 2008).

Metaparadigma pode ser definido como os conceitos globais que identificam os fenómenos de interesse para uma disciplina, as relações e as proposições descritas entre os conceitos, sendo a sua função principal a identificação do objeto de estudo da disciplina. Para FAWCETT, o metaparadigma de enfermagem é o estudo das relações entre os seres humanos, o ambiente, a saúde e o cuidado (FAWCETT, 2005).

Os conceitos fulcrais de enfermagem como a **pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem são os primeiros conceitos metaparadigmáticos** de enfermagem a um nível mais abstrato do conhecimento, enquanto conceitos fundamentais de estrutura organizacional para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Juntos formam o metaparadigma de enfermagem, que identifica o conteúdo nuclear de uma disciplina. A *pessoa* pode representar um indivíduo, uma família, uma comunidade ou humanidade, é o recetor do cuidado de enfermagem; a *saúde* representa um estado de bem-estar para o cliente; o *ambiente* é definido como o que rodeia externamente e a *enfermagem* é a ciência e arte da disciplina (GEORGE, 2000).

Estes mesmos quatro conceitos básicos metaparadigmáticos de enfermagem, mantiveram-se inalterados ao longo do tempo e atualmente continuam a ser os principais conceitos de organização para a enfermagem enquanto disciplina e profissão (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Os **conceitos metaparadigmáticos** encontram-se definidos no Enquadramento Concetual da Ordem dos Enfermeiros em que **saúde** é um estado subjetivo, uma representação mental da condição individual, é um

processo dinâmico e contínuo em que cada indivíduo almeja atingir um estado de equilíbrio “que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (OE,2001:10).

A **persona** surge como um ser social, com comportamentos baseados em crenças e valores individuais o que a torna num ser uno, indivisível, com dignidade própria e direito á autodeterminação. Os seus comportamentos são influenciados pelo ambiente que a rodeia, sendo que esta interage, influencia e é influenciada por este. No entanto aquilo que a pessoa objetiva intencionalmente é atingir a homeostasia na procura incessante de melhores níveis de saúde, sendo que para isso interage com o ambiente sendo também o alvo de processos não intencionais que afetam o seu equilíbrio (OE,2001:11).

O **ambiente** é toda a envolvente no qual as pessoas vivem e interagem, composta por elementos das mais diversas ordens tais como humanos, sociais, culturais, políticos, sociais, económicos. Estes condicionam a maneira como cada indivíduo desenvolve o seu estilo de vida e repercutem-se na condição de saúde do indivíduo. Na sua prática de cuidados o enfermeiro deve perceber esta interdependência entre a pessoa e o ambiente (OE, 2001:12).

Os **cuidados de enfermagem** centram-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e indivíduo, família ou comunidade, independentemente dos seus valores, crenças e desejos individuais. O enfermeiro evidencia a sua formação e experiência na prática de cuidados em que assume uma relação terapêutica com o cliente, isenta de juízos de valor, compreendendo e respeitando o outro numa perspectiva multicultural. Estabelece uma relação de parceria num processo dinâmico que visa ajudar o indivíduo a alcançar o seu equilíbrio e o seu estado de saúde (OE,2001:12).

Os cuidados de enfermagem visam a promoção dos projetos de saúde ao “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procuram a satisfação das necessidades humanas básicas e a máxima independência na realização das atividades de vida (...) através de processos de aprendizagem do cliente” (OE,2001:13). Do ponto de vista profissional, os enfermeiros pela sua formação e pelos princípios que norteiam a sua práxis compreendem que o conceito de bons cuidados de enfermagem são distintos para cada indivíduo.

A prática de cuidados de enfermagem deve ser sustentada por modelos teóricos e teorias de enfermagem que promovam o desenvolvimento da profissão e a qualidade dos cuidados prestados. As enfermeiras para a sua prática acabam por eleger determinadas teorias em prol de outras, por considerarem que estas melhor se coadunam a uma situação em particular (GEORGE, 2000). Os modelos e as teorias de enfermagem pela sua multiplicidade, fornecem perspetivas diferentes dos conceitos de enfermagem (conceitos meta paradigmáticos), oferecem uma conceção precisa dos fenómenos, produzem saber teórico que se aplica à investigação e à prática e conduzem a uma maior perceção da essência da teoria de médio alcance ou também denominada de teoria da prática (GEORGE, 2000).

A origem da palavra teoria vem do vocabulário grego e significa “ver”, assim uma teoria pode ser definida como uma visão particular de ver um fenómeno relativo à disciplina de um modo organizado (SMITH e LIEHR, 2008).

A teoria para CHINN E KRAMER é definida como “uma estruturação criativa e rigorosa de ideias que projetam uma tentativa, uma resolução e uma visão sistemática dos fenómenos” (Chinn, Kramer, 1991:79 citado por GEORGE, 2000:8). Já MELEIS define teoria de enfermagem como “...uma conceptualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (fenómeno central e relacionamentos) na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem” (Meleis, 1991:17 citado por TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

As teorias variam no seu grau de abstração, as Grandes teorias são mais abstratas e amplas, mas menos abstratas que os modelos concetuais, em oposição às teorias de médio alcance que são mais concretas, concisas e restritas (FAWCWETT, 2005).

A teoria de médio alcance foi definida como “o conjunto menos abstrato de conceitos relacionados que propõe uma verdade específica dos pormenores da prática de enfermagem (...) incluem características da prática, como a situação ou estado de saúde, população de doentes ou grupo etário, localização ou área prática e ação da enfermeira ou a intervenção e resultado proposto” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004:735). As teorias de médio alcance incorporam um foco de

interesse limitado, são encorajadoras para a prática de enfermagem e por produzirem conhecimento para a enfermagem (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Para SMITH e LIEHR (2008), a teoria de médio alcance pode ser definida como um conjunto de ideias que estão relacionadas com a prática de enfermagem, pressupõe a relação entre conceitos e derivam de modelos conceituais; desenvolvem-se a partir do cruzamento da prática e da investigação como o intuito de orientar a praxis e o desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

Cada teoria de médio alcance é suportada por uma perspectiva metaparadigmática em particular, a filosofia ao centrar-se na relação abstrata entre o ser humano e o ambiente, o que torna importante que a teoria tenha uma ligação filosófica com o paradigma que a identifica. As teorias de médio alcance podem derivar diretamente de uma grande teoria ou estarem em relação direta com um paradigma (SMITH e LIEHR, 2008).

As teorias de médio alcance são uma parte da estrutura da disciplina ao acrescentar conhecimento, explicando e expandindo especificamente um determinado fenómeno relacionado com o processo de saúde e cuidar. É frequente associar a este tipo de teorias a prática clínica, pois podem ser desenvolvidas indutivamente através da observação, da investigação qualitativa e dedutivamente através da análise e síntese (SMITH e LIEHR, 2008).

Estas mesmas autoras referenciam Donaldson & Crowley (1978) que dizem que a enfermagem é uma disciplina profissional distinguindo-se das profissões académicas por estar fortemente aliadas á componente prática, no entanto as disciplinas profissionais também estão associadas a um corpo de conhecimentos, de investigação e de teorias descritivas (SMITH e LIEHR, 2008).

As teorias de médio alcance têm como função responder a questões específicas do âmbito da prática, são mais exatas por se relacionarem com especificidades das situações de enfermagem na perspectiva da teoria da qual provêm, sendo que as enfermeiras do exercício clínico sentem necessidade deste tipo de teorias para orientar a prática pela sua clareza. Transversal a todas as teorias é a presença mais ou menos explícita dos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem, como estruturas de organização (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Atendendo ao âmbito do exercício profissional e do contexto dos campos de estágio pretendemos fazer uma reflexão acerca das aprendizagens desenvolvidas e estabelecer um paralelismo com a teoria de enfermagem. Filiamo-nos a uma teoria de enfermagem de médio alcance, a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, por considerarmos ser mais circunscrita, elaborando conceitos mais concretos considerada uma teoria da prática (Walker e Avant, 1995 citado por SMITH e LIEHR, 2008:6). Ainda segundo estes autores, a palavra teoria neste contexto em particular está ligada a uma forte tradição de prática á qual se associam atividades, protocolos, *guidelines* e saberes práticos que emergem destas teorias.

Mishel foi pioneira ao investigar sobre o conceito de incerteza no contexto de saúde e doença em indivíduos adultos hospitalizados, sendo esta a base da sua tese de investigação com o desenvolvimento de uma escala “*Perceived Ambiguity in Illness Scale*” mais tarde reformulada em “*Mishel Uncertainty in Illness Scale*”. Estas escalas seriam aplicadas em três situações distintas, tais como em indivíduos com doença crónica ou em situações de risco de vida, em contexto comunitário; numa avaliação da perceção dos pais perante a doença dos filhos e na avaliação da perceção dos conjugues ou outros membros da família perante a doença aguda noutro membro dessa família (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Durante os seus estudos estabeleceram-se relações entre os indicadores objetivos ou subjetivos da doença e situações potencialmente ameaçadoras de vida com o conceito de incerteza. A imprevisibilidade do início, a duração e a intensidade dos sintomas tem sido associado á incerteza observável assim como a dificuldade em esclarecer ou identificar os sintomas também tem sido fonte de incerteza (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

A Teoria da Incerteza na Doença (Mishel, 1988) foi desenvolvida para ir ao encontro da incerteza experienciada pelos doentes nas fases de pré-diagnóstico, diagnóstico e tratamento de uma doença aguda ou no caso de uma doença debilitante /crónica. Esta teoria pressupõe que a incerteza existe numa situação de doença complexa, ambígua, incurável ou quando a informação disponibilizada pelos profissionais de saúde é insuficiente ou até mesmo inconsistente.

Esta teoria baseia-se em “modelos de processamento de informação existentes e da investigação da personalidade da disciplina de psicologia que caracterizou a incerteza como estado cognitivo com os quais forma um esquema cognitivo, ou uma representação interna de uma situação ou evento” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004:631).

A Incerteza é um estado cognitivo, uma experiência neutra, representada como um modelo linear existindo antecedentes que influenciam e podem potenciar o modo com esta se apresenta. Como antecedentes podemos ter as capacidades cognitivas que podem estar alteradas interferindo na capacidade de clareza no raciocínio e definição; o desconhecimento e a incongruência devido à escassez ou sobrecarga de informação ou até mesmo o conflito de informações; a incerteza do resultado em indivíduos que vivenciam o processo de doença; o impacto social relativamente a algumas doenças crónicas (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Segundo a mesma autora outra fonte de incerteza são as interações entre a família e os cuidadores de saúde, neste caso os enfermeiros relativamente ao modo de transmissão e conteúdo da informação clínica ou relacionado com o nível de confiança depositado pela família resultante da avaliação que esta faz sobre o prestador de cuidados. A incerteza tem projeção negativa sobre a qualidade de vida não só do indivíduo mas também da família, ao nível das suas interações, na satisfação dos cuidados de saúde e confiança nos profissionais, podendo manifestar-se através de ansiedade, depressão, angústia (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

A teoria de incerteza baseou-se em pressupostos que refletem as origens da teoria nos modelos de *stress* e de *coping*. Durante este processo muitas variáveis podem entrar em jogo como forma de tentar resolver/minimizar esta incerteza. Por vezes apoiam-se em crenças e ilusões que influenciam a forma com a incerteza é avaliada como um perigo, sendo necessário adotar estratégias de *coping* focados nos problemas ou como uma oportunidade percebida como um resultado positivo em que as ilusões são positivamente orientadas num processo de adaptação (MISHEL, 2003).

Para a reconceptualização da sua teoria, Mishel apoiou-se na teoria de crítica social, reconheceu como incorreta a sua assunção inicial da noção de controlo e previsibilidade que conduzia à adaptação e conferia um sentido de

certeza. Reformulou então a sua teoria, alargando então a teoria original incluindo princípios da teoria do caos.

A teoria do caos é uma teoria mais dinâmica, que contribuiu com aportes teóricos que colocaram em causa o inicial sistema linear de *stress*, *coping* e adaptação como resultado. Neste novo modelo a incerteza associada a doença crônica funciona como um catalisador questionando todos os modelos cognitivos existentes colocando em causa a estabilidade do sistema, que sofre alterações no sentido de garantir a sobrevivência do mesmo (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

A Teoria da Reconceptualização da Incerteza na Doença (Mishel, 1990), foi desenvolvida para abordar o processo de ter de viver com a permanente incerteza associada a uma doença crónica ou com a possibilidade de uma recorrência que requer auto gestão contínua como foco principal para o tratamento. Estas teorias aplicam-se aos indivíduos doentes e sua família não abrangendo grupos ou a comunidade (MISHEL, 2003).

As autoras SMITH e LIEHR (2003) referenciam Mishel (1988:25) que diz que “a incerteza é definida como a incapacidade de determinar o significado dos eventos relacionados com a doença. É um estado cognitivo criado quando o indivíduo não pode estruturar ou categorizar um evento da doença por causa da insuficiência de pistas”.

A Reconceptualização da Teoria da Incerteza na Doença baseia-se no pressuposto de que a incerteza pode ser entendida como uma nova realidade, como um novo sentido de ordem, assente num raciocínio probabilístico em que a expectativa da certeza e previsibilidade é abstrata, quase inalcançável (MISHEL, 2003). Surge com a reestruturação do indivíduo em que este assimila esta nova existência, aprende a confiar nas estruturas sociais, nos cuidadores de saúde sendo que estes também partilham do pensamento probabilístico. Deste modo a incerteza pode tornar-se numa força positiva traduzindo-se em novas perspetivas de vida, novas formas de crescimento, novos níveis de auto-organização, reformulação de novos objetivos de vida (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Consideramos que estas duas teorias aplicam-se não só aos doentes e famílias mas também aos prestadores de cuidados. Os conceitos destas duas teorias encaixam na enfermagem descrevendo e explicando as respostas

humanas às situações de doença, estando diretamente relacionadas com os resultados da saúde (MISHEL, 2003).

Autores identificaram vários paradigmas que suportam a disciplina de enfermagem, que por sua vez incorporam valores únicos acerca da saúde e do cuidar, assumem pressupostos e pontos de vista diferentes, crenças e explicam como as mudanças acontecem (NEWMAN, SIRE E CORCORAN-PERRY, 1991 citado por SMITH E LIEHR, 2008).

A Teoria da Incerteza (UIT) tem como foco central a doença aguda enquanto a **Teoria da Reconceptualização (RUIT)** tem como foco a incerteza contínua experienciada na doença crónica em que numa representação gráfica estas teorias são consistentes com as crenças associadas ao **paradigma interativo-integrativo**. Este paradigma descreve o indivíduo como uma identidade interagindo reciprocamente, com probabilidades de mudanças relacionados com diversos fatores alicerçados nas perspetivas das ciências sociais (SMITH e LIEHR, 2008).

Subjacentes a esta teoria estão os **pressupostos** de que:

(1) os indivíduos experienciam a incerteza durante a fase de diagnóstico e tratamento e a incerteza contínua durante o avanço da doença em fase crónica;

(2) a experiência pessoal de incerteza quando a doença apresenta uma trajetória descendente;

(3) incerteza contínua com a possibilidade de recorrência da doença (SMITH e LIEHR, 2008:21).

Os **conceitos** destas duas teorias situam-se num nível teórico, sendo eles (1) os antecedentes de incerteza, (2) a perceção e avaliação da incerteza, (3) estratégias de *coping* na incerteza, (4) auto-organização/estruturação, (5) pensamento probabilístico (SMITH e LIEHR, 2008:21).

Transpondo para o **nível empírico** temos a **prática** que suporta em termos de informação e explicação, facultada estrutura, ordem, foca-se em alternativas e escolhas e temos também a **investigação** que neste caso em particular resultou na criação de um instrumento de avaliação diretamente relacionado com a teoria, a Escala da incerteza na doença (SMITH e LIEHR, 2008:21).

2 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo efetuamos uma abordagem ao enquadramento conceptual de suporte às temáticas **do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS)** e do **Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC)**, resultantes da pesquisa bibliográfica no sentido de contextualizarmos a sua pertinência e adequação.

Consideramos pertinente apresentar o enquadramento conceptual que norteia e sustenta o PIS, o Transporte secundário do doente crítico por meio aéreo (helitransporte) e o PAC com os temas a Monitorização cardíaca contínua do débito cardíaco (PiCCO) e a Catástrofe com a construção de um Fluxograma de apoio à decisão de enfermagem/falha dos gases medicinais numa unidade de cuidados intensivos. Efetuamos também um paralelismo entre o PIS/PAC, os conceitos metaparadigmáticos e a teoria que nos norteia, a teoria da incerteza de Mishel.

2.1 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

No sentido de dar resposta às competências comuns transversais ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de uma das competências específicas em que este cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença e ou falência orgânica, em que responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade, implementa respostas de enfermagem apropriada às complicações, (OE, 2010) iremos abordar a temática o **Transporte secundário ou inter-hospitalar do doente crítico por meio aéreo (helitransporte)**.

Doente crítico é aquele que tem por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas e em que a sua sobrevivência está dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (SPCI, 2008).

Num contexto de instabilidade hemodinâmica e numa necessidade de garantir cuidados diferenciados que não existem na unidade em que está internado por vezes procede-se ao transporte inter-hospitalar do doente em situação crítica para outra unidade hospitalar por meio aéreo com recurso a aeronave.

O transporte de um doente pode ser intra ou inter-hospitalar, sendo que a razão básica para o transporte do doente crítico prende-se com a necessidade de cuidados adicionais não disponíveis no local onde está internado. Envolve aspetos de ordem logística, técnica, operacional, financeira, ética e legal tornando-se num processo complexo, sendo que o transporte não deve comprometer o diagnóstico do **doente** (JÚNIOR et al., 2007).

A decisão de transportar deve ser baseada na avaliação dos benefícios potenciais ponderados contra os riscos potenciais inerentes ao próprio transporte (JÚNIOR et al., 2007).

O transporte do doente crítico envolve riscos, independentemente do tempo e da distância, sendo os mais frequentes relacionados com a instabilidade hemodinâmica e fisiológica, podendo daqui advir sérias complicações para a saúde do **doente**. Sendo o tempo e a distância um período de instabilidade potencial, preconiza-se que o transporte seja cautelosamente planeado (JÚNIOR et al., 2007).

O risco de transporte envolve a componente clínica relacionada com os fatores que afetam a fisiologia cardio-respiratória e a monitorização do doente e o risco de deslocação relacionado com a velocidade (SPCI, 2008).

A mobilização de um doente de uma unidade onde o ambiente é altamente controlado, constitui um desafio e está rodeado de risco. No que concerne ao transporte inter-hospitalar do doente crítico por meio aéreo – Helitransporte, este envolve particularidades ao nível dos cuidados nunca devendo ser inferior ao que tinha no serviço de origem, podendo existir eventualmente necessidade de o elevar (SPCI, 2008).

Apesar da decisão de transporte de um doente crítico ser um ato médico a fase de planeamento da ação é feito em conjunto pelo médico e pelo enfermeiro, envolvendo vários aspetos como a preparação do doente para o transporte, a estabilização do doente, a manutenção, os equipamentos

necessários, a coordenação, comunicação entre equipas, nível de monitorização e adequação da terapêutica (SPCI, 2008).

O risco deve ser minimizado através de um planeamento cuidadoso com pessoal qualificado e com equipamentos adequados. A predição do risco de transporte para determinado grupo de utentes não está bem explícito, no entanto o grupo com maiores riscos durante o transporte são aqueles com falência respiratória, cuja reserva está afetada necessitando de ventilação mecânica e com necessidade de aminas vasoativas (JÚNIOR et al., 2007).

Preventivamente deve ser equacionado o facto da existência de maior risco para incidentes em determinados momentos específicos e como tal antecipar as medidas preventivas nas fases mais críticas do processo, tais como no momento de transferência do doente para a maca de transporte, nos primeiros cinco minutos de transporte e em transportes prolongados. Os incidentes mais comuns consistem na extubação endotraqueal acidental, na perda de acessos venosos, na exteriorização ou clampagem inadvertida de drenos torácicos, falha de equipamentos vitais nomeadamente ventilador mecânico, falha no aporte de oxigênio, falta de carga elétrica ou de baterias em bombas infusoras e monitores de hemodinâmica (SPCI, 2008).

2.2 - PROJECTO DE APRENDIZAGEM CLINICA (PAC)

O **Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC)** visa dar resposta às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, (OE, 2010) em que este *Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas através da **Monitorização cardíaca contínua do débito cardíaco (PiCCO)** e ainda *Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação através de um **Fluxograma de apoio á decisão de enfermagem/falha dos gases medicinais numa unidade de cuidados intensivos.****

2.2.1 - MONITORIZAÇÃO CARDÍACA CONTÍNUA DO DÉBITO CARDÍACO (PICCO)

A prática da **medicina intensiva** visa fornecer suporte orgânico possibilitando assim o aumento da sobrevivência dos doentes com doenças ameaçadoras à vida, lançando mão de recursos que permitam a identificação e tratamento precoce das condições clínicas subjacentes. Assim, utiliza ferramentas e procedimentos que visam a monitorização hemodinâmica avançada contínua do doente, muitas vezes invasivas tais como o cateter pulmonar, oxímetros de pulso, capnógrafos, monitorização eletrocardiográfica contínua entre outros (RANGEL, 2001).

A **monitorização cardíaca contínua do débito cardíaco** utilizando a tecnologia PiCCO estima o débito cardíaco a partir da combinação única de duas técnicas, a termodiluição transpulmonar e a análise do contorno de pulso arterial. Este cálculo baseia-se na queda da temperatura do sangue venoso misto, mediante uma equação que considera o volume ejetado, a diferença de temperatura e outras constantes (PULSION MEDICAL SYSTEMS, 2010).

Como técnica cardiovascular, fornece dados hemodinâmicos tais como o débito cardíaco, a pressão arterial sistémica, o volume sistólico, a frequência cardíaca, a resistência vascular sistémica, além de outras medidas volumétricas (RANGEL, 2001).

O uso da **monitorização contínua do débito cardíaco** permite uma avaliação mais adequada do doente em choque, mostrando nitidamente as tendências hemodinâmicas e as respostas terapêuticas de forma prática, facilitando assim o trabalho de toda a equipa envolvida no tratamento do doente crítico (RANGEL, 2001).

Permite a medida do débito cardíaco de uma forma precisa e contínua além da medida da pressão arterial sistémica, com deteção precoce das variações destes parâmetros resultantes de alteração do estado hemodinâmico, da resposta ao preenchimento vascular ou ao uso de drogas. A limitação deste método consiste no facto de requerer um cateter venoso central e uma linha arterial (SCHETTINO et. al., 2006).

Apesar de ser uma **monitorização não invasiva** envolvendo menos

riscos para os doentes, todos os procedimentos inerentes ao manuseamento quer do cateter venoso central e arterial devem respeitar e cumprir os **princípios de assepsia** recomendados na prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares, com o objetivo de reduzir complicações infecciosas. Estas recomendações são categorizadas em níveis de evidência devidamente fundamentados (PNCI, 2006).

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é definida “como uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS,2008 citado por PQCEEP, 2011:3).

Assim surgem manuais que devem ser de conhecimento de todos os profissionais de saúde com as recomendações e procedimentos adotados para a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde. Relativamente às recomendações para a prevenção da infeção nosocomial associadas aos dispositivos intravasculares e á corrente sanguínea adquiridas nos hospitais, os cateteres venosos centrais são associados com taxas elevadas de bacteriemias.

Estas podem estar relacionadas com fatores intrínsecos aos doentes, aos próprios dispositivos intravasculares (ponta contaminada durante a inserção, colonização das conexões do cateter, manutenção de sistemas, administração de fluidos) e obviamente aos comportamentos dos profissionais de saúde, sendo que as mãos são o principal veículo de transmissão de infeções (PNCI, 2006). Pelo facto de quase metade das infeções nosocomiais estarem associados a dispositivos intravasculares, torna-se imperativo investir na revisão e na implementação de boas práticas de prevenção relacionadas com as principais portas de entrada (PNCI, 2006).

As IACS não são um problema novo e assumem particular importância no âmbito da pessoa em situação crítica, sendo que estudos estrangeiros “revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no de curso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis” (DGS, 2007:4 citado por PQCEEP, 2011:3).

A Circular Normativa Nº 13 preconiza as orientações de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde direcionada para os profissionais de saúde prestadores de cuidados, sendo que a higiene das mãos como uma das

medidas mais simples e eficaz na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde e com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos (DGS, 2010).

2.2.2 - FLUXOGRAMA DE APOIO Á DECISÃO DE ENFERMAGEM/FALHA DOS GASES MEDICINAIS NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.

A **Catástrofe** é definida segundo a Lei de Bases da Proteção Civil Portuguesa, Lei n.º 27/2006, de 3 de Julho no Art.º 3 “como um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados danos prejuízos materiais e, eventualmente, vitimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (DR, 2006:4696).

Para LEIVA (2005) **Emergência** é definida como “a situação resultante da agressão sofrida por um individuo por um qualquer fator, que lhe origina a perda de saúde, brusca e violenta, e que afetando-lhe, ou podendo potencialmente afetar-lhe, algum órgão vital, se não for imediatamente assistido, porá em grave risco a sua vida” e **Emergência Multi-vítima** a situação que “envolve um número de vitimas suficientemente elevado (...) exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior numero de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vitimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis” (LEIVA, 2005; ANDRADE, 2010 citado por PQCEEP, 2011:3).

A resolução de uma situação considerada de **Catástrofe** ou de outra natureza normalmente gera ordens e contraordens acompanhadas de um fluxo caótico de pessoas e materiais em condições difíceis. Absorver esta desorganização é possível se os esforços são direcionados com objetividade, se os recursos humanos e materiais são adequados á situação e se o que está preconizado é realmente efetuado, ou seja se existe uma cadeia de comando em que os intervenientes sabem quais os papéis a desempenhar.

Torna-se pois premente a existência de planos de emergência hospitalar não só para dar resposta às necessidades externas ao hospital bem como proteger os doentes hospitalizados, o pessoal, os visitantes, os equipamentos e

instalações. Um plano deve ser operativo, funcional e flexível de modo a adaptar-se às circunstâncias, deve ser conhecido por todo o pessoal e deve ser alvo de revisão (PLAN DE EMERGENCIA HOSPITALARIO, *on line*).

Todo o hospital tem a obrigação de estar preparado para resolver contingências, estando demonstrado que sabendo resolver com êxito pequenos incidentes, o capacitará para fazer frente à maioria das situações (LEIVA e SEDA, 2005).

Os procedimentos operativos pressupõem **linhas de atuação gerais** e específicas com as quais fazemos frente a uma situação de crise intra ou extra-hospitalar. São quadros orientadores de cada instituição e serviços segundo as suas particularidades, guiando os intervenientes sobre a sua atuação bem como na definição de papéis. Estes procedimentos devem de ser do conhecimento de todos, devendo estar expostos em locais estratégicos (LEIVA e SEDA, 2005).

Ainda a DGS (2010) refere que num contexto da possibilidade de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico, radiológico, nuclear ou outros de grandes proporções, as unidades de saúde atendendo à envolvente interna e externa devem planear de forma sistemática e integrada uma resposta de emergência a dar a qualquer dos cenários acima referidos (DGS, 2010).

