



Joana Filipa da Silva **Relatório de Trabalho de Projeto**  
Coelho

Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico  
com Patologia Cardíaca

Relatório de Trabalho de Projeto apresentado  
para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do  
grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizada sob  
a orientação científica da Mestre em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica Elsa Monteiro

Janeiro de 2015



**DECLARAÇÃO DO(S)  
ORIENTADOR(ES)**

Declaro que a Dissertação / Relatório / Projeto intitulada Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico com Patologia Cardíaca, do estudante Joana Filipa da Silva Coelho, n.º 110519013, do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde se encontra em condições de ser apresentada a provas públicas.

Escola Superior de Saúde, 08-01-2015.

O(s) orientador(es),

(Elsa Monteiro, Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

*“Para ser grande, sê inteiro: nada  
Teu exagera ou exclui.  
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és  
No mínimo que fazes.  
Assim em cada lago a lua toda  
Brilha, porque alta vive.”*

Fernando Pessoa  
in Odes de Ricardo Reis, p. 148

## AGRADECIMENTOS

OBRIGADO à minha FAMÍLIA e AMIGOS pelo apoio incondicional e sempre presente! Sem vocês, nada disto seria possível!

OBRIGADO à Sra. Enfermeira Maria de Jesus Gonçalves pelas palavras sábias que ajudaram a nortear este projeto!

OBRIGADO à Sra. Professora Elsa Monteiro pela orientação e compreensão ao longo de todo este percurso!

OBRIGADO aos Professores por tanto conhecimento e sabedoria partilhados, em especial, à Sra. Professora Doutora Lurdes Martins, à Sra. Professora Doutora Alice Ruivo e à Sra. Professora Doutora Lucília Nunes!

OBRIGADO aos colegas de exercício profissional e de turma pelo companheirismo e amizade!

A TODOS O MEU AGRADECIMENTO SINCERO!

## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, promovido pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e tem como objetivo relatar e fazer uma análise reflexiva do trabalho desenvolvido no decorrer de três estágios realizados tendo em vista a aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Os três estágios foram realizados numa Unidade de Cuidados Intermédios do *Hospital Coração* (nome fictício), sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica EM e da Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestre em Cuidados Paliativos MJG.

No decorrer dos estágios, realizámos um Projeto de Intervenção em Serviço com o tema *Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico com Patologia Cardíaca* e um Projeto de Aquisição de Competências no sentido de adquirir competências especializadas na área Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ambos os projetos conduziram à aquisição e consolidação das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa.

Este relatório consiste também num momento reflexivo do percurso da estudante através da descrição das atividades realizadas ao longo do percurso formativo que proporcionaram a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transporte Inter-Hospitalar, Doente Crítico, Patologia Cardíaca, Metodologia de Projeto, Competências.

## ABSTRAT

This report comes in the 2 Master in Medical-Surgical Nursing, sponsored by the School of Health of the Polytechnic Institute of Setúbal, and aims to report and make a reflective analysis of the work done over three stages conducted with a view the acquisition of Common Skills and Specific Nurses Specialist in Medical-Surgical Nursing. The three stages were performed in Unit Intermediate Care of *Heart Hospital* (fictitious name), under the guidance of Ms. Nurse Specialist and Master in Medical-Surgical Nursing EM and Ms. Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing and Master in Palliative Care MJG.

During the stages, held a Intervention Project in service with the theme Inter-Hospital Transport of Critically Ill Patients with Cardiac Pathology and a Skills Acquisition Project in order to acquire expertise in the Medical-Surgical Nursing area.

Both projects have led to the acquisition and consolidation of the Joint Skills of Nurses Experts, the Special Skills of Nurse Specialist Nursing Person in Critical Situation and Person in Chronic and Palliative situation.

This report also is a reflective time students in the course by describing the activities carried out during the training path that provided the acquisition of Master skills in Medical-Surgical Nursing.

**KEY-WORDS:** Inter-Hospital Transport, Critical ill patient, Heart disease, Design methodology, Skills.

## SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil

CA – Conselho de Administração

CCIH – Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Enf.º - Enfermeiro

ESC – *European Society of Cardiology* (Sociedade Europeia de Cardiologia)

FMEA – *Mode and Effects Analysis* (Análise do tipo e Efeito de Falha)

HC – Hospital Coração (denominação fictícia da Unidade Hospitalar onde a estudante se encontra a desenvolver os estágios)

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

ESS/IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

MC-I – Médico-Cirúrgica I

MC-II – Médico-Cirúrgica II

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

NP – Norma de Procedimento

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica

PEI – Plano de Emergência Interno

PHTLS – *PreHospitalar Trauma Life Support*

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

REPE – Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem

RTP – Relatório de Trabalho de Projeto

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

TIH – Transporte Inter-Hospitalar

TMA – Teoria de Médio Alcance

UC – Unidade Curricular

UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

WHO – World Health Organization (OMS – Organização Mundial de Saúde)

# ÍNDICE GERAL

	Página
Introdução .....	12
1. Enquadramento Concetual .....	15
1.1 A Teoria da Incerteza na Doença, de Merle Mishel .....	15
1.2 A Qualidade em Enfermagem .....	19
1.3 A Pessoa em Situação Crítica com Patologia Cardíaca – o Enfarte Agudo do Miocárdio .....	23
1.3.1 O Cateterismo Cardíaco .....	27
1.4 O Transporte Inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica – Via Terrestre .....	29
2. Projeto de Intervenção em Serviço .....	33
2.1 Diagnóstico de situação .....	34
2.2 Definição de Objetivos .....	39
2.3 Planeamento .....	40
2.4 Execução e Avaliação .....	45
2.5 Divulgação .....	54
3. Projeto de Aquisição de Competências .....	56
3.1 Diagnóstico de situação .....	56
3.2 Definição de Objetivos .....	58
3.3 Planeamento .....	59
3.4 Execução e Avaliação .....	64

3.5 Divulgação .....	72
4. Análise da Aquisição das Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica .....	73
4.1 Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas .....	73
4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica .....	77
4.3 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa .....	90
5. Análise da Aquisição das Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica .....	96
Conclusão .....	109
Referências .....	112
Referências bibliográficas .....	112
Referências legais .....	118
ANEXOS .....	120
Anexo 1 – Pedido de autorização ao CA para realização do PIS e aplicação de Questionários à Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios .....	121
Anexo 2 – Modelo para Elaboração de Normas de Procedimentos e Normas Regulamentares .....	123
Anexo 3 – Plano de Emergência Interno .....	125
Anexo 4 – Comprovativo de presença na formação «Plano de Emergência Interno» .....	127
Anexo 5 – Comprovativo de presença na formação «Controlo da Dor» ...	129
Anexo 6 – Comprovativo de presença da formação «Curso de Gestão do Risco Clínico em Contexto Hospitalar» .....	131
Anexo 7 – Comprovativo de participação na Comissão Organizadora da 1ª Semana dos Cuidados Paliativos no Litoral Alentejano .....	133
APÊNDICES .....	135
Apêndice 1 – Cronograma de Estágio I e II .....	136
Apêndice 2 – Cronograma de Estágio III .....	138
Apêndice 3 – Ficha de Diagnóstico e Definição de Objetivos .....	140
Apêndice 4 – Ficha de Planeamento do Projeto de Intervenção em	153

Serviço (Inicial) .....	
Apêndice 5 – Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção em Serviço (Final) .....	159
Apêndice 6 – Relatório dos Estágios Opcionais .....	162
Apêndice 7 – Norma de Procedimento – Transporte Inter-Hospitalar .....	205
Apêndice 8 – <i>Check-list</i> informação clínica do doente crítico – Formulário de Transporte Inter-hospitalar .....	219
Apêndice 9 – Lista de verificação para o Transporte Inter-Hospitalar .....	222
Apêndice 10 – <i>Check-list</i> de terapêutica e material que deve constar na mala de transporte .....	225
Apêndice 11 – Cartões de apoio – Fluxogramas SBV, SIV e SAV .....	228
Apêndice 12 – Artigo Científico – Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico com Patologia Cardíaca – Um Projeto de Intervenção em Serviço .....	234
Apêndice 13 – Ficha de Planeamento do Projeto de Aprendizagem Clínica/ Projeto de Aquisição de Competências .....	241
Apêndice 14 - <i>Poster</i> : Manuseamento de Extintores de Pó Químico (categoria B) .....	249
Apêndice 15 - Plano de Sessão, Diapositivos da Formação em Serviço e Teste de aquisição de conhecimentos sobre “Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção” .....	251
Apêndice 16 – Capa do <i>dossier</i> temático «Cuidados a ter com o Doente Crónico na Ventilação Não Invasiva» e Sumário dos documentos incluídos .....	260
Apêndice 17 – Folheto «Ventilação Não Invasiva no Domicílio – Recomendações ao Cuidador Informal: Cuidados ao Doente Crónico e/ ou Paliativo» .....	264

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Trabalho de Projeto (RTP) surge no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), promovido pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS). Apesar de estar diretamente associado ao módulo de Estágio III, inserido na Unidade Curricular (UC) Médico-Cirúrgica II (MC-II), este RTP reflete todo o trabalho desenvolvido ao longo de três semestres de estudo, pesquisa científica e *praxis* clínica aquando dos estágios.

Um relatório consiste num documento que pretende sistematizar, organizar e interpretar de forma sintética as aprendizagens ao longo de um determinado período de tempo (Ruivo et al., 2010). A sua elaboração compreende o registo de memórias da experiência do autor durante a realização do trabalho e a exposição de resultados obtidos (Fonseca, 2012).

Todos os estágios – I, II e III – foram realizados numa Unidade de Cuidados Intermédios, no *Hospital Coração* (nome fictício, criado para proteger a identidade da unidade hospitalar onde desenvolvemos os estágios), e tiveram a orientação pedagógica da Sra. Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica EM e a orientação clínica da Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestre em Cuidados Paliativos MJG. Os estágios decorreram nos seguintes períodos de tempo:

- Estágio I e II – 12 de novembro de 2012 a 21 de março de 2013 (Cronograma dos estágios I e II – Apêndice 1), correspondentes a 432 horas, divididas em 14 horas na ESS/IPS, 167 horas de contato em estágio e 251 horas de trabalho do estudante;

- Estágio III – 15 de abril a 3 de outubro de 2013 (Cronograma do estágio III – Apêndice 2), correspondentes a 432 horas totais, divididas em 14 horas na ESS/IPS, 209 horas de contato em estágio e 209 horas de trabalho autónomo do estudante (IPS, 2011b).

A consecução dos estágios no mesmo serviço clínico serviu o propósito de colocar em prática um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), que foi detetado como útil e em falta. Concomitantemente, realizámos o Projeto de Aquisição de Competências/ Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), no qual nos propusemos a dar resposta a alguns objetivos profissionais que permitiram a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. No desenvolvimento deste RTP, explanaremos acerca do PIS e do PAC e de como se processaram.

A elaboração deste trabalho de projeto segue as diretrizes emanadas pela metodologia de projeto, envolvendo o trabalho de pesquisa, o trabalho de campo e tempos para planificação, reflexão, intervenção e avaliação, no qual o objetivo primordial é a resolução de problemas. O desenvolvimento de um trabalho de projeto numa situação real permite a aquisição de capacidades e competências através da ponte entre a teoria e a prática (Ruivo *et al*, 2010).

Segundo Nunes (2008, p. 6), “...*não existe prática de enfermagem sem uma teoria que a suporte, que a modelize*”. Assim, para o desenvolvimento tanto do PIS como do PAC escolhemos como alicerce a Teoria da Incerteza na Doença, de Merle Mishel.

Tendo em conta a finalidade deste curso “*contribuir, suportado na evidência, para o desenvolvimento dos saberes teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade*”, concluímos que o ciclo de estudos do mesmo culmina com a aquisição das competências de mestre, às quais acrescem as competências comuns do enfermeiro especialista, bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e as competências específicas em pessoa em situação crónica e paliativa (Instituto Politécnico de Setúbal [IPS], 2011a, p. 7).

Assumimos, assim, os seguintes objetivos para este relatório de trabalho de projeto:

- 1.º - Descrever as etapas do PIS e do PAC;
- 2.º - Analisar criticamente desenvolvimento do PIS e o PAC tendo em conta a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e em pessoa em situação crónica e paliativa;
- 3.º - Refletir e analisar criticamente a aquisição de competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica ao longo deste percurso.

Por conseguinte, a estrutura deste RTP é composta pela presente nota introdutória, cinco partes que correspondem ao desenvolvimento e finda com uma nota final/ conclusão.

Na primeira parte é realizado o enquadramento concetual do trabalho de projeto. Na segunda parte, reportamo-nos ao PIS através do qual desenvolvemos o projeto intitulado *Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico com Patologia Cardíaca*, tendo sido este o ponto de partida na aquisição das competências comuns dos enfermeiros especialistas e das competências relativas aos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Na terceira parte, referimo-nos ao PAC que visa, sobretudo, promover e consolidar a aquisição de competências específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e em situação crónica e paliativa. Na quarta parte, dedicamo-nos à reflexão crítica sobre a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica através do percurso formativo desenvolvido. Por último, na quinta parte refletimos e analisamos criticamente sobre como o trabalho desenvolvido nos permitiu/ propiciou a aquisição das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O presente trabalho de projeto foi redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico e elaborado de acordo com o *Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos* do Departamento de Enfermagem da ESS/IPS (IPS, 2011c). A referenciação bibliográfica tem por base as Normas da *American Psychological Association* 6.<sup>a</sup> Edição (American Psychological Association, 2009).

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 1.1 A Teoria da Incerteza na Doença, de Merle Michel

A necessidade de afirmar a enfermagem como profissão foi o ponto de partida para a elaboração de teorias de enfermagem que permitissem estabelecer alicerces sólidos com o objetivo de aliar a prática à evidência científica.

Segundo Tomey & Alligood (2004), uma teoria consiste na sistematização de conceitos, que resulta de modelos de enfermagem ou paradigmas, que permitem compreender, explicar e antecipar os fenômenos em determinada área do conhecimento. Ainda pelas mesmas autoras, a existência de um corpo de conhecimento em enfermagem é tão relevante nas teorias e na investigação, como na disciplina ou na profissão. É neste âmbito que são produzidos modelos teóricos de enfermagem, que não são mais do que representações estruturais de conceitos relacionados entre si, que fornecem orientações para a prática profissional.

Os modelos teóricos dão significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática. O seu objetivo é dar consistência à prestação de cuidados à pessoa/ família/ comunidade, validar planeamento de intervenções e execução das mesmas e apoiar tomadas de decisão em enfermagem. Por outro lado, a teoria conduz à autonomia profissional orientando não só a prática, mas também a formação e a investigação, pois o conhecimento da teoria permite o desenvolvimento de pensamento/ análise crítica (Tomey & Alligood, 2004).

Atualmente, as teorias de enfermagem mais utilizadas são as teorias de médio alcance (TMA), pois encontram-se num nível de conhecimento menos abstrato (do que os modelos teóricos ou conceptuais) e incluem pormenores característicos da prática de

enfermagem com um foco de interesse mais limitado. Tendo em conta que a prática baseada na teoria facilita uma perspetiva sistemática de raciocínio, valorizando o pensamento crítico e a tomada de decisões, assumimos que as TMA's são as que melhor se coadunam com as particularidades de cada pessoa, por isso, mais vantajosas (Tomey & Alligood, 2004).

No âmbito do 2.º MEMC, foi-nos solicitado que desenvolvêssemos o PIS e o PAC suportado numa teoria de enfermagem à nossa escolha e adequada ao tema em estudo.

Durante o desenvolvimento do diagnóstico de necessidades e planeamento de intervenções para o PIS e para o PAC, decidimos que seria pertinente argumentar e defender não só a aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, mas também, a aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e/ou Paliativa. Logo, teríamos de escolher uma teoria que norteasse o conhecimento da nossa prática clínica de um modo claro, objetivo e completo tanto em situações agudas como em situações de cronicidade da doença.

Assumimos que os aportes teóricos cedidos no módulo de Enquadramento Concetual, UC de MC-I auxiliaram esta seleção. De todas as teorias estudadas, concluímos que a que melhor fundamenta todos os temas abordados neste projeto (tanto no PIS como no PAC) é a teoria de Merle Michel, *Uncertainty in Illness Scale* ou Teoria da Incerteza na Doença (TID). Informação suportada por Bailey & Stewart (2004, p. 639) diz-nos que “o trabalho de Mishel representa um exemplo da teoria de médio alcance que transmite o conhecimento da prática clínica dentro do contexto envolvente da doença crónica e aguda”.

Segundo a própria autora, a TID foi desenvolvida para abordar a incerteza durante as fases de diagnóstico e tratamento de uma doença aguda ou uma doença com uma evolução negativa (Mishel, 1988). Deste modo, a TID descreve não só um fenómeno experimentado por indivíduos com doenças agudas e crónicas e pelas suas famílias, mas também a forma como a incerteza pode ativar a diferentes tipos de *coping* de lidar com a situação. O desenvolvimento da TID inclui intervenções de enfermagem próprias baseadas numa apreciação minuciosa da incerteza no doente ou membro da família.

O conceito principal desta teoria é a incerteza e é definido como “a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando

*quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever resultados com precisão”* (Bailey & Stewart, 2004, p. 633).

A TID original assenta num modelo linear suportado por três temas: antecedentes de incerteza, processo de apreciação da incerteza e lidar com a incerteza.

Os antecedentes de incerteza incluem o quadro de estímulos, as capacidades cognitivas e os fornecedores de estrutura, que funcionam num modelo muito linear, qualquer que seja a direção.

No processo de apreciação, a incerteza é entendida, inicialmente, como um estado neutro até ser apreciado pela pessoa. A apreciação compreende dois processos: a inferência (construída a partir da disposição da personalidade do indivíduo; inclui a desenvoltura aprendida, a mestria e a localização do controlo; relaciona-se, também, com a crença que a pessoa possui capacidade de lidar com os acontecimentos da vida) e a ilusão (crença construída a partir da incerteza que considera os aspetos favoráveis de uma situação). A incerteza tanto pode ser entendida como um perigo como uma oportunidade, conforme se considere um resultado negativo ou positivo. A incerteza é tida com positiva principalmente através da ilusão, mas a inferência pode igualmente apreciar a situação como um resultado positivo.

Lidar com a incerteza, ou  *coping* , pode seguir dois caminhos consoante a adaptação à mesma. Se a incerteza for tida com um perigo, o  *coping*  inclui ação direta, vigilância, procura de informação sobre estratégias de mobilização, gestão de afetos (recorrendo à fé), separação e apoio cognitivo. Se a incerteza foi interpretada como uma oportunidade, oferece uma memória intermédia para manter a incerteza.

A TID original, publicada em 1988, assenta nos seguintes pressupostos:

1º - A incerteza consiste num estado cognitivo que representa a inadequação de um esquema cognitivo na interpretação de eventos relacionados com a doença, ou seja na *“interpretação subjetiva da pessoa acerca da doença, tratamento e hospitalização”* (Bailey & Stewart, 2004, p.633).

2º - A incerteza é uma experiência absolutamente neutra, até ser vivenciada.

3º - A adaptação representa a continuidade do comportamento bio-psico-social normal da Pessoa e é o resultado desejado dos esforços de  *coping*  tanto para diminuir a incerteza avaliada como perigo, como para manter a incerteza enquanto oportunidade.

4º - As relações entre acontecimentos da doença, avaliação,  *coping*  e adaptação são lineares e unidirecionais, deslocam-se de situações que promovem a incerteza no sentido

da adaptação refletindo comportamentos bio-psico-sociais que ocorrem na variedade de comportamentos de pessoas individualmente indefinidos (Bailey & Stewart, 2004).

Os dois primeiros pressupostos traduzem a forma como a incerteza foi inicialmente concebida. Os dois últimos pressupostos demonstram as raízes da Teoria da Incerteza nos modelos de stress e  *coping*  tradicionais:

Stress linear → *Coping* → Relação de Adaptação Linear

Em 1990, após perceber que a TID original não espelhava a realidade linear que queria teorizar, Mishel desafiou os dois últimos pressupostos e reconcetualizou a TID, incluindo a ideia de reapreciação da incerteza ao longo do tempo, sempre que sejam adicionadas novas variáveis. Baseando-se na dinâmica da Teoria do Caos, Mishel conseguiu “*explicar de que forma a incerteza prolongada poderia funcionar como um catalisador para mudar a perspectiva que uma pessoa tem da vida e da doença*” (Bailey & Stewart, 2004, p. 634). Concluiu que as pessoas, seres bio-psico-sociais e sistemas abertos que trocam energia com o seu ambiente, funcionam em estados “longe do equilíbrio” mas flutuam entre o equilíbrio e o desequilíbrio. É neste prisma que as pessoas vão aperfeiçoando/ repadronizando a reatividade do seu próprio sistema à mudança. Terá sido através da associação à Teoria do Caos, que Mishel conseguiu explorar e aprofundar a compreensão da totalidade da experiência humana (Gunther em Tomey & Alligood, 2004). Estes contributos permitiram à autora aferir uma representação mais completa de como a doença provoca desequilíbrio nas pessoas e como estas reagem, assimilando a incerteza na doença com a descoberta de um novo sentido, uma nova orientação.