Sendo as **Instituições de saúde** por si só locais em que existem vários fatores de risco que podem culminar em incidentes de extrema gravidade, torna-se assim imperativo que de acordo com a especificidade dos serviços os profissionais de saúde que aí trabalham saibam adequar a sua atuação em determinado contexto.

Muitos são os instrumentos que podem ser utilizados no sentido de fornecer linhas orientadoras perante determinado incidente.

Os **fluxogramas como técnica de representação gráfica**, que utiliza símbolos previamente convencionados, permitem a descrição clara e precisa do fluxo ou sequência de um processo. São ferramentas que permitem facilitar a leitura e o entendimento, facilitar a localização e os aspetos mais importantes.

Reportando-nos aos **4 conceitos metaparadigmáticos**, nomeadamente a pessoa, o ambiente, a saúde e o cuidado e a teoria que suportou e á qual nos filiamos, **a teoria de médio alcance de Merle Mishel**, parece-nos adequado efetuar um paralelismo entre esta e o PIS/PAC, atendendo ao facto de que esta

teoria se aplica a situações de doença aguda ou crónica, nas fases de pré-diagnóstico, diagnóstico e tratamento, onde a incerteza é presente (MISHEL e CLAYTON, 2008).

Podemos constatar que apesar destes conceitos não serem formalmente explícitos na teoria eles estão lá implicitamente. Ou seja, o ser humano, família e significativos são os focos de atenção que por circunstâncias adversas interagem com o meio ambiente, tudo o que é fisicamente externo, resultando em potenciais eventos que podem ter repercussões no seu sistema de saúde, traduzindo-se num estado de desequilíbrio denominado de doença. Os cuidados de enfermagem e o enfermeiro surgem como a resposta às necessidades do indivíduo e família, no sentido de ajudar estes a prevenir, resolver e evitar problemas que afetem a sua homeostasia.

Sabemos que o ser humano procura a estabilidade quer emotiva, psicologia e física, tratando-se de uma luta continua para atingir e manter um estado de saúde positivo. Quando não é possível manter esse equilíbrio surgem situações de debilidade que podem culminar na doença. A doença pode repercutir-se a vários níveis, tratar-se apenas de uma situação aguda em que se percebe a sua resolução a breve prazo ou pode tornar-se num processo mais demorado e rodeado de incertezas quanto ao resultado final. Aqui a incerteza é um sentimento que começa a fazer parte da sua existência e extensível à sua família.

O **PIS** desenrolou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, sendo considerada uma área multidisciplinar e diferenciada da Medicina Intensiva que tem por objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, tratar a doença subjacente potencialmente reversível e desse modo contribuir para uma oportunidade de vida futura com qualidade (DGS, 2003).

A **Pessoa em Situação Crítica** é definida no Regulamento n.º 124/2011 como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (DR, 2011:8656).

Os doentes internados são considerados doentes críticos, tendo por base uma patologia que pode ser aguda ou crónica cujo prognóstico pode ser variável sendo que a incerteza é inevitável. O doente se estiver consciente, apercebe-se

de que a sua situação é considerada crítica, assim como a sua família, o ambiente que os rodeia é revestido de um cariz de certa agressividade e muita tecnologia, sendo a incerteza a nova realidade daquela família.

Os **cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica** são definidos no Regulamento n.º 124/2011 como “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando as incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (...)” (DR, 2011:8656).

Os profissionais de saúde em especial o enfermeiro por ser aquele profissional que permanece junto do doente 24 horas por dia, que conhece o que acontece com o doente é o elo entre esta família/ indivíduo no sentido de esclarecer, de informar e desmistificar a incerteza. Os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes dos enfermeiros no âmbito das suas qualificações profissionais, em que a família aprende a crer nestes profissionais, devidamente qualificados aos quais confiam o seu ente familiar (REPE, 1996).

Compreendendo as fontes da incerteza na doença por parte dos doentes e família, os enfermeiros podem planear a forma de transmitir a informação com eficácia e podem contribuir para ajudar os doentes a controlarem ou até mesmo reduzir a sua incerteza. O reconhecimento da importância da existência da incerteza pode de facto ajudar a prática clínica, permitindo o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que facilitam uma adaptação positiva na experiência da doença (MISHEL, 2003).

Os cuidados de enfermagem apresentam-se como estruturas de apoio assumindo um papel importante no fornecimento de informações concisas e explicações credíveis aos familiares em que as ações de enfermagem ajudam os doentes e família a gerir a incerteza na doença (MISHEL, 2003).

Quando se coloca em causa a necessidade de transporte secundário de um doente por meio aéreo (helitransporte), por necessidade de cuidados diferenciados adicionais não disponíveis na unidade onde está internado para outra unidade hospitalar, a família depreende que a situação clínica assumiu contornos mais graves, em que o próprio transporte aéreo envolve riscos

acrescidos, então a incerteza, reveste-se de maior importância e o futuro torna-se ainda mais incerto.

A incerteza é a nova realidade e a base a partir da qual existe uma reformulação da realidade de vida daquele indivíduo e família, começam a assumir a nova incerteza tendo por base o pensamento probabilístico de quais serão as hipóteses futuras de sobrevivência e de qual será a qualidade de vida.

Os enfermeiros surgem nesta teoria como estruturas de apoio em que o fornecimento de informações é o principal método de ajuda aos doentes e familiares a controlar a incerteza. Prestam informações que ajudam o doente/família a desenvolver significado na experiência de doença (MISHEL, 2003).

Perceber como as teorias de enfermagem suportam a nossa prática clínica e neste caso os pressupostos inerentes à teoria da incerteza de Mishel, leva-nos a compreender como ela se transpõe para a prática neste contexto específico de cuidados intensivos e de eventual transferência inter-hospitalar, pois conseguimos estabelecer a ponte entre a incerteza do doente/família, perceber os mecanismos que estes adotam e estabelecer um paralelismo com a teoria. Enquanto profissionais leva-nos a refletir sobre as nossas práticas de cuidados no sentido de as melhor adaptar ao estágio em que se encontra o doente/família, de avaliar as nossas intervenções no sentido de as melhorar em prol das necessidades do momento daquele doente/família (MISHEL, 2003).

Prestar cuidados de qualidade é uma meta que deve envolver toda a equipa multidisciplinar de saúde, onde o enfermeiro tem um papel preponderante através das suas práticas diárias. Considera-se ser responsabilidade das Instituições zelar pela qualidade dos serviços que prestam à população mas para os profissionais de saúde e em particular os enfermeiros, trata-se de uma responsabilidade para com o cidadão (OE, 2011).

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros foram definidas estratégias que almejam a qualidade dos cuidados de enfermagem a serem prestados aos cidadãos.

Baseando-se na definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem assente num enquadramento concetual e em enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001), na definição

do domínio das competências dos enfermeiros bem como a implementação de sistemas de melhoria contínua de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, pretende-se um reflexo na melhoria dos cuidados a serem prestados e uma reflexão do exercício profissional (OE, 2002: 4-10).

Com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) surge a definição de Enfermeiro Especialista como “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (REPE, 1996:2960).

O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica pode ser definido como o profissional que tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, presta “cuidados de enfermagem altamente qualificados através da observação, colheita e sistematização de dados, procura conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações através de uma intervenção precisa, concreta e eficiente em tempo útil” (DR, 2011:8656).

No Regulamento 124/2011 com a definição do perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica pretendeu-se criar um enquadramento regulador para a certificação das competências bem como comunicar aos cidadãos o que podem esperar do enfermeiro especialista (DR, 2011).

Nesta linha de trabalho surge, neste regulamento, a definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (PQCEEP), no sentido de nortear e referenciar a prática especializada do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (PQCEEP, 2011).

Assim são definidas as competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista que decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, relativas a um campo de intervenção. Acrescem os enunciados descritivos com especial ênfase para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica, na resposta a situações de catástrofe ou

emergência multi-vítima, da concepção à ação, bem como a maximização na prevenção do controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação (DR, 2011:8656).

A enfermagem enquanto profissão científica percorreu um longo percurso desde os tempos de Florence Nightingale. Os profissionais de enfermagem têm a sua esfera de ação bem definida e regulada, o enfermeiro especialista tem um perfil das suas competências clínicas comuns e específicas perfeitamente balizadas e legisladas, fornecendo um enquadramento regulador, permitindo comunicar à população o que é expectável em termos de cuidados de enfermagem e de cuidados de saúde qualificados (OE, 2001).

3 - SÍNTESE DA METODOLOGIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS).

O Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) enquadrou-se no 2º Curso de Pós-Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEE) da ESS/IPS, no ano letivo de 2011/2012 e foi realizado no âmbito do Estágio I, II e III.

Os estágios I e II decorreram entre Setembro- Dezembro de 2011, sendo que nesta fase foi efetuado um diagnóstico de situação e o planeamento das atividades do projeto. O estágio III decorreu entre Janeiro-Maio de 2012 com a implementação do projeto, nomeadamente a execução, avaliação e divulgação de resultados através do Relatório de Estágio.

O Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) teve por suporte a Metodologia Científica de Projeto que “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (RUIVO et. al., 2010:2).

É composta por cinco fases, nomeadamente um diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e por ultimo a divulgação dos resultados através de um relatório. Estabelece pontes entre a teoria e a prática ao fundamentar-se no conhecimento teórico para a sua aplicabilidade em contexto de prática (RUIVO et. al., 2010).

3.1 - CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO CENTRO HOSPITALAR DE UM HOSPITAL DA REGIÃO SUL DO PAÍS

O Hospital da Região Sul é um hospital público com características de central que foi construído para substituir o antigo Hospital da Santa Casa da Misericórdia, iniciando sua atividade a 4 de Dezembro de 1979. Atualmente é um Hospital de referência da região sul do País, servindo uma população residente de 253 mil pessoas, podendo este valor populacional duplicar ou triplicar sazonalmente.

Dotado de todas as valências básicas e complementares que permitem ajustar a sua classificação no nível II de diferenciação da Carta Hospitalar, o Hospital da Região Sul constitui-se como Serviço Público instituído, organizado e administrado a pensar na população e na prestação de cuidados médicos diferenciados a doentes agudos (HOSPITAL DA REGIÃO SUL, 2007). Esta instituição tem como finalidade elevar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população e satisfazer as necessidades e expectativas dos seus utentes mediante a prestação de serviços de saúde especializados (HOSPITAL DA REGIÃO SUL, 2007).

Pretende ser um hospital de qualidade excelente, em permanente aperfeiçoamento profissional e técnico, capaz de lograr um alto grau de satisfação dos agentes sociais, dos profissionais que nele trabalham e, especialmente dos seus utentes. Como valores pauta-se pelo trabalho em prol dos utentes; trabalho em equipa; orientação para os resultados (ganhos em saúde); aposta na inovação, sentido de pertença e gestão participativa (HOSPITAL DA REGIÃO SUL, 2007).

As Unidades de Cuidados Intensivos assumem-se como um local qualificado para a prestação na totalidade de cuidados integrais aos doentes com falências múltiplas de órgãos, com carácter de suporte, preventivo e revertendo as falências e complicações decorrentes. São um local de passagem para doentes em risco de vida, sendo um momento transitório que faz parte de um processo (DIRECÇÃO- GERAL DE SAÚDE, 2003).

A terminologia utilizada para a caracterização das unidades referentes ao nível de assistência médica ao dispor do doente, baseia-se na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, de acordo com as técnicas e valências disponíveis nessa unidade. Uma Unidade Polivalente baseia-se no nível III com vários critérios funcionais, em que ser polivalente é, em colaboração, ter a capacidade de assegurar os cuidados integrais aos doentes. (DGS, 2003).

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital da região sul do País encontra-se localizada no 3º piso do edifício principal desta Instituição. Tem uma capacidade de 9 camas sendo a única unidade ao nível da região do Sul com capacidade para técnicas renais.

A equipa de enfermagem é constituída por 33 Enfermeiros dos quais uma Enfermeira Chefe, 4 Enfermeiros Especialistas e 28 Enfermeiros de prestação de cuidados gerais, 8 Médicos, 13 Assistentes Operacionais e uma Administrativa.

Baseando-se na carga de trabalho contemplada na metodologia *TISS 28*, o ratio enfermeiro/utente é de 1:2.

Nesta UCIP prestam-se cuidados diferenciados a doentes do foro Médico e Cirúrgico, quer por necessidade de estabilização hemodinâmica ou suporte ventilatório com o apoio de uma equipa de saúde constituída por técnicos especializados e de tecnologia de ponta, sendo as patologias mais frequentes as pneumonias, ARDS, Sépsis, os pós-operatórios (cirurgia geral, ortopédica, neurocirurgia), politraumatizados e todos os doentes com necessidade de técnica de substituição renal.

Pensamos que esta unidade está organizada de forma muito funcional com a normalização dos cuidados de enfermagem, dando-se especial ênfase à formação como forma de atualização do conhecimento, quer através da formação em serviço quer através de jornadas e congressos e na aplicabilidade das temáticas à esfera dos cuidados intensivos e no contexto de praxis.

3.2 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira fase da Metodologia de Projeto remete-nos para a identificação de uma situação considerada problemática passível de mudança, ou seja para um diagnóstico de situação, ao qual se associa os conceitos de problema e necessidade. Para tal devemos analisar as necessidades da população no sentido de desenvolver estratégias, utilizando e mobilizando os recursos disponíveis, fomentar o trabalho em equipa dentro da equipa multiprofissional de saúde (RUIVO, et. al.,2010).

Muitos são os instrumentos de diagnóstico disponíveis para a elaboração do diagnóstico de situação, no entanto a observação do contexto, das pessoas e de todos os intervenientes está implícita em todos os métodos sendo fundamental para a correta e fiável utilização (RUIVO, et.al.,2010).

Neste contexto após entrevista não estruturada (Apêndice 1) com a Enfermeira Chefe e Orientadora de estágio foram definidas algumas situações que constituíam por assim dizer lacunas formativas no seio da equipa de enfermagem da UCIP. A entrevista individual pareceu-nos um instrumento adequado na altura para colher informação, para melhor conhecimento da equipa e das suas necessidades.

Para efetuar o Diagnóstico de Situação (Apêndice 2) aplicou-se o instrumento de colheita de dados, o questionário (Apêndice 3) à equipa de enfermagem da UCIP que se encontrava na prestação de cuidados, no sentido de auscultar as necessidades formativas específicas na área supracitada, no período de 26 a 30 de Outubro de 2011.

As questões éticas e legais inerentes á aplicabilidade do questionário foram salvaguardadas ao requerermos autorização ao Conselho de Administração do Hospital (Apêndice 4), ao garantir aos inquiridos a confidencialidade dos seus dados sendo que o consentimento informado estava implícito no procedimento informático ao colaborarem voluntariamente no mesmo.

O questionário pareceu-nos ser o instrumento mais adequado por apresentar vantagens ao permitir ser respondido sem a presença dos investigadores podendo atingir um maior número de pessoas simultaneamente; obter respostas mais rápidas e precisas desde que bem elaborado e orientado;

existir maior liberdade nas respostas por conferir o anonimato e consequentemente maior segurança pelo facto das respostas não serem identificáveis (MARCONI e LAKATOS, 1992).

Após o tratamento estatístico dos dados provenientes do questionário utilizando o programa informático SPSS versão 17.0 e da análise dos dados (Apêndice 5), houve questões que corroboraram fortemente a situação identificada problemática nomeadamente quando questionados quanto às condicionantes relativamente ao transporte aéreo do doente crítico **86,2% (n=25) dos enfermeiros refere não ter conhecimentos suficientes** de fisiologia de voo para antecipar eventos adversos relativamente ao doente que vai ser sujeito a transporte aéreo; os enfermeiros quando questionados se efetuam os registos de enfermagem em documento próprio no transporte do doente crítico, **75,9% (n=22) referem não efetuar este registo**; os enfermeiros quando questionados relativamente à necessidade de formação na área de transporte do doente crítico por meio aéreo, **89,7% (n=26) referem necessidade e 93,7% (n= 27) sente a necessidade de um documento que oriente as boas práticas** relativas ao transporte.

Para dar mais ênfase aos dados obtidos pelo questionário foi efetuada uma Análise SWOT a este projeto, (Apêndice 6) como uma técnica que se baseia num ordenamento através de um quadro dividido em quatro quadrantes definidos como fraquezas, forças, ameaças e oportunidades, permitindo assim uma análise do contexto (Serviço, condições, características da equipa) externo e interno como fator preditivo do sucesso/dificuldades na fase de implementação (RUIVO, et. al., 2010).

Como ponto forte e alvo de atenção temos o facto da equipa de enfermagem ser jovem e expressar necessidade de formação nesta temática. O facto de não existir norma e *check list* de procedimentos é uma lacuna em termos formativos e na prestação dos cuidados em que a criação/ implementação das mesmas servirá como um guia de atuação da equipa de enfermagem.

A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional sendo importante a definição de padrões de qualidade ao nível local, ao utilizarmos estes documentos na nossa prática de cuidados estamos a contribuir para a diminuição do erro e ao

prestarmos cuidados de enfermagem mais seguros iremos contribuir para a qualidade da saúde de um modo geral (OE, 2001).

O facto de na UCIP, todos os procedimentos de enfermagem estarem normalizados e serem revistos de acordo com os consensos atuais constitui um ponto forte pois é um procedimento que carece de norma e que também foi sugerido pela Enf^a Chefe.

Como fraquezas consideramos que o facto de não existir um espaço físico adequado para a formação, com condições facilitadoras do processo formativo é de certo modo uma fraqueza. Um outro aspeto que nos parece uma fraqueza é o facto de os enfermeiros manifestarem muitas vezes o seu descontentamento em terem que se deslocar propositadamente ao Hospital nos seus dias de férias, de folga, de descanso para efetuar formação, representando gastos em deslocação e em termos pessoais.

Em termos de oportunidades o facto de não existir formação nesta temática na UCIP, de não existir norma de procedimentos e documento de *check list* é uma mais-valia para investir nesta área. Além do facto de que, ao criarmos estes documentos estamos a dar resposta às recomendações emanadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, Recomendações do Transporte do Doente Crítico 2008 (SPCI, 2008).

Como ameaças podemos considerar, que sendo os Cuidados Intensivos uma área tão exigente em termos profissionais e estando os enfermeiros tão assoberbados de trabalho na prestação de cuidados, o facto de terem que preencher mais impressos pode constituir mais uma sobrecarga e ocupação de tempo. De igual modo os médicos do serviço também podem considerar que é mais um impresso pelo que não necessitam de preencher. No entanto, não devemos esquecer que esta fase de planeamento do transporte secundário do doente crítico por meio aéreo é uma decisão da equipa multidisciplinar (médico e enfermeiro), repercutindo-se em termos de efetivação num transporte seguro, sendo uma fase crucial devendo-se sempre ponderar os potenciais benefícios em detrimento de eventuais riscos.

3.3 - DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA

A definição do problema é o ponto fulcral para a definição do diagnóstico, é o início da investigação e de todo este processo cujas perguntas assentam na prática clínica, centrados na realidade do dia-a-dia e que difere consoante o contexto da mesma. Formular a questão de investigação nem sempre é fácil, existem imensas variáveis e hipóteses a ponderar (RUIVO, et. al., 2010).

A fase de preparação de um doente para ser transferido por meio aéreo envolve particularidades relacionadas com as alterações que se processam ao nível fisiológico o que implica conhecimentos em termos de fisiologia de voo.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos considera ser uma obrigação intervir na normalização da boa prática no transporte do doente crítico em que diversos documentos têm sido elaborados neste sentido com base noutras entidades congéneres. Em Portugal existem diversos instrumentos legais relevantes nesta área que regulam o Transporte de Doentes (SPCI, 2008).

Assim é identificado como situação problemática o desconhecimento por parte da Equipa de Enfermagem da UCIP, das particularidades/especificidades inerentes à preparação do doente crítico para transporte secundário por meio aéreo resultantes da falta de formação no seio da equipa nesta temática e da inexistência de documentos que orientem as práticas de enfermagem.

Este PIS procura dar resposta aos problemas parcelares que compõem o problema geral, resultam da decomposição do problema base em várias partes, sendo estas questões as linhas ou guias orientadoras para a resolução ou resoluções para o problema inicial (RUIVO, et. al., 2010).

Estes problemas parcelares passam pelo desconhecimento por parte da equipa de enfermagem face aos procedimentos inerentes à preparação do doente crítico para transporte inter-hospitalar por meio aéreo o que compromete a prestação e a qualidade dos cuidados, com repercussões nas fases seguintes do transporte.

Pela inexistência de uma norma de procedimentos de cuidados de enfermagem e uma *check list* de verificação de procedimentos de enfermagem para a preparação do helitransporte do doente crítico, sendo uma lacuna na

prestação de cuidados, pois não existem nenhuns documentos onde se proceda ao registo, que validem estes cuidados e que sirvam de guia de orientação.

3.4 - OBJETIVOS

Os objetivos definem a orientação do trabalho na medida em que o objetivo geral é mais abrangente visando o todo; os objetivos específicos como o nome indica são mais precisos, direcionais e operacionais (RUIVO, et. al., 2010).

Assim contextualizando os objetivos na metodologia de projeto, estes são definimos visando a resolução da problemática de enfermagem anteriormente referenciada. Assim pretende-se:

- Objetivo geral

- Contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico do Hospital da região sul do País com necessidade de transporte secundário por meio aéreo (helitransporte).

- Objetivos específicos

- Elaborar uma norma de procedimentos de cuidados de enfermagem sobre a preparação do doente crítico para transporte secundário por meio aéreo;

- Elaborar uma *check list* de verificação de procedimentos de enfermagem sobre a preparação do doente crítico para transporte secundário por meio aéreo;

- Formar e treinar a equipa de enfermagem da UCIP através de sessão de formação em Serviço;

- Criar um repositório informático com documentação de apoio em pasta partilhada sobre o transporte do doente crítico utilizando a plataforma informática do Serviço.

3.5 - PLANEAMENTO DO PROJETO

O Planeamento (Apêndice 7) como o nome indica tem por base os objetivos, as atividades e as estratégias a desenvolver com vista à consecução dos objetivos preconizados, articulando os recursos humanos, materiais, temporais, tendo como suporte os indicadores/critérios de avaliação referenciados no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010).

As atividades e estratégias adotadas devem estar em consonância com o tema e a pertinência do mesmo e com os destinatários. Seguem-se os objetivos propostos inicialmente e as atividades desenvolvidas, sendo que é fundamental um bom planeamento para conseguir bons resultados. (RUIVO, et. al., 2010). Ainda MIGUEL (2006) citado por Ruivo *et al* (2010) salienta a importância da calendarização das atividades a desenvolver com recurso ao cronograma do projeto, como um processo interativo que estipula datas de início e de fim das atividades.

Como uma das estratégias facilitadoras para a prossecução deste projeto foi a elaboração de um Cronograma de atividades (Apêndice 8) a desenvolver com vista a atingir os objetivos previamente traçados e calendarizá-las no tempo de estágio.

Para a consecução do **primeiro e segundo objetivo específico** - Elaborar uma norma de procedimentos de cuidados de enfermagem sobre a preparação do doente crítico para transporte inter-hospitalar por meio aéreo e elaborar uma *check list* de verificação de procedimentos de enfermagem sobre a preparação do doente crítico para transporte secundário por meio aéreo (Helitransporte) foram **delineadas** as seguintes **atividades**:

- Revisão bibliográfica atual com acesso à WEB dentro desta temática tendo por base as Recomendações do Doente Crítico (2008), com especial enfoque no transporte inter-hospitalar do doente crítico por meio aéreo.
- Elaborar a norma de cuidados de enfermagem (Apêndice 9) sobre a preparação do doente crítico para transporte secundário por meio aéreo.

- Elaborar a *check list* de verificação de procedimentos de enfermagem na preparação do doente crítico para transporte secundário por meio aéreo. (Apêndice 10).

Para o **terceiro objetivo específico** - Formar e treinar a equipa de enfermagem da UCIP através de sessão de formação em Serviço na temática o helitransporte do doente crítico, foram **definidas** as seguintes **atividades**:

- Pesquisa bibliográfica atual com acesso à WEB tendo por base o transporte do doente crítico com especial enfoque no transporte secundário por meio aéreo.
- Efetuar a sessão formativa: “O helitransporte do doente crítico”.
- Efetuar formação à equipa de enfermagem da UCIP através de sessão formativa no âmbito do transporte do doente crítico por meio aéreo e apresentação da norma de cuidados de enfermagem no transporte secundário do doente crítico e da *check list* de verificação e procedimentos de enfermagem.
- Divulgar e disponibilizar a formação em suporte informático a toda a equipa de enfermagem, através da plataforma *e- learning* em pasta partilhada.

Para o quarto objetivo específico - Criar um repositório informático de documentos de apoio em pasta partilhada sobre o transporte do doente crítico utilizando a plataforma informática do Serviço, foram **delineadas** as seguintes **atividades**:

- Criar um *dossier* temático em suporte informático onde foram colocados os documentos pertinentes consultados resultantes da pesquisa bibliográfica relacionados com o transporte do doente crítico.

3.6 - EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Esta fase por si só é a materialização e a colocação em prática de tudo aquilo que foi planeado, reveste-se de extrema importância para o participante do projeto, dado que permite a concretização de vontades e desejos em ações previamente planeadas (RUIVO, et. al., 2010).

Ainda segundo NOGUEIRA (2005) referenciado por Ruivo *et al* (2010), realça a importância da participação do orientador como elemento ativo e participante, como mediador, propiciando, auxiliando, investigando e desenvolvendo capacidades mutuamente.

A avaliação para NOGUEIRA (2005) referenciado por Ruivo (2010) surge como um processo dinâmico no qual se confrontam, os objetivos previamente definidos e os resultados dos objetivos atingidos.

O PIS, com a fase de diagnóstico e planeamento teve início nos estágios I e II que decorreram entre Setembro- Dezembro de 2011, sendo a sua operacionalização efetiva em campo no estágio III, entre Janeiro-Maio de 2012.

Assim foram **executadas as seguintes atividades** para a consecução do **primeiro e segundo objetivo específicos**: Elaborar uma norma de procedimentos de cuidados de enfermagem sobre a preparação do doente crítico para transporte inter-hospitalar por meio aéreo e elaborar uma *check list* de verificação de procedimentos de enfermagem sobre a preparação do doente crítico para transporte secundário por meio aéreo (helitransporte)

- Elaboração da norma de cuidados de enfermagem sobre a preparação do doente crítico para transporte inter-hospitalar por meio aéreo (Apêndice 9), em que consultamos as normas existentes na UCIP no sentido de uniformizar a apresentação e adotamos o *template* da norma UCIP. (Apêndice 11).
- Elaboração da *check list* de verificação de procedimentos de enfermagem (Apêndice 10) baseada no protótipo da *check list* recomendações SPCI. (2008).

Com base na literatura elaboramos um protótipo da norma e da *check list* que foram submetidas a apreciação por um painel de peritos constituídos pela enfermeira chefe, orientadora de estágio, Prof Elsa Monteiro e chefes de equipa de enfermagem da UCIP no sentido de auscultar as suas sugestões de melhoria. Esta foi reformulada tendo por base as alterações sugeridas sendo estes dois documentos apresentados à equipa da UCIP na formação realizada em serviço e discutidas em grupo.

Quer a Norma e a *Check list* aguardam ser submetidas a aprovação pelo Conselho de Administração do Hospital da região sul do país no sentido de serem implementadas na UCIP.

Indicadores de Avaliação

Como **indicadores que validam** a consecução deste objetivo temos:

- A Norma de cuidados de enfermagem sobre a preparação do doente crítico para transporte secundário por meio aéreo.
- A *Check-list* de verificação de procedimentos sobre a preparação do doente crítico para transporte secundário aéreo.
- O Plano (Apêndice 12) e o Cronograma da sessão de formação (Apêndice 8).
- A divulgação da formação *on line* e os cartazes afixados pelo Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos Polivalente (Apêndice 13)
- Os slides em *power-point* da formação (Apêndice 14).
- Sessão formativa á equipa de enfermagem para apresentação da norma e da *check list* realizada em 28.03.2012.
- Avaliação da formação através da análise dos dados obtidos dos questionários aplicados aos formandos (Apêndice 15).
- Validação da formação em documento institucional pela Enf^a Chefe e responsável da formação em serviço (Apêndice 16).

Foram executadas as seguintes **atividades** para a consecução do **terceiro objetivo específico**: Formar e treinar a equipa de enfermagem da UCIP através de sessão de formação em serviço na temática “o helitransporte do doente crítico”.

- Elaboração de um Plano de sessão da formação (Apêndice 12) e de um Cronograma da sessão da formação (Apêndice 17) como documentos que nos orientaram na preparação da formação.
- Elaboração da formação “O Helitransporte do Doente crítico”, (Apêndice 14) em que esta foi submetida a apreciação pela enfermeira chefe, enfermeira orientadora e Prof. E. Monteiro no sentido de auscultar sugestões de melhoria.

A formação foi calendarizada para o dia 28 de Março e a Enf^a Responsável da Formação em Serviço procedeu à divulgação da Formação (Apêndice 13) ao nível do Departamento de Emergência, Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Esta formação abordou a temática do helitransporte do doente crítico (conceitos de fisiologia de voo, indicações, contraindicações, cuidados de enfermagem na preparação do doente) bem como a apresentação à equipa de enfermagem da norma de cuidados e a *check list* de verificação de procedimentos de enfermagem no âmbito do transporte do doente crítico por meio aéreo.

No final da formação procedeu-se a avaliação da mesma utilizando o instrumento de avaliação (Apêndice 15) preconizado pela Instituição, sendo preenchido pelos formandos presentes.

Da análise dos dados obtidos pelo questionário (Apêndice 18), podemos inferir que a formação atingiu os objetivos académicos preconizados sendo que o impacto da mesma se traduzirá em alterações de comportamentos futuros no seio da equipa.

Na sequência desta formação a equipa manifestou a necessidade de proceder a alterações na carta de transferência de enfermagem ficando assim o repto para um trabalho futuro.

Esta formação foi validada em documento institucional pela enfermeira chefe e Enf^a responsável pela formação em serviço (Apêndice 16).

Indicadores de Avaliação

Como **indicadores que validam** a consecução deste objetivo temos:

- O Plano e Cronograma da sessão de formação.
- A divulgação da formação *online* e os cartazes afixados pelo Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos Polivalente (Apêndice 13)
- Os slides em *power-point* da formação (Apêndice 14).
- Sessão de formação na UCIP “O Helitransporte do doente crítico”.
- Avaliação da formação através da análise dos dados obtidos dos questionários aplicados aos formandos (Apêndice 15).
- Validação da formação pela Enf^a Chefe e responsável da formação em serviço em documento institucional (Apêndice 16).

Foram executadas as seguintes **atividades** para a consecução do **quarto objetivo** específico: Criar um repositório informático de documentos de apoio em pasta partilhada sobre o transporte do doente crítico utilizando a plataforma informática do Serviço.

- Criação de um *dossier* temático em suporte informático onde foram colocados documentos selecionados relacionados com o transporte do doente crítico.

Nesta pasta também disponibilizamos a sessão de formação sobre o helitransporte, a norma de cuidados e a *check list* de verificação.

Procedemos à impressão em suporte de papel da norma e da *check list* e colocamos no *dossier* suporte de papel “Normas de Cuidados de Enfermagem” do Serviço.

Este *dossier* temático foi colocado no ambiente de trabalho informático da UCIP, podendo ser acedido e consultado por todos os elementos da equipa de saúde.

Indicadores de Avaliação

Como **indicadores que validam** a consecução deste objetivo temos:

- Criação de *dossier* temático/pasta informática e colocação no ambiente de trabalho da UCIP.
- Divulgação informativa via *e-mail* do dossier temático para todos os elementos da equipa e utilização do mesmo.
- Impressão em suporte de papel da norma e *check list*.
- Colocação destes documentos em *dossier* de suporte de papel “Normas de cuidados de enfermagem” do serviço.

A Metodologia de projeto como já foi demonstrado ao longo deste Relatório é uma metodologia centrada na investigação-ação. Uma das suas características é precisamente o facto de a avaliação ser continua ao longo de todo o projeto e permitir uma retroação com a análise dos resultados obtidos no sentido de nova intervenção (RUIVO, et. al., 2010).

Atendendo ao facto de que a norma e a *check list* foram elaboradas e apresentadas á equipa multidisciplinar através de formação em serviço, deparamo-nos com a necessidade de dar continuidade ao projeto e torná-las oficiais implementando-as, pelo que aguardamos aprovação institucional.

Parece-nos que estes dois documentos poderão contribuir para a diminuição do risco garantindo a qualidade das práticas e segurança dos profissionais, salvaguardando o enfermeiro bem como contribuindo para a segurança do doente (NUNES, 2006).

Assim, neste Relatório de Projeto, pretendemos dar seguimento ao PIS visando a implementação da norma de cuidados e a *check list* elaboradas. Para tal iremos fundamentar através da pesquisa bibliográfica sobre a produção

científica atual no sentido de justificar a importância das normas e da *check list* no âmbito dos cuidados de saúde e demonstra-lo através da evidência científica.

Tendo por base as competências comuns e específicas dentro da sua área de especialização do enfermeiro especialista previamente adquiridas e desenvolvidas, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica preconiza que a obtenção do Grau de Mestre em MC pressupõe um conhecimento aprofundado num determinado campo de intervenção (REGULAMENTO MESTRADO IPS/ESS, 2013).

No domínio da competência melhoria da qualidade e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções baseando-se em padrões de conhecimentos atuais, válidos que suportam a prática clínica (OE, 2011: 8648-8653).

De igual modo a OE, entre as várias competências instituídas define os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem como ferramentas para a persecução da qualidade dos cuidados de enfermagem através da implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade. A qualidade em saúde é uma tarefa abrangente e transversal a todos pelo que devem ser implementadas estratégias que visem a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2002).

Numa altura promotora da qualidade da saúde e dos cuidados de enfermagem, cada vez mais se adotam medidas preventivas com o intuito de minimizar o risco; fala-se então na gestão do risco com a criação de normas internas, comissões, protocolos, adoção de *guidelines* ou recomendações.

Protocolos, *guidelines*, algoritmos são ferramentas que normalmente descrevem um determinado procedimento, tipo uma receita passo a passo (THOMASSEN et. al.,2014).

A OE refere ainda que (...) *a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados constituem uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros* (OE, 2001:14).

A implementação de normas está formalmente associada á qualidade constituindo assim um desafio para as instituições de saúde. Surgem como ferramentas que podem contribuir de uma forma fiável para a melhoria contínua da qualidade (BASTOS, 2011). Ainda a autora refere Silva et al (2004) no

contexto em que não se pode falar de qualidade e de normas sem falarmos do aparecimento da *Internacional Organization for Standardization (ISO)* em 1947, com grande impacto no comércio mundial através da criação de normas que estão hoje na base da gestão das empresas. A implementação de normas nas organizações de saúde por vezes é um processo complexo relacionado com problemas burocráticos intrínsecos, resistência à mudança por parte dos profissionais, no entanto os enfermeiros enquanto grupo operacional têm uma grande influência na sua exequibilidade (BASTOS, 2011).

A normalização como base da qualidade em saúde vem no seguimento de fornecer evidência científica em que segundo Oakland (2000) a descrição e a documentação de todos os procedimentos e recursos utilizados é parte integrante de um sistema de qualidade de uma organização (BASTOS, 2011).

O transporte do doente crítico como já foi referido anteriormente envolve sempre uma série de riscos da mais variada espécie relacionadas quer com a fisiologia de voo, com a hemodinâmica do doente, com o transporte em si (tempo e distância), com o equipamento, com falhas técnicas sendo assim um momento de potencial instabilidade. Este risco pode ser minimizado ao ser cuidadosamente planeado, realizado por pessoal qualificado e pela seleção de material adequado (JÚNIOR et. al, 2007).

Estudos efetuados no transporte do doente crítico demonstram uma preocupação sobre a segurança focando os riscos para os doentes, num período em que o uso de aeronaves médicas como meio de transporte tem vindo a crescer em todo o mundo (PASSOS et. al.,2010).

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos considera ser uma obrigação intervir na normalização da boa prática no transporte do doente crítico em que diversos documentos têm sido elaborados neste sentido com base noutras entidades congéneres. Em Portugal existem diversos instrumentos legais relevantes nesta área que regulam o Transporte de Doentes (SPCI, 2008).

A SPCI (2005) avançou com um projeto de revisão e atualização do Guia de Transporte de Doentes Críticos (1997) elaborando então um documento visando a implementação de normas de boas práticas no transporte do doente crítico. Estas normas visam assim a promoção da segurança do doente e do profissional de saúde, da boa prática clínica no tratamento do doente constituindo

também um meio de divulgação de conhecimentos práticos úteis para o atendimento correto do doente crítico (SPCI, 2008).

A SPCI no referido documento menciona a pertinência de vários requisitos para a operacionalidade do transporte do doente crítico tais como a importância de uma política de transporte clara nas instituições, a existência de equipas treinadas em transporte do doente crítico, no caso do helitransporte com formação específica nesta área (Curso SAV, formação em fisiologia de voo, nas regras de segurança do helitransporte e nos heliportos, Curso de Helitransporte INEM), formação específica bem como a implementação de programas de acompanhamento e auditorias do transporte do doente (SPCI, 2008).

Para a SPCI (...) a existência de dados objetivos, de escalas de pontuação (...) bem como a consignação de metodologias tipificadas para os registos clínicos, permitirão a avaliação do nível do desempenho e do rigor assistencial (SPCI, 2008:12).

Também a *Intensive Society of Care* nas suas recomendações para o transporte do doente crítico adulto faz referência à etapa de preparação para transporte em que o doente deve estar previamente estabilizado no sentido de minimizar os distúrbios fisiológicos relacionados com a transferência, assim como a *check list* antes da transferência deve ser usada no sentido de verificar se todos os procedimentos foram cumpridos. Também referem a importância do desenvolvimento de documentação standardizada e do seu uso no transporte inter e intra hospitalar, em que todos os registos efetuados devem poder ser alvo de auditorias futuras. Esta sociedade desenvolveu e apresentou como recomendações dois tipos de *check list* pré-preparação para transporte, uma relativa à condição clínica do doente envolvendo registos da sua estabilidade hemodinâmica e a outra relativa à transferência em si com a verificação dos equipamentos, procedimentos de segurança da equipa, meios auxiliares de diagnóstico (INTENSIVE CARE SOCIETY, 2011).

A SPCI refere ainda que as instituições que conseguiram implementar esquemas organizadores de transporte secundário do doente crítico conseguem reduzir a morbilidade e a mortalidade destes doentes, conseguem garantir a segurança do doente e a ausência de complicações, sendo o prognóstico final associado ao diagnóstico de base e não imputado ao transporte (SPCI, 2008).

A publicação do livro em 2002 “*To err is human: building a safer health system*” pelo Institute of Medicine americano, levantou a questão da segurança dos doentes, com ênfase nos erros clínicos. Assim tornou-se uma prioridade em todos os sistemas de saúde, a implementação de estratégias que visem garantir a segurança objetivando a qualidade em saúde, como por exemplo entre muitas a verificação de procedimentos através de *check lists* ou através da normalização de atuações. No contexto de saúde torna-se importante harmonizar as condutas clínicas na forma de instrumentos de normalização com características pedagógicas e baseados na evidência científica (CARNEIRO, 2010).

Nós vivemos num mundo de grande e crescente complexidade em que os profissionais das mais diversas áreas deparam-se com enormes desafios. O treino, tecnologias de ponta nem sempre conseguem prevenir o erro. O cirurgião e escritor Atul GAWANDE (2009) debateu-se sobre este assunto, distinguindo entre erros de ignorância (relacionados com a falta de conhecimento) e erros de inaptidão (relacionados com o uso inadequado do conhecimento) sendo o erro, segundo o autor, relacionado com os segundos, pelo que adaptou e introduziu uma técnica simples na área da saúde para minimizar o erro, a *check list*.

Existem várias definições para os diversos eventos possíveis que afetam a segurança do doente e que variam de acordo com os autores, indo desde o erro, ao evento adverso, ao evento adverso não-prevenível, ao evento adverso prevenível, evento adverso negligente, os *near misses*, segundo o Instituto de medicina americano (CARNEIRO, 2010).

De facto o problema do evento adverso não é algo de novo, diversos estudos foram conduzidos desde meados dos anos 50 e 60 reportando-os e foram de certo modo negligenciados, só em meados dos anos 90 é que surgiu um corpo de evidência com a publicação de resultados de várias entidades fidedignas de vários países (WHO, 2005). Relacionado com este assunto o Instituto de Medicina Americano (IOM) reportou uma estimativa de erros médicos anuais nos EUA conducentes a valores de mortes entre as 44.000 e 98.000, mais do que as causadas por acidentes de carro, vítimas de cancro ou VIH (WHO, 2005), utilizaram uma metáfora alarmista o “*Jumbo jet units*”, ou seja o numero de mortes equiparáveis a uma queda diária de um avião Jumbo 747 (CARNEIRO, 2010).

Uma *check list* é definida como uma ferramenta cujo objetivo é o de garantir que determinada operação, procedimento ou tarefa é concretizada como o planeado através da verificação de que todos os itens importantes foram completamente executados (THOMASSEN et. al.,2014).

Segundo GAWANDE (2009) na medicina é muito fácil a rotinização das tarefas e conduzir ao erro, como é fácil esquecer um determinado passo num procedimento, como é fácil esquecer de perguntar sobre determinada questão assumindo que foi efetuada ou em situações de *stress* e de grande pressão do momento falhar a planear. O autor é perentório quando diz que os peritos necessitam de *check lists*, de documentos escritos que os conduzam através dos passos em qualquer situação complexa (GAWANDE, 2009).

Introduzidas há umas décadas atrás nos Estado Unidos na Força Aérea as *check list* ajudaram os pilotos na aviação. Atualmente as *check list* estão a ser adaptadas em hospitais em todo o mundo, ajudando os profissionais de saúde a dar resposta a situações complexas, reduzindo a taxa de mortalidade em menos de um terço. Outras áreas em que a revolução das *check list* se faz sentir, para além da medicina é na área de investimento comercial, na construção e negócios das mais diversas áreas (GAWANDE, 2009).

Os Cuidados Intensivos são serviços extremamente complexos para os profissionais, sendo óbvio que uma simples *check list* pode ajudá-los imenso. Nos EUA a implementação das *check list* foi efetuada gradualmente, os profissionais estavam um pouco céticos quanto á aplicação de um simples papel com umas caixas pudesse trazer *out come* para os doentes internados. Assim a introdução das *check list* foi gradual em alguns hospitais nas suas UCI'S, inicialmente apenas em algumas técnicas com resultados surpreendentes em termos de queda da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, em termos de redução da mortalidade e na poupança monetária da instituição. Com base nestes resultados foram efetuadas outras *check list* especificamente para outros cuidados de saúde, ao nível da redução da dor, ao nível da ventilação mecânica, ao nível da prevenção da pneumonia associada ao ventilador com resultados muito positivos. Segundo o responsável da aplicação deste estudo as *check lists* acrescentam dois grandes benefícios; primeiro ajudam ao nível da memória ao não esquecer o que verificar em itens por vezes considerados banais e que

passam despercebidos e segundo são objetivas e sintéticas nos passos a seguir num processo complexo (GAWANDE, 2007).

Para este autor, as *check list* funcionam como uma estratégia para vencer o fracasso evitável, mas que se apoiam na experiência e no conhecimento das pessoas. Parecem oferecer proteção contra falhas recordando-nos dos passos necessários e tornando-os mais explícitos, proporcionam a possibilidade de verificação, proporcionam uma espécie de rede cognitiva no entanto permitem que exista espaço para a decisão assistida e até melhorada pelas normas (GAWANDE, 2009).

O mesmo autor defende que em UCI'S o *staff* que aí trabalha deve criar as suas próprias *check list* de cuidados adaptados à sua realidade profissional, em que as *check list* vêm assim estabelecer um *standard* elevado numa performance laboral extremamente complexa com o poder para salvar vidas. Contudo nem sempre a aplicabilidade das *check list* é fácil nas UCI'S onde os profissionais estão assoberbados com tarefas, existem problemas de logística relacionados com a diminuição de *staff*, são pressionados com o fator tempo e estão pouco recetivos à ideia de ter que preencher mais um papel (GAWANDE, 2007).

Aplicadas nas mais diversas áreas da medicina, segundo a *World Health Organization* (WHO) as *check list* são descritas como ferramentas utilizadas por clínicos interessados em aumentar a segurança e a qualidade, em reduzir as complicações, a mortalidade, com aumento nos ganhos em saúde para o doente e para a prática clínica (WHO, 2009).

O uso sistemático das *check list* na medicina aumentou rapidamente após a publicação dos resultados da WHO (*check list* cirurgia segura) e do projeto SURPASS (Sistema de segurança do paciente cirúrgico) (THOMASSEN et. al.,2014).

A extrema complexidade da medicina moderna conduziu ao aumento do risco para o doente, a incidência do risco é variável, no entanto 5-10% dos doentes internados estão expostos aos riscos adversos. Numa retrospectiva muitos destes eventos adversos são considerados evitáveis. A prevenção destes eventos envolve as partes interessadas e requer uma abordagem sistemática do doente,

em que as *check list* têm demonstrado a sua efetividade garantindo a segurança (THOMASSEN et. al.,2014).

Estudos efetuados sobre os efeitos da eficácia da segurança das *check list* reportaram um aumento da qualidade e da segurança dos doentes após a implementação das mesmas. Do mesmo modo em nenhum dos estudos efetuados não foi reportada diminuição da qualidade e segurança dos doentes associados à implementação das *check list*. Em termos de conclusão, estes mesmos estudos referem que as *check list* são ferramentas seguras e efetivas em diversas situações clínicas, o seu uso está associado à redução da mortalidade e da morbilidade e quando associadas a *guidelines* fortalecem a eficácia das mesmas, do potencial humano e reduzem a incidência de eventos adversos (THOMASSEN et. al.,2014).

Segundo Colaço e Silva (2000) ao referirem Sackett et al (2000) contextualizam a importância da prática baseada na evidência como forma de garantir e atingir os melhores cuidados de saúde, através da fundamentação científica relevante, através dos resultados da investigação, alicerçados na pesquisa e em sólidas orientações reconhecidas internacionalmente pelos seus pares.

Porque acreditamos nos pressupostos anteriormente referidos e no âmbito da reflexão acerca das competências de mestre foi elaborada uma norma de cuidados de enfermagem especificamente para a preparação do doente crítico a ser helitransportado, suportada pelas recomendações do transporte do doente crítico emanadas pela SPCI (2008) com o objetivo de servir de guia aos profissionais de saúde da UCIP aquando da preparação do doente crítico, explicitando passo a passo as intervenções de enfermagem, esclarecendo dúvidas que eventualmente possam surgir durante o processo. Esta norma serve de guia quer para os profissionais que estão na UCIP quer para os recém chegados ao explicitar e esclarecer minuciosamente as intervenções a seguir. A aplicabilidade da *check list* vem no seguimento no sentido de verificação de todos os itens, minimizando assim a ocorrência de eventos adversos que possam ser atribuídos aquando da preparação do doente crítico a ser helitransportado.

Pretende-se de igual modo extrapolar estes documentos para a Sala de Reanimação do nosso Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados

Intensivos (DEUCI), por ser outro posto de trabalho que frequentemente recebe e prepara o doente crítico para o helitransporte.

E porque errar é humano torna-se premente a prevenção e a minimização da ocorrência do evento adverso decorrente das nossas práticas profissionais assim como a consciencialização dos nossos limites.

4 - SÍNTESE DO PROJETO DE APRENDIZAGEM CLÍNICA (PAC)

O Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) enquadrou-se no 2º Curso de Pós-Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEE) da ESS/IPS, no ano letivo de 2011/2012 em contexto do Estágio III numa UCIP de um hospital da região sul do País, decorrendo entre Janeiro- Maio de 2012.

O PAC (Apêndice 19) é desenvolvido concomitantemente ao PIS, sendo efetivamente operacionalizado a partir do mês de Janeiro com a execução das atividades planeadas tendo por base situações problemáticas decorrentes da prática clínica. Além das competências comuns transversais ao enfermeiro especialista, pretende incidir na aquisição e aprofundamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação, direcionando a aprendizagem ao longo do estágio em processos associados à enfermagem médico-cirúrgica.

Para dar resposta à competência específica *K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*, o nosso contributo foi ao nível da temática a Monitorização contínua do débito cardíaco (PiCCO) e para dar resposta à competência *k2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação*; a nossa intervenção passou pela criação de um Fluxograma de apoio à decisão de enfermagem no caso de falha das rampas de fornecimento dos gases medicinais dentro da UCIP, de um hospital da região sul do País.

4.1 - PLANEAMENTO/EXECUÇÃO DO PAC

Após entrevista não estruturada com a Enf^a Chefe e orientadora de estágio sobre áreas de enfermagem alvo de atenção e de necessidade de intervenção foi definida como **situação problemática alvo de atenção**:

- Desconhecimento por parte da equipa de enfermagem da UCIP relativamente aos procedimentos a executar no caso de **falha nas rampas do fornecimento de gases medicinais aos ventiladores mecânicos**.

A escolha desta temática é resultante da necessidade já sentida decorrente da prática profissional, pelo que nos foi sugerido a criação de um fluxograma de apoio à decisão de enfermagem, de leitura e entendimento rápido, orientador dos profissionais em situação de emergência interna, relacionado concretamente com a operacionalização do fornecimento de gases medicinais aos ventiladores mecânicos.

Com a construção de um fluxograma pretende-se criar linhas de orientação e definir papéis dos intervenientes no âmbito de um incidente deste tipo dentro da UCIP utilizando simbologia previamente convencionada universalmente.

Para a consecução deste objetivo foram **delineadas as seguintes atividades**:

- Revisão bibliográfica atual com acesso à WEB sobre a temática catástrofe intra e extra-hospitalar e ainda sobre fluxogramas como ferramentas de representação gráfica.
- Articular com o Serviço de Instalações e Equipamentos, secção de engenharia no sentido de orientação nesta área, atendendo ao plano de emergência interna do hospital.
- Elaborar um fluxograma (Apêndice 20) de atuação onde estão esquematizados os procedimentos e prioridades de atuação na falha nas rampas de fornecimento de gases medicinais aos ventiladores mecânicos.

- Criar um *dossier* temático nesta área com a seleção de bibliografia pertinente sobre esta temática.

Para a **consecução deste objetivo** foram **executadas** as seguintes **atividades**:

- Criação de um fluxograma de decisão de enfermagem. Para tal, articulamo-nos com o Engenheiro responsável pelos gases medicinais do hospital (SIE) que nos esclareceu sobre os procedimentos a serem efetuados em prol de eventuais cenários, tendo por base o plano de emergência interna já existente do hospital

O fluxograma posteriormente foi submetido a apreciação pela Enf^a Chefe e pela Enf^a orientadora de estágio, sendo que aguarda validação no sentido de ser apresentado à equipa, bem como a sua divulgação em locais estratégicos da unidade através de pósteres e por via informática á equipa de enfermagem.

- Criação de um *dossier* temático nesta área com a seleção de bibliografia pertinente sobre esta temática.

Indicadores de Avaliação

Como **indicadores que validam** o alcance deste objetivo temos:

- Fluxograma de apoio à decisão.
- Seleção de artigos relacionados com a temática catástrofe intra e extra-hospitalar.
- Criação de *dossier* temático/pasta informática e colocação no ambiente de trabalho da UCIP.

Tendo por base o contexto de prática e as questões que têm decorrido ao nível da prevenção e controlo da infeção hospitalar é definida uma outra **situação alvo de atenção de enfermagem**:

- Dúvidas manifestadas pela equipa da UCIP relativamente à mudança do sistema de **monitorização contínua do débito cardíaco (PiCCO)** versus a mudança programada de perfusões do CVC de acordo com as recomendações da CCI do Hospital da região sul do País.

A equipa manifestou dúvidas relativamente aos procedimentos inerentes á monitorização utilizando a metodologia PiCCO, no sentido em que o que está preconizado e recomendado pela CCI de um determinado hospital, baseado nas recomendações dos CDC e nas recomendações da DGS, é a mudança dos sistemas de soros cada 96H de todos os ramos do cateter venoso central e arterial.

A questão torna-se problemática para a equipa quando têm um dispositivo acoplado ao CVC, extremamente dispendioso, de utilização única e que para o substituir necessitamos abrir um novo *kit*, o que implica custos adicionais. A informação cedida pelo fabricante é de que este dispositivo pode permanecer durante 10 dias acoplado ao CVC. Assim a questão que se coloca é quando mudar este sistema, cada 96horas ou ao fim de 10 dias?

Para a consecução deste objetivo forma **delineadas as seguintes atividades:**

- Pesquisa bibliográfica com acesso atual à web e consultadoria à CCI do hospital, relativamente às *guidelines* e orientações emanadas pela DGS no que concerne à prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares.
- Estabelecer parceria com o consultor comercial da marca *Pulsion*, no sentido de consultadoria e de agendar uma formação em serviço em conjunto.
- Elaborar uma norma de cuidados de enfermagem na monitorização contínua do débito cardíaco (PiCCO) (Apêndice 21).
- Efetuar sessão formativa á equipa de enfermagem sobre a temática monitorização contínua do débito cardíaco (PiCCO) (Apêndice 22).
- Criar um *dossier* temático nesta área com a seleção de bibliografia pertinente sobre esta temática.

Para a consecução deste objetivo foram **executadas as seguintes atividades:**

- Elaboração da Norma de cuidados de enfermagem sobre a monitorização contínua do débito cardíaco (PiCCO).
- Sessão formativa no âmbito da monitorização contínua do débito cardíaco e apresentação da norma de cuidados de enfermagem em 27.04.2012 pelas 16.00h.
- Criação de um *dossier* temático nesta área com a seleção de bibliografia pertinente sobre esta temática.