Segundo Mishel, se a incerteza for encarada como uma etapa normal da vida, pode tornar-se uma força positiva para múltiplas oportunidades. Para conseguir desempenhar este papel, a pessoa deverá desenvolver o pensamento probabilístico, que lhe permita e dê ferramentas para examinar possibilidades e considerar meios para as experienciar. A pessoa tem, assim, um leque vasto de respostas a várias situações e percebe que a sua condição pode mudar a cada dia.

A TID reconcetualizada inclui a importância não só da aceitação do pensamento probabilístico, como também a capacidade da pessoa em confiar nos recursos sociais e prestadores de cuidados. Assumimos os prestadores de cuidados como os enfermeiros.

A díade enfermeiro – pessoa/ família deverá centrar-se no reconhecimento da incerteza contínua e no ensino para a utilização da incerteza de modo a gerar diferentes explicações para os mais variados acontecimentos. Os enfermeiros também são os fornecedores de estrutura; este aspeto mantém-se da TID original para a teoria reconcetualizada.

De acordo com Bailey & Stewart (2004, p. 639), “*apesar dos modelos não serem simples, no seu todo, as definições e as relações de conceito são bem compreendidas e funcionam bem*”. Ainda segundo os mesmos autores, “*as consequências deriváveis são determinadas examinando se a teoria orienta a investigação, transmite a prática, gera novas ideias e diferencia o ponto central de interesse de enfermagem de outras profissões*”.

## 1.2 A Qualidade em Enfermagem

Na década de 90, Portugal assistiu a uma evolução nacional e histórica na profissão de enfermagem. A valorização social do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde, bem como o reconhecimento da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde são o reflexo da formação de base (Curso de Licenciatura em Enfermagem) e do incremento na complexidade e dignificação do exercício profissional, que assistimos hoje.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o primeiro disposto jurídico do exercício profissional da enfermagem em Portugal, foi publicado em Decreto-Lei n.º 161/1996. Tal como constam no artigo 4º do REPE (Decreto-Lei n.º 161/1996, p.2960), os conceitos:

*“1– **Enfermagem** é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.*

*2– **Enfermeiro** é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe*

*reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.*

3– **Enfermeiro Especialista** *é 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.*

4– **Cuidados de Enfermagem** *são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.”*

Da deontologia profissional (Decreto-Lei 104/1998, p. 6546), destaca-se a obrigatoriedade do enfermeiro que é membro efetivo da Ordem dos Enfermeiros (OE) de “*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, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem*”.

Tendo em conta que as competências do enfermeiro especialista resultam do aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, depreendemos que a área de atuação inclui ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, envolvendo não só contextos de prestação de cuidados de saúde diretos, mas também indiretos como a educação/ orientação/ aconselhamento da pessoa/ família, gestão de equipas/ serviços e investigação de evidência empírica que se traduza numa base estrutural importante na tomada de decisão e, conseqüentemente, na melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012).

A implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade na saúde é uma tarefa multiprofissional e veemente apoiada tanto por organizações internacionais (Organização Mundial de Saúde e Conselho Internacional de Enfermeiros) como por organizações nacionais (Conselho Nacional da Qualidade). Neste contexto, todas as associações de profissões em saúde assumiram a responsabilidade de adequar a sua prática tendo a vista a melhoria constante do seu exercício profissional.

Neste contexto, em 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definiu e descreveu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de fomentar a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Os conceitos chave são: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem.

A **saúde** consiste na representação mental da condição individual, do controlo do sofrimento, do bem-estar físico e conforto emocional e espiritual. A saúde não pode ser considerada o oposto da doença, pois é um estado subjetivo, uma procura de equilíbrio constante e de acordo com cada situação. Logo a saúde é um processo dinâmico e contínuo (OE, 2012).

A **pessoa** é um ser bio-psico-social com dignidade e autodeterminação próprias, com comportamentos baseados em valores, crenças e desejos de natureza individual e influenciados pelo meio ambiente onde vive e se desenvolve. É na interação com o ambiente que a pessoa faz a sua procura pelo equilíbrio e harmonia de saúde, modifica-o e absorve a sua influência. Cada pessoa é, também, um “*centro de processos não intencionais*” condicionado pelas funções fisiológicas e pela condição psicológica (OE,2012).

O **ambiente** em que cada pessoa vive e se desenvolve é composto por agentes humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se refletem no conceito de saúde. Na prestação de cuidados, o enfermeiro deve estar atento à complexa interdependência da pessoa com o ambiente em que esta vive (OE, 2012).

Os **cuidados de enfermagem** são prestados através de uma relação interpessoal, empática e assertiva criada entre o enfermeiro e a pessoa/ família/ comunidade. Ambas as partes desta díade possuem quadros de valores, crenças, desejos de natureza individual e influência do seu próprio ambiente. No exercício da sua profissão, o enfermeiro distingue-se graças à sua formação e experiência que lhe conferem uma profunda compreensão e respeito pelo outro numa perspetiva multicultural e de abstenção de juízos de valor relativamente à pessoa/ família/ comunidade. A relação terapêutica que se desenvolve nesta díade, fortalece-se num processo dinâmico que tem como objetivo auxiliar a pessoa a ser o mais proactiva possível no seu projeto de saúde. As intervenções de enfermagem serão tanto mais otimizadas se toda a unidade familiar for envolvida no processo de cuidados. Ao longo do ciclo vital procura-se “*prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a máxima*

*independência na realização das atividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem” da pessoa (OE, 2012, p.11).*

O exercício profissional de enfermagem insere-se num contexto multiprofissional. Pelo que podemos distinguir dois tipos de intervenções de enfermagem: as intervenções interdependentes (iniciadas por outros técnicos de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação) e as intervenções autónomas (iniciadas pela prescrição do enfermeiro, que também se responsabiliza pela sua implementação). O processo de **tomada de decisão** é uma constante na atuação do enfermeiro. Quando no exercício profissional autónomo, a tomada de decisão implica uma *“abordagem sistémica e sistemática”* (OE, 2012, p.12). Após identificação das necessidades/ problemática da pessoa/ família, o enfermeiro prescreve intervenções de enfermagem no sentido de *“evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados”*(OE, 2012, p.12). Na execução das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática, valoriza o Código Deontológico do Enfermeiro e reconhece que a *“produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”* (OE, 2012, p.12).

Os enunciados descritivos/ padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem correspondem às premissas orientadoras para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Os padrões de qualidade são, também, um instrumento que pretende distinguir os enfermeiros junto daqueles que cuida, dos outros profissionais de saúde, do público e dos políticos. Foram, assim, definidas seis categorias de padrões de qualidade: a **satisfação do cliente**, a **promoção da saúde**, a **prevenção de complicações**, o **bem-estar e o auto cuidado**, a **readaptação funcional** e a **organização dos cuidados de enfermagem**. Estas seis categorias são os principais indicadores de qualidade e sob os quais os enfermeiros se debruçam quando pretendem atingir a máxima qualidade na prestação de cuidados baseada na evidência científica (OE, 2012).

Consideramos que a melhoria contínua da qualidade é um projeto dinâmico que depende não só da dedicação de todos os enfermeiros, como também dos restantes técnicos de saúde e das próprias instituições de saúde pois *“não basta aprovar projetos de qualidade, as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável*

à implementação e consolidação, de forma a que os projetos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela” (OE, 2012, p. 7-8).

O nosso projeto de intervenção em serviço (sobre o qual explanaremos no próximo capítulo) pretende ser um projeto promotor da melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados ao doente crítico com patologia cardíaca que tem necessidade de transporte inter-hospitalar, na medida em que pretendemos uniformizar o *cuidar* neste âmbito. Pretendemos fortalecer e prosseguir uma caminhada exigente, rumo à excelência do cuidar ao procurarmos “*adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa*” (Lei n.º 111/2009, artigo 88º, alínea b). Com efeito, enquanto Mestrandas e futuras Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao longo do nosso exercício profissional, estágios clínicos I, II e III e elaboração do PIS e do PAC, vocacionámos a nossa intervenção atendendo ao contexto específico, à exigência, ao rigor e, sobretudo, à melhoria contínua dos cuidados prestados.

### 1.3 A Pessoa em Situação Crítica com Patologia Cardíaca – o Enfarte Agudo do Miocárdio

A última *International Consensus Conference* teve lugar em Dallas (Texas, Estados Unidos da América), em fevereiro de 2010. A conferência envolveu 313 peritos de 30 países, que durante 3 anos prepararam, estudaram e investigaram as variáveis envolvidas na paragem cardiorespiratória (PCR). As conclusões e recomendações destes peritos encontram-se disponíveis no manual *European Resuscitation Council - Guidelines for Resuscitation 2010*.

Dados estatísticos publicados pelo *European Resuscitation Council* [ERC] (2010, p. 15) revelam que “*a doença cardiovascular representa cerca de 40% de todas as mortes antes dos 75 anos*”. Segundo o mesmo autor (2010, p. 25), a pessoa com patologia cardíaca internada numa enfermaria tem “*geralmente deterioração fisiológica lenta e progressiva, com hipoxia e hipotensão que não é detetada pelos profissionais ou é reconhecida mas insuficientemente tratada (...) para reconhecer precocemente o doente*

*em risco de vida, cada doente deve ter um plano de monitorização de sinais vitais que explicita as variáveis a monitorizar e a frequência com que devem de ser avaliadas”.*

O Consenso Internacional em ciência cardiopulmonar definiu algumas recomendações chave para a prevenção da PCR intra-hospitalar (ERC, 2010, p. 25):

- “(a) profissionais treinados no reconhecimento dos sinais de deterioração do doente e na resposta rápida ao doente em risco,*
- (b) monitorização regular e apropriada dos sinais vitais,*
- (c) orientações claras (ex.: linha de chamada de emergência ou índices de alerta precoce) para ajudar os profissionais a detetar precocemente o doente que deteriora,*
- (d) um modelo claro e uniforme de pedido de ajuda e*
- (e) capacidade para responder de imediato e com eficácia aos pedidos de ajuda”.*

Nesta linha de pensamento, e como estratégia de prevenir PCR intra-hospitalares evitáveis, o ERC (2010) defende que o doente crítico institucionalizado deve ter monitorização dos sinais vitais regular ou permanente para que o profissional de saúde possa vigiar e reconhecer o risco de deterioração, ou até mesmo PCR, em tempo útil e, conseqüentemente, prestar cuidados adequados à necessidade da pessoa nesse momento. O ERC (2010) também sublinha a necessidade de formação e treino frequentes dos profissionais de saúde (especialmente dos Enfermeiros, o profissional de saúde sempre presente) sobre a adequada e correta abordagem do doente crítico.

A patologia cardíaca é, por si só, um tema complexo e vasto.

Segundo Seeley, Stephens e Tate (2003, p.679), *“o coração de um indivíduo saudável, com 70 quilogramas de peso, bombeia aproximadamente 7200 litros de sangue por dia a um débito de 5 litros por minuto (...) se, no entanto, o coração perder essa capacidade por poucos minutos que seja, a vida de um indivíduo fica em perigo”.*

A doença cardiovascular é causada por distúrbios do coração e dos vasos sanguíneos. Inclui doença coronária, doença cérebro vascular, hipertensão arterial, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, cardiopatia congénita e insuficiência cardíaca. As principais causas da doença cardiovascular são o consumo de tabaco, o

sedentarismo, a dieta pouco saudável e o uso nocivo de álcool (tradução livre da definição de “*cardiovascular disease*”, World Health Organization [WHO], 2013).

De acordo com Thygesen, Alpert e White (2008), estima-se que aproximadamente um terço da população mundial perece devido à doença cardiovascular, nomeadamente por doença coronária e acidente vascular cerebral, e que 80% dos casos acontece em países desenvolvidos. A doença cardiovascular é considerada um problema de saúde ao nível mundial.

Na Europa, incluindo Portugal, as doenças cardiovasculares são a maior causa de morte e englobam um conjunto vasto de situações clínicas que afetam o sistema circulatório em diferentes localizações e, conseqüentemente, com manifestações clínicas distintas. Destacamos a doença isquémica do coração, cuja manifestação clínica mais relevante é o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e a doença cerebrovascular incluindo o acidente vascular cerebral (AVC) isquémico (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2013).

O EAM resulta da interrupção prolongada do fluxo sanguíneo numa parte do miocárdio, causando carência de oxigénio e, conseqüentemente, morte celular dos miócitos cardíacos causada por isquémia. A extensão dos danos no enfarte do miocárdio varia com a quantidade de músculo cardíaco e a zona do coração afetada. A causa mais comum do EAM é a formação de placas de aterosclerose (doença coronária) ou trombos (formam-se quando as placas de aterosclerose começam a desagregar-se) que dificultam ou bloqueiam uma (ou mais) artéria coronária (Seeley et al, 2003).

A morte celular não é imediata, sendo que a necrose completa das células miocárdicas pode levar 2 a 4 horas. Este tempo depende da circulação colateral existente na zona de isquémia, da oclusão ter caráter persistente ou intermitente, da sensibilidade dos miócitos à isquémia, do condicionamento e também da necessidade individual da oxigénio e nutrientes (Thygesen et al, 2008).

As principais causas da doença coronária são: o tabaco, a hipercolesterolemia, a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, a obesidade, o sedentarismo e o stress. À medida que a idade avança, o risco de formação/ acumulação de placas de aterosclerose também aumenta. A herança genética é uma condicionante forte na doença coronária. As mulheres são mais propícias à angina de peito e associam mais fatores de risco do que os homens, que não são tão suscetíveis à angina de peito, mas são mais atingidos pelo EAM (Aguiar, 2007).

A doença coronária pode manifestar-se com um amplo espectro de síndromes isquémicas coronárias, designados globalmente como síndrome coronária aguda: angina de peito estável, angina instável, EAM sem supra de ST e EAM com supra de ST (American Heart Association, 2003).

A angina de peito caracteriza-se como uma dor forte ao nível do tórax anterior, membros superiores (mais acentuado à esquerda) e mento que pode (angina estável) ou não (angina instável) aliviar com o repouso. Na angina de peito existe uma obstrução parcial de um (ou mais) vaso coronário que está a comprometer o fluxo livre e suficiente de sangue até ao coração. Quando a dor forte, com a mesma localização, não acalma nada com o repouso, significa que existe uma obstrução total de um (ou mais) vaso coronário que está a suprimir o fluxo sanguíneo obrigando o miocárdio a entrar num esforço tão violento que “enfarta”. Pode acontecer isquémia ou mesmo necrose no local da oclusão (Gonçalves, Matos, Oliveira e Pereira, 2003).

O diagnóstico de EAM é feito pela presença de dois dos três fatores: quadro clínico sugestivo; alterações eletrocardiográficas; marcadores enzimáticos (Van de Werf et al., 2008).

A doença coronária pode ser prevenida através de aquisição de hábitos de vida saudáveis e tratada através de toma de medicação adequada, angioplastia coronária ou cirúrgica coronária (colocação de *bypass*).

Nos últimos 20 anos, presenciámos uma diminuição da taxa de mortalidade por doença cardiovascular, fenómeno justificado por várias medidas: a promoção de estilos de vida saudáveis (realçamos a Lei de cessação tabágica – Lei n.º37/2007 –, a iniciativa legislativa de redução de conteúdo de sal no pão – Lei n.º75/2009 – e as campanhas desenvolvidas por sociedades científicas e outras associações que educam e incentivam a uma conduta mais saudável), a prevenção e o diagnóstico precoce relacionado com os fatores de risco (tais como a hipertensão arterial e a dislipidémia) e a evolução significativa no tratamento das duas situações clínicas com maior taxa de mortalidade: o EAM e o AVC (DGS, 2013).

O progresso no tratamento da doença cardiovascular tem-se verificado possível não só pela disponibilização de novos fármacos e técnicas inovadoras, mas também pela melhoria significativa das condições organizativas. Uma resposta precoce pré-hospitalar seguida de um encaminhamento correto para os locais onde estão disponíveis os melhores tratamentos associado ao reforço operacional de meios disponíveis em todo o território

constituem uma estratégia fundamental no sucesso do tratamento da doença cardiovascular (DGS, 2013).

### 1.3.1 O Cateterismo Cardíaco

Werner Theodor Otto Forssmann, nascido em 1904, foi o pioneiro no cateterismo cardíaco. Em 1929, o médico realizou o primeiro cateterismo cardíaco num ser humano... em si mesmo. Este acontecimento constituiu um dos marcos mais importantes na evolução do diagnóstico e tratamento das afeções do coração (Billimoria, 2013).

Segundo Manuila, Manuila, Lewalle e Nicoulin (2004), cateterismo consiste na introdução de um cateter num canal ou conduto naturais do organismo com finalidade diagnóstica ou terapêutica. Atualmente, o cateterismo do coração é uma técnica exploratória praticada frequentemente. Ou seja, o cateterismo cardíaco resume-se a um método de diagnóstico invasivo que requer a introdução de um cateter numa artéria (ou veia) periférica, guiado por controlo radioscópico, até ao coração, com o objetivo de estudar a anatomia e fisiologia cardíaca e proceder a tratamento caso se verifique necessário e possível.

O cateterismo cardíaco é realizado em ambiente hospitalar, numa sala denominada «laboratório (ou sala) de hemodinâmica» onde existe equipamento específico para a realização da técnica (como material de imagiologia – raio X –, material para cateterismo – de acordo com as técnicas de intervenção coronária percutânea –, monitor de parâmetros cardiorrespiratórios, desfibrilhador, outro material de reanimação cardiorrespiratória, entre outros) (DGS, 2001).

O procedimento é realizado por uma equipa multidisciplinar constituída por dois enfermeiros, um (ideal dois) médicos cardiologistas de intervenção, um técnico de cardiopneumologia e um técnico de radiologia. Preconiza-se que à retaguarda de todos os laboratórios de hemodinâmica exista um serviço de cirurgia cardíaca com uma equipa médica e de enfermagem experiente e pronta a intervir em caso de urgência. O cateterismo cardíaco não necessita de anestesia geral, apenas local. O internamento da pessoa é curto (inferior a 48 horas) e a recuperação funcional rápida (DGS, 2001).

Sabendo que as doenças cardiovasculares têm foco de lesão sobretudo nas artérias coronárias, orientámos o nosso estudo no sentido de perceber como é realizado o diagnóstico e o tratamento através do cateterismo cardíaco. Procedemos assim à seguinte pesquisa:

*“Angiografia – radiografia dos vasos após injeção de um líquido opaco aos raios X” (...)*

*Angioplastia – intervenção cirúrgica destinada a reparar um vaso, a corrigir o respetivo calibre; praticada sobretudo em artérias (...)*

*Coronariografia – angiografia das artérias coronárias por injeção de um meio de contraste através de um cateter introduzido na artéria femoral e impelindo a contracorrente até à origem das artérias coronárias. (p. 166)” (Manuila et al., 2004, p.64-65, 166).*

A angiografia coronária (coronariografia), técnica de intervenção coronária percutânea com controlo radiológico, pode confirmar o diagnóstico de EAM e permite a realização de tratamento diretamente no local da lesão coronária (Gonçalves *et al.*, 2003).

A primeira intervenção coronária percutânea – coronariografia – com angioplastia foi realizada por Andreas R. Gruentzig em 1977. Desde então, tem havido uma enorme evolução na abordagem às lesões (obstrutivas) coronárias associada a esta técnica (Nobrega, 2012).

Segundo Seeley et al. (2003), o objetivo da angioplastia consiste no restabelecimento do fluxo coronário através da desobstrução da artéria coronária afetada (uma ou mais). O processo consiste na introdução de um cateter com um balão (vazio) através da artéria femoral (preferida), braquial ou radial até ao coração, entra pela artéria aorta até à artéria coronária parcialmente obstruída. Uma vez na artéria coronária, o balão é insuflado para abrir e “obrigar” a alargar a área de fluxo sanguíneo da artéria. Apesar da utilidade desta técnica na melhoria da função muscular cardíaca, a sua eficácia é questionável porque, em alguns doentes, a dilatação das artérias desaparece dentro de semanas/ meses e a formação de coágulos sanguíneos tende a aumentar nas artérias coronárias depois da angioplastia. Para ajudar a evitar a formação de futuros bloqueios, é introduzido no vaso um tubo de rede metálica para manter a dilatação, denominado *stent*. Contudo, e se não forem adquiridos hábitos de vida saudáveis, também o *stent* poderá ficar obstruído por coágulos sanguíneos com o tempo.

Ao longo dos últimos anos, têm sido investigadas várias estratégias de intervenção coronária percutânea em doentes com EAM tanto como adjuvante à terapêutica trombolítica e como tratamento único, sem administração prévia de trombolítico. O sucesso tem-se refletido na redução da incidência de morbidade e mortalidade e da recorrência à cirurgia coronária (Finci, 2000).

Com o avanço das técnicas de implantação de *stent* e o aparecimento de novos fármacos que diminuem a agregação plaquetar, a incidência de trombose de *stent* reduziu radicalmente. O tratamento precoce da pessoa com EAM com supra ST através da coronariografia potencia o benefício da técnica. Atualmente, as recomendações europeias indicam que a intervenção coronária percutânea primária como tratamento preferencial, desde que disponível entre 90 a 120 minutos a partir do primeiro contato médico (Widimsky, 2010).

Concluimos que o cateterismo cardíaco trilha o caminho para a realização da angiografia, ou melhor, da coronariografia, possibilitando assim a visualização do fluxo sanguíneo das artérias coronárias e perceber se existe e qual a localização exata da lesão coronária que está a provocar estenose ou obstrução total dos vasos que envolvem o coração e, por conseguinte, realizar angioplastia da artéria coronária lesada.

## 1.4 O Transporte Inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica – Via Terrestre

Atualmente, com a centralização de especialidades médicas e cirúrgicas nas unidades hospitalares de referência em Portugal, tem crescido a necessidade de realizar o transporte inter-hospitalar (TIH) de doentes agudos e críticos para instituições de saúde mais diferenciadas com a finalidade de garantir melhores condições de tratamento ou para realizar tratamentos ou exames complementares de diagnóstico não realizáveis no hospital de origem. Este aumento progressivo de TIH's tem fomentado uma maior preocupação com as condições em que os transportes são efetuados (Nunes, 2009).

Os principais motivos para o TIH são *“a inexistência de recursos humanos e/ ou técnicos no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado, ou*

*para a realização de exames complementares de diagnóstico não disponíveis na instituição onde o doente se encontra internado”* (Martins e Martins, 2010, 113).

De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde [ERS] (2007, p. 1), *“muito embora o transporte dos doentes não possa ser entendido como uma prestação direta de cuidados de saúde, não deixa, no entanto, de constituir uma componente importante, pelo que afeta positiva ou negativamente a qualidade destes”*.

Em 2008, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) realizaram a revisão periódica do Guia «Transporte de Doentes Críticos - Recomendações» e emanaram algumas premissas preponderantes (tanto do ponto de vista clínico como socioeconómico) que valorizam a promoção da segurança e da boa prática clínica ao cuidado do doente crítico durante o TIH. Passamos a citar: *“os problemas económicos não devem constituir, em qualquer circunstância, um impedimento para a transferência do doente crítico para um local, onde lhe possa ser prestado um melhor nível de cuidados”* e *“a qualificação técnica, aspeto intimamente relacionado com a formação e a experiência clínica, constitui um dos aspetos mais importantes para a promoção e para a garantia da segurança durante o transporte”* (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] e Ordem dos Médicos [OM], 2008, p.9 e 11).

Segundo SPCI e OM (2008), o processo TIH compreende três fases:

- 1) Decisão – pressupõe-se que na tomada de decisão (ato médico) tenham sido avaliados os benefícios e os riscos relacionados com o transporte (risco clínico e risco da estrada).
- 2) Planeamento – é realizado pelas equipas médica e de enfermagem, em conjunto, nomeadamente, a escolha e o contato do serviço recetor, o meio de transporte, da equipa de transporte, a seleção da monitorização e da terapêutica, bem como a previsão das possíveis complicações.
- 3) Efetivação – do TIH fica a cargo da equipa de transporte selecionada, cuja responsabilidade só termina após a entrega do doente no serviço de destino ou, caso a deslocação seja para realização de exames complementares ou atos terapêuticos, aquando do regresso ao hospital de origem.

Rua (1999) defende que, apesar das dificuldades associadas a um TIH, o mesmo pode ser efetuado em segurança, desde que seja planeado e efetuado por uma equipa experiente e com equipamento adequado.

A SPCI e a OM (2008) defendem que um dos aspetos mais importante para a segurança do doente crítico, durante o transporte, é a qualificação técnica, relacionada com a formação e a experiência clínica. Contudo, os autores acrescentam que não basta experiência em contexto hospitalar. Mesmo os profissionais que, habitualmente, cuidam de doentes críticos precisam receber formação direcionada à prestação de cuidados específica em transporte de doentes críticos. A preparação da equipa de transporte deve, no mínimo, incluir o suporte avançado de vida e, desejavelmente, algumas especialidades como o suporte avançado de trauma e cuidados neonatais e pediátricos.

De acordo com Cunha (2000), o enfermeiro que acompanha o doente no TIH, tem a responsabilidade de verificar condições técnicas e materiais das ambulâncias, testar o equipamento, prestar cuidados ao doente, monitorizar, avaliar sinais vitais e registar o seu estado clínico durante o transporte, levar mala com equipamento de uso clínico e medicação para atuar em situação de emergência, e atuar sempre que necessário.

Assim sendo, ao acompanhar o doente crítico durante o transporte inter/ intra-hospitalar, o enfermeiro assume o dever de prestar *“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 incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”* (Regulamento n.º 124/2011).

O acompanhamento do doente crítico no TIH é maioritariamente realizado por um enfermeiro e raras vezes por uma equipa multidisciplinar. As vivências dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente crítico, durante o TIH, levam à reflexão sobre a ação e as sobre práticas, bem como uma atualização científica permanente, o que proporciona a aprendizagem através da experiência e a posterior segurança e melhoria na qualidade dos cuidados prestados (Rodrigues e Martins, 2012).

O enfermeiro assume a excelência do exercício através da análise regular do trabalho efetuado e reconhecimento de eventuais falhas que mereçam mudança de atitude, da adequação das normas de qualidade às necessidades concretas da pessoa, da atualização contínua dos seus conhecimentos e de assegurar que as condições de trabalho que permitem o exercício da profissão com dignidade e autonomia, comunicando as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados, através das vias competentes (Lei n.º 111/2009, artigo 88º).

A pessoa tem o direito de receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde e é um dever dos serviços de saúde estarem acessíveis e prestarem, em tempo útil, os

cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente, colocando integralmente ao seu dispor os recursos que possuem (DGS, 2004).

Em Portugal, a regulação da atividade de transporte de doentes efetuado por via terrestre enquadra-se no disposto no Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de março, e na Portaria n.º1147/2001, de 28 de setembro, com as alterações introduzidas pelas Portarias n.ºs 1301-A/2002, de 28 de setembro, 402/2007, de 10 de abril e 142-A/2012, de 15 de maio. A atualização contínua da legislação que regula o transporte de doentes procura adequar a legislação à realidade nacional, que se encontra em constante transformação e é bastante abrangente e diversificada no que concerne às necessidades dos doentes. Fazemos, também, referência ao Despacho 7861/2011, de 17 de maio, que regula o acesso ao transporte de doentes não urgentes no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente relacionado com encargos económicos.

## 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Este capítulo tem por objetivo apresentar o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), parte integrante da dimensão A, desenvolvido durante a realização dos estágios I, II e III, integrados no 2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Os três estágios foram realizados numa Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT) do *Hospital Coração (HC)* (nome fictício utilizado para proteger a identidade do hospital e intervenientes no projeto), sob a orientação da Sra. Professora Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica EM e da Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestre em Cuidados Paliativos MJG (doravante denominadas Sra. Professora Orientadora e Sra. Enfermeira Orientadora, respetivamente), nos seguintes períodos (com os devidos intervalos inerentes às férias escolares):

- Estágio I e II – 12 de novembro de 2012 a 21 de março de 2013 (Cronograma dos estágios I e II no Apêndice 1);

- Estágio III – 15 de abril a 3 de outubro de 2013 (Cronograma do estágio III no Apêndice 2).

Um projeto constitui um plano de trabalho organizado fundamentalmente no sentido de resolver/ estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar (Ruivo *et al*, 2010).

É de salientar que para a realização do PIS utilizámos a metodologia de projeto que consiste na *“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, p. 2).

O processo da metodologia de projeto *“não se baseia apenas numa investigação sustentada de determinado problema, mas sim na tentativa de intervenção, baseada em*

*alicerces fundamentais, para a resolução eficaz desse mesmo problema, pelo que o trabalho de projeto aproxima-se bastante da investigação-ação” (Ruivo et al, 2010, p. 3-9).*

A metodologia de projeto prevê compreende cinco etapas:

- 1 – Diagnóstico de Situação;
- 2 – Definição de Objetivos;
- 3 – Planeamento;
- 4 – Execução e Avaliação;
- 5 – Divulgação dos Resultados.

De seguida, descreveremos cada uma das cinco etapas deste PIS.

## 2.1 Diagnóstico de Situação

Na primeira etapa da metodologia de projeto, o diagnóstico de situação, pretende-se que seja elaborado um *“modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”* (Ruivo et al, 2010, pp. 10-17).

Segundo o mesmo autor, quando se trata de um projeto em saúde, o diagnóstico de situação deve corresponder às necessidades da população, com base numa boa colheita de informação. É um processo dinâmico, contínuo, permite atualizações constantes, sucinto, claro, alargado (o suficiente), sistémico, interpretativo e prospetivo. Deve consolidar uma análise do contexto social, económico e cultural, onde o problema se insere, bem como as potencialidades e mecanismos de mudança existentes. Esta etapa é composta por dois momentos chave: a identificação dos problemas (da população em estudo, pode ser feito quantitativa ou qualitativamente) e a determinação de necessidades (representação da necessidade a alcançar para corrigir o problema). Para obter respostas de qualidade e satisfatórias às necessidades da população, é crucial que sejam mobilizados recursos humanos (fomentando o trabalho em equipa), uma peça basilar na implementação ou mudança de estratégias numa instituição (Ruivo et al, 2010).

Com efeito, em seguida, vamos apresentar a uma breve análise do contexto do local de estágio, da sua dinâmica e das necessidades que lá encontrámos – na UCINT do HC – e, por conseguinte, revelar as necessidades que identificámos e que nos permitiram chegar ao diagnóstico de situação deste PIS.

O HC constitui o hospital de referência de cinco concelhos, abrangendo uma população estimada de 100.000 habitantes e distando cerca de 150 quilómetros de qualquer outra unidade hospitalar. A missão do HC é *“prestar cuidados de saúde diferenciados de máxima qualidade à população do (região) em integração com a rede de cuidados de saúde, com respeito pelo utente, resolubilidade, equidade, acessibilidade, utilizando procedimentos eficazes, eficientes e seguros e promovendo a satisfação dos utentes e dos profissionais”* (2006).

A UCINT foi inaugurada a 6 de outubro de 2008, inserida no espaço físico do serviço de Medicina B do HC. A unidade ganhou o seu próprio espaço físico em março de 2011. A capacidade da UCINT é de 4 doentes. A equipa de enfermagem é composta por 8 elementos, sendo um deles a Enfermeira Responsável pela unidade. O apoio médico é realizado pela equipa médica dos serviços de medicina. Os apoios: social, secretaria, dietética, medicina física e reabilitação, laboratorial, assistentes operacionais são cruciais para um bom trabalho da equipa multidisciplinar. A UCINT aguarda autorização para aumentar recursos humanos com o propósito de abrir mais quatro unidades com capacidade para mais quatro doentes, perfazendo um total de 8 unidades ao dispor da comunidade. Esta alteração ainda não aconteceu por questões burocráticas, fruto da atual conjuntura socioeconómica.

Nas primeiras 2 semanas de estágio I e II, após cuidada observação e entrevistas não estruturadas com a equipa de enfermagem, verificou-se a inexistência de sistematização e uniformização de cuidados de enfermagem durante o transporte do doente crítico, na UCINT do HC. A falta de uma norma de procedimento que garantisse a segurança do doente, a vigilância, a organização e o rigor durante o transporte eram uma necessidade *“real e essencial”*, tal como referiu a Enfermeira Responsável da UCINT, que podia ser colmatada com um projeto de intervenção em serviço. O presente PIS teve o apoio da Sra. Enfermeira Responsável da UCINT desde o primeiro momento.

A UCINT dispõe de um Livro de Movimentos de Doentes o qual também permitiu perceber de forma rápida, eficaz e fidedigna, o serviço de origem de cada doente internado, o serviço de destino (no caso de transferência intra ou inter-hospitalar, alta clínica ou

falecimento), o diagnóstico e algumas especificidades durante o internamento, como a necessidade de transporte inter-hospitalar para realização de meios complementares de diagnóstico e/ ou tratamentos, a necessidade de ventilação não invasiva (VNI), entre outras.

Para perceber a quantidade de transportes inter-hospitalares que eram feitos a partir desta unidade, selecionou-se um período de tempo (janeiro de 2011 a janeiro de 2013 – 24 meses) e procedeu-se a uma breve análise. Constatou-se, assim, que dos 426 utentes internados durante este período, 70 utentes necessitaram de TIH para realização de meios complementares de diagnóstico (e, na maior parte das vezes, terapêutica; este dado apenas pode ser confirmado mediante consulta do processo clínico do utente, não foi solicitado por não ser relevante para o projeto). Verificou-se assim que, no período selecionado para este estudo, 16,43 % dos utentes internados na UCINT necessitaram de TIH. Na maioria dos casos, a causa do TIH estava relacionada com a patologia cardíaca e a necessidade de realização de cateterismo cardíaco. Este meio complementar de diagnóstico não está disponível no *HC*, logo, todos os doentes que necessitem dele têm de ser transportados até outro hospital com um laboratório de hemodinâmica e equipa multidisciplinar que realize o cateterismo cardíaco. Os 70 doentes internados na UCINT foram transportados até outro hospital via terrestre (de ambulância) e foram acompanhados por um Enfermeiro e por dois Tripulantes de Ambulância (Bombeiros).

Normalmente, no *HC*, sempre que há necessidade de acompanhamento de enfermagem de um doente crítico no TIH, esta tarefa é assegurada por um enfermeiro do serviço de origem que é chamado previamente porque se encontra a gozar folga ou descanso, ou, caso não haja disponibilidade, o transporte é assegurado por um elemento escalado no turno em questão, o que, neste caso, significa que ficará um elemento de enfermagem a menos na enfermaria.

Tendo em conta que o *HC* se encontra a mais de 150 quilómetros de distância de outros hospitais, significa que estamos a mais de uma hora de caminho de distância, se viajarmos num veículo ligeiro comum. Se nos reportarmos a ambulâncias que transportam doentes em estado crítico, que muitas vezes, não toleram a trepidação inerente aos caminhos de Portugal, então poderemos estar a falar em viagens com pelo menos duas horas. Num doente crítico, pode ser tarde demais! Contudo, se estes doentes forem devidamente acompanhados por equipas formadas e treinadas no cuidado ao doente crítico, o transporte inter-hospitalar tornar-se-á mais seguro e promissor para o doente. A

uniformização e sistematização dos cuidados antes, durante e após o transporte são um indicador que permite verificar e validar a qualidade da prestação de cuidados a estes doentes.

Cedo percebemos que a aplicabilidade eficaz de um projeto relacionado com a uniformização de cuidados de enfermagem ao doente crítico durante o TIH dependia estreitamente do envolvimento da equipa de enfermagem da UCINT. O ponto de partida para este envolvimento foi a aplicação de um questionário que nos permitiu, sobretudo, perceber qual a importância que os enfermeiros davam ao tema em questão e, em simultâneo, sensibilizar os enfermeiros para a temática.

Começámos por solicitar autorização ao Conselho de Administração (CA) para o desenvolvimento do PIS na UCINT e dos procedimentos inerentes, que teve parecer positivo (Anexo 1). Seguidamente, foi entregue a cada um dos elementos da equipa de enfermagem o consentimento livre e esclarecido e o questionário. O consentimento livre e esclarecido elucidava sobre o âmbito do projeto, os seus objetivos, bem como os propósitos do questionário, tendo sido redigido com base nas considerações éticas e deontológicas inerentes a um estudo desta natureza. O questionário tinha como objetivo principal perceber a importância que os Srs. Enfermeiros dão ao tema em questão, mas também pretendíamos perceber quais as qualificações formativas e técnicas relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem em situação de urgência e emergência. O questionário estava dividido em duas partes: primeira – dados demográficos, segunda – dados relacionados com o projeto. O interesse e envolvimento da equipa foi notório através do *feedback* positivo que tivemos com a obtenção de 100 % de respostas.

Após recolha dos questionários, procedeu-se ao tratamento de dados através do programa informático Microsoft Office Excel 2007, cujos dados passam agora a ser explanados os mais importantes. A equipa foi perentória: 100% a considerar importante a existência de um protocolo e de uma norma de procedimento para o TIH do doente crítico com *check-list* de informação clínica do doente crítico e com *check-list* do material e da terapêutica disponível na mala de transporte, bem como necessária a formação em suporte avançado de vida para a melhoria da prestação de cuidados de qualidade tanto nos serviços e unidades de cuidados como durante os transportes inter-hospitalares. No que concerne à formação, apenas 12,5 % não dispunha de formação em suporte básico de vida (SBV) e em suporte imediato de vida (SIV), e 37,5 % não dispunha de formação em suporte avançado de vida (SAV). Tendo por base que a formação em suporte básico, imediato e avançado de

vida carece de renovação de dois em dois anos, em análise dos questionários, podemos perceber que as formações com necessidade de reciclagem mais urgente são SBV e SIV.

Sendo este um projeto – Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico com Patologia Cardíaca – direcionado a uma população específica e que envolverá vários profissionais, considera-se que o seu sucesso poderá estar em causa.

Como forma de tentar garantir a viabilidade do projeto, decidiu-se aplicar um instrumento de gestão que consiste num processo sistemático que permite identificar e prevenir problemas –*Failure Mode Effects and Analysis* (FMEA). A FMEA é uma Metodologia de Análise do Tipo e Efeito de Falhas que possibilita a análise de todo o processo de diagnóstico de situação, com o objetivo de diminuir as hipóteses de falha durante o percurso e procurar aumentar a confiabilidade da prestação do serviço (Sakurada, 2001). A aplicação da FMEA acontece antes da conceção de um projeto e tem como objetivos: a) avaliar potenciais falhas e os seus efeitos, b) identificar ações que podem eliminar/ reduzir a ocorrência de uma falha e c) documentar a análise. Esta ferramenta de gestão deve ser aplicada por uma equipa multidisciplinar que contenha especialistas no tema em análise e que entendam as necessidades do cliente (Sakurada, 2001). É relevante salientar que a FMEA aliada à gestão enaltece uma cultura de prevenção e visão a longo prazo através do planeamento de atividades e estratégias que valorizam os gastos (económicos e tempo) e possibilita a aprendizagem constante e progressiva. A análise de processo através da FMEA é passível de ser alterada de acordo com as necessidades e resolução de falhas/ problemas (Sakurada, 2001).

A aplicação da FMEA permitiu-nos verificar a existência de várias falhas no decorrer do diagnóstico de situação pelo que, tal como previsto pelo próprio instrumento, foram propostas medidas corretivas para as diferentes etapas, nomeadamente para a sistematização de conhecimentos teórico-práticos sobre o Transporte do Doente Crítico e para aplicação de questionário à equipa de enfermagem, após autorização por parte do CA para emprego do mesmo, e apresentação/validação do projeto junto da equipa de enfermagem.

Assim, definimos como problema geral a falta de sistematização e uniformização de cuidados de enfermagem durante o TIH do doente crítico, na UCINT, que garanta a segurança do doente, a vigilância, a organização e o rigor antes, durante e depois do transporte.

Neste sentido, definimos como problemas parcelares a revolver:

- Inexistência de uma Norma de Procedimento para o Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico, a nível hospitalar;
- Inexistência de *check-list* com informação clínica do Doente;
- Inexistência de *check-list* de material de uso clínico e terapêutica, que deve de constar na mala de transporte;
- Falta de formação de suporte básico/ imediato/ avançado de vida para cerca de 30% da equipa de enfermagem;

Bem como as prioridades de intervenção no projeto:

- Aprofundar conhecimentos sobre o tema/ conhecer outras realidades hospitalares;
- Elaborar uma norma de procedimento para o transporte inter-hospitalar do doente crítico;
- Elaborar *check-list* com informação clínica do Doente;
- Elaborar *check-list* de material de uso clínico e terapêutica, que deve de constar na mala de transporte;
- Uniformização dos cuidados ao doente crítico durante o transporte.

Em apêndice, poderá visualizar a Ficha de Diagnóstico do PIS (Apêndice 3), a qual inclui no seu corpo a tabela de *Failure Mode Effects and Analysis*, o questionário aplicado à equipa de enfermagem da UCINT, bem como os resultados deste. Este apêndice também compreende a definição dos objetivos, que correspondem ao tópico seguinte.

## 2.2 Definição de Objetivos

Todo o projeto necessita de objetivos, isto é, uma enumeração dos resultados que se pretende alcançar com a sua elaboração. A sua determinação é fundamental na elaboração de projetos de ação. Sem os objetivos, a planificação de um projeto seria cega. Os objetivos deverão ser claros, concisos, exequíveis, mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração e elaborados em número razoável e com linguagem precisa. Podem incluir níveis distintos, que vão desde o geral ao mais específico (Ruivo *et al*, 2010).