Para abordar esta temática consultamos a CCI do nosso hospital e bibliografia pertinente, sendo todos eles unânimes na mudança de sistemas cada 96 horas (PNCI, 2006). Como toda esta metodologia implica instrumentalização do CVC, também consultamos as normas orientadoras de boas práticas de higiene das mãos emanadas pela DGS (2010), como medida simples e eficaz na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde, sendo que os profissionais de saúde são na maior parte dos casos os vetores de transmissão.

Efetuamos também pesquisa relativamente à monitorização do débito cardíaco utilizando a tecnologia PiCCO, sendo estabelecida uma parceria com o consultor comercial da marca *Pulsion*, no sentido de consultadoria e agendamento de uma formação em serviço em conjunto.

Como os cuidados de enfermagem na UCIP estão todos normalizados, a chefe sugeriu a elaboração de uma norma de cuidados de enfermagem na monitorização contínua do débito cardíaco (PiCCO), (Apêndice 21) relativamente a este procedimento. A elaboração das normas de cuidados ajuda a sistematizar as ações de enfermagem, a perceber o porquê e uniformizar os procedimentos sendo um guia orientador.

Esta sessão formativa (Apêndice 22) contou com a colaboração do consultor comercial no sentido de esclarecimento de questões técnicas inerentes ao procedimento. Pretendeu-se sensibilizar a equipa para a questão da prevenção e controlo da infeção, alertar os profissionais para o facto de que as medições do débito só devem ser em caso de necessidade e não por rotina,

diminuindo assim a manipulação do CVC; discutir em grupo a questão da mudança de sistemas, sendo que ficou estipulado que no ramo do CVC onde está acoplado o dispositivo não irá ser utilizado para outras infusões, a mudança fica alargada, podendo ultrapassar as 96h no entanto existe também um compromisso da equipa médica de que a permanência deste dispositivo não irá para além destas 96 horas, pois por esta altura já terão dados hemodinâmicos suficientes que permitam orientar o tratamento médico.

Indicadores de Avaliação

Como **indicadores que validam** a consecução deste objetivo temos:

- Elaboração da norma de cuidados de enfermagem na monitorização contínua do débito cardíaco (PiCCO) (Apêndice 21).
- O Plano (Apêndice 24) e Cronograma da sessão de formação (Apêndice 25).
- A divulgação da formação *on line* e os cartazes afixados pelo Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos Polivalente (Apêndice 25).
- Os slides em *power-point* da formação (Apêndice 22).
- A sessão de formação em serviço que teve lugar no dia 27 de Abril, às 16.00h.
- Avaliação da formação através da análise dos dados obtidos dos questionários aplicados aos formandos (Apêndice 26).
- Validação da formação em documento institucional pela Enf^a Chefe e Responsável da formação em Serviço (Apêndice 27).
- *Dossier* temático colocado em pasta partilhada.
- Impressão em suporte de papel da norma e *check- list*.
- Colocação destes documentos em *dossier* de suporte de papel “Normas de cuidados de enfermagem” do serviço.

5 - ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA

Neste capítulo iremos efetuar uma reflexão acerca das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista desenvolvidas no decorrer das aprendizagens que tiveram lugar ao longo deste CPLEE.

Falamos de competências em enfermagem remete-nos para P. BENNER (2001), em que esta na aquisição das competências em enfermagem fala-nos nos estadios de desenvolvimento do profissional, não apenas aliado aos conhecimentos teóricos mas também ao conhecimento prático adquiridos ao longo do tempo.

Segundo NUNES (2010), ao referir Boterf (2003) as competências são como uma organização estruturada, uma resultante do saber agir, o querer e o poder agir. Em temos profissionais, competência *refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar* (NUNES, 2010:8).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) no Decreto – Lei n.º161/96, de 4 de Setembro define Enfermeiro especialista como o “enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE,2012:15).

O enfermeiro especialista passa pela experiência reflexiva e pensada na ação, sendo muito mais que uma cronologia de experiências, coaduna-se com instrumentos e utensílios analíticos de avaliação (NUNES, 2010).

5.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns são definidas como “as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2011:8649).

Também é consensual que “ (...) a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...)” (OE,2011:8648).

Independentemente da sua área de especialização são definidos quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, sendo que cada competência é apresentada com um descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação que evidenciam o seu desempenho e validam a sua intervenção enquanto enfermeiro especialista (OE,2011).

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

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

Neste domínio de aquisição de competências teve um papel preponderante o contributo oriundo das unidades curriculares nomeadamente os módulos Ética em Enfermagem, Direito em Saúde, as unidades temáticas Questões Éticas Emergentes em Cuidados Complexos, Supervisão de Cuidados. Contribuíram com o aprofundar das questões éticas decorrentes da prestação de cuidados em ambiente complexo, ao articular a ética e a deontologia com a reflexão face á situação singular, ao analisar os cuidados prestados atendendo á complexidade do doente crítico à luz dos princípios éticos.

A complexidade natural dos cuidados de enfermagem em cuidados intensivos está agravada por situações que requerem intervenção imediata, em que se torna mais difícil tomar uma decisão, existe mais incerteza, com necessidade de ação. As escolhas por vezes são irreversíveis, sendo o papel do enfermeiro especialista crucial na medida em que demonstra a tomada de decisão ética numa variedade de situações de prática especializada, suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas, lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade, avalia o processo e os resultados da tomada de decisão. A teoria de Merle Mishel está em consonância com esta prática de cuidados em que o enfermeiro surge como estrutura de apoio através de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção estabelecendo parcerias com o cliente e família (MISHEL e CLAYTON, 2008).

Trata-se de uma competência patente em todo o PIS e PAC e transversal à prática de cuidados de enfermagem especializados no contexto dos estágios, em que os aspetos éticos legais foram assegurados ao solicitar autorização à instituição para elaboração do projeto e aplicabilidade dos questionários, ao garantir a confidencialidade dos dados obtidos e das identidades dos intervenientes.

Para o desenvolvimento desta competência também contribuiu a unidade curricular Supervisão de Cuidados onde tivemos a oportunidade de efetuar um Estudo de caso (Apêndice 28) tendo por base uma situação clínica no âmbito da Enfermagem Médico-cirúrgica de um utente internado na UCIP, preconizando-se um estudo aprofundado dos problemas e das necessidades da família, fornecendo informações relevantes na tomada de decisão e na reflexão das implicações e responsabilidades éticas, bioéticas e de direito.

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

Para todos os enfermeiros membros da Ordem encontra-se inscrito no Código deontológico da OE no Artigo 76.º, dos Deveres em geral, na alínea a) Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com

o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população (...). (DR,2009:6546), ainda no Artigo 78.º remete-nos *para os valores universais a observar na relação profissional, tais como a igualdade, a liberdade, a verdade e a justiça, o altruísmo, a competência e o aperfeiçoamento profissional e como princípios orientadores da atividade profissional a responsabilidade perante a sociedade, pelos direitos humanos na relação com o cliente e a excelência do exercício da profissão* (DR, 2009:6547).

Durante o PIS, cuja temática é o Transporte secundário do doente crítico por meio aéreo (Helitransporte), prestamos cuidados individualizados globais altamente diferenciados ao utente, atendendo á complexidade da situação clinica com necessidade de transferência inter-hospitalar, dando espaço ao utente/família de expressar as suas dúvidas e medos e de certo modo a incerteza patente na situação de doença aguda como nos é suportado por Merle Mishel. Procuramos em toda a prática de cuidados ao utente/família promover o respeito pelo direito á informação e esclarecimento da situação, o direito á privacidade, ao respeito pelas escolhas efetuadas pelo utente/família, ao esclarecimento na tomada de decisão sem juízos de valores, respeitando os valores e crenças espirituais, aceitando o outro na sua diferença como um ser uno e distinto com direitos próprios.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.

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

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros Portugueses começou-se a falar da definição de Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem ao pressupor uma melhoria dos cuidados a serem prestados bem como pela reflexão do exercício profissional dos enfermeiros. Foi formalmente aceite a importância da implementação de sistemas de qualidade ao nível das organizações de saúde e a sua relação com a qualidade dos cuidados prestados, sendo a qualidade em saúde uma tarefa multidisciplinar (PQCEEE, 2001).

O PIS vem dar resposta a esta competência, existindo uma relação estreita entre competência e a qualidade dos cuidados prestados (NUNES,1995).

Aplicar a metodologia de projeto em contexto de prática clínica permitiu-nos desenvolver aptidões ao nível da análise e do planeamento estratégico da qualidade dos cuidados e na definição de metas com vista á melhoria dos cuidados ao nível organizacional.

Ao aplicamos as diversas etapas do processo de investigação, desde a fase de diagnóstico com a identificação de uma situação problemática de enfermagem carecendo de intervenção até á implementação em campo de atividades de resolução e por fim a execução/avaliação contribuímos para a melhoria dos cuidados a serem prestados dentro daquela área específica. Ao efetuar uma pesquisa bibliográfica na temática, ao fundamentar a necessidade e a importância da normalização dos cuidados de enfermagem e da criação de uma check list como estratégias para a prática segura de cuidados, estamos visando a melhoria dos cuidados e contribuindo para a segurança quer do doente quer dos profissionais de saúde.

b) *Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade;*

Reconhecendo a importância da qualidade dos cuidados e almejando cuidados de excelência, o PIS visa dar resposta a esta competência. Todo o desenvolvimento do PIS se enquadra neste âmbito, como processo ativo em que foram definidos objetivos, planeadas atividades no sentido de consecução dos mesmos e finalmente uma avaliação final do PIS. Com base na avaliação final do PIS e da pertinência do mesmo devidamente fundamentada através da bibliografia, elaboramos uma norma de procedimentos de cuidados de enfermagem sobre a preparação do doente crítico para transporte secundário por meio aéreo e uma *check list* de verificação de procedimentos de enfermagem sobre a preparação do doente crítico para transporte secundário por meio aéreo. Estes dois documentos visam a uniformização dos procedimentos de enfermagem e surgem como uma proposta de melhoria contínua da qualidade ao ser

apresentado á equipa de enfermagem e ao ser proposto para aprovação pelo CA do Hospital em questão.

c) *Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;*

A segurança é essencial à qualidade na saúde preconizando-se a prestação de cuidados de enfermagem seguros. Para tal, são requeridas várias condições entre as quais um corpo de conhecimento científico focado na segurança das pessoas e na garantia de infraestruturas ambientais como promotoras dessa mesma segurança. Se por um lado as nossas intervenções, enquanto profissionais são no melhor interesse e benefício do público, inerente aos nossos cuidados existe o elemento do risco decorrente de eventos adversos e do erro (NUNES,2006).

Com o PIS pretendemos diminuir a probabilidade de ocorrência do erro e contribuir para um ambiente seguro em duas vertentes da prestação de cuidados de enfermagem na preparação do doente crítico para transferência inter-hospitalar por meio aéreo. Numa primeira vertente ao construirmos uma norma de cuidados estamos a uniformizar os procedimentos a equipa de enfermagem como documento orientador/consultor na preparação do doente crítico para transporte; numa outra vertente ao construirmos uma *check list* de verificação de procedimentos estamos a conferir e a revisar todos os itens de inerentes à preparação, diminuindo assim a probabilidade de erro e contribuindo para a segurança dos cuidados prestados através de boas práticas de enfermagem numa situação desde logo crítica.

Ao diminuirmos a probabilidade de ocorrência do erro estamos a atuar proactivamente a garantir a segurança do utente, o mesmo nível de cuidados que é a premissa subjacente a qualquer tipo de transporte e a confiança da família nos profissionais de enfermagem que estabelecem uma parceria na relação terapêutica, como o referenciado na teoria de Merle Mishel.

Competências do domínio da gestão de cuidados.

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

Para o desenvolvimento desta competência foi de extrema importância os aportes teóricos oriundos de diversas unidades curriculares na área da Gestão, Psicossociologia das Organizações entre outras, pela aquisição de conhecimentos sobre a cultura institucional e organizacional, na gestão das relações dos grupos profissionais e na sua interação, na gestão de conflitos, na gestão dos cuidados de enfermagem.

O enfermeiro especialista possui competências técnicas, científicas, profissionais e relacionais que exigem a prestação de Cuidados de Enfermagem e que requerem um nível elevado de conhecimentos e habilidades. Estes cuidados de enfermagem, exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de entender prever e detetar precocemente as complicações e assegurar a intervenção precisa, concreta e eficiente, em tempo útil (OE, 2011).

Para a aplicabilidade do PIS foi de extrema importância o envolvimento de toda a equipa de enfermagem e de outros profissionais sem os quais não teria sido possível ou não teria o mesmo impacto. O PIS refletiu uma necessidade reportada pela equipa de enfermagem da UCIP, em que pretendeu-se além de resolver os problemas identificados, criar condições facilitadoras do trabalho de enfermagem mobilizando e articulando com a equipa durante todo o processo.

O PIS contribuiu fortemente para o desenvolvimento desta competência na medida em que contemplou uma prática de cuidados refletida, mobilizando ao nível do processo de cuidar tomadas de decisão devidamente fundamentadas e balizadas pelo Código deontológico.

Enquanto enfermeiro especialista temos uma responsabilidade acrescida no seio da equipa de enfermagem quando assessoramos os cuidados de enfermagem, quando supervisionarmos os cuidados prestados, sempre que colaboramos nas decisões da equipa multidisciplinar e nos reconhecem idoneidade enquanto referencial no seio da mesma.

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

No processo de tomada de decisão em enfermagem o enfermeiro reconhece a importância dos resultados da investigação e incorpora-os na sua prática, reconhece a utilidade de guias orientadoras baseadas na evidência científica, como uma base estrutural para a melhoria contínua da prática de enfermagem. (OE, 2003). Ainda a OE na Regulação do Exercício Profissional dos Enfermeiros remete-nos para o Artigo 9.º, Intervenções dos Enfermeiros, alínea 5) Os enfermeiros concebem, realizam e promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem, em particular e da saúde em particular, em geral e na alínea 6) Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria para a melhoria e evolução dos cuidados (...) (REPE, 1996:5).

A implementação do PIS, permitiu-nos desenvolver estratégias no sentido de melhor adequar o estilo de liderança nesta equipa de enfermagem em particular. Como responsáveis pelo PIS e pela sua implementação, a tomada de decisão passou sempre por nós, no entanto esta foi partilhada com a equipa de enfermagem no sentido de auscultar as suas opiniões, nomeadamente por um painel de peritos constituído pelas chefias do serviço, enfermeiro orientador, tutor em estágio e pelos chefes de cada equipa de enfermagem.

O desenvolvimento do PIS conferiu-nos a capacidade de liderar ao mobilizar a equipa para a implementação de estratégias em direção à consecução dos objetivos definidos, ao formarmos a equipa através de sessões de educação para a saúde na temática transporte do doente crítico, ao adequar os recursos existentes, ao criar novos guias orientadores de trabalho e ao promover a mudança das práticas no serviço.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

Todo o nosso percurso desde o início do PIS foi orientado no sentido da reflexão da prática de cuidados, ou seja, ir mais além da execução técnica e que de fato é isso que nos distingue perante os demais, a capacidade de prestar cuidados altamente diferenciados e uma crescente consciencialização da nossa esfera de atuação enquanto enfermeiros especialistas.

O PIS trabalhou esta competência na plenitude quando mobilizarmos todos os conhecimentos adquiridos e os aplicamos no seio de uma equipa da qual somos parte integrante. Foi um processo árduo, com todas as idiosincrasias inerentes, no qual maturamos e nos desenvolvemos enquanto profissionais ao longo do tempo de formação e no qual a equipa nos viu crescer e tornar naquilo que hoje somos enquanto enfermeiros especialistas assumindo na plenitude esse papel.

Através do PIS, baseado na metodologia de projeto, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização em contexto real (RUIVO, et. al., 2010).

Podemos afirmar que o PIS foi não só um projeto de desenvolvimento profissional no âmbito da prática de enfermagem com o desenvolvimento de competências da prática especializada, mas também a nível pessoal com o desenvolvimento das nossas potencialidades enquanto pessoa, no nosso autoconhecimento refletindo-se nas relações com os pares e com os utentes, ao gerir situações e emoções, ao responder eficaz e eficientemente a situações de pressão e de conflitos, ao saber reconhecer precocemente prováveis situações/ fontes de conflitos e canalizar recursos no sentido da melhor gestão. Consideramos que a estratégia por nós definida no PIS com a criação de documentos orientadores para a prestação de cuidados ao doente crítico com necessidade de transferência inter-hospitalar por meio aéreo pode ajudar efetivamente na gestão de conflitos e *stress* na equipa, ao colmatar “falhas/lapsos”, ao criarmos através da formação espaço para esclarecimento e

discussão, minimizando atritos entre os profissionais e contribuindo para um ambiente terapêutico seguro.

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

Para o desenvolvimento desta competência a salientar a frequência no CPLEE com a mobilização dos aportes teóricos oriundos das unidades curriculares que contribuem para a prática especializada, bem como o investimento pessoal em busca de conhecimento sólido e devidamente fundamentado através da procura sistemática com recurso às tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.

O âmbito da prática de enfermagem especializada é no sentido de supervisionar os cuidados, de esclarecimento, de educar, de suporte dentro da equipa, de orientar, de aconselhamento, de liderança, de criar e disseminar o conhecimento contribuindo para as boas práticas de enfermagem bem como o crescimento e progressão da profissão de enfermagem (OE, 2011).

A consecução do PIS enquanto metodologia científica de investigação ação contribui de sobremaneira para o desenvolvimento desta competência ao cimentar as competências e conhecimentos previamente adquiridos, estabelecendo a ponte entre a teoria e a prática.

Ao potencializar as nossas capacidades de líderes numa equipa, através da condução e materialização do projeto, na divulgação de conhecimentos enquanto formadores no serviço e em congressos, favorecendo assim o processo de aprendizagem, desenvolvendo habilidades e competências na equipa. Ao sermos identificados como elementos de referência, atuando como dinamizadores na mesma, demonstrando uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e incorporando-os na prática cuidativa.

Consideramos que o PIS, baseado em lacunas do conhecimento referenciado por uma equipa, cumpriu o seu propósito no sentido em que foi uma oportunidade para promover uma mudança em termos de praxis e de dar resposta às suas necessidades. Para tal foram concebidos instrumentos formais de trabalho que foram apresentados e divulgados em contexto oportuno de

trabalho. Podemos ainda referir que o PIS para além de intervir numa situação de contexto real, conduziu-nos a nós num processo pessoal de aprendizagem na área da investigação científica.

5.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.

A OE com a aprovação e publicação do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento nº 122/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011) define os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados, no sentido de serem norteadores e referenciais para a prática especializada, neste caso em particular, do Enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica (PQCEEP, 2011).

Tendo por base o Enquadramento Concetual existente (OE, 2001), acresce o enquadramento regulador do qual emergem os enunciados descritivos que definem a Pessoa em Situação de Doença Crítica e ou Falência Orgânica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (DR, 2011:8656).

Os EEEPSC são reconhecidos como fundamentais para os cuidados seguros em pessoas em situação crítica (PQCEEP, 2011).

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica estão descritas no Artigo 4.º do Regulamento n.º 124/2011 e são as seguintes:

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação;
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da

situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (DR,2011: 8656).

À semelhança das competências comuns transversais ao enfermeiro especialista, cada competência é apresentada com o descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação que evidenciam o desempenho do enfermeiro.

a) *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;*

Esta competência foi o ponto de partida para a conceptualização do PIS e a sua operacionalização em contexto de prática durante os estágios, embora as competências comuns transversais ao enfermeiro especialista também tenham sido desenvolvidas durante o mesmo como já foi referido anteriormente.

A área do intensivismo é única entre as especialidades médicas, é direcionada para um espectro de doenças que se interrelacionam, sendo denominador comum a exacerbação acentuada da doença, o aparecimento de complicações resultantes quer do tratamento ou até mesmo da doença, requerendo uma abordagem global com a mobilização de uma panóplia de saberes. Para alguns autores o intensivismo é mais do que uma especialidade, é considerada uma filosofia do cuidar do doente crítico, apoiada numa prática baseada na evidência (BONGARD, SUE e VINTCH, 2008).

Como os doentes críticos estão num elevado risco de desenvolver complicações, os profissionais de enfermagem devem manter-se alertas no sentido de detetar precocemente manifestações de disfunção orgânica resultantes da instabilidade hemodinâmica, perceber os efeitos colaterais dos tratamentos, de potenciais interações medicamentosas e de outros potenciais eventos (BONGARD et. al.,2008).

Para o desenvolvimento desta competência em contexto de estágio centramo-nos na pessoa em situação crítica alvo de cuidados, prestamos cuidados altamente diferenciados, detetando precocemente focos de instabilidade e atuando em consonância, mobilizando conhecimentos e habilidades, sempre numa prática baseada na reflexão e na evidência científica. Em situação crítica

reveste-se de extrema importância a avaliação diagnóstica e a monitorização constante (OE; 2011), pelo que como enfermeiro especialista implementamos e avaliamos as respostas aos problemas identificados.

O nosso alvo de atenção foi cuidar de pessoas a vivenciar processos de saúde/doença e ou falência orgânica o que implicou a mobilização de cuidados técnicos de alta complexidade, implicou um conhecimento das necessidades sobre o bem-estar físico, psicossocial e espiritual daquelas pessoas e família, implicou conhecimentos sobre a gestão do medo e da ansiedade vividos, assim como a capacidade de gerir processos de morte e da dignificação da mesma.

Consideramos pertinente efetuar um paralelismo entre a teoria de Mishel à qual nos filiamos e a nossa prática de cuidados na UCIP ao doente crítico, na medida em que esta descreve e explica as fontes de incerteza e ansiedade vivenciados pela pessoa e pela família, onde os enfermeiros surgem como fontes credíveis na transmissão de informação ao doente e família ao promover a confidencialidade no seu juízo clínico e atuação (MISHEL e CLAYTON, 2008). A confiança e a confidencialidade dos enfermeiros nas fases de pré-diagnóstico, diagnóstico, durante o controlo da doença e tratamento ajudam na redução das fontes de incerteza (MISHEL e CLAYTON, 2008).

Como enfermeiro especialista consciente da incerteza da doença e do impacto da pessoa /família foi fundamental desenvolver a relação terapêutica mobilizando conhecimentos em estratégias facilitadoras de comunicação, adaptando à complexidade do estado de saúde da pessoa e família, selecionando as habilidades de relação e avaliando o processo estabelecido.

Com o PIS, baseado na metodologia de projeto, desenvolvemos um projeto de investigação centrado num foco problemático de enfermagem da área da especialidade e procuramos resolução do mesmo através da implementação de estratégias apropriadas, monitorizando e avaliando a adequação das respostas aos problemas identificados. Do PIS emergiram documentos, uma norma de cuidados e uma *check list*, que na nossa óptica como prestadores de cuidados ajudarão na prática de enfermagem da UCIP e na sensibilização da equipa para a prestação de cuidados seguros através da formação na temática do transporte inter-hospitalar do doente crítico por meio aéreo.

Estudos recentes em cuidados intensivos demonstraram que os pacientes beneficiam se a unidade utilizar protocolos, guidelines na sua rotina de cuidados, assim como um *feedback* positivo para os profissionais acerca da utilização dos mesmos (BONGARD et. al., 2008).

b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação:

Para o desenvolvimento desta competência específica as unidades temáticas lecionadas contribuíram fortemente com aportes teóricos significativos, com especial enfoque no Seminário de Perito/Catástrofe, orientando-nos no desenvolvimento do Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) e na aquisição de conhecimentos numa área tão específica, sendo considerado importante desenvolver competências para lidar com situações de emergência, internas ou externas (OE, 2005).

Foram adquiridos conceitos na área de catástrofe com a clarificação da resposta de um hospital face a uma catástrofe; a existência dos planos de emergência hospitalar (internos e externos), quais os efeitos de uma catástrofe/impacto na sociedade, tipos de triagem, meios envolvidos e articulação das entidades de socorro no local e cadeias de comando. Fez-se também um paralelismo entre a filosofia de medicina de catástrofe versus a medicina de emergência no que concerne à triagem no local.

É de extrema importância as organizações de saúde equacionarem a eventualidade de um acidente grave ou catástrofe no sentido de estarem aptas a dar resposta e terem a perceção da imprevisibilidade de cenários. A resposta passa pela organização das estruturas de apoio, uma vez que existe uma desadequação entre os meios de socorro disponíveis e as necessidades que se apresentam (BANDEIRA, 2004). Ainda segundo o mesmo autor, a atuação das equipas de socorro tem que ser previamente treinada e programada, no sentido de dar uma resposta organizada dentro do caos, sempre tendo em vista socorrer o máximo número de vidas (BANDEIRA, 2004).

Este PAC propõe-se a estar em conformidade com o Código Deontológico inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei 111/2009 de 16 de

Setembro, quando se refere aos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros no Artigo 79.º alínea d) *Ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência* e ainda no Artigo 80.º alínea a) *Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;* (DR, 2009:6547).

Assim em contexto de estágio clínico e após entrevista com a Enf^a Chefe consideramos que esta temática interessante e pretendemos desenvolver esta competência através do PAC com a criação de um fluxograma de apoio à decisão de enfermagem/falha dos gases medicinais numa UCIP de um hospital da região sul do País. Visto já ter acontecido no serviço uma situação de falha de gases medicinais que fornecem os ventiladores mecânicos, que por sua vez são o suporte vital dos doentes críticos, pareceu-nos ser um trabalho interessante com o objetivo de orientar a equipa de enfermagem numa situação de crise interna, fornecendo-lhes um guia de orientação com a criação de um fluxograma de decisão.

Além da pesquisa informática, tivemos que nos articular com o Serviço de Instalações e equipamento (SIE) do referido hospital, com o Engenheiro responsável pelos gases medicinais, respeitando os planos de evacuação já existentes e introduzindo este fluxograma, estabelecendo uma parceria ao nível estratégico. O desenvolvimento desta competência permitiu adquirir conhecimentos numa área complexa, ao nível da identificação dos vários tipos de catástrofe e das suas implicações para a saúde, ao demonstrar conhecimento do plano de emergência/catástrofe da Instituição, ao sistematizar as ações e hierarquizar prioridades de atuação da equipa da UCIP perante um incidente crítico. Após a elaboração do fluxograma este foi submetido a aprovação pela chefia de enfermagem do serviço e posterior divulgação por via informática a toda a equipa da UCIP através da pasta partilhada.

Como enfermeiro especialista temos consciência do papel de liderança a assumir em situações de múltiplas vítimas em simultâneo, na articulação com a cadeia de comando, na gestão de equipas de forma sistematizada, na atribuição de papéis aos membros da mesma, objetivando uma resposta eficaz e eficiente. Em situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas é palpável a incerteza e o medo em que mais uma vez filiamo-nos na teoria de Mishel que refere existir um

aumento de incerteza quando os doentes/familiares não recebem a informação adequada sobre os cuidados de saúde de que são alvo (MISHEL e CLAYTON, 2008).

c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e á necessidade de respostas em tempo útil e adequadas:

Em contexto de estágio clínico pretendemos desenvolver esta competência específica através do PAC com a temática a Monitorização Cardíaca Contínua do Débito Cardíaco utilizando a tecnologia PICCO. Esta temática surge de uma necessidade identificada pela equipa de enfermagem da UCIP onde estagiamos, no sentido de esclarecer procedimentos e de normalizar atitudes de enfermagem durante a monitorização do débito cardíaco, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infeção.