Deste modo, definimos como objetivo geral deste PIS:

*Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cardíaca em estado crítico durante o TIH.*

Os objetivos específicos do PIS são:

- 1 - Criar uma norma de procedimento sobre o TIH do doente crítico;
- 2 - Elaborar uma *check-list* sobre a informação clínica do doente;
- 3 - Elaborar uma *check-list* de material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte;
- 4 - Promover formação/ treino da equipa de enfermagem da UCINT sobre o SBV, SIV e (se possível) SAV.

## 2.3 Planeamento

A terceira etapa da metodologia de projeto é o planeamento, em que é elaborado um plano detalhado do projeto, tendo em conta várias ferramentas de gestão, tais como a engenharia de *software*, calendarização das atividades, recursos necessários, risco e qualidade. Nesta etapa, para além da verificação de recursos, limitações e condicionantes, são definidas atividades a desenvolver, métodos e técnicas a aplicar e apresentado cronograma. É importante referir que toda a construção do planeamento é feita com base nos objetivos definidos (geral e específicos) (Ruivo *et al*, 2010).

Por conseguinte, foram planeadas as seguintes atividades de acordo com os respetivos objetivos específicos:

**Objetivo Específico 1 – Criar uma norma de procedimento sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico;**

Atividades a desenvolver:

- 1.1 – Realização de pesquisa bibliográfica sobre o transporte do doente crítico e a patologia cardíaca;
- 1.2 – Realização de estágio numa unidade de referência no transporte do doente crítico;
- 1.3 – Criação de norma de procedimento para o transporte inter-hospitalar do doente crítico, de acordo com a linguagem classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE);
- 1.4 – Apresentação da norma de procedimento à Sra. Enfermeira Orientadora, à Sra. Enfermeira Responsável da UCINT e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;
- 1.5 – Realização de alterações consoante sugestões (ponto anterior);
- 1.6 – Formalização de pedido de autorização ao CA para homologação da norma de procedimento.

Recursos Humanos:

- Sra. Professora Orientadora EM;
- Sra. Enfermeira Orientadora MJG;
- Sra. Enfermeira Responsável da UCINT VS.

Recursos Materiais:

- Computador;
- Internet;
- Biblioteca;
- Papel;
- Caneta.

Indicador de avaliação:

- Norma de procedimento de transporte inter-hospitalar disponível para apreciação pelo CA do HC.

**Objetivo Específico 2 – Elaborar uma *check-list* sobre a informação clínica do doente, que deve acompanhar o doente durante o TIH;**

Atividades a desenvolver:

- 2.1 – Pesquisa bibliográfica sobre transporte do doente crítico, segurança do doente, cuidados na prevenção/ controlo de infeção e patologia cardíaca;
- 2.2 – Elaboração de documento com *check-list* sobre informação clínica do doente;
- 2.3 – Apresentação da *check-list* à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;
- 2.4 – Realização de alterações na *check-list* consoante sugestões (ponto acima);
- 2.5 – Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da *check-list*.

Recursos Humanos:

- Sra. Professora Orientadora EM;
- Sra. Enfermeira Orientadora MJG;
- Sra. Enfermeira Responsável da UCINT VS.

Recursos Materiais:

- Computador;
- Internet;
- Biblioteca;
- Papel;
- Caneta.

Indicador de avaliação:

- *Check-list* sobre informação clínica do doente disponível para aprovação pelo CA do HC.

**Objetivo Específico 3 – Elaborar uma *check-list* de material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte;**

Atividades a desenvolver:

- 3.1 – Pesquisa bibliográfica sobre terapêutica a utilizar em situação de urgência e emergência, durante o transporte do doente crítico;
- 3.2 – Elaboração de documento com *check-list* sobre material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte;
- 3.3 – Elaboração cartões de apoio com fluxogramas de SIV e SAV, a constar na mala de transporte;
- 3.4 – Apresentação de documentos à Enfermeira Orientadora e à Enfermeira Responsável da UCINT, para recolher sugestões;
- 3.5 – Realização das alterações sugeridas (ponto anterior);
- 3.6 – Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da *check-list*.

Recursos Humanos:

- Sra. Professora Orientadora EM;
- Sra. Enfermeira Orientadora MJG;
- Sra. Enfermeira Responsável da UCINT VS.

Recursos Materiais:

- Computador;
- Internet;
- Biblioteca;
- Papel;
- Caneta.

Indicador de Avaliação:

- *Check-list* sobre material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte disponível para aprovação pelo CA do HC.

#### **Objetivo Específico 4 – Promover formação/ treino da equipa de enfermagem da UCINT sobre o SBV, SIV e (se possível) SAV.**

##### Atividades a desenvolver:

- 4.1- Pesquisa bibliográfica sobre SBV, SIV e SAV;
- 4.2- Auscultação de necessidades de formação dos enfermeiros da UCINT;
- 4.3- Compilação de pesquisa bibliográfica num *dossier* temático sobre SBV, SIV e SAV;
- 4.4- Conhecimento das ofertas formativas do *HC* e entidades privadas;
- 4.5- Formalização do pedido de autorização ao CA para desenvolvimento de formação/ treino aos enfermeiros da UCINT, em colaboração com o Núcleo de Formação do *HC*;
- 4.6- Pedido de colaboração ao Núcleo de Formação do *HC*, para desenvolvimento deste objetivo;
- 4.7- Articulação com o Núcleo de Formação para a promoção de formação/ treino da equipa de enfermagem da UCINT;
- 4.8- Elaboração de apresentação em *power point* para a formação;
- 4.9- Discussão sobre apresentação em *power point* com a Enfermeira Orientadora, a Enfermeira Responsável pela UCINT e a Professora Orientadora, para recolher sugestões;
- 4.10- Realização das alterações de acordo com as sugestões (ponto acima);
- 4.11- Marcar a(s) sessão(s) de formação, em colaboração com o Núcleo de Formação;
- 4.12- Divulgação da formação através de cartaz e e-mail interno *HC*;
- 4.13- Elaboração de planos de formação;
- 4.14- Participação, em conjunto com a entidade formadora, na formação/ treino dos enfermeiros da UCINT;
- 4.15- Avaliação da(s) sessão(ões) de formação.

##### Recursos Humanos:

- Sra. Professora Orientadora EM;
- Sra. Enfermeira Orientadora MJG;

- Sra. Enfermeira Responsável da UCINT VS;
- Sra. Enfermeira Responsável pelo Núcleo de Formação do HC DC.

#### Recursos Materiais:

- Computador;
- Internet;
- Biblioteca;
- Papel;
- Caneta.

#### Indicador de Avaliação:

- Dossier com compilação de pesquisa bibliográfica sobre SBV, SIV e SAV;
- Cartaz de divulgação da formação.

Todo o planeamento compreende a elaboração de um cronograma de atividades, que consiste num alinhamento de atividades em termos de tempo. O cronograma constitui uma linha orientadora na organização e, posteriormente, no cumprimento de *timings* estipulados para o projeto. O cronograma não é um instrumento estático, sendo possível sofrer alterações ao longo do desenvolvimento do projeto.

Aquando do planeamento do PIS, e tendo em conta os objetivos geral e específicos, elaborámos também um cronograma inicial que nos permitiu organizar o trabalho que tínhamos pela frente (Apêndice 4).

## 2.4 Execução e Avaliação

A materialização do planeamento do PIS aconteceu durante o estágio III.

Assumimos que esta fase foi a que mais exigiu de nós, mas também a de maior interesse e gratificação. Com efeito, quanto maior o interesse, maior será o processo de

pesquisa, experimentação, descoberta e, conseqüentemente, a potencialização de diversas competências (Nogueira, 2005).

A avaliação de um projeto compreende dois momentos: avaliação intermédia, que ocorre em simultâneo com a execução, e avaliação final, na qual é feita avaliação do processo e do produto do projeto. A avaliação deve conceder os aportes necessários por forma a melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios tendo em conta os objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados) (Ruivo *et al*, 2010).

Tendo em conta que avaliar um projeto implica verificar a realização dos objetivos traçados inicialmente, de seguida, faremos uma análise descritiva e crítica das atividades executadas de acordo com cada objetivo específico.

O cronograma final deste PIS encontra-se disponível em apêndice (Apêndice 5).

### **Objetivo Específico 1 – Criar uma norma de procedimento sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico;**

#### Atividades desenvolvidas:

#### 1.1 – Realização de pesquisa bibliográfica sobre o transporte do doente crítico e a patologia cardíaca;

Esta pesquisa foi realizada baseada em princípios da revisão na literatura em sites internacionais, utilizando as palavras chave «transporte» + «inter-hospitalar» + «doente» + «crítico» + «doença» + «cardíaca». Foi feita pesquisa com os mesmos termos na língua inglesa. Na pesquisa na B-On, tivemos a preciosa ajuda da Sra. Bibliotecária (funcionária do HC) que nos auxiliou nesta tarefa.

#### 1.2 – Realização de estágio opcional numa unidade de referência no transporte do doente crítico, num hospital do sul do país;

Mediante autorização da ESS/IPS e do hospital da região sul que possui a unidade de referência no transporte do doente crítico, realizámos quatro dias de estágio. Foram dois dias no Serviço de Urgência Geral (SUG) e dois dias na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR). Aquando deste estágio, que decorreu durante o período de tempo

do estágio III, realizámos um relatório denominado «Relatório dos Estágios Opcionais» (Apêndice 6).

No estágio no SUG, acompanhámos o Sr. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica PC, que para além de exercer funções neste serviço, ainda integra a equipa de transporte inter-hospitalar em regime de acumulação de funções.

No estágio na UCICOR, acompanhámos o Sr. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica AP, que também é Enfermeiro Responsável pela unidade e Enfermeiro Coordenador da Equipa de Transporte Inter-Hospitalar. O Sr. Enfermeiro AP defende que o enfermeiro especialista deve colocar em prática os seus saberes, em vez de estar somente dedicado à gestão, materializando assim a expressão «aliar a teoria à prática». A UCICOR compreende, ainda, a prestação de cuidados de enfermagem no Laboratório de hemodinâmica por parte de alguns elementos da equipa de enfermagem, entre eles o Sr. Enfermeiro AP. Foi assim que “encontrámos” o perito na área de transporte inter-hospitalar que, por acaso, também desenvolve funções na área do doente crítico com patologia crítica e na execução do cateterismo cardíaco.

Enquanto perito na área do transporte do doente crítico, o Sr. Enfermeiro AP leu a norma que elaborámos e deu o seu precioso contributo através de sugestões de melhoria. Devemos realçar que o Sr. Enfermeiro fez também algumas sugestões para as *check-list's* construídas para dar resposta aos objetivos específicos 2 e 3, as quais aceitámos e colocámos em prática.

Segundo Benner (2001), perito é aquele que não se baseia somente em regras e indicações. O perito fundamenta as suas ações na experiência, gere situações complexas de uma forma admirável, obtém reconhecimento dos colegas e dos doentes. O perito é capaz de descrever situações clínicas, nas quais a sua intervenção foi notória, dando visibilidade e reconhecimento à sua perícia.

Os aportes bibliográficos, referentes ao projeto do «Transporte do Doente Crítico» do HC, que consultámos aquando dos estágios opcionais no SUG e na UCICOR constituíram um exemplo prático e eficaz de um projeto semelhante com sucesso. Os fundamentos do projeto do HC ajudaram a arquitetar não só o objetivo específico 1, como os objetivos específicos 2 e 3.

1.3 – Criação de norma de procedimento para o transporte inter-hospitalar do doente crítico, de acordo com a linguagem classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE);

A norma foi realizada tendo como orientação as regras para a elaboração das normas de procedimentos e normas regulamentares em vigor na instituição (Anexo 2).

Os alicerces para a criação da norma de procedimento do TIH foram as pesquisas anteriormente realizadas (a primeira atividade). Realçamos o documento que mais contributos deu ao nosso projeto, o guia *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações 2008*, elaborado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos em conjunto com a Ordem dos Médicos, com base em orientações internacionais. Destacamos ainda outras obras que fundamentaram a nossa bibliografia: o livro *PreHospitalar Trauma Life Support (PHTLS)*, que enquadra conteúdos científicos certificados pelo *American College of Surgeons* e a *National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT)* e o livro *Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council* (utilizada a tradução elaborada pelo Conselho Português de Ressuscitação – CPR).

A norma de procedimento elaborada pode ser consultada no Apêndice 7.

1.4 – Apresentação da norma de procedimento à Sra. Enfermeira Orientadora, à Sra. Enfermeira Responsável da UCINT e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;

As sugestões referidas pelas Sras. Enfermeira Orientadora, Professora Orientadora e Enfermeira Responsável da UCINT foram as seguintes:

- Correção de algumas terminologias;
- Extinção de conteúdos nas orientações gerais que são inerentes ao transporte do doente crítico, nomeadamente materiais que compõem a ambulância;
- Inclusão de aspetos relativos ao controlo de infeção;
- Inclusão de aspetos específicos relacionados com o antes e o depois do transporte;
- Importância de referir o acolhimento do doente crítico nas várias fases do processo.

1.5 – Realização de alterações consoante sugestões (ponto anterior);

As sugestões recolhidas e alterações sugeridas foram incorporadas na norma.

1.6 – Formalização de pedido de autorização ao CA para homologação da norma de procedimento.

A norma de procedimento foi enviada ao CA e aguarda homologação.

**Objetivo Específico 2 – Elaborar uma *check-list* sobre a informação clínica do doente, que deve acompanhar o doente durante o TIH;**

Atividades desenvolvidas:

2.1 – Realização de pesquisa bibliográfica sobre transporte do doente crítico, segurança do doente, cuidados na prevenção/ controlo de infeção e patologia cardíaca;

Tal como no objetivo anterior, foi realizada pesquisa bibliográfica em vários sites internacionais, tendo por base a procura de aspetos relevantes na informação clínica do doente crítico. Visto que este documento deverá acompanhar o doente ao longo de todo o TIH, considerámos pertinente incluir na *check-list* tópicos relacionados com a segurança e os cuidados na prevenção/ controlo da infeção.

2.2 – Elaboração de documento com *check-list* sobre informação clínica do doente;

Com base nas pesquisas realizadas, foi elaborado o formulário de transporte inter-hospitalar (Apêndice 8) que contempla dados relacionados com o transporte (data/ hora de saída do hospital de origem e chegada ao hospital de destino e equipa que acompanha o doente) e a informação clínica do doente crítico, na qual é feita uma abordagem segundo a metodologia ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), à qual se acrescentam informações gerais relacionadas com as atividades de vida e os parâmetros vitais à saída. O formulário compreende ainda espaços dedicados a breves descrições da história clínica do doente e das intercorrências durante o transporte, descrição da terapêutica em curso e do material utilizado durante o transporte. Se o transporte incluir o retorno ao hospital de origem, os dados inerentes ao transporte devem ser anotados no mesmo formulário.

Cada formulário terá um número de registo, para facilitar a sua identificação e correto registo. Este documento ficará alocado a uma pasta própria para o efeito no serviço de origem.

Para garantir a segurança do doente ao longo do procedimento, foi, ainda, elaborada uma «Lista de verificação para o TIH» (Apêndice 9) a qual será anexada ao formulário e, por isso, numerada com o mesmo número. Esta lista está dividida em oito partes e compreende os tópicos (I) confirmação da transferência, (II) avaliação do doente, (III) observação do doente, (IV) início do transporte, (V) na ambulância, (VI) trajeto, (VII) entrega do doente no hospital de destino (VIII) regresso ao hospital de origem.

### 2.3 – Apresentação da *check-list* à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;

Bem como no objetivo específico 1, também o Formulário de Transporte Inter-Hospitalar foi apresentado às Sras. Enfermeira Orientadora e Professora Orientadora a fim de obter correções e sugestões de melhoria.

Também tivemos oportunidade de mostrar este documento aos Srs. Enfermeiros PC e AP, que na qualidade de peritos na área do transporte, deram algumas sugestões que permitiram aperfeiçoar o formulário.

As sugestões referidas foram as seguintes:

- Correção de algumas terminologias;
- Inclusão de aspetos relativos ao controlo de infeção;
- Inclusão de aspetos específicos relacionados com o antes e o depois do transporte;
- Inclusão de aspetos específicos no caso do doente que regressa ao hospital de origem.

### 2.4 – Realização de alterações na *check-list* consoante sugestões (ponto acima);

As sugestões recolhidas e alterações sugeridas foram incorporadas na *check-list*.

A *check-list* de informação do doente crítico que ficou denominada de «Formulário de Transporte Inter-Hospitalar» e pode ser visualizada no Apêndice 7.

A «Lista de verificação para o Transporte Inter-Hospitalar» pode ser consultada no Apêndice 8.

### 2.5 – Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da *check-list*.

O «Formulário de Transporte Inter-Hospitalar» e a «Lista de verificação para o TIH» já foram enviados ao Conselho de Administração do *Hospital Coração* e aguardam homologação.

### **Objetivo Específico 3 – Elaborar uma *check-list* de material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte;**

#### Atividades desenvolvidas:

#### 3.1 – Realização de pesquisa bibliográfica sobre terapêutica a utilizar em situação de urgência e emergência, durante o transporte do doente crítico;

Sem nos querermos repetir, mais uma vez as obras principais foram *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações 2008*, *PreHospitalar Trauma Life Support (PHTLS)* e *Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council*.

Dos endereços eletrónicos visualizados, destacamos os sites do *Infarmed*, da Sociedade Portuguesa de Farmacologia, da *American Society for Pharmacology and Experimental Therapeutics*, da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, como uma fonte de informação fidedigna e completa. Acrescentamos ainda o *Guia de Preparação e administração de medicamento via parentérica*.

#### 3.2 – Elaboração de documento com *check-list* sobre material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte;

Tendo por base a pesquisa bibliográfica realizada, construímos a *check-list* de terapêutica e material de uso clínico que deve constar na mala de transporte. Assumimos que todos os serviços clínicos do *HC* possuem a sua própria mala de transporte e que o conteúdo desta deve seguir linhas orientadoras comuns, sendo que cada serviço acrescenta a terapêutica/ material de uso clínico de acordo com as especificidades inerentes.

#### 3.3 – Elaboração cartões de apoio com fluxogramas de SIV e SAV, a constar na mala de transporte;

Os cartões de apoio funcionam como auxiliares de memória e devem constar sempre na mala de transporte, a fim de ser uma fonte de orientação para quem acompanha o doente crítico no transporte.

De acordo com SPCI (2008), um dos elementos da equipa de transporte deve, idealmente, ser o enfermeiro responsável pelo doente, com experiência em reanimação e

com treino no transporte do doente crítico. Sendo a qualificação técnica um dos aspetos mais importantes para a promoção e a garantia da segurança do doente durante o transporte, preconiza-se que, no mínimo, a preparação da equipa de transporte inclua o SAV.

Por conseguinte, elaborámos cartões de apoio com os seguintes fluxogramas:

- SBV (apesar de não constar do objetivo, considerámos pertinente juntar mais este aporte informativo);

- SIV;

- SAV.

Estes fluxogramas estão disponíveis no apêndice 10.

#### 3.4 – Apresentação de documentos à Enfermeira Orientadora e à Enfermeira Responsável da UCINT, para recolher sugestões;

Bem como nos objetivos específicos anteriores, apresentámos os documentos inerentes ao presente objetivo às Sras. Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT, Sra. Professora Orientadora e aos Srs. Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica PC e AP.

Foram recolhidas sugestões de todos os intervenientes.

#### 3.5 – Realização das alterações sugeridas (ponto anterior);

As sugestões recolhidas e alterações sugeridas foram incorporadas na *check-list*.

A *check-list* de material de uso clínico e terapêutica pode ser visualizada no Apêndice 9.

#### 3.6 – Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da *check-list*.

A *check-list* de material de uso clínico e terapêutica já foi enviada ao Conselho de Administração do *Hospital Coração* e aguarda homologação.

### **Objetivo Específico 4 – Promover formação/ treino da equipa de enfermagem da UCINT sobre o SBV, SIV e (se possível) SAV.**

#### Atividades desenvolvidas:

#### 4.1 – Realização de pesquisa bibliográfica sobre SBV, SIV e SAV;

A principal fonte de pesquisa relacionada com o tema foi, sem dúvida, o *European Resuscitation Council – Guidelines for Resuscitation 2010*, na versão traduzida na língua portuguesa. Não obstante, não poderíamos deixar de consultar o site do Conselho Europeu de Ressuscitação, em busca de novas atualizações, bem como outra bibliografia também pertinente como o PHTLS.

#### 4.2 – Auscultação de necessidades de formação dos enfermeiros da UCINT;

A realização do questionário à equipa de enfermagem da UCINT permitiu-nos aferir quais as necessidades de formação. A equipa é constituída por oito elementos, sendo um deles a Enfermeira Responsável, que também conta como elemento na prestação de cuidados.

De acordo com os resultados obtidos no questionário, dos oito enfermeiros, dois não têm formação em SBV nem em SIV e três não têm formação em SAV (sendo que dos três, dois são os mesmos que não têm a formação inicial, nem poderiam devido à obrigatoriedade sequencial desta formação).