Como enfermeiro especialista e como elo de ligação da UCIP com a Comissão de Controlo de Infeção do hospital da região sul, assumimos um papel crucial na intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica, ao demonstrar junto dos nossos pares conhecimentos das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção, ao sermos considerados referenciais na matéria, ao diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo da Infeção, ao estabelecer estratégias pró-ativas e ao implementá-las no serviço, ao fazer cumprir os procedimentos estabelecidos, ao monitorizar as medidas implementadas através de auditorias, ao analisar os resultados obtidos e a necessidade de medidas corretivas.

Apesar dos progressos na saúde pública e nos cuidados hospitalares, as infeções continuam a surgir nos doentes hospitalizados, podendo mesmo atingir os profissionais de saúde, como resultado da depressão do estado imunitário, idade cada vez mais avançada dos doentes, aumento da prevalência da doença crónica, procedimentos médicos e técnicas cada vez mais invasivos que criam portas de entradas, hospitais sobrelotados com deficiência nas práticas de controlo da infeção (PNCI, 2002).

Neste sentido, o Ministério da Saúde, através da Direção Geral da Saúde e do Programa Nacional de Controlo da Infeção, ditam recomendações que se baseiam nos *Centers Disease Control*, com o objetivo de reduzir complicações e fornecer orientações para as políticas locais. As recomendações são categorizadas tendo por base dados científicos existentes, raciocínio lógico, aplicabilidade e impacto económico (PNCI, 2006).

A Higiene das mãos surge como uma das medidas mais simples e eficaz na redução da infeção associada aos cuidados de saúde, sendo consensual que a transmissão de microrganismos é feita entre profissionais e doentes e entre doentes através das mãos; as mãos dos profissionais constituem a fonte ou o veículo transmissor mais eficaz. Neste sentido a DGS determinou que os profissionais de saúde devem proceder á higienização das mãos de acordo com o modelo concetual proposto pela OMS, assumindo um compromisso de alertar visitas, doentes, fornecedores e outros para a importância desta prática. Os profissionais incorrem no risco de adquirir infeções pela exposição ocupacional (acidentes em serviço, picadas, cortes), assim devem ser definidas políticas específicas para a prevenção a estes acidentes (DGS, 2010).

Assim ao desenvolver o tema da Monitorização Continua do Débito Cardíaco utilizando a tecnologia PiCCO, atuamos em várias etapas. Primeiro fundamentamo-nos na pesquisa bibliográfica tendo por base as recomendações e guidelines emanadas, no que concerne aos cuidados de enfermagem prestados na colocação do cateter venoso central e sua manutenção, o que nos reportou para a necessidade de boas práticas com vista á prevenção e maximização do controle da infeção hospitalar associado aos cuidados de saúde.

Numa segunda etapa optamos por criar uma norma de cuidados de enfermagem na Monitorização Continua do Débito Cardíaco utilizando a tecnologia PiCCO, como documento orientador das práticas de enfermagem do serviço em questão. Numa terceira etapa optamos por formar a equipa de enfermagem desta UCIP, sendo extensível á equipa médica no sentido de esclarecer e de apresentar a norma elaborada, visto que os elementos chave para a promoção de boas práticas nos cuidados passam pela formação, programas de motivação, sensibilização dos profissionais, monitorização das práticas, utilização

de indicadores de desempenho e um compromisso por todas as partes envolvidas no processo (DGS, 2010).

A formação por si só é um momento de excelência onde o enfermeiro especialista demonstra conhecimentos sólidos numa determinada área do saber, favorece a aprendizagem, contribui para conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

6 - ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Através do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, o Governo Português estabelece como um dos objetivos a adequação dos estudos portugueses ao nível comunitário concretizando assim o Processo de Bolonha, transitando de um sistema de ensino baseado não só na transmissão de conhecimentos mas também para o desenvolvimento de competências (DR, 2013:4749).

Este mesmo Decreto remete-nos para o Artigo 15.º em que o grau de mestre é conferido a aqueles que demonstrem um nível aprofundado de conhecimentos numa área científica específica e capacidade para a investigação (DR, 2006:2246-2247).

Extrapolando para a área da Enfermagem, à luz da moldura concetual atual da profissão baseada no REPE, no Enquadramento Concetual dos Padrões e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem é passível estabelecer um paralelismo entre as competências do enfermeiro de cuidados gerais e os descritores estabelecidos no Artigo 15.º deste Decreto-Lei para a atribuição do grau de mestre (DEODATO, 2006). Ainda o Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista refere que independente da área de especialidade do enfermeiro especialista, o conjunto de competências especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (DR, 2011:8648).

Transpondo para a prática de enfermagem especializada, ser Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica implica em complemento com as competências específicas, um domínio aprofundado da área da Enfermagem Médico-cirúrgica (REGULAMENTO DO CURSO DE MESTRADO, ESS/IPS, 2013).

Após a análise e reflexão prévia das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica iremos agora estabelecer um paralelismo com as competências definidas para o perfil de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Regulamento de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS/IPS estabelece o perfil das competências do Mestre:

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

Para o desenvolvimento desta competência contribuiu fortemente os aportes teóricos oriundos das unidades curriculares frequentados durante o CPLEE, a prática profissional em campo de estágio com a prestação de cuidados de enfermagem de alta complexidade dirigidos ao doente e família em situação crítica, com a implementação da metodologia de projeto com o PIS e o PAC.

O Regulamento n.º 122/2011 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista refere no Artigo n.º 6 das Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade que o enfermeiro especialista desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, ao conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, no Artigo n.º 7 das Competências do domínio da gestão dos cuidados em que este gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e colaboradores assim como a articulação na equipa multidisciplinar, adapta a gestão e a liderança dos recursos às situações e ao contexto clínico.

Ainda o Regulamento dos PQCEEP no ponto 4 remete-nos para os enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados em que na categoria 4.6. *A organização dos cuidados Especializados* o enfermeiro especialista na procura permanente da excelência no exercício profissional, assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados, sendo elementos importantes face á organização dos cuidados a existência de um sistema de registos de enfermagem, a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, a revisão de guias de boas práticas no domínio da pessoa em situação crítica (OE,2011:7).

Contribuiu para o desenvolvimento desta competência a prática de cuidados de enfermagem especializados numa unidade de cuidados intensivos

polivalente com a identificação do problema através da observação, da colheita e procura contínua de dados com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos nossos cuidados, de assegurar em tempo útil uma intervenção precisa, concreta eficiente (DR, 2011:8656). Ainda neste âmbito efetuamos um Estudo de caso (Apêndice 28) com o objetivo de realizar um estudo mais profundo numa determinada situação clínica, proporcionando subsídios ao enfermeiro que conduziram à definição de estratégias, forneceram informações relevantes para a tomada de decisão mobilizando aportes lecionados nas unidades curriculares ao longo do semestre, tais como Direito, Ética, Supervisão Clínica.

Assim na área da supervisão o trabalho em sala de aula permitiu-nos compreender e integrar que a supervisão é o ato de orientar alguém ou algo rumo a um determinado objetivo ou fim. Extrapolando para a área de enfermagem a supervisão clínica poderá ser a orientação de alguém por outro que já sabe onde está o rumo à excelência dos cuidados (ABREU, 2003). Ainda segundo GARRIDO e SIMÕES (2007), a supervisão clínica em contextos formativos na área da saúde é um processo que se baseia na relação pessoal e profissional entre um profissional que exerce práticas clínicas e um aluno em formação. Este processo visa desenvolver no aluno competências pessoais e profissionais, desenvolver conhecimento e valores de humanidade.

A Supervisão clínica de enfermagem surge associada á formação profissional, ao acompanhamento de práticas, aos programas de melhoria da qualidade organizacional e á qualidade de vida e condições de exercício profissional (GARRIDO, 2005).

Segundo ABREU (2003), “O conceito de Supervisão Clínica em Enfermagem, (...) *refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado. Compreende um conjunto de estratégias (centradas no profissional e no grupo), incluindo preceptorship, mentorship, supervisão da qualidade das práticas, promoção e acompanhamento dos critérios de qualidade.*”

A denominação Supervisão de Cuidados encerra na verdade dois conceitos: supervisão e cuidados. De fato, supervisão é percecionada como a

concretização de orientações dirigidas a um fim, bem como o desenvolvimento de uma prática reflexiva e cuidados como objeto do agir profissional do enfermeiro (DEODATO, 2010).

De um modo geral o conceito de supervisão de Alarcão e Tavares é o que mais se adapta à nossa profissão, no sentido em que nos diz que é um processo em que um individuo mais experiente e informado vai orientar outro no desenvolvimento humano, educacional e profissional numa atitude de monitorização da prática através da reflexão e experimentação (ABREU, 2003).

Neste contexto na prestação de cuidados ao doente e família, enquanto enfermeiro especialista acresce a responsabilidade da Supervisão dos cuidados de enfermagem. Ao aceder á evidência científica para fundamentar a prática clinica, ao disponibilizar assessoria aos enfermeiros e ser um referencial, ao colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar ciente que estamos da importância que a Supervisão dos cuidados assume e do impacto que tem na qualidade e segurança dos cuidados prestados à população.

De igual modo o PIS, suportado pela teoria de Mishel, contribuiu para o desenvolvimento desta competência na medida em que mobilizamos toda a equipa para a resolução de um problema de serviço, desde a fase de projeto até á implementação em campo, ao identificar uma oportunidade de melhoria, ao estabelecer em conjunto, liderando e envolvendo a equipa multidisciplinar, ao elaborar guias orientadores da boa prática, como base estrutural importante para a melhoria continua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (PQEEEP, 2011).

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

O nosso percurso profissional e académico é um reflexo do investimento pessoal que temos efetuado conscientemente ao longo da nossa vida, em que este Curso de Mestrado surge numa perspetiva de consolidação das competências profissionais diferenciadas adquiridas ao longo deste percurso.

A nossa prática profissional tem sido norteada para a prestação de cuidados ao doente em situação crítica e família, complementando com a área do

pré-hospitalar na viatura médica de emergência e reanimação (VMER) e com o Serviço de helitransporte de doentes críticos (SHEM).

Para a concretização deste percurso a formação continua assumiu um papel preponderante podendo definir-se como a continuação da formação permanente no sentido que ocorre após a formação inicial básica, permitindo ao indivíduo a aquisição de novas competências, desenvolvimento de potencialidades visando promover a mudança e o crescimento pessoal (PASCHOAL et. al., 2007).

Enquadramos a formação contínua em termos pedagógicos dentro da metodologia da educação de adultos na medida que os indivíduos são conscientes das suas escolhas, existe uma atitude ativa no processo, disponibilidade e motivação para mudar, ou seja a formação leva a um engrandecimento do indivíduo. Sentimos a necessidade de alargar, adquirir e aprofundar conhecimentos, ou seja, temos experienciado uma aprendizagem ao longo da vida, em que a necessidade de aprender tem ocorrido em todas as fases da vida, nos mais variados contextos e temas, quer estejam relacionados com a profissão ou não (NUNES, 2007).

A competência surge e pode ser definida como um conjunto de saberes ligados à formação inicial de base e á experiência adquirida ao longo do tempo de forma empírica podendo ser mobilizada numa situação concreta (NUNES, 1995).

Suportando-nos no Código deontológico, Artigo 88.º na alínea c) refere que o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício (...) *assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas;* (DR,2009:6548).

O nosso objetivo foi tornar-nos mais capacitados o que se repercute na nossa atuação, promovendo mudanças de comportamento que por sua vez se refletem na prestação de cuidados de enfermagem e na aquisição de novas competências (NOVAK, 2000).

De certo modo esta aprendizagem capacitou-nos para a praxis de enfermagem na medida que estamos aptos para responder aos desafios com que nos deparamos diariamente numa UCIP onde exercemos funções.

Permitiu-nos desenvolver competências ao nível científico, técnico e relacional, ao sermos formadores dentro da instituição e noutras instituições, ao sermos convidados para moderadores de mesa em congressos, ao sermos preletores de uma comunicação num Congresso de Cuidados Intensivos (Apêndice 30), ao apresentarmos em congresso da ESS/IPS o tema A pessoa em situação crítica helitransportada (Apêndice 30), ao fazermos parte do grupo de trabalho da UCIP no âmbito da Prevenção da Pneumonia Associada ao ventilador (PAV) e do grupo de trabalho do Desmame Ventilatório, ao elaborarmos os protocolos de cuidados do serviço no âmbito da Prevenção da PAV (Apêndice 31) e o protocolo do Desmame Ventilatório (Apêndice 32), ao elaborarmos as *check lists* da aplicabilidade dos protocolos PAV (Apêndice 33) e Desmame Ventilatório (Apêndice 34).

Para alcançarmos cuidados de qualidade visando a satisfação da população, os profissionais de saúde devem estar conscientes de que a prestação de cuidados de qualidade é uma responsabilidade bem como um dever para com o utente. A formação assume aqui um papel muito importante, o enfermeiro é responsável pela sua autoformação no sentido de se manter atualizado e de encontrar soluções para os problemas que lhe surgem (NUNES, 1995).

Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;

A OE reconhece nos enfermeiros especialistas um recurso indispensável para a promoção e defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar á população, ao prestarem cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da pessoa/família (DR, 2011:11114).

Após a conclusão do CPLEE novas funções nos acresceram na prática clinica, ao ser convidada a integrar a Comissão de Controle de Infecção do hospital onde trabalha, como o elo de ligação para o serviço, por ser uma das competências específicas da sua área de especialidade, demonstrando conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar sendo uma referência

para a equipa, assim como elemento do Grupo de Trabalho Via Verde Sépsis da UCIP.

Ao nível da equipa de enfermagem da UCIP assumiu a chefia de uma das equipas de enfermagem, colaborando com vários estabelecimentos escolares na orientação e avaliação de estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico e do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, por ser a sua área de especialidade, tendo até á presente data orientado três alunos de especialidade.

Dado o seu percurso profissional direcionado para a prestação de cuidados ao doente crítico é formador dentro do Núcleo de Formação do Instituto de Emergência Médica Nacional (INEM) nas áreas de Emergência Médica e Trauma e colaborador pontual com o Instituto SAMU (Espanha) dentro da área do pré-hospitalar.

A concretização do PIS também permitiu a mobilização da equipa multidisciplinar da UCIP ao criar guias de orientação e ao formar a equipa ao proporcionar momentos formativos de aquisição de novos conhecimentos e de uniformização dos mesmos em prol de cuidados de qualidade.

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

Tendo por base os valores da profissão regulamentados no REPE, os deveres inscritos no Código Deontológico e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem podemos constatar que em todas as intervenções autónomas ou interdependentes do enfermeiro está subjacente a tomada de decisão na prática de cuidados sempre com vista á excelência do exercício profissional.

O processo de agir implica que se assuma a decisão, uma representação na praxis consciente e livre em que as ações pertencem-nos advindo o conceito de responsabilidade e as suas consequências (NUNES, 1995).

A tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistematizada, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem do individuo, família ou comunidade, em que as intervenções de enfermagem são direcionadas no sentido de identificar a problemática do cliente, de prevenir

riscos, detetar complicações precocemente, resolver ou minimizar problemas reais, incorporando os resultados da investigação na sua prática (OE, 2001).

O PIS permitiu o desenvolvimento desta competência na medida que ao longo da metodologia de projeto e das diferentes etapas da sua implementação houve necessidade de tomada de decisão, de argumentação e de incorporar resultados de investigação prévios para justificar a pertinência deste projeto. Quando justificamos a pertinência do PIS baseando-nos no facto de que (...) *a produção de guias orientadoras da boa prática de cuidados de enfermagem constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros* (OE, 2001:14).

Diariamente a tomada de decisão está patente na nossa prestação de cuidados á pessoa em situação emergente em unidades de cuidados intensivos, quando temos que identificar precocemente os focos de instabilidade e agir de forma pronta e antecipatória, mobilizando conhecimentos e habilidades, implementando respostas e avaliando a adequação destas respostas aos problemas detetados. Quando na nossa prática estabelecemos a relação terapêutica com a família a experienciar uma situação de grande incerteza relativamente ao futuro, apoiando, orientando e nunca decidindo pela mesma, sendo estruturas de apoio fundamentais neste processo (MISHEL,2003). Quando estabelecemos uma parceria com o cliente em que a tomada de decisão é devidamente fundamentada, baseada nos princípios éticos, normas e valores deontológicos que norteiam e regulamentam a praxis de enfermagem (OE, 2011).

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

A frequência do CPLEE contribuiu fortemente para o desenvolvimento desta competência na medida que ao longo deste curso foi-nos incutido a importância da investigação na fundamentação dos cuidados e no desenvolvimento da profissão de enfermagem. Deste modo realizamos um estudo de caso na área da Supervisão Clínica, com o estudo aprofundado de um caso clínico, suportando-nos na evidência científica, recomendações e *guidelines* atuais.

De igual modo o PIS também contribuiu para a consecução desta competência ao basearmos na metodologia de projeto, ao fundamentar-nos as nossas ações tendo por base a investigação baseada na evidência, assim como ao elaborarmos um artigo científico (Apêndice 35) sobre a temática do transporte do doente crítico.

Reportando-nos para a prática e porque a segurança é essencial à qualidade na saúde e aos cuidados de enfermagem cada vez mais se adotam estratégias preventivas com o intuito de minimizar o risco; fala-se então na Gestão do risco com a criação de normas internas, protocolos, comissões, adoção de *guidelines*, comissões e a divulgação de *bundles* de boas práticas (NUNES, 2006).

Para esta etapa de ajustamento ao Curso de Mestrado, alicerçamos a fundamentação e a pertinência do mesmo através da pesquisa bibliográfica acedendo a bases de dados fidedignas, corroborando a importância que as normas e *check lists* têm para a prestação de cuidados de enfermagem seguros e para a garantia da qualidade dos mesmos.

A questão da segurança e dos cuidados de saúde cada vez mais é uma preocupação crescente das instituições de saúde que querem evoluir e alcançar a Qualidade. Assim existem muitas *guidelines*, *bundles*, protocolos, algoritmos que são os resultados do consenso de estudos efetuados em vários países por sociedades profissionais, organismos estatais, revistas com uma certa periodicidade e que refletem as melhores práticas clínicas atuais tendo por base a evidência científica mais recente (CARNEIRO, 2007). Neste sentido foi unânime para as instituições a adoção da melhor evidência demonstrada no momento, na prática baseada na evidência através de recomendações clínicas com elevado grau de eficácia, utilizando estratégias sugeridas tais como as normas de orientação clínica denominadas em inglês como as *guidelines* (CARNEIRO, 2007), os programas de cirurgia segura com a implementação das *check lists* (WHO, 2009), os algoritmos de reanimação americanos e europeus, a um nível menos formal a normalização dos cuidados de enfermagem, as *check list* adaptadas às especificidades entre outras.

Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Para a aquisição desta competência o PIS contribuiu de sobremaneira ao se basear na metodologia de projeto que é uma metodologia de investigação-ação e que se desenrola ao longo de várias etapas como as acima descritas.

Para além da metodologia foram delineadas estratégias de disseminação do mesmo através da formação da equipa multidisciplinar, ao dar a conhecer e ao transmitir a importância da criação de guias de orientação como as normas de cuidados e as *check lists* de verificação de procedimentos de enfermagem e o impacto que estas podem ter nos cuidados de enfermagem em particular.

O Código Deontológico, remete-nos para o Artigo 80.º alínea a) e b) *Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido e participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas detetados* e ainda no Artigo 88.º alínea a) *Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que sejam passíveis de mudança de atitude*, e na alínea c) *para a necessidade de manter a atualização continua dos conhecimentos com recurso às tecnologias sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas* (DR, 2009:6548).

Quando fomos convidados a apresentar uma comunicação num Congresso de cuidados intensivos sobre a temática dos PIS, O transporte do doente crítico por meio aéreo: helitransporte, (Apêndice 29) e no Congresso de Enfermagem do IPS, ESS na mesma temática (Apêndice 30), estamos a contribuir a criação do novo conhecimento e para a sua disseminação devidamente fundamentada, quando fomos moderadores convidados nas 4ª Jornadas de Enfermagem da UCIP do CHBA 2012 numa mesa temática sobre a PCR, quando fomos moderadores no IV Luso-brasileiro de Medicina Intensiva/VII Congresso Nacional de Medicina Intensiva, SPCI 2014, estamos a ser reconhecidos pelo nosso trabalho desenvolvido como peritos nesta temática e como especialistas de enfermagem em enfermagem MC.

Quando somos nomeados pelo CA da Instituição desde o ano de 2012 como elemento de ligação da Comissão de Controlo de Infeção (CCI) da unidade onde trabalhamos, é o reconhecimento por uma das competências específicas enquanto enfermeira especialista na área.

Reportando-nos às competências do enfermeiro especialista a OE refere que (...) *também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem* (OE,2011:8648).

Acresce a responsabilidade de educação dos pares e de outros elementos da equipa de saúde multidisciplinar através da formação resultante do diagnóstico das necessidades da equipa, bem como no envolvimento nos projetos de melhoria contínua do serviço e na transmissão dos resultados.

7 - REFLEXÃO FINAL

Este relatório surge como a etapa final de um projeto que teve início em 17 de Setembro e termino a 15 de Maio, no âmbito do Estágio III do 2º CPLEE MC que decorreu na UCIP de um Hospital da região sul do País. Opto por denominar reflexão final ao invés de conclusão, pois tenho a perceção de que este trabalho académico foi apenas um agente catalisador em termos pessoais e um ponto de partida para projetos futuros na busca do conhecimento e para uma prática baseada na evidência.

Assim impõe-se o momento de efetuar uma síntese das ideias significativas, dos objetivos delineados inicialmente ao nível do PIS e do PAC, do relatório, dos contributos para o grupo em questão, enriquecimento ao nível pessoal e profissional.

Assim o meu PIS, na área de prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, começou com um diagnóstico de situação no seio da equipa de enfermagem, na identificação da situação alvo de atenção e na implementação de estratégias e desenvolvimento de atividades no terreno no sentido de resolução do mesmo.

O ensino clínico decorreu no serviço onde exerço funções sendo um fator facilitador no aspeto de acessibilidade à equipa, no conhecimento dos recursos humanos e materiais do serviço e da instituição.

Desde o início e em prol das necessidades da equipa, foi uma preocupação pessoal a definição de objetivos, estratégias/atividades que fossem exequíveis e que pudesse obter resultados palpáveis.

Na avaliação das atividades do PIS aguardamos a aprovação da norma e da *check list* pelo CA do Hospital e sua futura implementação na UCIP e também na Sala de Reanimação do DEUCI. Consideramos ter atingido os objetivos propostos, contribuindo para o crescimento da equipa ao transmitir novo conhecimento, ao constituir-nos como recurso e elementos de referência no seio da mesma no âmbito da prática especializada.

O Projeto de Aprendizagem Clínica, para além de permitir o desenvolvimento das competências específicas na área da Infecção e da Catástrofe pretende contribuir com soluções e aportes de melhoria na equipa de enfermagem. Para ir ao encontro da área da infeção desenvolvemos a temática da monitorização contínua do débito cardíaco (PiCCO) no sentido de dar resposta às necessidades manifestadas pela equipa de enfermagem no âmbito da prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde.

Outra vertente do PAC foi a área da Catástrofe, neste sentido elaboramos em parceria com o Serviço Instalações e Equipamentos um fluxograma de apoio à decisão perante o incidente de falha no fornecimento dos gases medicinais à UCIP.

No cômputo geral pensamos que os objetivos delineados foram atingidos não se restringindo apenas a um cariz meramente académico, houve um contributo da nossa parte enquanto pessoa e um impacto no serviço ao criar, partilhar, disseminar conhecimento novo no seio de uma equipa, ao sensibilizar as pessoas pela pertinência dos temas, pela demonstração da aplicabilidade no contexto de prática, ao promover a uniformização de procedimentos. De certo modo foi importante ir ao encontro das reais necessidades dos profissionais, tornando-se mais fácil por estarmos também no terreno, contribuindo para assim para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Enquanto pessoas crescemos ao receber o apoio por parte da equipa, ao trabalharmos em conjunto, pelo empenho que demonstraram enquanto colegas ao colaborar no preenchimento dos questionários, quando interpelados em questões, aquando da ida dos mesmos nos seus dias de folga ao hospital para assistir às formações em serviço que faziam parte dos nossos objetivos, na gestão do serviço durante o tempo que estivemos fora a frequentar o CPLEE, enfim sem o seu contributo nada disto teria sido exequível.

A nível profissional as aprendizagens decorrentes desta experiência formativa aliadas a uma prática reflexiva de cuidados revelaram-se gratificantes para o meu crescimento assim como o reconhecimento pelos meus pares como elemento de referência na prática especializada pelo percurso percorrido.

As temáticas desenvolvidas foram do meu agrado o que foi motivador e facilitador para a consecução deste projeto. Este relatório teve início com um

enquadramento concetual e teórico com a teoria de enfermagem que melhor se coadunou à temática do projeto e á prática de cuidados à pessoa em situação crítica, aliada a uma revisão da literatura atual.

A metodologia de projeto esteve na base deste trabalho sendo o fio condutor do mesmo. Seguiu-se a explicitação do PIS na interligação da metodologia de projeto orientada para a resolução de problemas e a aplicabilidade na prática perante um problema de contexto real, desde o diagnóstico de situação com o recurso a ferramentas (questionário e análise SWOT), delineando objetivos tangíveis, o planeamento das estratégias e atividades, a sua execução e posterior análise e avaliação com recurso a indicadores.

Seguiu-se a explicitação do PAC tendo por base situações problemáticas na área da Infeção e Catástrofe, o planeamento das atividades/estratégias a desenvolver, a execução, análise entre o projetado e o executado e avaliação com recurso a instrumentos (questionário, análise SWOT) e indicadores.

Os contributos dos aportes teóricos lecionados permitiram o conhecimento e desenvolvimento das competências comuns transversais ao enfermeiro especialista bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica, havendo uma reflexão das aprendizagens desenvolvidas.

Por fim este relatório através de uma reflexão crítica sobre o trabalho desenvolvido propõe-se como elemento de avaliação à aquisição do título de Mestre em EMC.

Tornou-se premente percorrido este percurso académico a consciencialização/interiorização de que a praxis de enfermagem deve ser suportada e justificada através da pesquisa científica e investigação como forma de alcançar a tão almejada qualidade e segurança dos cuidados de saúde de que tanto se fala.

Como futuro Mestre em Enfermagem MC a exercer enfermagem assumimos um papel dinamizador fundamental no seio de uma equipa de enfermagem, como elementos de referência, ao nível da praxis baseada na evidência científica atual, ao nível da consultadoria, ao nível da formação devidamente fundamentados pois só assim podemos alcançar a prática de

enfermagem de Excelência, marcarmos a diferença no seio de uma equipa de saúde multidisciplinar e sermos reconhecidos como profissão científica e altamente qualificada.

Sendo o enfermeiro especialista o profissional detentor do conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, este profissional assume a responsabilidade de intervenção na educação dos seus pares e da população, de orientação, de liderança, nas áreas da gestão e da investigação, na criação e disseminação de conhecimento novo que vise o desenvolvimento da profissão (OE, 2010). Em suma, consciencializo-me da enorme responsabilidade que advém inerente ao facto de **ser especialista e Mestre em EMC**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografia realizada de acordo com a Norma Portuguesa (NP) 405-01.

Documentos impressos:

BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BANDEIRA, Romero – Medicina de Catástrofe: uma nova necessidade formativa? **Medicina de Emergência, dos Princípios à Organização**. Porto. Vol. I (2004).

BONGARD, Frederic [et al] – **CRITICAL CARE**. California.3ª Edition. Editora Mc GrawHill, 2008. ISBN 0-07-143657-X.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – **INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM EDUCAÇÃO – Uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto Editora.1999. ISBN 0-205-13266-9.

DEODATO, Sérgio - Supervisão de cuidados: Uma Estratégia Curricular de Enfermagem. Revista Percursos N.º 18 ISSN 1646-5067, Outubro-Dezembro., 2010, p.3-8

FORTIN, Marie - Fabienne – **O processo de investigação – da conceção à realização**. Loures: Lusociência, 1999.

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

ESS/IPS – Apresentação do Curso do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica (Estudantes com equivalência). Ano Letivo 2013/2014. Departamento de Enfermagem (2013).

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

ESS/IPS – Guia de Curso do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica 1º Semestre (grupo de Mestrados com equivalência a 83 ECTS). Ano Letivo 2013/2014. Departamento de Enfermagem (2013).

GAWANDE, Atul – O efeito checklist – como aumentar a eficácia. Alfragide. Aª Edição, Editora Lua de Papel. 2010. ISBN 978 989 2308630

GEORGE, Júlia B. – **Teorias de Enfermagem – Os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre.** Editora Artmed, 2000.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - **Triagem no serviço de urgência: manual do formador.** 2ª Ed. Lisboa: BMJ Publishing Group. 2002.

GUERRA, Isabel Carvalho – **Pesquisa Qualitativa e Análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso.** Estoril. Principia Editora LDA, 2006. ISBN 972-8818-66-1.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem – Pensamento e ação na perspetiva do cuidar.** Camarate: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-11-8.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - **Manual do Serviço de Helicópteros de Emergência Médica.** Lisboa. 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Curso de Helitransporte para operacionais de VMER**. Textos de apoio. Lisboa. 2006.

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

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 4ª Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A. 1992. ISBN 85- 224-0859-9.

LEIVA, Carlos Álvarez; SEDA, Juana Macias - **Gestión de Catástrofes** Respuesta hospitalaria a las catástrofes, **Arán Ediciones. Madrid. 2005. ISBN: 84-959-13-52-6**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE- **Cuidados Intensivos: Recomendação para o seu desenvolvimento**. Lisboa.2003. ISBN: 972-675-097-0.

MISHEL, Merle - Theories of Uncertainty in Illness. In **Middle Range Theory for Nursing**. 2ªad Ed. New York: Springer Publishing Company. 2003. ISBN 0-8261-1915-8. Pt.2, p.25-49.

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

NOVAK, Joseph - **Aprender, criar e utilizar o conhecimento**. 1ª Edição, Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 2000. ISBN 972-707-279-8.

OMS - **Metas da saúde para todos no ano 2000**. Lisboa: Artes Gráficas, Lda.1985.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**, Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, Diário da República, I Série -A – N.º 205-4-9-1996, p.2961.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Regulamento n.º 122/2011 – DR 2ª série, n.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011a. 8648-8653.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. Regulamento n.º 124/2011 – DR 2ª série, n.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011b. 8656-8657.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos**. Lisboa: OE – Cadernos Divulgar, 2002. Conselho de Enfermagem, 2001. 16p.

PASCHOAL, S.P; MANTOVANI, M.; MÉIER, M.J – Perceção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Revista da Escola de Enfermagem da USP ISSN 0080-6234. N.º 3, Setembro 2007, p. 478-484.

RUA, Fernando [et. al.] – **Transporte de Doentes Críticos Recomendações**. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008.

RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília - Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos ISSN 1646-5067. N.º15, Jan-Mar 2010, p.2.

SILVA, Rosetti; SÁ-CHAVES, Idália – Formação Reflexiva dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. Revista Interface – Comunic., Saúde, Educação.Vol. 12, N.º 27, p. 721-734, Out/Dez 2008.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGGOD, Martha Raille – **Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência. 2004. ISBN 972-8383-74-6.

NUNES, Lucília – Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. Revista Percursos ISSN 1646-5067. N.º 17, Julho-Setembro 2010, p.3.

Documentos Electrónicos:

ABREU, Wilson – Supervisão, qualidade e ensinos clínicos que parcerias para a excelência em saúde. [em linha]. Atual. [Consultado em 26/11/2012 às 9.30h]. Disponível em <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com/supervisao-clinica>

BASTOS, CARMEN – A qualidade dos cuidados de enfermagem e a norma ISO – Aplicação empírica no hospital CUf Infante Santo. [em linha]. Atual. [Consultado em 21/10/2014 às 21.00h]. Disponível em <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/3643>

ADMINSITRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO – **Regulamento de transporte de doentes. Circular Normativa nº 2-CD/2010**. [em linha]. Atual. [Consultado em 7/10/2011 às 10.30]. Disponível em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/Circulares/REGULAMENTO%20DE%20TRANSPORTE%20DE%20DOENTES-vFinal.pdf>

BAUMANN, S. -What Does Expert Nursing Practice Mean? [em linha]. Atual. [Consultado em 21/04/2012 às 20.30H]. Disponível em <http://nsq.sagepub.com/content/19/3/259.full.pdf+html>

BOUCH, D.C; THOMPSON, J.P - Intensive Care Unit Scoring Systems and Outcome. [em linha]. Atual. [Consultado em 10/05/2012 às 20.30H]. Disponível em <http://med.shams.edu.eg/protocols/anesthesia/MS-2009-ICU-%20Magdy%20Abdel-Aziz.pdf>

CALADO, J.; ROSA, D. - **Fluxo Completo e Integrações das Marcas.** [em linha]. Atual. [consultado 12/05/2012 às 15.50]. Disponível em www.ivnet.com.br/educacional/osm/fluxogramas.pdf

CANNON, W. - Fight or Flight & Importance of Homeostasis. [em linha]. Atual. [Consultado em 10/05/2012 às 20.30H]. Disponível em <http://www.gentle-stress-relief.com/walter-cannon.html>

CONSTITUIÇÃO REPUBLICA PORTUGUESA – SAÚDE. [em linha]. Atual. [Consultado em 10/05/2012 às 20.30H]. Disponível em http://www.fd.unl.pt/docentes_docs/ma/jmm_MA_8238.pdf

CARNEIRO, António – Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A qualidade dos cuidados e dos serviços. [em linha]. Atual. [Consultado em 21/10/2014 às 10.30h]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

CARNEIRO, António – Implementação de normas de orientação clínica (guidelines), problemas e soluções. [em linha]. Atual. [Consultado em 13/11/2014 às 10.50h]. Disponível em http://www.spc.pt/DL/Home/fm/7_1.pdf

COLAÇO, Gabriela – Os desafios da implementação da evidência na prática clínica. [em linha]. Atual. [Consultado em 19/11/2014 às 11.01h]. Disponível em http://www.ifisionline.ips.pt/media/0jan_vol0_n0/pdfs/artigo_opiniao.pdf

CARNEIRO, António – O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. [em linha]. Atual. [Consultado em 21/10/2014 às 16.48h]. Disponível em <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo-resumo/o-erro-clinico-os-efeitos-adversos-terapeuticos-e-13189808>

DGS – Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. [em linha]. Atual. [Consultado em 10/05/2012 às 20.30H]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4CAC-9C9D-2FECB0C05FA1/0/i013429.pdf>

DIREÇÃO - GERAL DA SAÚDE – Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). [em linha]. Atual. [Consultado em 20/05/2012 às 20.30H].

Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16316>

DIREÇÃO - GERAL DA SAÚDE – Criação e Implementação da Via Verde da Sépsis (VVS). [em linha]. Atual. [Consultado em 18/05/2012 às 20.30H]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/051D4394-95FA-419F-98DB-7AEED26D1E3E/0/i012305.pdf>

DIARIO DA REPUBLICA. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA: Decreto-lei N.º 115/2013 de 7 de Agosto. [em linha]. Atual. [Consultado em 21/03/2014 às 18.00h]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2013/08/15100/0474904772.pdf>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. [Em linha]. [Consultado em 18/07/2012].

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

DICIONÁRIO DA LINGUA PORTUGUESA. [em linha]. Atual. [Consultado em 15/05/2012 às 10.30h]. Disponível em <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa-aa/relat%C3%B3rio>

DGES- Direção Geral do Ensino Superior. Graus e diplomas do ensino superior. [em linha]. Atual. [Consultado em 24/06/2014 às 17.30h]. Disponível em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Geral/MenuTopo/Legislacao/Grau+Titulos+Equivalencias.htm>

FERREIRA, Francisco Castro – Transporte do doente crítico). [em linha]. Atual. [Consultado em 20/05/2012 às 20.30H]. Disponível em

http://www.google.com/search?q=centro+hospitalar+ave+transporte+doente+cr%C3%ADtico&hl=pt-PT&gbv=2&gs_l=hp.3...2062.2062.0.3953.1.1.0.0.0.94.94.1.1.0...0.0.k8Fu8HEmYIA&safe=active

GARRIDO, A - Supervisão clínica em enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem [em linha]. N.º 12 (2005), p. 27-34. [Consultado em 22 de Novembro de 2011]. Disponível em

http://www.sinaisvitais.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=243:revista-de-investiga-no-12-agosto-de-2005&catid=95:2004-a-2007&Itemid=80

GARRIDO, A., SIMÕES, J.F. - Supervisão de alunos em ensino clínico: uma reflexão Fórum Enfermagem Revista Nursing. N.º 218 (2007). [Consultado em 18 de Novembro de 2011]. Disponível em

http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2769:supervisao-de-alunos-em-ensino-clinico-uma-reflexao&catid=147

Guia para a elaboração do Relatório de Estágio/Semestre. Disponível em

<http://moodle.ips.pt/ess/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=19244>

[20.12.2011; 22:45].

GAWANDE, Atul – The checklist. [em linha]. Atual. [Consultado em 24/11/2014 às 10.42h]. Disponível em <http://www.newyorker.com/magazine/2007/12/10/the-checklist>

LEI DE BASES DA PROTEÇÃO CIVIL. [em linha]. Atual. [Consultado em 21/05/2012 às 20.30H]. Disponível em

<http://legislacao.mai.gov.info/v/comum/lei-de-bases-da-proteccao-civil/>

LEI DE BASES DA PROTEÇÃO CIVIL. [em linha]. Atual. [Consultado em 21/05/2012 às 20.00h]. Disponível em

http://www.proteccaocivil.pt/Legislacao/Documents/Lei_27_2006_Lei_de_Base_s_Protecao_Civil.pdf

MATHEWS, Jane - Nursing Ethics Decision Making Algoritm ©. [em linha]. Atual. [Consultado em 10/05/2012 às 20.30H]. Disponível em <http://fahs.brocku.ca/profiles/pdfs/Algorithm%20for%20decision%20making%20to%20CNA.pdf>

MAGGI, D. - O modelo Newman e as relações educação-saúde-trabalho. [em linha]. Atual. [Consultado em 21/05/2012 às 20.30H]. Disponível em <http://www.eps.ufsc.br/disserta96/denise/cap6/cap6.htm>

NUNES, Lucília - **Perspetiva ética da gestão do risco: caminho para cuidados seguros.** [em linha]. Atual. [Consultado 28/09/2011 às 13:16]. Disponível em http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/PerspectivaEticaRisco_cuidados%20seguros_LN.pdf

LOPES, Armandina; NUNES, Lucília - **Acerca da trilogia competências profissionais.** [em linha]. Atual. [Consultado em 15/02/2011 às 20.30h]. Disponível em https://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/trilogia_1995.pdf

Nunes, Lucília – **Competências morais dos profissionais de enfermagem “Cinco estrelas” revisitadas.** [em linha]. Atual. [Consultado em 21/12/2013 às 12.30h]. Disponível em http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem_LN%20Out%202013.pdf

NUNES, Lucília – **Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem.** [em linha]. Atual. [Consultado em 10/04/2012 às 20.30H]. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n17.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. [em linha]. Atual. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. [Consultado em 6/10/2011 às 21h30m]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências de enfermeiro de cuidados gerais**. Divulgar [em linha]. (2003), p.4 - 7. Atual. Outubro 2003. [Consultado 5/10/20011 às 18.30]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicações/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código deontológico dos enfermeiros**. Artigo nº 88 [em linha]. Atual. [Consultado 7 de Outubro de 2011 às 18.30]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em pessoa em Situação Crítica. Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro. [em linha]. Atual. [consultado em 29/10/2011 às 3.54]. Disponível em <Http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Divulgar [em linha]. Atual. [consultado 6/09/2011 às 17.30]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. [em linha]. Atual. [Consultado em 12/10/2011 às 15.55h]. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Padrões de Qualidade. Enquadramento conceptual Enunciados Descritivos.** Divulgar. [em linha]. Atual. [consultado 12/10/2011 às 15.50]. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

ORIENTAÇÃO DE BOA PRÁTICA PARA A HIGIENE DAS MÃOS NAS UNIDADES DE SAÚDE. [em linha]. Atual. [Consultado em 10/04/2012 às 10.30h]. Disponível em

<http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00140015AAAAAAAAAAAAAAAA>

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO: Recomendações para a prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares. Ministério da Saúde. [em linha]. Atual. [Consultado em 10/04/2012 às 12.00h]. Disponível em

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>

PREVENÇÃO DE INFEÇÕES ADQUIRIDAS NO HOSPITAL. [em linha]. Atual. [Consultado em 15/05/2012 às 10.30h]. Disponível em

http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf

PREPARACION PARA EMERGÊNCIAS: PLAN DE EMERGENCIA HOSPITALARIO. [em linha]. Atual. [Consultado em 23/03/2011 às 17.23h]. Disponível em

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/plan%20emergencia%20hospitalario.pdf>

PULSION MEDICAL SYSTEMS: Monitorização Contínua do Débito Cardíaco. [em linha]. Atual. [Consultado em 16/04/2013 às 21.00h]. Disponível em www.PULSION.com

RANGEL, Fernando – A monitorização do paciente com choque circulatório.[em linha]. Atual. [Consultado em 23/03/2011 às 18.00h] Disponível em http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2001_02/a2001_v14_n02_art05.pdf

SCHETTINO, Guilherme – Consenso brasileiro de monitorização e suporte hemodinâmico- parte III: métodos alternativos de monitorização do débito cardíaco e da volémia. [em linha]. Atual. [Consultado em 21/10/2012 às 11.56h]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000100013

RAPOSO, Luís; SILVA, José Manuel – Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio. Revista Jornal do Centro. N.º 50 (2011). [Consultado em 20/10/2012]. Disponível em http://www.chlo.min-saude.pt/Downloads_HSA/CHLO/Jornal%20do%20Centro/2010/jornal50.pdf

RECOMENDAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES. [em linha]. Atual. [Consultado em 21/05/2012 às 20.30H]. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00140015AAAAAAAAAAAAAAAAA>

REGULAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. [em linha]. Atual. [Consultado em 26/10/2012 às 12.30h]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

REPE, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril). [em linha]. Lisboa: Diário da república [Consultado em 26/10/2011 às 12:20]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – Guia para o Transporte de Doentes Críticos. [em linha]. Atual. [Consultado 8/10/2011 às 14.41]. Disponível em <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/transporte%20de%20pacientes%20criticos%20portugues.pdf>

SILVA, Aguiar – Prevenir é melhor que tratar. Revista Jornal do Centro. N.º 39 (2011). [Consultado em 20/10/2012]. Disponível em http://www.hsfxavier.min-saude.pt/Downloads_HSA/HSFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/Jornal%20do%20Centro/2009/jornal39.pdf
<http://www.acs.min-aude.pt/files/2007/12/circularnormativadgs03dspsc060206.pdf>

SITE DO HOSPITAL DE FARO, EPE. [em linha]. Atual. [Consultado em 21/05/2012 às 13.00h]. Disponível em <http://www.hdfaro.min-saude.pt/site/index.php>

SEYLE, H. – Síndrome geral de adaptação. [em linha]. Atual. [Consultado em 21/05/2012 às 20.30H]. Disponível em <http://fotolog.terra.com.br/neuroscience:234>

TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO. [em linha]. Atual. [Consultado 7/10/2011 às 9.30]. Disponível em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3526:tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico&catid=208:julho-a-agosto-2009

THE INTENSIVE CARE SOCIETY- Guidelines for the transport of the critically ill adult (3rd Edition 2011). [em linha]. Atual. [Consultado em 20/11/2014 às 9.30h].

Disponível em

<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ics.ac.uk%2FEasysiteWeb%2Fgetresource.axd%3FAssetID%3D482%26type%3Dfull%26servicetype%3DAttachment&ei=nKGWVKWsMciyUfiLgaAL&usq=AFQjCNEDiHGc-5my6EPQoQrT3qQAqUa6RA>

THE INTENSIVE CARE SOCIETY - **Guidelines for the transport of the critically ill adult standarts and guidelines. Intensive Care Society 2002.**

[em linha]. Atual. [Consultado 5/10/2011 às 17.00h]. Disponível em

http://www.ics.ac.uk/intensive_care_professional/standards_and_guidelines/transport_of_the_critically_ill_2002

TRANSPORTE DO PACIENTE CRÍTICO. [em linha]. Atual. [Consultado em 10/04/2012 às 10.30h]. Disponível em

http://www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n2/transporte_paciente.pdf transporte doente

THOMASSEN, Ø - The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. [em linha]. Atual. [Consultado em 18/09/2014 às 21.00h]. Disponível em

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24116973>

TRANSPORTE DE PACIENTES:INTRA-HOSPITALAR E INTER-HOSPITALAR. [em linha]. Atual. [Consultado em 23/11/2013 às 12.20h]. Disponível em

<http://www.pilotopolicial.com.br/Documentos/Artigos/Transportehospitalar.pdf>

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DO PACIENTE CRÍTICO. [em linha].Atual. [Consultado em 21/09/2012 às 21.45h]. Disponível em

http://revista.fmrp.usp.br/2007/vol40n4/2_transporte_intrahospitalar_paciente_critico.pdf

WORD HEALTH ORGANIZATION – Patient safety, safe surgery. [em linha].
Atual.[Consultado em 21/11/2014 às 10.56h]. Disponível em
<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>

ANEXOS

ANEXO I

Programa das Jornadas de Enfermagem em Cuidados intensivos: A Pessoa em
Situação Crítica.



Secretariado
 Tlf: 289 891 100 | Fax: 13290
 Assente: Técnico Paula Martins
 Email: jordenusc@hfarom-ualg.pt

1188 | www.hfarom-ualg.pt | 2011 | 1188

WORKSHOPS

Dia 24 de Novembro de 2011

11:00-12:30 Horas
 Workshop - Suporte Básico de Vida

14:00-15:30 Horas
 Workshop - Questões ao Doente Crítico

16:00-17:30 Horas
 Workshop - Nutrição Clínica no Doente Crítico

Dia 25 de Novembro de 2011

09:00-10:30 Horas
 Workshop - Cuidados à Pessoa com Traqueostomia

11:00-12:30 Horas
 Workshop - Ventilação Não Invasiva

COMISSÃO ORGANIZADORA

Albano Silva
 Ana Clara Bernardes
 André Correia
 André Gonçalves
 Catarina Carvalho
 Felizarda Santiago
 Hugo Lopes
 Isabel Morges
 Isabel Palma
 Júlia Bernardes
 Luís Leite
 Sérgio Branco

COMISSÃO CENTRICA

Ângelos Friaça
 Carla Silva
 Dulce Santiago
 Felizarda Santiago
 Helena José
 José Friaça
 Júlia Bernardes
 Línia Godinho
 Patrícia Santos
 Paula Vila
 Sérgio Branco

Jornadas de Enfermagem em Cuidados Intensivos

A Pessoa em Situação Crítica

Programa

Consultar Workshops no verso



24 e 25 de Nov
 Auditório da Escola Superior de Saúde | UALG



Dia 24 de Novembro de 2011

09.00 – Sessão de Abertura

09.30 – Moderador: Felizarda Santiago - En^o Chefe, Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Faro, EPE

Autonomia, Responsabilidade e Tomada de Decisão

Preletor: Sérgio Deodato - Prof. Adjunto, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

Competências em Enfermagem

Preletor: Conceição Correia - Prof^a. Adjunta, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja

A Atuação Sob Protocolos - Prós e Contras

Preletor: Fernando Aleixo - En^o Chefe, Unidade Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE

10.30 – Coffee Break

11.00 – Moderador: Sérgio Branco - En^o Especialista, Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Faro, EPE

Transporte do Doente Crítico

Preletor: Pedro Barbosa - En^o, Unidade Cuidados Intermediários do Serviço de Urgência, Hospital de Faro, EPE

O Helitransporte do Doente Crítico

Preletor: Sílvia Finnino - En^o, Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Faro, EPE

Eventos Adversos no Transporte

Preletor: Hugo Lopes - En^o, Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Faro, EPE

Como se Organiza uma Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

Preletor: Catarina Tavares - En^o Especialista, Serviço de Cardiologia, Hospital de Faro, EPE

O Impacto de uma Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

Preletor: Luis Mestre - En^o Especialista, Unidade Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE

12.30 – Almoço

14.00 – Moderador: Anjos Frade - Prof^a. Adjunta, Escola Superior de Enfermagem S.I.D., Universidade de Évora

Ser Familiar do Doente Crítico

Preletor: Rita Leonardo - En^o, Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Faro, EPE

O Enfermeiro como familiar do Doente Crítico - Um Testemunho

Preletor: Luis Catarino - En^o, Serviço de Psiquiatria, Hospital de Faro, EPE

Suporte Social à Família do Doente Crítico

Preletor: Fátima Fernandes - En^o, Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Faro, EPE

Informação à Família

Preletor: Carla Silva - En^o, Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Faro, EPE

15.30 – Coffee Break

16.00 – Comunicações Científicas

Comunicações Oraís
Posteres

20.00 – Jantar e Convívio Social

Dia 25 de Novembro de 2011

09.00 – Moderador: Dulce Santiago - Prof^a. Adjunta, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja

Trabalho em Equipa, Multidisciplinar ou Interdisciplinar

Preletor: Jaime Ferreira - En^o Chefe - Serviço de Cirurgia Poente, Hospital de Faro, EPE

Qualidade em Saúde: A Melhoria Contínua da Prática

Preletor: Jorge Jardim - En^o - Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Faro, EPE

Gestão de Risco Clínico

Preletor: Susana Ramos - En^o Chefe, Gabinete de Gestão de Risco, Hospital Santa Marta, CHLC, EPE

Vigilância Epidemiológica da Infecção em Cuidados Intensivos

Preletor: Ana Dora Velga - En^o Chefe, Comissão de Controlo de Infecção, Hospital de Faro, EPE

10.30 – Coffee Break

11.00 – Moderador: Helena José - Prof^a. Auxiliar Convivida, Inst. Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Necessidades Formativas dos Enfermeiros

Preletor: Marco Piedade - En^o, Serviço de Urgência, Hospital de Faro, EPE

Estilos de Aprendizagem - Como os Enfermeiros gostam de Aprender

Preletor: Sérgio Branco - En^o Especialista, Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Faro, EPE

As TIC ao Serviço da Formação

Preletor: António Neutel - En^o Especialista, Serviço de Urgência Pediátrica, Hospital de Faro, EPE

Integração à vida Profissional em Cuidados Intensivos - Uma experiência

Preletor: André Correia - En^o, Serviço de Cirurgia do Ambulatório, Hospital de Faro, EPE

12.30 – Almoço

14.00 – Moderador: José Birás - En^o Supervisor, Hospital de Faro, EPE

Decisão de Não Reanimar

Preletor: Patrícia Santos - En^o, Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Faro, EPE

A Transmissão da Má Notícia

Preletor: Paula Vala - En^o Especialista, Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Faro, EPE

O Enfermeiro perante a Morte Cerebral e Transplantação de Órgãos

Preletor: Jilja Barradas - En^o, Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Faro, EPE

A Influência dos Cuidados Intensivos no Enfermeiro

Preletor: Felizarda Santiago - En^o Chefe, Unidade Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital de Faro, EPE

Ética na Prática Clínica

Preletor: Lucília Nunes - Prof^a. Coordenadora, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

16.00 – Sessão de Encerramento

Prémios Comunicações Científicas

Encerramento do Evento

ANEXO 2

Programa das IV Jornadas de Enfermagem do CHBA

Posters e Comunicações Livres

- ♦ Durante as IV Jornadas de Enfermagem da UCI decorrerá a apresentação de Posters e Comunicações Livres
- ♦ As Normas de submissão de resumos podem ser consultadas em www.chbargarvio.min-saude.pt

Workshops

- ♦ Ventilação Não Invasiva - 18/04/2012 das 9 às 13h
- ♦ Avaliação/Monitorização do Doente Crítico - Escala de Alerta Precoce - 19/04/2012 das 9 às 13 h
- ♦ A participação nos Workshops está limitada a 12 inscrições

Comissão Organizadora

Álvaro Silva
Fernando Aleixo
Nuno Ferreira
Rosário Lourenço
Rui Traquino

Comissão Científica

Agostinha de Jesus
Fernando Aleixo
Henrique Serrano
Luís Mestre
Paula Morgado
Vítor Jacinto



IV JORNADAS DE ENFERMAGEM

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO ALGARVIO, EPE

18 e 19

Abril 2012

AUDITÓRIO

DO

MUSEU DE PORTIMÃO

Quarta - Feira - 18 de Abril

8h30 ABERTURA DO SECRETARIADO

9h15 SESSÃO DE ABERTURA

9h30 DOENTE CRÍTICO - VIGILÂNCIA E CONTROLO

Moderador: Enf^o Vitor Jacinto (CHBA)

- Monitorização Não Invasiva (Enf^o Nuno Pereira | CHBA)
- Monitorização Hemodinâmica - Cateter Swan-Ganz vs. Cateter PICCO (Enf^o Nuno Barros | CHBA)
- Pressão Intra-Abdominal (Enf^o André Santos | CHBA)
- Controlo da Dor - que escala utilizar?