É importante referir que, na equipa, existem dois enfermeiros com formação para atuar na Viatura de Médica de Emergência e Reanimação (VMER), sendo que um dos quais faz parte da equipa da VMER do HC. Existe, também, um enfermeiro que é formador de SBV, SIV e SAV numa escola certificada pelo CPR.

Concluimos que é uma equipa pouco heterogénea, mas que, na maior parte do período laboral, complementa-se. Ainda assim, é do conhecimento geral que ficam muitos turnos despidos de enfermeiros com a formação em reanimação essencial.

#### 4.3 – Compilação de pesquisa bibliográfica num dossier temático sobre SBV, SIV e SAV;

A pesquisa bibliográfica relacionada diretamente com este objetivo específico encontra-se disponível em suporte informático, alocada à pasta de arquivo da UCINT.

Encontra-se disponível a todos os enfermeiros da unidade.

Documentos disponíveis:

- *European Resuscitation Council – Guidelines for Resuscitation 2010;*
- Manual de Curso de Suporte Básico de Vida (Alento);
- Manual de Curso de Suporte Imediato de Vida 2010 (Alento).

#### 4.4 – Conhecimento das ofertas formativas do HC e entidades privadas;

Após reunião com a Sra. Enfermeira Responsável pelo Núcleo de Formação do HC, percebemos que as formações certificadas e extensíveis a todos enfermeiros do hospital, passam, obrigatoriamente, por este gabinete, pois a entidade formativa é externa e programada no início de cada ano civil. Apenas as formações em serviço, promovidas por elementos do mesmo acontecem de forma mais liberal.

Em abril de 2013, fomos informados de que a oferta formativa para o ano em vigor não compreendia formação em reanimação pois não tinha entrado em orçamento do HC.

Para esta formação acontecer, deveria ser constituído um grupo de trabalho com formação na área da reanimação para o efeito. Porém, fomos confrontados com o constrangimento de que não sendo a entidade certificada a promover a formação, a mesma não teria o mesmo peso nem o apoio do CA.

No ano seguinte, 2014, o Núcleo de Formação do HC, incluiu na sua oferta formativa formação em SBV e em SIV, que se destinava unicamente a enfermeiros que nunca tinham feito esta formação, ou seja, as reciclagens do curso (que devem ser realizadas a cada dois anos) não estavam contempladas. Logo, os enfermeiros da UCINT que precisam revalidar/ atualizar os seus conhecimentos sobre SBV e SIV ficaram impossibilitados de o fazer.

Concluímos que a lacuna continua a ser na formação de SAV.

Devido aos impedimentos na realização/ promoção de formação em reanimação em conjunto com o Núcleo, devido a questões burocráticas e socioeconómicas, e à constante mobilização na equipa de enfermagem, decidimos em conjunto com a Sra. Enfermeira Responsável pela UCINT (apesar da disponibilidade permanente da mesma) e com a Sra. Enfermeira Orientadora abortar o objetivo de promover formação em reanimação, pelo que as atividades seguintes não foram desenvolvidas. Assim, o objetivo específico 4 terá apenas como indicador de avaliação o *dossier* de compilação de pesquisa bibliográfica sobre SBV, SIV e SAV, que está disponível em suporte informático, acessível à equipa de enfermagem da UCINT.

## 2.5 Divulgação

Um trabalho de projeto culmina com a divulgação do mesmo.

A implementação da metodologia de projeto como meio de resolução de um problema ou redução de uma necessidade numa instituição de saúde assume um papel crucial no desenvolvimento dos profissionais de saúde e na melhoria dos serviços prestados aos doentes e famílias (Ruivo *et al*, 2010). Mas tal só acontecerá se o projeto for divulgado à comunidade hospitalar e outros intervenientes no projeto.

O desenvolvimento contínuo da profissão bem como a tomada de decisão adequada, consciente e fundamentada na prestação de cuidados de saúde de excelência deve muito à investigação na área da saúde. A investigação permite alicerçar e consolidar os saberes e a ciência de forma a fundamentar a prática dos cuidados e fomentar a visibilidade social (Martins, 2008).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2006), preconiza-se que todos os enfermeiros nas várias áreas de atuação tenham espírito investigador, bem como pensamento crítico e adotem uma postura de aprendizagem ao longo da vida.

A divulgação de um projeto de investigação é um dever ético do investigador (Ruivo *et al*, 2010).

A divulgação do presente PIS realizado à comunidade científica acontece sobre a forma de um artigo científico (Apêndice 12).

### 3. PROJETO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com o Guia Orientador dos Estágios 2.º e 3.º Semestres (2011b), no âmbito do 2.º MEMC foi-nos solicitada a realização de um Projeto de Aquisição de Competências / Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC) com o objetivo de adquirir as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Por conseguinte, com este PAC orientado segundo a metodologia de projeto, pretendemos desenvolver as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 124/2011) e em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011).

#### 3.1 Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação do PAC foi realizado com base na nossa própria experiência profissional e na nossa observação aquando dos estágios I e II. Foram identificadas não só necessidades no serviço onde nos encontrávamos a desenvolver o estágio (UCINT) mas também carências nos nossos conhecimentos e prática clínica, as quais pretendíamos sucumbir com a realização deste projeto.

No que concerne às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, acreditamos já ter adquirido a competência *K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica*. Pelo que, neste PAC orientámos os objetivos no sentido de adquirir as restantes duas competências (*K2 – Dinamiza as respostas em situação de catástrofe ou emergência*

*multi-vítima, da conceção à ação e 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).*

Para a competência K2, começámos por tomar conhecimento da génese e funcionamento da Autoridade Nacional da Proteção Civil (ANPC) bem como dos critérios e normas técnicas para a realização dos planos de emergência a nível nacional, regional, distrital e municipal. Tal como todas as instituições públicas, os hospitais também dispõem do seu próprio plano de emergência interno (PEI), desenvolvido com o aval da ANPC. Naturalmente, o passo seguinte foi conhecer o PEI do HC (Anexo 3). No contato com a equipa de enfermagem, percebemos que todos tinham conhecimento do PEI, mas que subsistiam algumas dúvidas em tópicos como a extinção de incêndios, nomeadamente, que agente extintor utilizar e como. Identificámos aqui a primeira necessidade – conhecimento e manuseamento de extintores de pó químico.

Para a competência K3, foi com satisfação que verificámos que a equipa de enfermagem da UCINT é homogénea na prestação de cuidados aos doentes internados com o máximo de rigor e cuidado. Desde a correta lavagem das mãos nos momentos devidos à execução de intervenções de enfermagem (por exemplo, com o cateterismo venoso central, exige técnica asséptica), todos os cuidados têm em conta as linhas orientadoras da prevenção e controlo da infeção. Através de entrevistas não estruturadas e informais, percebemos que a equipa desconhecia ou tinha muito pouco contato com a prestação de cuidados de enfermagem ao doente com cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo. Apesar de este ser um tipo de cateterismo associado à doença oncológica e aos tratamentos com quimioterapia, a sua utilidade é semelhante à de um cateter venoso central. Tendo em conta a crescente colocação/ utilização do cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo, aumenta a possibilidade de surgirem doentes em situação crítica com este tipo de cateter na UCINT. Por isso, surgiu a necessidade formar a equipa de enfermagem da UCINT não só no manuseio correto, como também na prevenção e controlo de infeção associada ao cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo.

Relativamente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, e tendo como alicerce a nossa própria experiência profissional na Unidade de Cuidados Paliativos, procurámos aliar os

nossos saberes aos imensos conhecimentos da equipa de enfermagem sobre pessoa em situação crítica.

Atualmente, observamos uma população cada vez mais envelhecida com taxas de doença crónica cada vez mais elevada também. A realidade socioeconómica vigente impossibilita a equidade nos cuidados de saúde a nível nacional. As pessoas com doença crónica nem sempre têm o devido acompanhamento médico o que proporciona a descompensação e agudização da doença e, por conseguinte, a aumenta a recorrência aos serviços de urgência e necessidade de internamentos nos serviços clínicos para compensação da doença. É neste âmbito que vemos muitos doentes com descompensação da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) internados na UCINT. Em muitos destes doentes, o tratamento passa pela ventilação não-invasiva (VNI) não só no internamento como no domicílio. Avaliando a cronicidade do tratamento e do apoio que a pessoa e cuidador informal/ família irão precisar, percebemos que era necessário estabelecer uma ponte de contato entre estes e a equipa de enfermagem da UCINT. Deprendemos também que, numa equipa vocacionada sobretudo para o cuidado da pessoa em situação crítica, existia algumas especificidades relacionadas com a pessoa em situação crónica/ paliativa em falta. Pelo que toda a aquisição de competências relacionada com a pessoa em situação crónica/ paliativa apoia-se no cuidado à pessoa e família com necessidade de utilização da VNI.

### 3.2 Definição de Objetivos

Tal como já foi referido, o objetivo geral deste PAC consistia em *“Adquirir Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e/ou Paliativa”*.

Na sequência do exposto no diagnóstico de situação, delineámos como objetivos específicos deste PAC:

- 1 – Dotar a equipa de enfermagem da UCINT de conhecimentos sobre o manuseamento de extintores de pó químico (categoria B);

- 2 – Realizar formação em serviço aos enfermeiros da UCINT sobre os cuidados de enfermagem a ter na prevenção da infeção associada ao cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;
- 3 – Elaborar um *dossier* temático sobre cuidados a ter com o doente crónico (e/ ou paliativo) com necessidade de ventilação não invasiva;
- 4 – Elaborar um folheto informativo sobre cuidados a ter com a pessoa com doença crónica (e/ ou paliativa) com necessidade de administração de oxigénio através de ventilação não invasiva, no domicílio, destinado ao familiar significativo ou cuidador informal.

### 3.3 Planeamento

O planeamento de um projeto constitui a terceira etapa de projeto. É um plano de trabalho que enumera atividades estratégicas, cujo objetivo é dar resposta aos objetivos específicos. A calendarização das atividades, bem como os recursos humanos e materiais também fazem parte do planeamento.

O planeamento do PAC (Apêndice 13) foi desenvolvido durante os estágios I e II.

De seguida, apresentamos as atividades estratégicas relacionadas diretamente com cada objetivo específico, propostas para este PAC:

#### **Objetivo específico 1 – Dotar a equipa de enfermagem da UCINT de conhecimentos sobre o manuseamento de extintores de pó químico (categoria B);**

Atividades a desenvolver:

- 1.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre situações de catástrofe e/ ou emergência multi vítima em meio intra-hospital e meios de extinção de incêndios;
- 1.2- Reconhecimento do plano de emergência interno (PEI) do HC ;
- 1.3- Elaboração de um *poster* sobre o manuseamento de extintores de categoria B denominado «Manuseamento de Extintores de Pó Químico»;

- 1.4- Apresentação do *poster* à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT, ao Delegado de Segurança do HC e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;
- 1.5- Apresentação do *poster* à equipa de enfermagem da UCINT para recolha de apreciações e contributos;
- 1.6- Realização de alterações, caso seja necessário, consoante as sugestões (pontos 1.4 e 1.5);
- 1.7- Apresentação informal do *poster* final «Manuseamento de Extintores de Pó Químico» à equipa de enfermagem da UCINT.

Recursos Humanos:

- Professora Orientadora;
- Enf.<sup>a</sup> Orientadora;
- Enf.<sup>a</sup> Responsável da UCINT;
- Coordenador de Segurança do HC.

Recursos Materiais:

- Computador;
- Internet;
- Biblioteca;
- Papel;
- Caneta.

Indicador de Avaliação:

- *Poster* «Manuseamento de Extintores de Pó Químico».

**Objetivo específico 2 – Realizar formação em serviço aos enfermeiros da UCINT sobre cuidados de enfermagem a ter na prevenção e controlo da infeção associada ao cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;**

Atividades a desenvolver:

- 2.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;
- 2.2- Elaboração de diapositivos para formação em serviço sobre cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;
- 2.3- Marcação de data para a sessão de formação, em consonância com a Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT, Enfermeira Responsável CCI e Professora Orientadora;
- 2.4- Elaboração de plano de sessão de formação;
- 2.5- Elaboração de *poster* de divulgação da sessão de formação;
- 2.6- Apresentação dos tópicos referidos nos pontos 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5 à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT, à Enfermeira Responsável pela CCI e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;
- 2.7- Realização de alterações, caso seja necessário, consoante sugestões (ponto anterior);
- 2.8- Realização da formação em serviço;
- 2.9- Avaliação da formação em serviço.

Recursos Humanos:

- Professora Orientadora;
- Enf.<sup>a</sup> Orientadora;
- Enf.<sup>a</sup> Responsável da UCINT;
- Enf.<sup>a</sup> Responsável CCI.

Recursos Materiais:

- Computador;
- Projetor;
- Internet;
- Biblioteca;
- Papel;

- Caneta.

Indicadores de Avaliação:

- Diapositivos para a formação em serviço;
- Plano de Sessão de Formação em Serviço;
- *Poster* informativo da sessão de formação em serviço;
- Realização de formação em serviço sobre cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo, com pelo menos 2/3 da equipa de enfermagem da UCINT presente.

**Objetivo específico 3 – Elaborar *dossier* temático sobre cuidados a ter com o doente crónico ou paliativo com necessidade de ventilação mecânica não invasiva;**

Atividades a desenvolver:

- 3.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados ao doente crónico e/ ou paliativo e ventilação mecânica não-invasiva;
- 3.2- Seleção de documentos;
- 3.3- Elaboração de *dossier* temático sobre «Ventilação Não-Invasiva no Doente Crónico/ Paliativo»;
- 3.4- Organização de documentos no *dossier*;
- 3.5- Apresentação do *dossier* à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT e Professora Orientadora, para recolher sugestões;
- 3.6 - Apresentação do *dossier* à equipa de enfermagem da UCINT para recolha de apreciações e contributos;
- 3.7- Realização de alterações, caso seja necessário, consoante sugestões (pontos 3.5 e 3.6);
- 3.8- Apresentação informal do *dossier* «Ventilação Não-Invasiva no Doente Crónico/ Paliativo» à equipa de enfermagem da UCINT, reforçando que o mesmo pode (e deve) ser atualizado consecutivamente por toda a equipa de enfermagem da UCINT.

Recursos Humanos:

- Professora Orientadora;
- Enf.<sup>a</sup> Orientadora;
- Enf.<sup>a</sup> Responsável da UCINT.

Recursos Materiais:

- Computador;
- Internet;
- Biblioteca;
- *Dossier*;
- Separadores;
- Papel;
- Caneta.

Indicadores de Avaliação:

- *Dossier* temático sobre «Ventilação Não-Invasiva no Doente Crónico/ Paliativo»

**Objetivo específico 4 – Elaborar um folheto informativo sobre cuidados a ter com a pessoa com doença crónica (e/ ou paliativa) com necessidade de administração de oxigénio através de ventilação não invasiva, no domicílio, destinado ao familiar significativo ou cuidador informal.**

Atividades a desenvolver:

- 4.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados a ter com pessoa com doença crónica/ paliativa que necessita de administração de ventilação não-invasiva no domicílio, por parte do cuidador informal/ familiar significativo;
- 4.2- Construção de folheto, desdobrável em três partes, sobre o tema supracitado;
- 4.3- Apresentação do folheto à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT e Professora Orientadora, para recolha de sugestões;

- 4.4- Apresentação do folheto à equipa de enfermagem da UCINT para recolha de apreciações e contributos;
- 4.5- Realização de alterações, caso seja necessário, consoante sugestões (pontos 4.3 e 4.4);
- 4.6- Apresentação informal à equipa de enfermagem da UCINT do folheto final «Ventilação Não Invasiva no Domicílio – Recomendações ao Cuidador Informal: Cuidados ao Doente Crónico e/ ou Paliativo».

Recursos Humanos:

- Professora Orientadora;
- Enf.<sup>a</sup> Orientadora;
- Enf.<sup>a</sup> Responsável da UCINT.

Recursos Materiais:

- Computador;
- Internet;
- Biblioteca;
- Papel;
- Caneta.

Indicadores de Avaliação:

- Folheto sobre «Ventilação Não Invasiva no Domicílio – Recomendações ao Cuidador Informal: Cuidados ao Doente Crónico e/ ou Paliativo», disponível para apreciação pelo CA.

### 3.4 Execução e Avaliação

A execução do PAC aconteceu durante o estágio III. Corresponde à quarta etapa da metodologia de projeto. A execução de projeto revelou-se uma fase muito exigente, mas compensatória do ponto de vista da consecução das atividades estratégicas propostas.

A par e par com a execução do PAC, procedemos à avaliação do projeto. Isto é, à medida que fomos colocando o projeto em prática, fomos validando as atividades desenvolvidas e, por conseguinte, a realização efetiva dos objetivos específicos traçados inicialmente.

Seguidamente, faremos uma breve análise descritiva e crítica das atividades desenvolvidas de acordo com cada objetivo específico.

### **Objetivo específico 1 – Dotar a equipa de enfermagem da UCINT de conhecimentos sobre o manuseamento de extintores de pó químico (categoria B);**

#### Atividades desenvolvidas:

#### 1.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre situações de catástrofe e/ ou emergência multi vítima em meio intra-hospital e meios de extinção de incêndios;

Esta pesquisa foi realizada baseada em princípios da revisão na literatura em sites internacionais, utilizando as palavras chave «catástrofe» + «emergência» + «hospital» + «plano». Foi feita pesquisa com os mesmos termos na língua inglesa. Na pesquisa na B-On, tivemos a preciosa ajuda da Sra. Bibliotecária (funcionária do HC) que nos auxiliou nesta tarefa.

#### 1.2- Reconhecimento do plano de emergência interno (PEI) do HC;

Esta pesquisa foi realizada diretamente na base de dados do HC, disponível a todos os funcionários do HC, prestadores de serviços externos e estagiários, seja qual for a valência. Segundo o Sr. Coordenador de Segurança do HC, é imprescindível que todos aqueles que desempenhem funções neste hospital tenham conhecimento claro do PEI, para bem de todos.

Durante o estágio I e II, tivemos oportunidade de frequentar uma formação promovida pelo Núcleo de Formação do HC denominada «Plano de Emergência Interno» (Anexo 4) que em muito contribuiu para a consecução deste objetivo específico.

1.3- Elaboração de um poster sobre o manuseamento de extintores de categoria B denominado «Manuseamento de Extintores de Pó Químico»;

Um *poster* deve ser claro, lógico e adequado ao assunto que está a apresentar. Logo, a sua produção requer um planeamento cuidadoso, baseado em critérios bem definidos, que permitam uma comunicação clara e efetiva dos resultados da pesquisa, num formato que estimule a interação e a discussão do tema com a audiência.

Para a construção deste *poster* utilizámos o programa Microsoft Office Power Point. Revelou-se um método simples, completo e bastante económico. O *poster* produzido tem como finalidade expor determinada pesquisa, pelo que é composto pelos seguintes elementos: cabeçalho, título, objetivos, corpo/ desenvolvimento e referências bibliográficas.

1.4- Apresentação do poster à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT, ao Delegado de Segurança do HC e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;

1.5- Apresentação do poster à equipa de enfermagem da UCINT para recolha de apreciações e contributos;

As sugestões referidas foram as seguintes:

- Utilização de uma imagem de fundo em marca de água, cujo simbolismo fosse o fogo;
- Inclusão de uma imagem elucidativa do rótulo de um extintor, para se torne familiar aos utilizadores;
- Alusão aos cuidados a ter com a utilização da água na extinção de incêndios e qual a sua adequação.

1.6- Realização de alterações, caso seja necessário, consoante as sugestões (pontos 1.4 e 1.5);

As sugestões recolhidas e alterações sugeridas foram incorporadas no *poster*.

1.7- Apresentação informal do poster final «Manuseamento de Extintores de Pó Químico» à equipa de enfermagem da UCINT.

A impressão do *poster* intitulado «Manuseamento de Extintores de Pó Químico» (Apêndice 14) foi feita em formato A3, pois o espaço disponível para a sua exposição na UCINT correspondia a estas medidas. Mediante a autorização da Sra. Enfermeira

Responsável da UCINT, o *poster* foi afixado e apresentado à equipa de enfermagem. O feedback foi positivo.

**Objetivo específico 2 – Realizar formação em serviço aos enfermeiros da UCINT sobre cuidados de enfermagem a ter na prevenção e controlo da infeção associada ao cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;**

Atividades desenvolvidas:

2.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;

Esta pesquisa foi realizada baseada em princípios da revisão na literatura em sites internacionais, utilizando as palavras/ expressão chave «cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo» + «prevenção» + «infeção». Foi feita pesquisa com os mesmos termos na língua inglesa.

2.2- Elaboração de diapositivos para formação em serviço sobre cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;

Foram elaborados 22 diapositivos para a formação em serviço sobre o cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo, contendo no seu conteúdo capa, objetivos, sumário, definição de cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo, indicações, vantagens/ desvantagens e prevenção de infeção por níveis de intervenção de enfermagem e referências bibliográficas (Apêndice 15).

2.3- Marcação de data para a sessão de formação, em consonância com a Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT, Enfermeira Responsável CCI e Professora Orientadora;

A data escolhida para a realização da formação em serviço foi o dia 15 de outubro de 2013, uma data unânime para todos os intervenientes neste objetivo específico.

2.4- Elaboração de plano de sessão de formação;

O plano de sessão (Apêndice 15) concebido para a formação em serviço contém tema, destinatários, objetivo geral e específicos, referência à data, local e hora. Contém, também, uma tabela com as etapas da sessão, os conteúdos programáticos, os métodos e técnicas, materiais e equipamentos a utilizar, explicita as atividades didáticas, os tempos previstos para cada etapa/ atividade e a avaliação da aprendizagem.

#### 2.5- Elaboração de poster de divulgação da sessão de formação;

O poster de divulgação (Apêndice 15) contém o tema da formação em serviço, os destinatários da formação, o local a data e a hora da formação.

#### 2.6- Apresentação dos tópicos referidos nos pontos 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5 à Enfermeira

Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT, à Enfermeira Responsável pela CCI e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;

As sugestões foram as seguintes:

- Referência aos autores em todos os diapositivos;
- Referência específica aos produtos de desinfeção de pele;
- Referência explícita ao equipamento de proteção individual.

#### 2.7- Realização de alterações, caso seja necessário, consoante sugestões (ponto anterior);

Foram realizadas as alterações consoante as sugestões proferidas pelos elementos em questão.

#### 2.8- Realização da formação em serviço;

A formação em serviço “*Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção*” (Apêndice 15) foi realizada no local, data e hora previstos, tendo presente em sala metade dos elementos da equipa de enfermagem da UCINT.

#### 2.9- Avaliação da formação em serviço.

O feedback dos presentes foi positivo. No final da sessão, foi aplicado um teste de averiguação de conhecimentos adquiridos durante o momento formativo. Foi uma proposta bem recebida por todos os presentes, bem como os resultados dos testes. A correção foi

discutida em conjunto a fim de sucumbir possíveis dúvidas sobre o tema. A avaliação desta formação em serviço foi muito satisfatória.

### **Objetivo específico 3 – Elaborar *dossier* temático sobre cuidados a ter com o doente crónico ou paliativo com necessidade de ventilação mecânica não invasiva;**

#### Atividades desenvolvidas:

#### 3.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados ao doente crónico e/ ou paliativo e ventilação mecânica não-invasiva;

Esta pesquisa foi realizada baseada em princípios da revisão na literatura em sites internacionais, utilizando as palavras/ expressão chave «ventilação não invasiva» + «cuidados de enfermagem» + «crónico» + «paliativo». Foi feita pesquisa com os mesmos termos na língua inglesa.

#### 3.2- Seleção de documentos;

Para a elaboração do *dossier* temático foram selecionados artigos escritos a partir do ano civil de 2005, normas emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS) e *guidelines* com o parecer da Sociedade Portuguesa de Pneumologia e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

#### 3.3- Elaboração de *dossier* temático sobre «Cuidados com o Doente Crónico na Ventilação Não-Invasiva no Doente Crónico/ Paliativo»;

#### 3.4- Organização de documentos no *dossier*;

Para a construção do *dossier* temático utilizámos um *dossier* de arquivo comum. A lombada foi adornada com uma etiqueta que faz alusão à ESS/IPS, ao título do trabalho, ao autor e à data de produção. No seu interior, colocámos três separadores de cartolina e identificámos conforme a metodologia de organização escolhida: «*Guidelines*», «Normas da DGS» e «Artigos». A capa do *dossier* temático e o sumário dos documentos incluídos no *dossier* podem ser consultados no Apêndice16.

#### 3.5- Apresentação do *dossier* à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT e Professora Orientadora, para recolher sugestões;

3.6 - Apresentação do *dossier* à equipa de enfermagem da UCINT para recolha de apreciações e contributos;

3.7- Realização de alterações, caso seja necessário, consoante sugestões (pontos 3.5 e 3.6);

Um *dossier* temático consiste numa pasta de arquivo (que pode ser elaborada em suporte de papel ou em suporte informático) possível de ser atualizada constantemente. Para dar resposta a este objetivo, construímos um *dossier* em alicerce de papel, o que permite uma pesquisa e acréscimo de documentos atuais de forma mais cómoda. Por este motivo, os intervenientes neste projeto não fizeram mais sugestões nem propostas a alteração.

3.8- Apresentação informal do dossier «Cuidados com o Doente Crónico na Ventilação Não-Invasiva» à equipa de enfermagem da UCINT, reforçando que o mesmo pode (e deve) ser atualizado consecutivamente por toda a equipa de enfermagem da UCINT.

O *dossier* que organizámos ficou alocado numa estante no interior da UCINT, acessível e disponível a toda a equipa de enfermagem da UCINT, bem como a todos os enfermeiros do *HC* que a queiram consultar. A sua génese concebe uma revalidação e acréscimo progressivo de documentos, assim os seus utilizadores (enfermeiros do *HC*) o considerem pertinente e necessário.

**Objetivo específico 4 – Elaborar um folheto informativo sobre cuidados a ter com a pessoa com doença crónica (e/ ou paliativa) com necessidade de administração de oxigénio através de ventilação não invasiva, no domicílio, destinado ao familiar significativo ou cuidador informal.**

Atividades desenvolvidas:

4.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados a ter com pessoa com doença crónica/ paliativa que necessita de administração de ventilação não-invasiva no domicílio, por parte do cuidador informal/ familiar significativo;

Esta pesquisa foi realizada baseada em princípios da revisão na literatura em sites internacionais, utilizando as palavras/ expressão chave «ventilação não invasiva» +

«cuidados de enfermagem» + «crónico» + «paliativo». Foi feita pesquisa com os mesmos termos na língua inglesa.

4.2- Construção de folheto, desdobrável em três partes, sobre o tema supracitado;

O folheto foi construído através do programa informático Microsoft Office Publisher 2007. Visto ser um meio de comunicação com o doente/ cuidador informal/ família, procurámos elaborar uma brochura simples, clara, objetiva e completa. Deste modo, no folheto foram incluídas recomendações da equipa de saúde ao doente/ cuidador informal/ família relacionadas com o cuidado da pessoa com necessidade da ventilação não invasiva, no domicílio. No fim, do folheto, é explícita a disponibilidade da equipa de enfermagem para manter a relação terapêutica com a pessoa e família. O folheto inclui dados como o âmbito da sua elaboração, bem como alusão à ESS/IPS, ao autor e à data de realização.

4.3- Apresentação do folheto à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT e Professora Orientadora, para recolha de sugestões;

4.4- Apresentação do folheto à equipa de enfermagem da UCINT para recolha de apreciações e contributos;

4.5- Realização de alterações, caso seja necessário, consoante sugestões (pontos 4.3 e 4.4);

As sugestões apresentadas pelos intervenientes neste projeto relacionavam-se sobretudo com a estrutura textual do folheto, numa perspetiva de o tornar o mais acessível possível aos destinatários. Foram realizadas as alterações consoante as sugestões recolhidas.

4.6- Apresentação informal à equipa de enfermagem da UCINT do folheto final «Ventilação Não Invasiva no Domicílio – Recomendações ao Cuidador Informal: Cuidados ao Doente Crónico e/ ou Paliativo».

No fim de todo o processo, o folheto «*Ventilação Não Invasiva no Domicílio – Recomendações ao Cuidador Informal: Cuidados ao Doente Crónico e/ ou Paliativo*» (Apêndice 17) foi apresentado à equipa de enfermagem da UCINT do HC, do qual obteve um reconhecimento positivo.

Em suma, consideramos ter dado resposta a todos os objetivos delineados, pelo que fazemos uma avaliação positiva do PAC.

### 3.5 Divulgação

Todos os projetos culminam com a divulgação dos documentos elaborados em prol de um objetivo geral. Neste PAC, todos os objetivos específicos, propostos para dar resposta ao objetivo geral, exigiam a elaboração de documentos. Todos estes documentos foram avaliados pela Sra. Professora Orientadora e Enfermeira Orientadora, pelo que, constituem documentos que se encontram prontos para divulgação. A apreciação e feedback da equipa de enfermagem da UCINT também se revelaram cruciais na elaboração de documentos científicos com rigor. Tal como ficou explícito ao longo do tópico anterior (3.4 Execução e Avaliação), os documentos produzidos já foram divulgados no serviço clínico onde desenvolvemos os estágios I, II e III: UCINT.

## 4. Análise das Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

### 4.1 Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

Independentemente da área de responsabilidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns, aplicáveis na prestação de cuidados de saúde primários, secundários e terciários. As competências comuns compreendem as dimensões da educação dos clientes (pessoa/ família/comunidade) e dos pares, de orientação, de aconselhamento, de liderança, de responsabilidade em descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que possibilite a melhoria da prática (baseada na evidência) da enfermagem. Em suma, todos os enfermeiros especialistas possuem grande capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como exercício profissional no exercício da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 122/2011).

#### **A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

De acordo com o artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/1996), no exercício das suas funções, o enfermeiro deve respeitar os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, seguindo uma conduta responsável e ética.

Durante o presente mestrado, foram lecionados alguns módulos que contribuíram bastante para o desenvolvimento deste projeto e da aquisição da competência no domínio

da responsabilidade profissional, ética e legal. Nomeadamente, Ética em Enfermagem, Ética em Investigação e Análise do Código Deontológico (módulo opcional).

No módulo de Ética em Enfermagem, fomos sensibilizados para o valor primordial do desenvolvimento do enfermeiro – a arte de cuidar da pessoa humana. O assumir dos direitos de igualdade, não maleficência e beneficência traduz o respeito por si e pelos outros enquanto pessoas. O respeito integra a dignidade, liberdade e possibilidade de escolha humana. A dimensão ética da enfermagem compreende a dimensão moral, isto é, o respeito, o serviço, a competência e a justiça, que os outros esperam de nós, Enfermeiros.

Através do módulo de Ética em Investigação, fomos elucidados para os aspetos éticos a ter conta no desenvolvimento de um trabalho de projeto. Enaltecemos o respeito pelo anonimato dos intervenientes e pela confiabilidade dos dados do estudo e das referências bibliográficas utilizadas.

O módulo opcional de Análise do Código Deontológico revelou-se um aporte fulcral por ser uma área que, ao contrário do suposto, sentíamos necessidade de aprofundar mais conhecimentos. O objetivo da deontologia é proteger os direitos das pessoas e alicerçar a ação do profissional. O Código Deontológico dos Enfermeiros descreve, com base em fundamentos éticos, princípios profissionais orientadores da nossa prática, valores que servem de critério na tomada de decisão e deveres correspondentes às normas e condutas do agir. Com estas aulas, concluímos que o conhecimento aprofundado do seu Código Deontológico permite ao enfermeiro uma prática profissional mais eficaz, capaz de mudar comportamentos e conquistar maior reconhecimento pelos pares.

Segundo Martins (2008, pp. 62-66), *“toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes”*. Segundo o mesmo autor, o investigador deve ter uma consciência ética bem formada e humildade de pedir apreciação e autorização para consecução do projeto a uma Comissão de Ética. Respeitando os princípios éticos e preceitos deontológicos inerentes a uma investigação, no âmbito do PIS, formulámos o pedido de autorização para elaboração do projeto e da aplicação de um questionário à equipa de enfermagem da UCINT, com o respetivo consentimento informado (Anexo 1) e direccionámos ao Conselho de Administração (CA) da unidade hospitalar onde realizámos os estágios. Toda a consecução deste projeto teve uma base ética e legal, que o suporta e traduz a seriedade com que foi elaborado.

A elaboração do PAC, com todas as especificidades que albergou, permitiu-nos aprimorar a nossa responsabilidade profissional, ética e legal através das atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos específicos traçados.

Consideramos ter desenvolvido uma prática profissional e ética no campo de intervenção do PIS e do PAC, bem como, promovido a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, pelo que concluímos ter adquirido a *competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*.

## **B – Domínio da Melhoria da Qualidade**

O artigo 82º do Código Deontológico descreve os deveres do enfermeiro para com o direito à vida e à qualidade de vida. Designadamente a proteção e defesa da vida humana, o respeito pela integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa, o esforço profissional na promoção da qualidade dos serviços de saúde e a recusa em participação em atos que provoquem danos ou prejuízo da vida humana. A qualidade só melhorará se forem respeitados direitos como a equidade, a justiça, a beneficência e a não maleficência.

Segundo a OE (2012), a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional que exige reflexão sobre a prática. Os intervenientes são todos os profissionais de saúde e todos os recetores dos cuidados de saúde. O maior desafio passa por desenvolver estratégias e projetos que promovam a melhoria dos cuidados de saúde. Contudo, não basta construir projetos espetaculares que ficam “guardados na gaveta”. É importante que esses projetos sejam incorporados no dia-a-dia da instituição de modo a que façam parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela. Ou seja, o contributo de todos é essencial para a melhoria da qualidade.

O PIS desenvolvido visa a melhoria contínua dos cuidados prestados ao doente crítico antes, durante e após o TIH, bem como a sua segurança. A utilização da ferramenta de gestão FMEA contribuiu para a consolidação deste projeto, afirmando a sua qualidade. Acreditamos que este projeto contribuirá grandemente para a melhoria da qualidade no hospital onde se insere.

No desenvolvimento do PIS, estipulámos um objetivo relacionado com a formação em reanimação cardiopulmonar, que não foi possível realizar devido a contingências burocráticas e financeiras relacionadas com o HC. Estamos conscientes de que a formação

é, sem sombra de dúvidas, uma pedra basilar na melhoria da qualidade dos cuidados, pelo que, de futuro, comprometemo-nos a nortear o nosso percurso profissional neste sentido.

O desenvolvimento do PAC compreende objetivos que visam a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes internados na UCINT, pelo que consideramos ter feito uma boa aposta na melhoria contínua da qualidade enquanto adquiríamos Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Consideramos ter desempenhado um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, ter concebido, gerido e colaborado em programas de melhoria contínua de qualidade e de ter criado e mantido um ambiente terapêutico e seguro, pelo que adquirimos a *competência do domínio da melhoria da qualidade*.

### **C – Domínio da gestão dos cuidados**

Tanto no desenvolvimento do PIS como do PAC, foi sempre contemplada a gestão de recursos humanos para a realização deste trabalho. Nomeadamente, no pedido de autorização para aplicação dos questionários e no envolvimento da equipa de enfermagem em ambos os projetos.

A tomada de decisão no processo de cuidados bem como a orientação e supervisão de tarefas delegadas, permitiu-nos garantir a segurança e qualidade do projeto.

Ao longo do desenvolvimento do PIS e do PAC, foram mobilizados vários recursos para além dos humanos (materiais e económicos), os quais exigiram uma gestão eficiente face às contrariedades que iam surgindo. Apesar de tudo, acreditamos ter interiorizado um estilo de liderança democrático, adequado ao clima organizacional e, por isso, ter conseguido otimizar o projeto, adequando-o às necessidades vigentes na UCINT.

Sabendo que a liderança consiste na capacidade de um indivíduo influenciar um determinado grupo de indivíduos em consonância com os objetivos da organização, consideramos imprescindível a sua existência para o bom funcionamento de um serviço. Uma boa capacidade de liderança é promotora da participação e apoia o desenvolvimento do potencial humano, bem como o envolvimento dos indivíduos, incentivando o trabalho em grupo (Ferreira, Neves e Caetano, 2001).

Tendo em conta que liderámos este projeto e fizemo-lo com base numa conduta séria e ética, consideramos ter adquirido a *competência no domínio na gestão dos cuidados*.

#### **D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Os aportes teóricos lecionados nas aulas ajudaram-nos a abrir horizontes, mas foram as pesquisas, as experiências (em contexto de estágio e trabalhos de grupo) e as reflexões que nos permitiram chegar a um nível de autoconhecimento bem diferente daquele que tínhamos quando iniciámos este processo. O que somos, o que conseguimos fazer, desenvolver é um pouco mais completo agora. Afirmar a certeza de que podemos (e devemos!) sempre melhorar a nossa conduta e os nossos conhecimentos para melhor cuidar.

A assertividade consiste na capacidade de defender os próprios direitos sem interferir com os direitos dos outros. É uma capacidade de se afirmar e de fazer valer os seus sentimentos bons e maus sem ansiedade nem hostilidade para com o outro (Vagos, 2010).

Ao longo do desenvolvimento do PIS, fomos confrontados com alguns contratempus. O acontecimento que mais nos constrangeu foi a impossibilidade de levar a cabo o quarto objetivo específico do PIS. Porém, assumimos a responsabilidade dos efeitos para o PIS e o compromisso de apostarmos nesta atividade (formação em reanimação), de futuro.

Tal como já foi referenciado neste projeto, a elaboração do mesmo tem por base padrões de conhecimento válidos e sólidos, os quais têm orientado a nossa *praxis* clínica especializada desde o estágio. Hoje, temos consciência de que fizemos um bom progresso não só em relação às aprendizagens profissionais, como pessoais. Por isso, consideramos adquiridas as *competências do domínio das aprendizagens profissionais*.

## 4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

## **K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e ou falência orgânica**

A aquisição desta competência inclui várias unidades de competência, às quais deve ser dada resposta para que a competência se considere alcançada. Assim, faremos uma breve descrição do trabalho construído de acordo com cada unidade de competência.

### K1.1 Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;

Perante uma pessoa a vivenciar situações de doença crítica e/ ou falência orgânica, o enfermeiro deve mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas e altamente qualificadas para dar resposta em tempo útil e de forma holística, ajudando no restabelecimento das funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidade, com vista na recuperação total (Regulamento 124/2011).

Tendo em conta a complexidade dos cuidados e dos múltiplos procedimentos invasivos em situações de doença crítica, que podem marcar a diferença entre a vida e a morte, consideramos que a atualização constante de conhecimento e o treino são fundamentais em urgência e emergência. São fatores que condicionam ativamente uma prestação de cuidados objetiva e eficaz (SPCI & OM, 2008).

Ao longo do curso, foram lecionados conteúdos que em muito contribuíram para a nossa *praxis* clínica ao doente em situação crítica. Nomeadamente, fisiopatologia na falência dos órgãos e sistemas, fisiopatologia da *sepsis*, critérios de gravidade, choque, análise de valores laboratoriais de sangue, análise de gasometrias, entre outros temas.

Na UCINT, onde realizámos estágio, é comum prestar cuidados de enfermagem ao doente em situação de urgência, ou mesmo emergência. Todos os doentes internados nesta unidade têm monitorização cardiorrespiratória, logo é fácil termos uma perceção rápida da estabilidade hemodinâmica. Ainda assim, realçamos a importância da atenção constante, por parte da equipa de enfermagem, de forma a detetar sinais e sintomas que permitam identificar eventuais focos de instabilidade para responder aos mesmos, em tempo útil.

A elaboração da norma de transporte inter-hospitalar do doente crítico exigiu uma pesquisa aprofundada sobre os cuidados ao doente crítico e o transporte inter-hospitalar de

doentes. A aquisição destes conhecimentos tornou-nos um elemento de referência na equipa. Consideramos, por isso, ter alcançado esta unidade de competência.

### K1.2 Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos;

No nosso contexto de estágio, cada doente dispõe da sua própria prescrição terapêutica que inclui medicação de horário e medicação sem horário (em SOS), que é administrada caso se verifique necessidade. Em caso de urgência ou emergência, o enfermeiro contata o médico de serviço (ou de urgência) e dá início à prestação de cuidados de suporte do doente e, se necessário, de reanimação.

No caso do transporte inter-hospitalar, durante o percurso, o enfermeiro é quase sempre o elemento mais diferenciado e com formação específica nos cuidados ao doente crítico. Fazendo-se acompanhar do regime terapêutico do doente, o enfermeiro assume a responsabilidade de, com base em sólidos conhecimentos da pessoa, da sua história clínica e de farmacologia, avaliar e decidir se deve administrar medicação em urgência e qual a dosagem (um exemplo simples: em caso de febre, administrar uma grama de paracetamol, via endovenosa).

Contudo, por vezes o enfermeiro está sozinho com um doente crítico com (por exemplo) uma taquicardia tão marcada que é previsível que entre em PCR dentro de pouco tempo. Para além de contatar ajuda mais diferenciada, espera-se que o enfermeiro preste cuidados de enfermagem adequados face à situação, tendo por base conhecimentos sólidos e treino em urgência e emergência. Nestes casos, é desejável que este enfermeiro seja um profissional com formação e treino em SAV, pois é a formação mais completa e que garante o profissional de saúde das competências necessárias para prestar cuidados de excelência numa reanimação cardiorrespiratória.

Em consciência das suas competências profissionais, o enfermeiro deve agir de acordo com a sua deontologia profissional, defendendo e protegendo a vida humana em todas as circunstâncias (Lei n.º 111/2009 – Código Deontológico).