(Enf^o Agostinha de Jesus | CHBA)

11h00 INTERVALO (Coffee break)

11h30 PREVENIR E CONTROLAR A INFEÇÃO NA UCI

Moderador: Enf^o Rosário Lourenço (CHBA)

- Os Multiresistentes na UCI (Dr^a Paula Campos | CHBA)
- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - Guidelines (Enf^o Carina Ferreira | CHBA)
- Papel do Enf^o na Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (Enf^o Nuno Ferreira | CHBA)

13h00 ALMOÇO

14h30 SEGURANÇA DO DOENTE

Moderador: Enf^o Arsénio Gregório (CHBA)

- Consentimento Informado (Enf^o Henrique Serrano | CHBA)
- Cultura de Segurança em Cuidados Intensivos (Enf^o Álvaro Silva | CHBA)

15h30 DISCUSSÃO DE POSTERS

Quinta - Feira - 19 de Abril

8h00 COMUNICAÇÕES LIVRES

9h30 PREVENÇÃO E ACTUAÇÃO NA PCR INTRA-HOSPITALAR

Moderador: Enf^o Sílvia Firmino (HFaro)

- Equipa de Emergência Intra-Hospitalar (Enf^o Luis Mestre | CHBA)
- Reanimação - Novas Estratégias (Enf^o Paulo Silva | CHBA)
- Hipotermia Terapêutica Pós PCR (Dr João Brasil | CHBA)

11h00 INTERVALO (Coffee Break)

11h30 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Moderador: Enf^o Paula Morgado (CHBA)

- Critérios de Morte Cerebral (Dr^a Joana Estilita | CHBA)
- Manutenção do Dador (Enf^o Filipa Quintas | CHBA)
- Questões Éticas (Dr Carlos Glória | CHBA)

12h30 GESTÃO DE UMA UCI

Moderador: Enf^o Felizarda Santiago (HFaro)

Prelector: Enf^o Fernando Aleixo (CHBA)

13h15 ALMOÇO

14h45 VENTILAÇÃO INVASIVA - NOVOS CONCEITOS

Moderador: Enf^o Teresa Palhares (CHBA)

- O que há de novo? (Dr João Munhá | CHBA)
- ARDS: Da terapia convencional às novas tecnologias—ECMO (Enf^o José Alexandre | HSM - CHLN)
- Intervenções não farmacológicas no doente ventilado (Fisioterapeuta Rui Cintra | CHBA)

16h15 SESSÃO DE ENCERRAMENTO

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Entrevista não estruturada

ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA

GUERRA (2006, p.35) cita HÉRBERT (1994), quando esta refere que os modos de investigação “ fixam o quadro instrumental da apreensão dos dados e devem, conseqüentemente, harmonizar-se com as técnicas de recolha”.

Uma entrevista, consiste numa conversa entre duas pessoas, intencional ou não embora por vezes possa envolver mais pessoas, dirigida por uma cujo objetivo é obter informações sobre a outra (BOGDAN&BIKLEN, 1999).

Em todas as situações a entrevista tem como objetivo recolher dados descritivos na linguagem do próprio entrevistado, permitindo ao entrevistador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre o modo como os entrevistados interpretam aspetos do mundo. Por vezes o entrevistador já conhece os sujeitos, de modo a que a entrevista assemelha-se a uma conversa entre amigos. Na maioria das vezes as entrevistas conversam como uma conversa banal, para desenvolver ou procurar um tópico em comum (BOGDAN&BIKLEN, 1999).

Autores defendem que a verbalização franca por parte do entrevistado é fundamental e que quanto menor for a intervenção do entrevistado maior será a riqueza do material recolhido, no entanto deve explicar com clareza o objetivo da entrevista e os seus temas (GUERRA, 2006).

ACTA DA ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA

Entrevista com Enf.^a Chefe Felizarda Santiago
Enf.^a Orientadora de Estágio Paula Vala
21 de Setembro de 2011, 11.00h
UCIP, H. de Faro.

Sílvia: Olá Bom dia, agradeço desde já a vossa disponibilidade para esta reunião. Como é do vosso conhecimento estou a frequentar o CPLEE em MC, faz parte do meu estágio inserido nas competências do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica actuar ao nível do serviço em áreas que sejam consideradas problemáticas, passíveis de serem abordadas utilizando a Metodologia Científica de Projeto.

Assim é neste contexto que solicito a vossa ajuda no sentido de me esclarecem sobre quais as áreas que acham que são mais problemáticas, que necessitam de intervenção ao nível de enfermagem.

Enf.^a Chefe: Considero que a formação é muito importante e que existem algumas áreas que necessitam de ser abordadas.

Neste momento estamos a actualizar as normas já existentes e parece-me que área de cuidados que tem suscitado algumas dúvidas tem sido a preparação do doente para transferência por helicóptero, das últimas vezes houve problemas, quem vai buscar quem, o que preparar.

Atendendo ao facto da equipa ser jovem acho que seria um tema pertinente para ser efetuado uma formação em serviço bem como uma norma... outra área que tem suscitado dúvidas em termos de procedimentos tem sido a colocação da PiCCO, temos tido alguns problemas em termos de ventilação não invasiva, mas neste momento já temos uma colega a tratar desta questão e que vai fazer formação e Workshop á equipa...

Enf.^a Paula: Uma vez que não existe a Norma e é um tema que a Sílvia tem alguma experiência visto trabalhar no pré-hospitalar no helitransporte penso que seria uma mais-valia... vais ter que abordar todas as competências ou só uma nesta fase inicial?

Sílvia: O meu Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) irá abordar uma das competências específicas do enfermeiro especialista; pode ser ao nível da infeção, ao nível da catástrofe ou ao nível da prestação de cuidados diferenciados á pessoa em situação crítica.

Para definir qual área que vou incidir a minha atuação, irei fazer um Diagnóstico de Situação utilizando a Metodologia Científica de Projeto irei aplicar uma ou mais ferramentas de gestão com o objetivo de dar resposta ao meu Diagnostico. Pretendo intervir ao nível da equipa de enfermagem e auscultar as suas necessidades.

Enf.^a Chefe: Como pensas auscultar as necessidades da equipa de enfermagem?

Sílvia: Penso aplicar um questionário à equipa de enfermagem no sentido de abarcar várias áreas e posteriormente definir qual a área considerada mais problemática.

Enf.^a Paula: Nesse sentido podemos utilizar a plataforma informática para introduzir os questionários e enviá-los a toda a equipa por mail, assim garantimos que todos recebem e preenchem...

Enf. Chefe: Atenção Sílvia, não esquecer de pedir autorização ao CA para aplicação do questionário, por mim não há qualquer problema no entanto vamos fazer as coisas com legalidade e seguir os protocolos.

Enf.^a Paula: Então e na área da infeção, o que pensas fazer? E na catástrofe? Podíamos ver os planos de emergência...

Sílvia: Em termos de infeção, podíamos tratar da questão do PiCCO, como a Chefe sugeriu cada vez que colocamos é sempre um drama com as mudanças dos sistemas, com a manipulação do cateter venoso central. Posso inclusivamente pedir apoio do técnico da PiCCO para me ajudar nas questões que tenha. A Prof Elsa disse que podíamos envolver as pessoas que achássemos que seriam uma mais-valia para dar o seu contributo para o projeto.

Enf.^a Paula: Então e na catástrofe, podíamos ver os planos de emergência do serviço, o que acham?

Enf.^a Chefe: Penso que se trata de uma área sensível e que mexe com outras estruturas, porque não fazer algo aqui para o serviço, não tão ambicioso?

Sílvia: Então e que tal pensarmos em criar fluxograma em caso de falha das rampas de oxigênio aos ventiladores? Com as ultimas obras, penso que a equipa não sabe onde se ligam as rampas, onde estão as balas armazenadas...

Enf.^a Chefe: Penso que é uma boa temática e podíamos fazer uns pósteres e afixar em alguns lugares da unidade.

Sílvia: Então, assim sendo agradeço as vossas sugestões, vou começar por tratar de pedir autorização para aplicação do questionário à equipa e a efetuar pesquisa bibliográfica neste sentido.

APÊNDICE 2

Diagnóstico da situação

Definição do Problema

Estudante: Sílvia Correia Firmino
Instituição: Hospital de Faro, E.P.E.
Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)
Título do Projeto: Transporte do Doente Crítico – atuação da Equipa de Enfermagem da UCIP do Hospital de Faro, E.P.E. na preparação do Doente para o Transporte por Meio Aéreo.
Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras): <p>As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica estão definidas e regulamentadas. Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados e diferenciados prestados de forma contínua à pessoa que tem por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, estando a sua sobrevivência dependente de meios avançados terapêuticos, de tecnologia avançada e de recursos humanos altamente diferenciados e treinados com vista à sua recuperação total e limitação de sequelas. (SPCI, 2008)</p> <p>Apesar de todo o manancial existente nem sempre é possível prestar todos os cuidados necessários á recuperação do doente, pelo que muitas vezes se procede à sua transferência quer seja por via terrestre ou aérea para outras unidades hospitalares que prestam um nível assistencial superior. A mobilização de um doente de uma Unidade onde o ambiente é altamente controlado, constitui um desafio e está rodeado de risco. As Recomendações para o Transporte do Doente Crítico emanadas em 2008 pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, preconizam que se deve manter o nível de cuidados em todas as fases que envolve transporte. No que concerne o transporte por meio aéreo este envolve particularidades em nível de cuidados nunca deve ser inferior ao que tinha no serviço de origem, podendo existir eventualmente necessidade de o elevar. O período de preparação do doente para o transporte é crucial em que a condição clínica do doente deve ser otimizada, prevendo-se e antecipando-se as complicações.</p>

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

Desconhecimento por parte da Equipa de Enfermagem da UCIP, das particularidades/especificidades inerentes à preparação do doente crítico para transporte por meio aéreo.

Após entrevista estruturada com a Enf.^a Chefe da UCIP, esta considerou ser uma temática interessante na medida em que apresenta lacunas em termos formativos no seio da Equipa e como tal deveria ser abordada no sentido de suprir estas mesmas necessidades.

Aquando da auscultação da equipa, foram manifestadas dúvidas e até mesmo algum desconforto nesta área, facto resultante do desconhecimento das especificidades relativamente à preparação do doente crítico para transporte aéreo.

A inexistência de documentos de apoio que orientem a prática e onde se proceda ao registo de procedimentos e à confirmação dos cuidados prestados.

A formação nesta área será uma ferramenta que irá contribuir para a uniformização e segurança dos cuidados a serem prestados, contribuindo para as boas práticas de enfermagem

Análise do problema (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos considera ser uma obrigação intervir na normalização da boa prática no transporte do doente crítico em que diversos documentos têm sido elaborados neste sentido com base noutras entidades congéneres. Em Portugal existem diversos instrumentos legais relevantes nesta área que regulam o Transporte de Doentes. (Transporte de Doentes Críticos Recomendações, 2008).

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros foram definidas estratégias que almejam a qualidade dos cuidados de enfermagem a serem prestados aos cidadãos, bem como a implementação de sistemas de melhoria contínua de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. (Ordem dos Enfermeiros, p 4-10, 2002).

Prestar cuidados de qualidade é uma meta que deve envolver toda a equipa multidisciplinar de Saúde mas onde o enfermeiro tem um papel preponderante através das suas práticas diárias. Considera-se ser responsabilidade das Instituições zelar pela qualidade dos Serviços que prestam à população mas para os profissionais de saúde em particular os enfermeiros, trata-se

de uma responsabilidade para com o cidadão. Para concretizar esta meta os enfermeiros devem encarar a formação como uma ferramenta promotora do desenvolvimento da qualidade e do seu desempenho profissional. No domínio da competência melhoria da qualidade e desenvolvimento das aprendizagens profissionais o enfermeiro assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções baseando-se em padrões de conhecimento actuais, válidos que suportam a prática clínica. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, p 8648-8653, 2011). De igual modo o Código Deontológico no Artigo 88.º nas alíneas a) e c) remete-nos para a necessidade de manter a actualização continua dos conhecimentos com recurso às tecnologias sem nunca esquecer a formação permanente das Ciências Humanas e reconhecimento de eventuais falhas que sejam passíveis de mudança de atitude.

Com base na problemática por mim identificada e corroborada pela minha Chefe e Enf. Orientadora de Estágio em campo, por ser uma lacuna formativa da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, irei numa fase inicial aplicar um Questionário à Equipa de Enfermagem no sentido de auscultar as suas necessidades específicas no tema em questão. A escolha desta ferramenta de gestão para colheita de dados recai no questionário por me parecer mais adequado por apresentar vantagens ao ser respondido sem a presença do investigador, ao atingir um maior número de pessoas simultaneamente com rentabilização do tempo por parte do investigador e proporcionar-me a obtenção de respostas rápidas e precisas, além de garantir o anonimato do inquirido. (MARCONI E LAKATOS, 1986).

Da auscultação em entrevista informal aos meus colegas em vários momentos, nas passagens de turno, durante a prestação de cuidados constatei que de um modo geral esta é uma necessidade por eles sentida e um tema que gostariam de receber formação. A aplicação do questionário e o tratamento dos dados irá, de certo modo, corroborar o que foi transmitido em entrevista.

As questões éticas e legais inerentes á aplicabilidade do questionário estão salvaguardadas ao solicitar autorização ao Conselho de Administração do Hospital para aplicar o questionário, enviando uma cópia e uma contextualização do meu projecto de estágio para o Departamento de Formação que posteriormente irá dar seguimento do mesmo. As questões éticas também serão salvaguardadas ao garantir aos inquiridos a confidencialidade dos seus dados, em que estes serão única e exclusivamente para utilização neste trabalho, após o que serão inutilizados.

O consentimento informado por parte dos inquiridos está implícito neste tipo de procedimento informático ao colaborarem voluntariamente no mesmo.

Pretendo utilizar a Plataforma e - learning Dokeos 2.0 como meio de divulgação dos questionários que serão introduzidos e posteriormente enviados para os correios electrónicos dos enfermeiros do Serviço. Uma desvantagem deste instrumento pode ser a não resposta do questionário por motivos de férias, se bem que os enfermeiros com a sua palavra-chave podem sempre aceder a esta plataforma independente do lugar em que se encontrem.

Apesar da decisão de transporte de um doente crítico ser um ato médico (SPCI, 2008), a fase de planeamento da acção é feita pela equipa médica e de enfermagem e envolve vários aspectos como a preparação do doente para o transporte, a estabilização do doente, a manutenção, os equipamentos necessários, a coordenação e a comunicação entre equipas, nível de monitorização e adequação da terapêutica.

Optei por aplicar o questionário só à equipa de enfermagem, pois são os profissionais de Saúde que de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro no Capítulo IV Exercício e intervenção dos enfermeiros Artigo 8.refere no ponto “3 – Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, p.2961).

Após a introdução dos questionários na plataforma informática e envio dos mesmos via correio electrónico para os enfermeiros do Serviço, limitou-se o tempo de preenchimento dos mesmos a uma semana após o que a sessão expirou. Posteriormente procedi ao tratamento estatístico dos dados provenientes do questionário utilizando o programa informático SPSS versão 19. Durante este processo adquiri conhecimentos teórico práticos relativamente à utilização do sistema informático plataforma Dokeos 2.0. no que concerne à introdução de um questionário na mesma.

Do tratamento estatístico dos dados podemos concluir que:

Para além do questionário pretendo efectuar uma análise SWOT, tradução do inglês como pontos fortes, fraquezas, oportunidades e ameaças. A análise SWOT que também é uma ferramenta de gestão que pode ser utilizada para descrição e análise do contexto (Serviço, condições, características da equipa) externo e interno onde pretendo intervir em termos formativos, de certo modo é uma predição do sucesso ou dificuldades que podem decorrer aquando da implementação do meu PIS.

A estruturação da análise SWOT apresenta-se em forma de dois quadrados: de um lado as forças e as fraquezas e do outro as oportunidades e ameaças, de acordo com o que apresento seguidamente:

Tabela XX - Análise SWOT da Formação Transporte do Doente Crítico.

<p>Forças</p> <p>Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados Contribuir para a diminuição do risco clínico. Equipa jovem e motivada para a formação. Criação de procedimentos orientadores da prática. Criação de documento de confirmação de procedimentos minimizando o risco de falhas.</p> <p>Existência de Normas e protocolos de actuação na UCIP.</p>	<p>Fraquezas</p> <p>Espaço físico para sessão de formação e Espaço físico com poucas condições mot Indisponibilidade da equipa para se Hospital para formação em dias de folga Pouca adesão da equipa para a formação horário laboral.</p>
<p>Oportunidades</p> <p>Não há formação nesta área no serviço. Não há Norma de procedimentos Não há Check-list Cumprimento das Recomendações do transporte doente crítico 2008</p>	<p>Ameaças</p> <p>Resistência por parte da equipa relati preenchimento de mais impressos. Resistência por parte da equipa médica e os procedimentos em conjunto. Efectuar formação apenas no horário labo</p>

Com base em alguns dados obtidos no questionário, o facto da equipa de enfermagem ser jovem e expressar necessidade de formação nesta temática constitui, obviamente um ponto forte e alvo de atenção. O facto de não existir Norma e Check-List de procedimentos é uma lacuna em termos formativos e na prestação dos cuidados em que a criação/ implementação das mesmas servirá como um guia de actuação da equipa de enfermagem. A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional sendo importante a definição de padrões de qualidade ao nível local, ao utilizarmos estes documentos na nossa prática de cuidados estamos a contribuir para a diminuição do erro e ao prestarmos cuidados de enfermagem mais seguros iremos contribuir para a qualidade da saúde de um modo geral. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001). O facto de na UCIP, todos os procedimentos de enfermagem estarem normalizados e serem revistos de acordo com as últimas guidelines, com acesso em dossier próprio, constitui um ponto forte pois é um procedimento que carece de Norma e que também foi sugerido pela Enf.^a Chefe.

Como fraquezas considero que o facto de não existir um espaço físico, ou seja uma sala para formação com condições de espaço e de mobiliário, com condições facilitadoras do processo formativo é de certo modo uma fraqueza. Normalmente utiliza-se a Sala de enfermagem que também serve de espaço para as refeições do pessoal, sendo que as formações por norma estão marcadas para as 14.00h o que por vezes colide com o pessoal da equipa de saúde que ainda está a almoçar. Um outro aspecto que a mim me parece uma fraqueza é o facto dos enfermeiros manifestarem muitas vezes o seu descontentamento em terem que se deslocar propositadamente ao Hospital nos seus dias de férias, de folga, de descanso para efectuar formação, tempo esse que representa gastos em deslocação e em tempo em termos pessoais.

Em termos de oportunidades o facto de não existir formação nesta temática na UCIP, de não existir Norma de Procedimentos e documento de check-list é uma mais-valia para investir nesta área.

Além do facto de que, ao criarmos estes documentos estamos a dar resposta às recomendações emanadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, Recomendações do Transporte do Doente Critico 2008. (SPCI, 2008)

Como ameaças posso considerar, que sendo os Cuidados Intensivos uma área tão exigente em termos profissionais e estando os enfermeiros tão assoberbados de trabalho na prestação de cuidados, o facto de terem que preencher mais impressos pode constituir mais uma sobrecarga e ocupação de tempo. De igual modo os médicos do Serviço também podem considerar que é mais um impresso pelo que não necessitam de preencher. No entanto, não devemos esquecer que esta fase de planeamento é uma decisão da equipa multidisciplinar (médico e enfermeiro), repercutindo-se em termos de efectivação num transporte seguro, sendo uma fase crucial para um transporte seguro, devendo-se sempre ponderar os potenciais benefícios em detrimento de eventuais riscos.

Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)

A fase de preparação de um doente para ser transferido por meio aéreo envolve particularidades relacionadas com as alterações que se processam ao nível fisiológico o que implica conhecimentos em termos de fisiologia de voo.

O facto de não existir uma Norma de procedimentos e uma Check – List para a preparação do helitransporte do doente crítico é uma lacuna na prestação de cuidados pois não existe nenhum documento onde se proceda ao registo do que se faz e que sirva de guia de orientação.

Numa altura em que tanto se fala na qualidade da Saúde e dos cuidados de enfermagem, cada vez mais se adoptam medidas preventivas com o intuito de minimizar o risco; fala-se então na Gestão do risco com a criação de normas internas, comissões, protocolos, adopção de guidelines ou recomendações. Parece-me que estes dois documentos poderão contribuir para a diminuição do risco garantindo a qualidade das práticas e segurança dos profissionais, salvaguardando o enfermeiro bem como contribuindo para a segurança do doente. (NUNES, 2006).

Determinação de prioridades

Pesquisa bibliográfica nesta área.

Formação à Equipa de enfermagem da UCIP através de sessão formativa em sala no contexto da formação em serviço a realizar no mês de Novembro.

Divulgação e disponibilização da formação em suporte informático, através da plataforma e -

learning em pasta partilhada.

Colaboração nas Jornadas de Cuidados Intensivos do H. Faro, E.P.E, nos dias 24 e 25 de Novembro de 2011 como elemento da Comissão Organizadora.

Apresentação de palestra no dia 24 de Novembro nas Jornadas de Cuidados Intensivos: O Helitransporte do Doente Crítico.

Elaboração de Norma de procedimentos para o transporte inter-hospitalar de Doentes em estado crítico por Meio Aéreo.

Elaboração de Check-List tendo por base as Recomendações de Transporte Doentes Crítico 2008.

Apresentação da Norma e Check-List à Equipa de Enfermagem e respectiva implementação da mesma na UCIP, com o aval da Chefia e Supervisão de Enfermagem.

Objectivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema. Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

OBJECTIVO GERAL

Uniformização dos cuidados de enfermagem a serem prestados pela Equipa de enfermagem da UCIP no que concerne ao transporte inter-hospitalar de doente crítico por meio aéreo a fim de garantir a qualidade e segurança dos cuidados aos doentes do Hospital de Faro, E.P.E.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

Definição de estratégias de intervenção que passam por:

Desenvolvimento pessoal em termos de aquisição de conhecimentos.

Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados no contexto da prática clínica e reflexiva a serem prestados na fase de preparação do doente crítico.

Apresentação em sala no âmbito da Formação em Serviço de acções de formação com vista a responder às necessidades manifestadas pela Equipa de Enfermagem.

Apresentação da Norma e Check-list e respectiva implementação.

Referências Bibliográficas (Norma da ESS)

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew – **Investigação por questionário**. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.

ISBN 972-618-233-9.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – **Metodologia do trabalho científico**. 4ª Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A. 1992.

INTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Curso de Helitransporte para operacionais de VMER**. Textos de apoio. Lisboa. 2006.

INTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - **Manual do Serviço de Helicópteros de Emergência Médica**. Lisboa. 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - **Manual de Suporte Avançado de Vida**. Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica, 2006

RUA, Fernando [et al.] – **Transporte de Doentes Críticos Recomendações**. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**, Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, Diário da República, I Série -A – N.º 205-4-9-1996, p.2961.

Electrónicas:

ADMINSITRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO – **Regulamento de transporte de doentes. Circular Normativa nº 2-CD/2010**. [em linha]. Atual. [consultado em 7/10/2011 às 10.30]. Disponível em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/Circulares/REGULAMENTO%20DE%20TRANSPORTE%20DE%20DOENTES-vFinal.pdf>

NUNES, Lucília - **Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros.** [em linha]. Actual. [consultado 28/09/2011 às 13:16]. Disponível em http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/PerspectivaEticaRisco_cuidados%20seguros_LN.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências de enfermeiro de cuidados gerais.** Divulgar [em linha]. (2003), Pp.4 - 7. Actual. Outubro 2003. [consultado 5/10/20011 às 18.30]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código deontológico dos enfermeiros.** Artigo nº 88 [em linha]. Actual. [consultado 7 de Outubro de 2011 às 18.30]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros.** Divulgar [em linha]. Actual. [consultado 6/09/2011 às 17.30]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Padrões de Qualidade. Enquadramento conceptual Enunciados Descritivos.** Divulgar. [em linha]. Atual. [consultado 12/10/2011 às 15.50]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

REPE, **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro** (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril). [em linha]. Lisboa: Diário da república [consultado em 26/10/2011 às 12:20]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Guia para o Transporte de Doentes Críticos.** [em linha]. Atual. [consultado 8/10/2011 às 14.41]. Disponível em <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/transporte%20de%20pacientes%20criticos%20portugues.pdf>

TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO. [em linha]. Atual. [consultado 7/10/2011 às 9.30]. Disponível em http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3526:tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico&catid=208:julho-a-agosto-2009

THE INTENSIVE CARE SOCIETY **Guidelines for the transport of the critically ill adult standarts and guidelines. Intensive Care Society 2002.** [em linha]. Atual. [consultado 5/10/2011 às 17.00h]. Disponível em http://www.ics.ac.uk/intensive_care_professional/standards_and_guidelines/transport_of_the_critically_ill_2002

E c

Data

Assinatura:

APÊNDICE 3

Questionário on line aplicado à equipa de enfermagem da UCIP

QUESTIONÁRIO

Sou Enfermeira a frequentar o Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tendo como objetivo a auscultação da sua opinião acerca da sua prática de cuidados, esta constituirá a base do meu projeto de intervenção, pelo que a sua colaboração é fundamental. Durante este processo é garantida a confidencialidade e proteção dos dados obtidos. Agradeço desde já a sua disponibilidade.

Sílvia Firmino

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO PROFISSIONAL

1. **Idade:** _____ (em anos)

2. **Género:** M F

3. **Tempo na Profissão** _____ (em anos)

4. **Habilitações Literárias:**

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro Qual? _____

5. **Especialização em Enfermagem:**

- Sim
- A frequentar
- Não

A seguir vai encontrar um conjunto de itens relacionados com a sua prática de cuidados. Reportando-se à sua experiência, *como percebe a frequência com que acontecem os seguintes eventos*. Manifeste a sua percepção assinalando com um (x) o valor de frequência de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Muito Pouco	Pouco	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

A Minha Prática de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica

		1	2	3	4	5	6
1	Conheço as recomendações do Transporte de Doente Crítico emanadas em 2008.						
2	Atualizo formação relativa às Recomendações para o transporte de doente crítico.						
3	Implemento as Recomendações do transporte do doente crítico.						
4	Sinto-me apreensivo quando executo o transporte de doentes críticos						
5	Estou consciente dos riscos inerentes ao transporte do doente crítico.						
6	Sente necessidade da existência de uma Norma de boas práticas relativas aos procedimentos de preparação do helitransporte do doente crítico						
7	Procedo aos registos de enfermagem em documento próprio relativamente aos procedimentos inerentes à evacuação do doente.						
8	Conheço as indicações, contra - indicações relativas ao helitransporte do doente crítico.						
9	Conheço os procedimentos necessários para efetivar a preparação do doente para helitransporte.						
10	Durante a fase de preparação do doente para o helitransporte deteto precocemente focos de instabilidade.						
11	Durante a fase de preparação do doente para o helitransporte respondo de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade.						
12	Durante a fase de efetivação do helitransporte do doente já experienciei alguma intercorrência.						
13	Durante a fase de preparação do doente para transporte cumpro os procedimentos estabelecidos na prevenção da infeção.						
	Promovo a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infeção no helitransporte do doente crítico						
12	Estabeleço estratégias pro-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção no helitransporte do doente crítico.						
13	Utilizo os mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.						
14	Desenvolvo os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.						
16	Sinto necessidade de formação na área do Helitransporte do doente crítico.						

APÊNDICE 4

Autorização do Conselho de Administração do hospital da região sul do país

Ao Conselho de Administração
Hospital de Faro, E.P.E.