De acordo com o REPE (Decreto-Lei n.º 161/1996), as intervenções de enfermagem são autónomas e interdependentes. Tendo em conta que a interdependência configura-se somente em relação ao início do processo prescritor, mesmo quando é outro profissional que prescreve, é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelas suas decisões e pelos seus próprios atos. A responsabilidade e a autonomia das nossas decisões

constituem a obrigatoriedade profissional e o compromisso social que assumimos no exercício da profissão de enfermagem (Nunes, 2006).

Segundo Nunes (2011), a tomada de decisão perante um doente em situação crítica terá ganhos se for discutida e analisada em equipa (de saúde). No entanto, caso a emergência seja concomitante com a ausência de um interlocutor (médico) competente, o mais benéfico para o doente é que o enfermeiro presente seja um profissional com formação, conhecimentos, experiências e capacidades para prestar cuidados de forma adequada.

Aquando da construção da norma sobre o TIH, elaborámos duas *check-list's*: uma sobre material de consumo clínico e outra sobre terapêutica a utilizar em caso de urgência e emergência. Ambas devem constar na mala de transporte, em conjunto com todo o material e medicação definidos. Consideramos, assim, esta unidade de competência adquirida.

### K1.3 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica, otimizando as respostas;

Atualmente, o interesse crescente da comunidade científica no estudo da dor tem propiciado avanços não só na prevenção e no tratamento, mas também na prestação de cuidados (OE, 2008).

A *International Association for the Study o Pain* (1994, 210-213) define a dor como uma “*experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão*”.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem ([CIPE], 2011, 50), a dor consiste num “*aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contato social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite*”

De acordo com a Circular Normativa n.º 09/DGCG (2003), a dor é um sintoma presente em grande parte das doenças que requerem cuidados de saúde, sendo que o seu controlo eficaz é um dever dos cuidados de saúde. A mesma entidade definiu como norma de boa prática a avaliação e registo sistemático da intensidade da dor nos serviços

prestadores de saúde. A mensuração da dor pode ser feita através de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”.

Atendendo a que todas as pessoas têm direito ao melhor controlo de dor, do ponto de vista da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro assume a dor como um foco de atenção, sendo o profissional de saúde mais interveniente na promoção do controlo da dor (OE, 2008).

A avaliação, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento da dor devem ser realizadas numa ação conjunta com o doente e o prestador de cuidados mais próximo/ familiar (OE, 2008).

Ainda durante o estágio I e II, participámos numa ação de formação denominada “Controlo de Dor” no hospital onde desenvolvemos o estágio, nos dias 8 e 10 de janeiro de 2013 (Anexo 5). Tendo em conta os aportes fornecidos na componente teórica do curso e as necessidades relacionadas não só com esta unidade de competência (K1.3) como com as competências que defenderemos na parte seguinte deste trabalho (3. Projeto de Aprendizagem Clínica, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa), consideramos que as aprendizagens relacionadas com a gestão diferenciada da dor e da otimização da resposta à mesma, adquiridas com esta formação foram preponderantes na exequibilidade desta unidade de competência.

A norma sobre o TIH que realizámos, aquando do PIS, inclui um formulário de informação clínica do doente na qual a dor é avaliada através da “Escala Numérica”. Em contexto de estágio, tivemos oportunidade de: realizar pesquisa científica aprofundada sobre a dor, identificar sinais, sintomas e características da dor, utilizar medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor e avaliar a eficácia das medidas aplicadas. Pelo que consideramos ter adquirido esta unidade de competência.

K1.4 Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/ doença e/ ou falência;

K1.5 Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/ família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;

K1.6 Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

As unidades de competência K1.4, K1.5 e K1.6 são defendidas em conjunto dada a sua estreita ligação, nomeadamente no que concerne à relação interpessoal entre o enfermeiro e o doente/ prestador principal de cuidados/ família.

Os aportes lecionados em sala de aula, principalmente no módulo de Relação de Ajuda, permitiram-nos a reflexão sobre os conceitos de pessoa e ambiente e a forma como cada pessoa perceciona o seu próprio projeto de saúde e gere o seu processo de doença.

O homem é um ser bio-psico-social, com comportamentos assentes em valores, crenças e desejos de natureza individual e, por isso, um ser único com dignidade própria e direito à autodeterminação. A pessoa é um ser em contante interação com o ambiente, logo todos os seus comportamentos são influenciados pelo ambiente onde vive e onde se desenvolve. A procura pelo equilíbrio e pela harmonia é, também, a busca por uma melhoria de saúde. Sendo que cada pessoa desenvolve comportamentos intencionais baseados em valores, crenças e desejos na procura pelo seu próprio projeto de saúde. Cada pessoa tem o seu próprio projeto de saúde, transforma e integra alterações no seu quotidiano de acordo com os seus valores, crenças e desejos. Esta apreciação é percecionada de diferentes modos por diferentes pessoas (OE, 2012).

Contudo, a pessoa é também um centro de processos não intencionais, isto é, fatores que condicionam ativamente as funções fisiológicas e, por isso, o equilíbrio. Apesar de ser um processo não intencional, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica, que, por sua vez, é influenciada pelo bem-estar e conforto físico. A inter-relação entre os processos intencionais e não intencionais torna cada pessoa num ser único e indivisível. Assim, a prestação de cuidados de saúde (especialmente, a enfermagem) deve ter a capacidade de olhar a pessoa de forma holística (OE, 2012).

Deste modo, a saúde “*trata-se de um estado subjetivo*”, resultado de um “*processo dinâmico e contínuo*” que busca incessantemente o melhor equilíbrio a cada momento, isto é, o “*controlo do sofrimento*”, o “*bem-estar físico*” e o “*conforto emocional, espiritual e cultural*” (OE, 2012, 6).

Da deontologia profissional, realçamos os valores universais e os princípios orientadores da conduta do enfermeiro. As intervenções de enfermagem têm por base a

preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Destacamos, também, a humanização dos cuidados como um dever primordial dos enfermeiros (Lei n.º 111/2009).

A díade enfermeiro – pessoa/ família/ cuidador informal torna-se essencial perante uma situação crítica de doença. Sabendo que os comportamentos diferem de pessoa para pessoa, de acordo com a fase do ciclo vital em que se encontram, quer seja doença aguda ou crónica, o enfermeiro tem um papel ativo no desenvolvimento da parceria com esta díade.

O *stress* presente no processo de doença é inevitável. De acordo com a teoria de Merle Mishel (Tomey e Alligood, 2004), o *stress* poderá ser encarado como positivo, que proporciona um crescimento ao nível pessoal, ou negativo porque provê uma angústia inevitável. O papel do enfermeiro é o de promotor de interações cujo objetivo é reduzir o *stress*. Só o conseguirá se estabelecer uma relação interpessoal com base na confiança e na assertividade.

No nosso contexto de estágio, era frequente prestar cuidados de enfermagem a pessoas em situação de doença aguda e crónica. Tendo por base que a relação interpessoal é fundamental em qualquer que seja o contexto, compreendemos a comunicação como uma ferramenta imprescindível na melhoria da prestação de cuidados à pessoa/ família/ cuidador informal que vivenciam processos de doença complexos, geradores de *stress* e sofrimento. É a comunicação que nos permite colher dados, identificar problemas, partilhar planos de cuidados, informar sobre procedimentos (invasivos ou não), apoiar e estabelecer a relação de ajuda.

Cabe ao enfermeiro o dever de informar a pessoa/ família/ cuidador informal no que respeita aos cuidados de enfermagem, assim como os deveres de respeitar, promover e defender o direito ao consentimento informado, de esclarecer as dúvidas (no que concerne à enfermagem) e de informar sobre os recursos que a pessoa pode ter acesso e a maneira de os obter. É exetável que a pessoa/ família/ cuidador informal tenham um papel ativo em parceria com o enfermeiro.

No triângulo da relação interpessoal, interpretamos a pessoa como o sujeito, numa perspetiva holística, e o enfermeiro como o profissional de saúde dotado de conhecimentos, aptidões e atitudes, capaz de responder às necessidades específicas do outro. É primordial que o enfermeiro tenha conhecimentos sólidos que sustentem a sua *praxis*, bem como conhecimento de si e do seu papel enquanto profissional de saúde. É

através do autoconhecimento que o enfermeiro define a sua própria conceção da relação de ajuda e manifesta a sua forma de ser/ estar/ fazer ao longo das suas intervenções.

A relação de ajuda entre o enfermeiro – pessoa/ família/ cuidador informal torna-se o pilar dos cuidados de enfermagem. Esta relação exprime-se através do reconhecimento do outro como pessoa, como um todo, e manifesta-se através de atitudes do enfermeiro como a compreensão, a empatia, a autenticidade, o respeito, a compaixão e a esperança (Chalifour, 2008). É através destas competências e habilidades que o enfermeiro acompanha o outro na busca pelo equilíbrio de saúde-doença.

O enfermeiro assume o papel de conselheiro, pois acompanha, esclarece sobre as oportunidades e riscos associados a cada escolha possível e ajuda a escolher o caminho ideal para cada pessoa. O respeito e a confiança patentes na comunicação entre o enfermeiro e a pessoa/ família/ cuidador informal, tornam a relação interpessoal uma pedra basilar na prestação de cuidados do enfermeiro.

No âmbito do nosso PIS, destacamos o apoio emocional ao doente crítico/ família/ cuidador informal inerente a todo o processo do transporte inter-hospitalar. O receio pela sobrevivência é enorme. Salientamos intervenções de enfermagem importantes como apresentar-se ao doente que vai transferir, orientar a pessoa no ambiente que o rodeia, proporcionando informação relacionada com o transporte em si, o caminho, as direções, o destino, as horas, descrever os sintomas físicos básicos, explicar os procedimentos e mostrar-se disponível. Este conjunto de intervenções é um contributo muito útil na redução da ansiedade e receio.

A elaboração do PIS foi crucial no desenvolvimento desta competência, no entanto, não podemos deixar de enaltecer os contributos do PAC na consolidação dos saberes e conhecimentos adquiridos anteriormente.

A excelência de cuidados de enfermagem na abordagem ao doente crítico compreende uma atualização de conhecimentos e saberes constante. As competências não são estáticas nem resultam somente de “*conhecimentos adquiridos*”, mas sim de um “*processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos à diversidade dos quotidianos*”. As competências estão subjacentes a um processo dinâmico em constante articulação com o conhecimento técnico-científico e com o *feedback* positivo do meio envolvente. Sendo a enfermagem uma disciplina humana e técnico-científica, é exetável que os enfermeiros sejam capazes de dar resposta nos três

níveis de cuidados e, ainda, que sejam um exemplo para os seus pares, numa perspetiva de evolução da prática baseada na evidência científica (Mendonça, 2009, 31).

## **K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação.**

Esta competência compreende as seguintes unidades de competência:

K2.1 Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência;

K2.2 Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi vítima ou catástrofe;

K2.3 Gere os cuidados em situações de emergência e/ ou catástrofe.

A proteção civil é uma atividade desenvolvida pelo Estado, Regiões Autónomas e Autarquias Locais, pelos cidadãos e por todas as entidades públicas e privadas, com a finalidade de prevenir riscos coletivos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, de atenuar os seus efeitos, proteger e socorrer as pessoas e bens em perigo quando aquelas situações ocorram (Autoridade Nacional de proteção Civil [ANPC], s.d.).

Os planos de emergência emanados pela Autoridade Nacional de Proteção Civil são documentos formais onde estão definidas orientações relativamente à forma de atuação dos vários organismos, serviços e estruturas envolvidos em operações de Proteção Civil. Estas orientações imprescindíveis à reposição da normalidade, preconizam a minimização dos efeitos de um acidente grave ou catástrofe, pelo que devem ser simples, precisas, dinâmicas e adequadas às características locais, onde serão aplicadas. Estas medidas devem, ainda, permitir antecipar os cenários suscetíveis de desencadear um acidente grave ou catástrofe, definindo a estrutura organizacional e os procedimentos para preparação e aumento da capacidade de resposta à emergência (ANPC, s.d.).

Os planos de emergência de proteção civil são elaborados de acordo com a diretiva da comissão nacional de proteção civil relativa aos critérios e normas técnicas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de proteção civil (RESOLUÇÃO N.º 25/2008). Habitualmente, os planos de emergência da Proteção Civil classificam-se por gerais ou especiais. Quando se tratam de planos elaborados para enfrentar a generalidade

das situações de emergência que se admitem em cada âmbito territorial e administrativo, dizem-se gerais. Quando são elaborados planos com o objetivo de serem aplicados quando ocorrem acidentes graves e catástrofes específicas, cuja natureza requer uma metodologia técnica e/ou científica adequada cuja ocorrência no tempo e no espaço seja possível com elevada probabilidade ou, mesmo com baixa probabilidade associada, possa vir a ter consequências inaceitáveis, denominam-se especiais. Para além da classificação de acordo com a natureza da especificidade, os planos de emergência de proteção civil denominam-se municipais, distritais, regionais ou nacionais, de acordo com a extensão territorial da situação visada (ANPC, s.d.).

Na instituição hospitalar onde desenvolvemos os estágios I, II e III, está implementado um Plano de Emergência Interna (PEI) (vide o Anexo 3), cujo objetivo é garantir a segurança de pessoas e bens, tal como o restabelecido o mais rápido possível da atividade laboral. O PEI foi criado em articulação com a Comissão Nacional de Proteção Civil e é composto por um conjunto de procedimentos e de instruções abrangentes, simples e práticas, devendo ser do conhecimento de todos os funcionários da instituição hospitalar. Cabe a cada serviço/ unidade de cuidados desta instituição adequar as especificidades de cuidados inerentes aos doentes internados, para que, em caso de emergência, todos os doentes, famílias, acompanhantes e funcionários sejam evacuados para os pontos de encontro definidos no PEI, em tempo útil, de forma organizada e em segurança.

No dia 6 de março de 2013, o Núcleo de Formação em conjunto com os elementos responsáveis pela segurança no hospital (hospital onde desenvolvemos os estágios) promoveu ações de formação direcionadas aos enfermeiros para validar informações do PEI e formar os enfermeiros sobre como agir em caso de emergência, dentro da instituição. Marcámos presença nesta formação que aconteceu no dia 6 de março de 2013 (Anexo 4). A formação teve uma componente teórica e outra prática, em colaboração com a corporação de bombeiros da área que abrange o hospital, com simulação prática de utilização de extintores. Felizmente, as situações de catástrofe no hospital são raras, mas quando ocorrem têm extrema gravidade, pelo que toda a equipa deve estar preparada, isto é, informada e formada para agir em consonância com o estipulado no PEI em articulação com a segurança do hospital e com os profissionais da área, por forma a minimizar os danos e eventuais falhas. O mesmo hospital disponibiliza aos seus funcionários normas de procedimento importantes («Segurança, Avaria e Resgate de Pessoas nos Elevadores» e «Segurança, Vigilância e Controlo de Acessos») que regem a segurança na instituição.

Consideramos que esta formação constituiu um aporte essencial para a aquisição da competência K2.

No âmbito do PAC, e tendo em conta as necessidades vigentes na UCINT onde desenvolvemos os estágios, identificámos uma necessidade expressa no conhecimento e treino no manuseamento de extintores de pó químico, os mais utilizados em meio hospitalar. Propusemos a elaboração de um poster com informação essencial sobre o manuseamento de extintores de pó químico, o qual pudesse ficar afixado no serviço e disponível a consulta rápida e em tempo útil sempre que necessário (vide Apêndice 14).

Nos dias 3 e 4 de dezembro de 2012, participámos numa formação levada a cabo pelo Núcleo de Formação, do hospital onde desenvolvemos estágio, sob o tema “*Curso de Gestão do Risco Clínico em Contexto Hospitalar*” (Anexo 6), a qual foi bastante útil pois forneceu-nos conhecimentos e aportes úteis pois elucidou-nos sobre a gestão do risco na prestação de cuidados de enfermagem especializados. Esta formação foi uma mais valia para a realização das atividades desenvolvidas não só no PIS como no PAC.

Pelo acima exposto, consideramos esta competência adquirida.

**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**

Esta competência compreende as seguintes unidades de competência:

K3.1 Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica;

K3.2 Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), anteriormente denominadas como infeções nosocomiais ou infeções hospitalares, são um problema

transversal para o qual ainda nenhuma instituição ou país encontrou solução (World Health Organization [WHO], s.d.). Todos os anos, centenas de milhões de doentes são afetados por IACS. Segundo dados disponíveis pela WHO (2009), na Europa, a cada ano, mais de 4 milhões de pacientes são afetados por cerca de 4,5 milhões de episódios de IACS, que causam 16 milhões de dias extras de internamento, 37 mil mortes e custam cerca de 7 bilhões de Euros por ano.

As 30 a 40% das infeções causadas por agentes resistentes resultam da colonização e infeção cruzada, sendo as mãos dos profissionais de saúde o principal veículo de transmissão (DGS, 2007).

A preocupação com a prevenção e o controlo de infeção é, hoje, uma prática diária, inerente à prestação de cuidados, seja qual for o contexto. Gestos tão simples, como a higiene das mãos, marcam toda a diferença na melhoria dos cuidados de saúde, na diminuição dos gastos económicos das instituições e na diminuição (do risco) da morbilidade das pessoas que solicitam os nossos cuidados.

De acordo com Wilson (2004), as mãos dos profissionais de saúde são o veículo mais habitual na transmissão de microrganismos de doente para doente e, muitas vezes, responsáveis por transmissão de surtos. Daí a importância tão grande da correta higienização das mãos. De acordo com a WHO (2009), a higienização das mãos é um método simples e eficaz na redução da propagação da infeção e dos microrganismos multirresistentes mundial, sendo que tem vindo a promover a higiene das mãos (e das instituições de saúde) por todos os continentes.

Segundo a DGS (2007, 4), *“a infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é 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”*.

No *Hospital Coração* (hospital onde desenvolvemos o nosso estágio), a Comissão de Controlo de Infeção (CCI) dispõe de uma equipa multidisciplinar que, tal como previsto na legislação *“a) São órgãos de assessoria técnica de apoio à gestão, na área de prevenção e controlo de infeção; b) Constituem um recurso indispensável para a implementação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde nas unidades de saúde”* (Despacho n.º18 052/2007, p.23216). No mesmo documento, estão explícitas as determinações essenciais na constituição destas comissões. Uma CCI deve assentar em três vertentes: capacidade técnica na vigilância

epidemiológica; elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boa prática; formação de profissionais. É exetável que uma CCI seja composta por uma equipa multidisciplinar, tenha autonomia técnica e executiva na implementação de planos operacionais nas instituições e esteja dotada de recursos humanos, físicos e financeiros adequados às necessidades vigentes. Por conseguinte, as recomendações internas e os planos de ação produzidos pela CCI, e após devida aprovação pelo órgão de gestão, devem ter carácter vinculativo.

A ação da CCI é importante, mas não é isolada na redução da taxa das IACS. O envolvimento de todos os enfermeiros bem como o dos restantes profissionais de saúde na prevenção e redução da taxa das IACS é essencial. É primordial que todos os profissionais detenham conhecimentos de medidas básicas na prevenção e no controlo da infeção e prestem cuidados de acordo com os princípios orientadores definidos pela CCI, que por sua vez, seguem o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das IACS. A realização de procedimentos consciente e correta bem como a alteração de comportamentos é um dever de todos os profissionais.

O enfermeiro tem um papel de extrema importância na prestação de cuidados ao doente crítico durante o TIH na prevenção e redução do risco associado às IACS. Em meio hospitalar, o enfermeiro está numa posição privilegiada porque, à partida, dispõe de todos os recursos necessários para dar resposta às medidas implementadas pela CCI e pelo Plano Nacional de Prevenção e Controlo das IACS. Em contexto de TIH, os recursos são finitos e nem sempre os ideais, mas que são possíveis existir numa ambulância ou num helicóptero. Contudo, e apesar de os meios disponíveis serem diminutos, o enfermeiro que acompanha do doente crítico durante o TIH deve assegurar que respeita medidas como a desinfeção das mãos, utiliza equipamentos de proteção individual e utiliza a técnica assética nos procedimentos que o justifiquem. Consideramos que a realização do PIS e a pesquisa bibliográfica que fizemos sobre o tema nos permitiu fazer uma reflexão mais fundamentada sobre a segurança e a prevenção/ controlo da infeção do doente crítico durante o TIH e, assim, melhorar a norma de procedimento que realizámos a propósito do PIS.

No âmbito do PAC, e com o objetivo de dar resposta à competência K3, procurámos perceber quais eram as necessidades de conhecimento no seio da equipa de enfermagem da UCINT. Chegámos à conclusão que a necessidade maior se prendia com os

cuidados ao cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo. Mesmo tendo uma taxa de doentes internados na UCINT diminuta com este tipo de cateter, a verdade é que existe e que os enfermeiros identificavam esta necessidade no seu leque de conhecimentos teóricos e práticos. Após parecer positivo de todos os intervenientes, avançámos com a produção de uma sessão de formação em serviço sobre o tema. Tal como referido acima (capítulo 3. PAC), foram elaborados o plano de sessão, os diapositivos apresentados na formação bem como o teste de aferição de conhecimentos adquiridos aplicado no final da sessão (Apêndice 15).