Sílvia Correia Firmino, Enfermeira com o nº mec. 2335, a frequentar o 2º Curso de Pós - Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica no Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, tendo como local de Estágio a UCIP deste Hospital, vem por este meio solicitar a Vossa Exa. autorização para a aplicação de um questionário que tem por finalidade o diagnóstico de situação da Equipa de Enfermagem da UCIP relativamente à prestação de cuidados ao doente crítico, segurança do doente/infeção relacionada com os cuidados de saúde, visando a consecução do Projeto de Intervenção em Serviço, trabalho que serve de base de avaliação académica. Mais informa que os aspectos éticos serão salvaguardados ao garantir a confidencialidade dos dados cuja utilidade se destina apenas e exclusivamente a este trabalho, após o que serão inutilizados.

Agradecendo antecipadamente,

Faro, 30 de Setembro de 2011

APÊNDICE 5

Análise e discussão dos dados do questionário

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS QUESTIONÁRIO

Do tratamento estatístico e análise dos dados relativos à segunda parte do questionário, os enfermeiros quando questionados relativamente ao conhecimento das Recomendações do Transporte do Doente Crítico emanadas em 2008, 48,27% (n=14) afirmam desconhecimento.

Os enfermeiros quando questionados relativamente à participação frequente em ações de formação na área do transporte do doente crítico, 51,7% (n=15) refere ter dúvidas neste procedimento e 93,15% (n=27) refere a necessidade de um documento que oriente as boas práticas relativas ao transporte.

Os enfermeiros quando questionados se efetuam os registos de enfermagem em documento próprio no transporte do doente crítico, 75,9% (n=22) referem não efetuar este registo.

Quando questionados quanto às condicionantes relativamente ao transporte aéreo do doente crítico 86,2% (n=25) dos enfermeiros refere não ter conhecimentos suficientes de fisiologia de voo para antecipar eventos adversos relativamente ao doente que vai ser sujeito a transporte aéreo.

Os enfermeiros quando questionados relativamente ao conhecimento das indicações, contraindicações relativas ao helitransporte do doente crítico, 62,1% (n= 18) referem desconhecimento.

Quando questionados quanto à questão do conhecimento dos procedimentos necessários para efetivar a preparação do doente para helitransporte, 58,6% (n=17) dos enfermeiros, refere não ter conhecimentos dos mesmos.

Quando questionados quanto à necessidade de formação na área do Transporte aéreo do doente crítico, 89,7% (n=26) dos enfermeiros refere sentir necessidade e quanto à questão do conhecimento dos fluxogramas de apoio à decisão de Transporte do Doente Crítico, 69,0% (n=20) refere desconhecimento dos mesmos.

Quando questionados quanto à participação na preparação de um doente para ser transportado por via aérea, *58,6% (n=17) dos enfermeiros responderam nunca ter participado.*

Com base nos dados obtidos a área do Transporte do Doente Crítico e em particular por Meio Aéreo, é uma área algo fragilizada que carece de intervenção de enfermagem essencialmente em termos formativos no sentido de suprir as necessidades manifestadas pelos enfermeiros da UCIP.

APÊNDICE 6

Análise SWOT

ANÁLISE SWOT

<p>FORÇAS</p> <p>Contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados. Promoção da diminuição do risco clínico. Equipa jovem e motivada para a formação. Criação de procedimentos orientadores da prática. Criação de documento de confirmação de procedimentos minimizando o risco de falhas. Existência prévia de Normas e protocolos de atuação na UCIP.</p>	<p>FRAQUEZAS</p> <p>Espaço físico para sessão de formação exíguo. Espaço físico com poucas condições mobiliárias. Pouca adesão da equipa para a formação fora do seu horário laboral.</p>
<p>OPORTUNIDADES</p> <p>Necessidade manifesta de formação nesta área. Não há Norma de procedimentos. Não há <i>Check-list</i>. Cumprimento das Recomendações do transporte doente crítico 2008.</p>	<p>AMEAÇAS</p> <p>Resistência por parte da equipa relativamente ao preenchimento de mais impressos. Resistência por parte da equipa médica em confirmar os procedimentos em conjunto. Efetuar formação apenas no horário laboral.</p>

Como **ponto forte e alvo** de atenção temos o facto da equipa de enfermagem ser jovem e expressar necessidade de formação nesta temática. O facto de não existir Norma e *Check-List* de procedimentos é uma lacuna em termos formativos e na prestação dos cuidados em que a criação/ implementação das mesmas servirá como um guia de atuação da equipa de enfermagem.

A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional sendo importante a definição de padrões de qualidade ao nível local, ao utilizarmos estes documentos na nossa prática de cuidados estamos a contribuir para a diminuição do erro e ao prestarmos cuidados de enfermagem mais seguros iremos contribuir para a qualidade da saúde de um modo geral. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001). O facto de na UCIP, todos os procedimentos de enfermagem estarem normalizados e serem revistos de acordo com os consensos atuais constitui um ponto forte pois é um procedimento que carece de Norma e que também foi sugerido pela Enf.^a Chefe.

Como **fraquezas** considero que o facto de não existir um espaço físico adequado para a formação, com condições facilitadoras do processo formativo é de certo modo uma fraqueza. Um outro aspeto que a mim me parece uma fraqueza é o facto de os enfermeiros manifestarem muitas vezes o seu descontentamento em terem que se deslocar propositadamente ao Hospital nos seus dias de férias, de folga, de descanso para efetuar formação, tempo esse que representam gastos em deslocação e em termos pessoais.

Em termos de **oportunidades** o facto de não existir formação nesta temática na UCIP, de não existir Norma de Procedimentos e documento de *Check-list* é uma mais-valia para investir nesta área. Além do facto de que, ao criarmos estes documentos estamos a dar resposta às recomendações emanadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, Recomendações do Transporte do Doente Crítico 2008 (SPCI, 2008).

Como **ameaças** posso considerar, que sendo os Cuidados Intensivos uma área tão exigente em termos profissionais e estando os enfermeiros tão assoberbados de trabalho na prestação de cuidados, o facto de terem que preencher mais impressos pode constituir mais uma sobrecarga e ocupação de tempo. De igual modo os médicos do Serviço também podem considerar que é mais um impresso pelo que não necessitam de preencher. No entanto, não devemos esquecer que esta fase de planeamento do transporte secundário do doente crítico por meio aéreo é uma decisão da equipa multidisciplinar (médico e enfermeiro), repercutindo-se em termos de efetivação num transporte seguro, sendo uma fase crucial devendo-se sempre ponderar os potenciais benefícios em detrimento de eventuais riscos.

APÊNDICE 7

Planeamento do Projecto de Intervenção em Serviço

APÊNDICE 8

Cronograma de actividades

APÊNDICE 9

Norma de cuidados de enfermagem no transporte inter-hospitalar do doente
crítico por meio aéreo

APÊNDICE 10

Check list de transporte inter-hospitalar de doentes críticos via
aérea/helitransporte

APÊNDICE 11

Template da norma UCIP

APÊNDICE 12

Plano de sessão da formação: Helitransporte do doente crítico

APÊNDICE 13

Divulgação on line da formação Helitransporte do doente crítico

APÊNDICE 14

Formação “O helitransporte do doente crítico”

APÊNDICE 15

Avaliação da formação/análise dos dados

APÊNDICE 16

Validação da formação pela Enfª Chefe/Responsável da Formação em Serviço

APÊNDICE 17

Cronograma da sessão de formação helitransporte do doente crítico

APÊNDICE 18

Questionário da Instituição para validação de formação por formando

APÊNDICE 19

Projeto de Aprendizagem Clínica

APÊNDICE 20

Fluxograma de apoio à decisão de enfermagem

APÊNDICE 21

Norma de cuidados de enfermagem: Monitorização contínua do débito cardíaco
(PiCCO)

APÊNDICE 22

Formação Monitorização contínua do débito cardíaco (PiCCO)

APÊNDICE 23

Plano de sessão de formação: Monitorização contínua do débito cardíaco
(PiCCO)

APÊNDICE 24

Cronograma da sessão de formação: Monitorização contínua do débito cardíaco
(PiCCO)

APÊNDICE 25

Divulgação on line da formação: Monitorização contínua do débito cardíaco
(PiCCO)

APÊNDICE 26

Avaliação da formação Monitorização contínua do débito cardíaca (PiCCO)
dados do questionário

APÊNDICE 27

Validação da formação pela Enf^a Chefe/Responsável da Formação em
Serviço

APÊNDICE 28

Estudo de Caso

APÊNDICE 29

Preletor Jornadas de Enfermagem em Cuidados Intensivos Faro 2011

APÊNDICE 30

1º Encontro de Enfermagem : A pessoa em situação crítica helitransportada,
ESS/IPS 2014

APÊNDICE 31

Protocolo PAV

APÊNDICE 32

Protocolo de Desmame Ventilatório

APÊNDICE 33

Check list protocolo PAV

APÊNDICE 34

Check list Desmame Ventilatório

APÊNDICE 35

Artigo Científico: O Transporte Secundário do doente crítico por meio aéreo:
Helitransporte

O Transporte secundário do doente crítico por meio aéreo: Helitransporte

Critical Patients Secondary transportation by air: Helicopter Transport

Autores: Firmino, Sílvia Correia ¹; Ruivo, Maria Alice Góis ²; Martins, Lurdes Martins ³.

Resumo

Num contexto de instabilidade hemodinâmica e perante a necessidade de garantir cuidados diferenciados que não existem na unidade em que está internado por vezes procede-se ao transporte inter-hospitalar do doente em situação crítica para outra unidade hospitalar por meio aéreo.

Neste contexto surge a necessidade de normalizar os procedimentos de enfermagem na fase de preparação do doente crítico a ser helitransportado, visando cuidados de enfermagem seguros, minimizando a ocorrência de eventos adversos, garantindo a segurança do doente e contribuindo assim para a qualidade e excelência dos cuidados de saúde.

O presente artigo tem o propósito de divulgar os resultados da implementação de um Projeto de Intervenção em Serviço no seio de uma equipa de enfermagem de uma UCIP de um hospital da região sul do país, norteado pela teoria de médio alcance, a teoria da Incerteza na doença de Merle Mishel. O Projeto de Intervenção em Serviço tem por suporte a Metodologia de Trabalho de Projeto, desenrolou-se em várias fases, foram definidas estratégias e atividades no sentido da consecução dos objetivos, emergindo a necessidade da construção de uma norma de cuidados de enfermagem e de uma *check list* de verificação de procedimentos na fase de preparação do doente crítico a ser helitransportado.

Palavras-chave: Projeto de Intervenção em Serviço; Transporte do doente crítico; Helitransporte; norma de cuidados de enfermagem; *Check list*.

¹ Mestranda no 3º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS/IPS, Enfermeira Especialista EMC, Centro Hospitalar Algarvio, EPE, Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos.
E-mail: silviafirmino@min-saude.pt

² Professora Doutora, Coordenadora 3º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

³ Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Abstract

In hemodynamic instability contexts and due to the need of providing special care non existent in the hospital where the patients are it is sometimes used by air transportation to another hospital.

The mobilization of patients from a unit where the environment is highly controlled to another hospital facility is no doubt a challenge and it is full of risks. Therefore, there is a need of critical patients nursing related procedures to be normalized even prior to their heli-transportation in order to provide safe nursing care that can effectively help to minimize the occurrence of incidents, guaranteeing the patients safety and thus contributing for the quality and excellency of health care.

The purpose of this article is the divulgation of a Care Service Intervention Project implementation results held by an UCIP (Intensive Care Unit Service) team of a Portuguese southern hospital according to the Medium Range Theory, the theory of the Uncertainty in the disease of Merle Mishel. The Care Service Intervention Project is supported by Project's Methodology and was developed in several stages. Strategies and activities were defined in order to achieve the proposed objectives and the need for a nursing care norm, as well as a procedures check list prior to patients helicopter transportation was found.

Key Words: Care Service Intervention Project; critical ill adult transportation; helicopter transport; nursing care norm; *Check list*.

Introdução

No âmbito do 2º Curso de Especialização de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (ESS/IPS) frequentado no ano letivo de 2011/2012 é solicitado como elemento avaliador do mesmo a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço. Pretende dar resposta às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para a concetualização do Projeto de Intervenção em Serviço, foi identificada como situação problemática decorrente da prática clínica o transporte secundário do doente crítico por meio aéreo: helitransporte.

O presente artigo tem como objetivos (1) contextualizar a pertinência do Projeto de Intervenção em Serviço na prática clínica; (2) descrever a metodologia de projeto, as etapas e as estratégias definidas para a consecução do mesmo; (3) enquadrar a teoria de Incerteza na Doença Merle Mishel como suporte teórico que nos norteou; (4) transmitir os resultados obtidos e soluções apresentadas; (5) refletir sobre os resultados obtidos extrapolando para a prática clínica.

Enquadramento teórico e concetual

A prática de cuidados de enfermagem deve ser suportada por modelos teóricos e teorias de enfermagem que promovam o desenvolvimento da profissão e a qualidade dos cuidados prestados. Assumindo estes pressupostos e tendo por base a nossa prática de cuidados filiamo-nos à teoria de enfermagem de médio alcance, a Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, como suporte teórico deste Projeto de Intervenção em Serviço assim como na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, fazendo assim a ponte entre a teoria e a praxis.

A Teoria da Incerteza na Doença (Mishel, 1988) foi desenvolvida para ir ao encontro da incerteza experienciada pelos doentes nas fases de pré-diagnóstico, diagnóstico e tratamento de uma doença aguda ou no caso de uma doença debilitante /crónica. Esta teoria pressupõe que a incerteza existe numa situação de doença complexa, ambígua, incurável ou quando a informação disponibilizada pelos profissionais de saúde é insuficiente ou até

mesmo inconsistente (Mishel, 2003).

A Teoria da Reconceptualização da Incerteza na Doença (Mishel, 1990) foi desenvolvida para abordar o processo de ter de viver com a permanente incerteza associada a uma doença crónica ou com a possibilidade de uma recorrência que requer autogestão contínua como foco principal para o tratamento (Mishel, 2003).

Extrapolando para o estágio na UCIP, estas duas teorias aplicam-se não só aos doentes e famílias mas também aos prestadores de cuidados. Os conceitos destas duas teorias encaixam na enfermagem descrevendo e explicando as respostas humanas às situações de doença, estando diretamente relacionadas com os resultados da saúde (MISHEL, 2003).

Compreendendo as fontes da incerteza na doença por parte dos doentes e família, os enfermeiros podem planear a forma de transmitir a informação com eficácia e podem contribuir para ajudar os doentes a controlarem ou até mesmo reduzir a sua incerteza. O reconhecimento da importância da existência da incerteza pode de

fato ajudar a prática clínica, permitindo o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que facilitam uma adaptação positiva na experiência da doença (MISHEL, 2003).

Da teoria para a UCIP

O transporte de um doente pode ser intra ou inter-hospitalar, sendo que a razão básica para o transporte do doente crítico prende-se com a necessidade de cuidados adicionais não disponíveis no local onde está internado (JÚNIOR, 2007).

A mobilização de um doente de uma unidade onde o ambiente é altamente controlado, constitui um desafio e está rodeado de risco (SPCI, 2008).

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados e diferenciados prestados de forma contínua à pessoa que tem por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, estando a sua sobrevivência dependente de meios avançados terapêuticos, de tecnologia avançada, de recursos humanos altamente diferenciados e treinados com vista à sua recuperação total e limitação de sequelas (SPCI, 2008).

Assim a fase de preparação de um doente crítico para transporte inter-hospitalar deve ser meticulosamente planeada no sentido de minimizar a ocorrência de eventos adversos, pelo que o enfermeiro especialista em EMC deve responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade e implementar respostas de enfermagem apropriada às complicações (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos considera ser uma obrigação a intervenção na normalização da boa prática no transporte do doente crítico com a elaboração de diversos documentos orientadores nesta temática, objetivando a segurança do doente e dos profissionais de saúde (SPCI, 2008).

Face ao emanado consideramos pertinente abordar esta temática ao nível da UCIP na fase de preparação do doente crítico para transporte por meio aéreo, uma vez que existem indicações a nível nacional para a normalização dos procedimentos, adequando-os à nossa realidade, criando estratégias locais que vão ao

encontro do preconizado, justificando assim a pertinência do Projeto de Intervenção em Serviço.

Metodologia

O Projeto de Intervenção em Serviço teve por suporte a Metodologia de Trabalho de Projeto que é uma metodologia de intervenção-ação; baseia-se na identificação de uma situação problemática do contexto da prática clínica, na implementação e definição de estratégias para a sua resolução. É suportada pela pesquisa e análise sendo promotora de uma prática baseada na evidência devidamente fundamentada (RUIVO, FERRITO E NUNES, 2010).

Diagnóstico de situação

Os instrumentos utilizados numa fase inicial foram a entrevista não estruturada à enfermeira chefe do serviço e a auscultação informal por parte dos enfermeiros da equipa UCIP. Posteriormente aplicou-se o instrumento de colheita de dados, o questionário à equipa de enfermagem da UCIP que se encontrava na prestação de cuidados, no sentido de recolher as necessidades formativas, no período de 26 a 30 de Outubro. Também foi aplicada uma análise SWOT como ferramenta de gestão preditiva do sucesso ou das

dificuldades futuras à implementação do PIS.

Definição geral do problema

Aquando da implementação do Projeto de Intervenção em Serviço a equipa de enfermagem era constituída por 33 enfermeiros dos quais uma enfermeira chefe, 4 enfermeiros especialistas e 28 enfermeiros de prestação de cuidados gerais.

Assim constatamos que existia desconhecimento por parte da equipa de enfermagem da UCIP, das particularidades/especificidades inerentes à preparação do doente crítico para transporte por meio aéreo, assim como a inexistência de documentos de apoio (norma de cuidados, *check list*) que pudesse ser consultado e orientasse a prática, onde se procedesse ao registo e à verificação dos procedimentos efetuados.

Objetivos

O objetivo geral:

Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem a serem prestados pela equipa de enfermagem da UCIP ao doente crítico com necessidade de transporte secundário por meio aéreo.

Objetivos específicos:

- 1) Elaborar uma norma de cuidados de enfermagem e uma *Check list* de verificação de procedimentos sobre a preparação do doente crítico para transporte inter-hospitalar por meio aéreo.
- 2) Formar e treinar a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente através de sessão de formação em Serviço.

Estratégias e atividades desenvolvidas

Foram definidas estratégias e definidas atividades no sentido de dar resposta aos objetivos preconizados, planeadas e balizadas no período de tempo de estágio. O envolvimento e a colaboração de toda a equipa de enfermagem no processo foi fundamental para a concretização das mesmas. Após a elaboração da norma e da *check list* estas foram submetidas a correção pela enfermeira tutora, foram submetidas a apreciação por parte da enfermeira chefe, da enfermeira orientadora em estágio e apresentadas aos enfermeiros chefes de equipa no sentido de

acrescentarem correções pertinentes às mesmas.

Assim foi efetuada:

- 1) Pesquisa bibliográfica nesta temática;
- 2) Formação á equipa de enfermagem em contexto de formação em serviço na temática o transporte do doente crítico por meio aéreo (helitransporte);
- 3) Divulgação e disponibilização da formação em suporte informático, através da plataforma e - *learning* em pasta partilhada do serviço;
- 4) Elaboração da norma de cuidados de enfermagem no transporte do doente crítico por meio aéreo, suportadas pelas recomendações emanadas pela SPCI
- 5) Elaboração de uma *check list* de verificação de procedimentos tendo por base as Recomendações de Transporte Doentes Crítico (SPIC,2008)
- 6) Criação de um repositório informático em pasta partilhada sobre o transporte do doente crítico utilizando a plataforma informática do Serviço.

Procedimentos éticos e formais

As questões éticas e legais inerentes à aplicabilidade do questionário foram salvaguardadas ao solicitar autorização ao Conselho de Administração do hospital para aplicação do questionário, enviando uma cópia e uma contextualização do Projeto de Intervenção em Serviço para o Departamento de Formação de Enfermagem da Instituição. De igual modo garantimos aos inquiridos a confidencialidade dos seus dados, em que estes foram única e exclusivamente para utilização neste trabalho.

Utilizamos a Plataforma *e-learning Dokeos 2.0* como meio de divulgação dos questionários que foram introduzidos e para os correios eletrónicos da equipa. O consentimento informado por parte dos inquiridos está implícito neste tipo de procedimento informático ao colaborarem voluntariamente no mesmo.

Resultados e discussão dos dados

Com base na problemática identificada foi aplicada numa fase inicial um questionário em que a escolha desta ferramenta de gestão pareceu-nos a mais adequada por apresentar

vantagens ao ser respondido sem a presença do investigador, ao atingir um maior número de pessoas simultaneamente com rentabilização do tempo por parte do investigador, ao proporcionar a obtenção de respostas rápidas e precisas para além de garantir o anonimato do inquirido (MARCONI E LAKATOS, 1986). Após o tratamento estatístico dos dados provenientes do questionário utilizando o programa informático SPSS versão 17.0 e da análise dos dados, houve questões que corroboraram fortemente a situação identificada problemática nomeadamente quando questionados quanto às condicionantes relativamente ao transporte aéreo do doente crítico *86,2% (n=25) dos enfermeiros refere não ter conhecimentos suficientes de fisiologia de voo para antecipar eventos adversos relativamente ao doente que vai ser sujeito a transporte aéreo; os enfermeiros quando questionados se efetuam os registos de enfermagem em documento próprio no transporte do doente crítico, 75,9% (n=22) referem não efetuar este registo; os enfermeiros quando questionados*

relativamente à necessidade de formação na área de transporte do doente crítico por meio aéreo, 89,7% (n=26) referem necessidade e 93,7% (n= 27) sente a necessidade de um documento que oriente as boas práticas relativas ao transporte.

Para dar mais ênfase aos dados obtidos pelo questionário foi efetuada uma Análise SWOT a este projeto, no sentido de efetuar uma descrição e análise do contexto (Serviço, condições, características da equipa) externo e interno como fator preditivo do sucesso/dificuldades na fase de implementação.

Avaliação

O facto de não existir uma norma de cuidados de enfermagem e uma *check list* de verificação de procedimentos para a preparação do helitransporte do doente crítico é uma lacuna na prestação de cuidados, pois não existe nenhum documento onde se proceda ao registo do que se faz e que sirva de guia de orientação.

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros foram definidas estratégias que almejam a qualidade dos cuidados de enfermagem a serem prestados aos cidadãos, bem como a implementação de sistemas de

melhoria contínua de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. (Ordem dos Enfermeiros, p 4-10, 2002). Prestar cuidados de qualidade é uma meta que deve envolver toda a equipa multidisciplinar de Saúde mas onde o enfermeiro tem um papel preponderante através das suas práticas diárias. Considera-se ser responsabilidade das Instituições zelar pela qualidade dos serviços que prestam à população mas para os profissionais de saúde em particular os enfermeiros, trata-se de uma responsabilidade para com o cidadão. Para concretizar esta meta os enfermeiros devem encarar a formação como uma ferramenta promotora do desenvolvimento da qualidade e do seu desempenho profissional (OE, 2011).

Numa altura em que tanto se fala na qualidade da Saúde e dos cuidados de enfermagem, cada vez mais se adotam medidas preventivas com o intuito de minimizar o risco; fala-se então na gestão do risco com a criação de normas internas, comissões, protocolos, adoção de *guidelines* ou recomendações, *check lists*. De facto a OE refere ainda que (...) a *produção de guias orientadores da boa prática de cuidados constituem uma base estrutural para a*

melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001:14).

Parece-nos então que a elaboração destes dois documentos e a sua implementação poderão contribuir para a diminuição do risco garantindo a qualidade das práticas, a segurança dos profissionais, salvaguardando o enfermeiro bem como contribuindo para a segurança do doente (NUNES,2006). Aguardamos a sua aprovação pelo CA do hospital, cientes do seu impacto e contributo baseados na evidência científica das mesmas pela bibliografia consultada.

Referências bibliográficas

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew – **Investigação por questionário**. Lisboa: Edições Sílabo, 2000. ISBN 972-618-233-9.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – **Metodologia do trabalho científico**. 4ª Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A. 1992.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – **Curso de Helitransporte para operacionais de VMER**. Textos de apoio. Lisboa. 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - **Manual do Serviço de Helicópteros de Emergência Médica**. Lisboa. 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - **Manual de Suporte Avançado de Vida**. Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica, 2006.

MISHEL, Merle - Theories of Uncertainty in Illness. In **Middle Range Theory for Nursing**. 2ªed Ed. New York: Springer Publishing Company. 2003. ISBN 0-8261-1915-8. Pt.2, p.25-49.

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS, **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**, Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, Diário da República, I Série -A – N -º 205-4-9-1996, p.2961.

RUA, Fernando [et. al.] – **Transporte de Doentes Críticos Recomendações**. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008.

RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília - Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos ISSN 1646-5067. Nº15, Jan-Mar 2010, p.2.

Eletrónicas

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO – **Regulamento de transporte de doentes. Circular Normativa nº 2-CD/2010**. [em linha]. Atual. [consultado em 7/10/2011 às 10.30]. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/Circulares/REGULAMENTO%20DE%20TRANSPORTE%20DE%20DOENTE%20S-vFinal.pdf>

BASTOS, CARMEN – A qualidade dos cuidados de enfermagem e a norma ISO – Aplicação empírica no hospital CUf Infante Santo. [em linha]. Atual. [Consultado em 21/10/2014 às 21.00h]. Disponível

em <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/3643>

NUNES, Lucília - **Perspetiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros**. [em linha]. Atual. [consultado 28/09/2011 às 13:16]. Disponível em:

http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/PerspectivaEticaRisco_cuidados%20seguros_LN.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências de enfermeiro de cuidados gerais**. Divulgar [em linha]. (2003), Pp.4 - 7. Atual. Outubro 2003. [consultado 5/10/20011 às 18.30]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/402publicações/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Padrões de Qualidade. Enquadramento conceptual Enunciados Descritivos**. Divulgar. [em linha]. Atual. [consultado 12/10/2011 às 15.50]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências

Específicas do Enfermeiro Especialista em pessoa em Situação Crítica. Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro. [em linha]. Atual. [consultado em 29/10/2011 às 3.54]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Guia para o Transporte de Doentes Críticos**. [em linha]. Atual. [Consultado 8/10/2011 às 14.41]. Disponível em: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilhar/transporte%20de%20pacientes%20criticos%20portugues.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – Guia para o Transporte de Doentes Críticos. [em linha]. Atual. [Consultado 8/10/2011 às 14.41]. Disponível em: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilhar/transporte%20de%20pacientes%20criticos%20portugues.pdf>

TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO. [em linha]. Atual. [consultado 7/10/2011 às 9.30]. Disponível em:

http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3526:tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico&catid=208:julho-a-agosto-2009

Gerson A. Pereira Júnior; Júlia Batista de Carvalho; Arnóbio D. Ponte Filho;
Daniela A. Malzone; César E. Pedersoli - TRANSPORTE DO PACIENTE CRÍTICO. [em linha]. Atual. [Consultado em 10/04/2012 às 10.30h]. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n2/transporte_paciente.pdf
transporte doente

Gerson A. Pereira Júnior; Júlia Batista de Carvalho; Arnóbio D. Ponte Filho;
Daniela A. Malzone; César E. Pedersoli - TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DO PACIENTE CRÍTICO.[em linha]. Atual. [Consultado em 10/04/2012 às 10.30h]. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2007/vol40n4/2_transporte_intrahospitalar_paciente_critico.pdf