Pelo exposto, consideramos ter adquirido a competência K3.

### 4.3 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e/ ou Paliativa

A Direção Geral da Saúde afirma que *“A cultura dominante da sociedade tem considerado a cura da doença como o principal objetivo dos serviços de saúde. Neste contexto, a incurabilidade e a realidade inevitável da morte são quase consideradas como um fracasso da medicina”* tanto que o cuidado do doente em fase terminal e da família é sentido como *“uma prática estranha e perturbadora, com a qual é difícil lidar”* (2005, 5).

A inexistência de cura era (e ainda continua a ser frequentemente) considerada por muitos profissionais como uma derrota, uma frustração e uma área na qual não é para investir. Apesar da consciência social e do inequívoco interesse público para com pertinência dos cuidados paliativos para as questões em torno da humanização dos cuidados de saúde, a verdade é que ainda hoje, em pleno século XXI, este tipo de cuidados ainda não está suficientemente divulgado e acessível àqueles que deles carecem (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP], s.d.).

Cuidar com dignidade, em todas as fases do ciclo de vida, é a tarefa primordial do enfermeiro. O Cuidar é transversal qualquer que seja a área de especialidade de cuidados do enfermeiro especialista (saúde comunitária, médico-cirúrgica, reabilitação, saúde mental e psiquiátrica, saúde infantil e pediátrica e saúde materna e obstétrica).

Da deontologia profissional, para além dos valores humanos e dos direitos à vida e à qualidade de vida, enalteçemos o respeito pelo doente terminal, através da defesa e promoção da vontade manifesta do doente terminal, do respeito e fazer respeitar a sua vontade manifesta nesta fase terminal e após a sua morte (Lei n.º 111/2009).

Uma vez que exercemos funções numa Unidade de Cuidados Paliativos, e pelo exposto acima, assumimos a responsabilidade ética de dar resposta às competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa. Ao compreender o dever do enfermeiro para com o outro, não poderíamos deixar de o fazer.

Como forma de dar resposta às competências de enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, cujo âmbito são os cuidados paliativos, num serviço de prestação de cuidados a doentes em situação crítica, escolhemos como ponto de partida uma doença crónica – a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). A escolha prende-se com a prevalência de doentes internados na UCINT com esta doença, sendo que muitos deles têm internamentos recorrentes e nos intervalos dessas estadias hospitalares, necessitam de cuidados de enfermagem relacionados com o suporte ventilatório que têm de utilizar também no domicílio.

Para além da elevada prevalência a nível mundial, a DPOC é uma doença grave que implica uma incapacidade progressiva e tem elevadas taxas de mortalidade. A DPOC é a quarta principal causa de morte (WHO, 2008).

A DPOC é uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade. O aumento da taxa de prevalência da DPOC nas próximas décadas é previsível (Circular normativa n.º 04/DGCG, 2005).

A DPOC implica uma elevada frequência de consultas médicas e de recorrências aos serviços de urgência, bem como um significativo número de internamentos hospitalares, na maioria das vezes prolongados, um consumo de fármacos e de oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliária de longa duração (Circular normativa n.º 04/DGCG, 2005).

A génese da DPOC está subjacente a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos, caracteriza-se por causar limitação ventilatória progressiva e com reduzida reversibilidade. A doença evolui por exacerbações

cuja frequência aumenta com a gravidade da doença (Circular normativa nº 04/DGCG, 2005).

A prevalência da DPOC aumenta com a idade, sendo mais elevada no sexo masculino. A causa mais frequente é o tabagismo. A DPOC causa incapacidade progressiva com acentuado impacto negativo na qualidade de vida dos doentes e nos seus meios familiar, profissional e social (Circular normativa nº 04/DGCG, 2005).

Tendo em conta que a DPOC é uma doença de evolução progressiva e prolongada, é de prever que a função pulmonar dos doentes se vá deteriorando com o tempo. Daí ser fundamental o acompanhamento periódico dos profissionais de saúde para ajudar a retardar a perda de funcionalidade progressiva decorrente da evolução da doença (Circular normativa nº 04/DGCG, 2005).

Para além das medidas previstas no Plano Nacional de Prevenção e Controlo da DPOC, tem-se vindo a investir em novas alternativas terapêuticas como a oxigenoterapia de longa duração e a ventilação não invasiva (VNI) domiciliária (Circular Normativa n.º 06/DSPCS, 2006).

A VNI consiste na administração de um suporte ventilatório sem recorrer a métodos invasivos da via aérea. É uma modalidade de tratamento que provê melhorias ao estado de saúde e um aumento da qualidade de vida (Morais e Queirós, 2013).

A correta adesão ao regime terapêutico e à VNI por parte do doente com DPOC e família/ cuidador informal é urgente e imprescindível, pois ajuda a diminuir as complicações associadas à não adesão e, por conseguinte, reduz os gastos com a saúde e baixa as taxas de morbilidade e de mortalidade (Morais e Queirós, 2013).

As competências específicas de enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa:

**L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida**

Esta competência compreende as seguintes unidades de competência:

L5.1 Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares;

L5.2 Promove intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares;

L5.3 Envolve os cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades;

L5.4 Colabora com os outros membros da equipa de saúde e/ ou serviços de apoio.

Uma vez que a taxa de doentes com DPOC internados por descompensação da doença é elevada, a ventilação não invasiva tornou-se um procedimento comum na UCINT.

Como forma de colmatar a nossa necessidade de conhecimento acerca do tema, procedemos à pesquisa bibliográfica e à discussão sobre o tema com peritos na área.

Verificámos que a equipa de enfermagem da UCINT é coerente e completa na prestação de cuidados ao doente a fazer VNI. Mas mesmo assim, quando questionados sobre a necessidade de atualização de conhecimentos e saberes e treino na área, a resposta foi unânime: a atualização constante é essencial à prestação de cuidados de excelência.

É importante estarmos informados não só sobre a prestação de cuidados como também no ensino ao familiar cuidador/ cuidador informal para a prestação de cuidados no domicílio. A envolvimento da família/ cuidador informal nos cuidados domiciliários é crucial para evitar complicações e exacerbações da doença e, conseqüentemente, recorrências aos serviços de urgência e internamentos hospitalares.

Por conseguinte, percebemos que, para validar esta competência, devíamos desenvolver uma atividade capaz de abranger todos os conhecimentos relacionados com a VNI. Pelo que decidimos elaborar um *dossier* temático (Apêndice 16) sobre os cuidados a ter com o doente crónico na ventilação não invasiva. Este dossier (em suporte papel) encontra-se na UCINT e é passível de ser atualizado por todos os elementos, sendo que o seu formato permite que sejam acrescentados documentos. A sua organização é feita por separadores, pela seguinte sequência: «Guidelines», «Documentos da DGS», «Artigos».

Pelo acima exposto, consideramos ter adquirido esta competência.

## **L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica**

**incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte**

L6.1 Promove parcerias terapêuticas com o indivíduo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família;

L6.2 Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto;

L6.3 Negoceia objetivos/ metas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico

L6.4 Reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz.

Mais uma vez salientamos que o enfermeiro deve possuir um leque de habilidades relacionais que compreendem a compreensão empática, a autenticidade, o respeito caloroso, a compaixão e a esperança, no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz (Chalifour, 2008).

É expectável que o enfermeiro tenha conhecimentos teóricos na sua área de atuação que sustentem a sua prática e que tenha, ainda, um conhecimento sólido de si e do seu papel, para melhor definir a sua própria conceção de relação de ajuda profissional, bem como a sua postura ao longo das intervenções que desempenha.

O enfermeiro assume-se não só como o prestador de cuidados, mas também como o educador e o recurso onde o doente e família/ cuidador informal buscam auxílio e informação. O enfermeiro acompanha, esclarece dúvidas, oportunidades e riscos e ajuda a escolher o melhor caminho para o outro.

Bem como em todos os momentos da prestação de cuidados, a comunicação assume um papel fundamental na ação do enfermeiro. Seja comunicação verbal ou não-verbal, é através dela que o enfermeiro recebe e dá informações ao doente e família/ cuidador informal. É através da comunicação que o enfermeiro estabelece a relação terapêutica e leva a cabo a excelência dos cuidados.

Ao longo do estágio, tivemos oportunidade de estabelecer relação interpessoal com vários doentes com DPOC e suas famílias/ cuidadores informais. Percecionamos muitos

receios relacionados com os cuidados com a VNI no domicílio e validámos informações, esclarecemos dúvidas. Verificamos que, de fato, o estabelecimento de uma relação empática é crucial e benéfico na melhoria do doente.

No âmbito do PAC, e como forma de darmos resposta a esta competência que compreende uma dimensão relacional na tríade enfermeiro – doente – família/ cuidador informal, elaborámos um folheto destinado ao doente e ao familiar/ cuidador informal denominado «Ventilação Não Invasiva no Domicílio – Recomendações ao Cuidador Informal: Cuidados ao Doente Crónico e/ ou Paliativo» (Apêndice 17). Assumimos que um folheto informativo constitui um elemento que o doente e família/ cuidador informal podem ter sempre ao seu dispor, que reúne informação essencial sobre a VNI e é, por isso, uma extensão da comunicação que acontece nos serviços de saúde.

Pelo exposto, consideramos que esta competência foi adquirida.

Acrescentamos ainda a nossa participação na Comissão Organizadora da “1ª Semana dos Cuidados Paliativos”, uma iniciativa que marca os cinco anos de existência da Unidade de Cuidados Paliativos do [REDACTED] (Anexo 7). Esta atividade não está contemplada em nenhum dos projetos desenvolvidos, no entanto merece ser enaltecida não só porque aconteceu durante a realização do 2.º MEMC mas também, e principalmente, pelo seu estreito relacionamento com as Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e/ Paliativa.

## 5. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

*“...a qualidade exige reflexão sobre a prática...”*(OE, 2012, p. 7)

No ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre deve compreender a aquisição, pelo estudante, de uma especialização de natureza profissional (Decreto-Lei n.º 74/2006). Tendo em conta os objetivos legalmente afixados e a obtenção de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de seguida, faremos uma breve análise da aquisição das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo por base as competências enumeradas no Guia de Curso 3º Semestre (IPS, 2012).

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

Este mestrado foi suportado por uma componente teórica sólida que fomentou o desenvolvimento de competências fundamentais à prestação de cuidados de enfermagem especializados, inculcando a reflexão crítica, a conduta ética e deontológica e a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica e à pessoa em situação crónica e paliativa, tendo em vista a excelência dos cuidados.

Ao longo dos três estágios (incluindo os estágios opcionais), tivemos oportunidade de prestar cuidados à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, promovendo a adaptação da pessoa aos estímulos, com o objetivo de manter as funções vitais, prevenir complicações e limitar as incapacidades, contribuindo para a integridade da pessoa.

A doença consiste na alteração ao estado de saúde que implica um conjunto de sinais e sintomas que correspondem a alterações fisiológicas, funcionais e emocionais (Manuila, 2004). Estas variações no equilíbrio saúde-doença provocam diferentes reações na pessoa e na família, pois, muitas vezes, obrigam a mudanças no seio familiar, nomeadamente, nos hábitos e rotinas diárias, nas normas e regras (Costa, 2004).

O enfermeiro especialista assume um papel crucial na gestão do impacto emocional imediato e no estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa em situação crítica e família, através de conhecimentos e habilidades através das quais responde em tempo útil e de forma holística. (OE, 2011 b).

Perante pessoa em situação crónica e paliativa e família, a relação interpessoal que o enfermeiro procura estabelecer tem como objetivo facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte, respeitando sempre a individualidade e autonomia da pessoa e mobilizando recursos que permitam planear e executar intervenções de enfermagem em parceria com o doente/ família (OE, 2011).

A praxis do enfermeiro deve ser orientada no sentido de garantir uma prestação de cuidados global e individualizados, tendo como preocupação os valores, as normas, os princípios deontológicos e os direitos universais do homem (*“A1.2 – Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas”*, *“A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos”* – Regulamento n.º 122/2011, *“K1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”* – Regulamento n.º 124/2011 e *“L6.2 – Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto”*) – OE, 2011. Deste modo, a prestação de cuidados de enfermagem deve ser sistemática e individualizada, respeitando as componentes biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa ao longo de todo o processo de enfermagem.

O processo de enfermagem tem início com a colheita de dados, a qual deve ser holística e sistemática. Pois só assim, o enfermeiro conseguirá definir objetivos e delinear intervenções (que, posteriormente, serão executadas e avaliadas) adequadas e adaptadas às necessidades reais da pessoa e família. O plano de cuidados é desenvolvido com intuito de promover os processos de readaptação procurando a máxima independência possível na realização das atividades de vida e prever e detetar precocemente complicações que possam advir de um processo de doença (OE, 2012).

O serviço de urgência é (na maior parte das vezes) a porta de entrada do doente, mas este não permanece aqui. Uma vez dentro do hospital, o doente pode necessitar de ser observado por várias especialidades clínicas, o que implica que seja acompanhado por enfermeiros diferentes. O contexto multidisciplinar em que o exercício profissional do enfermeiro se insere exige uma articulação transparente, completa e coesa de modo a assegurar a continuidade dos cuidados (artigo 83º do Código Deontológico, Lei 111/2009).

No exercício das suas funções, o enfermeiro é responsável por assegurar cuidados de saúde profissionais, éticos e equitativos e de qualidade, tendo como objetivo a excelência do exercício. Para tal, deve analisar regularmente o trabalho efetuado e ser capaz de reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude. É, também, da responsabilidade do enfermeiro assegurar as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade, autonomia e qualidade (artigo 88º do Código Deontológico, Lei n.º 111/2009). A constatação destes artigos ajudou-nos a perceber a necessidade de um projeto relacionado com o TIH do doente crítico, na UCINT, o qual justificou o desenvolvimento do PIS. A expectativa é que este PIS contribua para a melhoria dos cuidados prestados ao doente crítico em todo o processo que envolve o TIH.

A elaboração da norma de procedimento sobre o TIH teve (tem) como objetivo principal a melhoria da qualidade da prática. A atualização contínua dos conhecimentos através da pesquisa bibliográfica em bases de dados sólidas e válidas permitiu-nos mobilizar diretivas, conhecimentos e recursos capazes de organizar um projeto que pretende otimizar a qualidade dos cuidados. O envolvimento dos pares (equipa de enfermagem da UCINT) e dos profissionais de saúde de outras áreas de atuação tem sido crucial na construção e consolidação deste projeto (*“B1.2 – Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”, “C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”, “C2.2 – Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedor da melhor resposta de grupo e dos indivíduos”, “D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”, “D2.2 – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” e “D2.3 – Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho”* – Regulamento n.º 122/2011).

A norma de procedimento sobre o TIH inclui um formulário de enfermagem dedicado ao registo de informação clínica do doente (antecedentes pessoais) e registo da

evolução do doente ao longo do transporte. Como é óbvio, este formulário inclui o registo dos sinais vitais da pessoa. O registo da dor, como 5.º sinal vital, constitui um sinal de alarme vital, pelo que deve ser alvo de um controlo adequado, evitando sofrimento desnecessário e reduzindo morbilidade que lhe está associada. A participação na formação *Controlo da Dor* (Anexo 5), no hospital onde desenvolvemos o estágio facultou-nos contributos relevantes para a elaboração da norma de procedimento. O enfermeiro especialista assume um papel fundamental na avaliação, registo e controlo farmacológico e não farmacológico da dor (*“K1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica, otimizando as respostas”* – Regulamento n.º 124/2011).

Os domínios das competências da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais conduziram-nos às competências relacionadas com a supervisão clínica. A componente teórica do mestrado facultou-nos ferramentas essenciais que incutiram a reflexão crítica sobre a aplicação e a relevância no desempenho de funções como a preceitoria de discentes do curso de licenciatura em enfermagem.

A execução do PIS implicou o reconhecimento, por parte dos pares, como enfermeiro de referência no TIH e gerou processos de supervisão clínica no seio da equipa de enfermagem. Adquirimos conhecimentos e capacidades mas, sobretudo, tivemos oportunidade de repensar atitudes e de organizar um projeto que pretende a melhoria dos cuidados de enfermagem.

A reflexão crítica sobre o exercício da profissão deu-nos espaço para desenvolver, através do PAC, pequenas alterações que constituem grande significação na prestação de cuidados na UCINT, como a formação em serviço sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo (*“A2.2 – Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente”* e *“D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade”* – Regulamento n.º 122/2011) e o folheto sobre os cuidados à pessoa com VNI no domicílio, destinado ao familiar/ cuidador informal (*“B2.1 – Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado”*, *“B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua”*, *“B2.3 – Lidera programas de*

melhoria” e “B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo” – Regulamento n.º 122/2011).

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

Para além de um projeto profissional, o presente Mestrado constitui um plano pessoal na aquisição de competências que possibilitem a excelência do exercício da profissão.

O reconhecimento da necessidade de especialização em enfermagem médico-cirúrgica foi precedido de um conjunto de experiências que englobam o exercício profissional em realidades hospitalares distintas (serviço de gastroenterologia, serviço de urgência geral e unidade de cuidados paliativos) e a participação em atividades em regime de voluntariado (participação ativa numa associação humanitária de bombeiros, participação em atividades municipais).

*“Os profissionais de enfermagem conscientes dos contextos atuais, apostam na formação, na aquisição e desenvolvimento das suas competências, considerando-as essenciais para a qualidade do seu exercício, dado que os cuidados prestados se dirigem ao ser humano – complexo e único. Os enfermeiros, cuidadores por excelência, necessitam possuir competências de ordem técnico-científicas, como também competências de relação de ajuda, empatia, assertividade e criatividade” (Mendonça, 2009, 5).*

As nossas vivências e o sentido de responsabilidade social que assumimos têm sido, sem dúvida, o grande impulso à atualização contínua de conhecimentos, habilidades e atitudes, em busca da excelência do exercício profissional (*“A1.2 – Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas”* – Regulamento n.º 122/2011 e artigo 88º do Código Deontológico – *“Da excelência do exercício”*).

A carreira de enfermagem tem início com o curso de licenciatura em enfermagem. De seguida, podemos ingressar em pós-graduações e especializações como forma de adquirir e atualizar conhecimentos e saberes. Sendo que cada profissional constrói o seu próprio caminho e adquira competências profissionais de acordo com as suas próprias expectativas e projeto profissional/ pessoal.

O presente Mestrado assenta no modelo da andragogia, a arte e a ciência de ajudar os adultos a aprenderem. Ao contrário da pedagogia, na andragogia o adulto é o sujeito da

educação e não o objeto da mesma (Oliveira, s.d.). Segundo Novak (1984), as pessoas devem ser valorizadas por serem capazes de interpretar as experiências que vivem, sendo fundamental que cada pessoa aprenda a aprender de forma significativa. De acordo com o mesmo autor, o professor torna-se num facilitador da aprendizagem na medida em que concede ferramentas que possibilitam ao estudante/ formando refletir sobre as suas próprias experiências e aprender a partir destas. O estudante/ formando é aquele que melhor conhece as suas necessidades de conhecimento e é capaz de suprir essa carência com as ferramentas que o formador lhe facultar. A pro-atividade dá espaço ao estudante/ formando para se desafiar a si próprio e de autodesenvolver.

Num contexto técnico-científico em desenvolvimento e maturação contínuos, ser enfermeiro implica abranger dimensões diferenciadas de competências que o capacitem para dar resposta a situações de diagnóstico, prognóstico e tratamento de doentes e para ser um exemplo dessa mesma capacidade (Mendonça, 2009).

De acordo com Benner (2001), a experiência é necessária para a perícia. O conhecimento prático adquire-se com o tempo e os enfermeiros nem sempre se dão conta dos seus progressos.

Este curso de Mestrado foi um contributo fundamental para a aprendizagem pessoal, que resultou de um processo experiencial que incutiu alterações de comportamento, cujo objetivo era (é) a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

### **3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva;**

*“A qualidade em saúde é tarefa multiprofissional”* (OE, 2012, 6). O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de multidisciplinaridade. A multiprofissionalidade perante a complexidade de respostas a problemas de saúde e a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem exigem a resposta de um profissional competente. Assim, de acordo com o artigo 91º do Código Deontológico (Lei n.º 111/2009), o enfermeiro assume o dever de atuar responsabilmente na sua área de competência, de reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, com as quais se deve articular e trabalhar em complementaridade. Neste âmbito, é determinante que o enfermeiro detenha elevado conhecimento de si, enquanto pessoa e profissional, bem como um profundo domínio de conceitos, fundamentos e teorias da ciência de enfermagem e

capacidade relacional, que lhe permitam trabalhar em equipa e nortear o seu pensamento crítico e linhas de atuação para uma prestação de cuidados de qualidade.

Segundo a OE (2012, 6), *“nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde”*, daí a importância da pro-atividade dos enfermeiros no seio das equipas.

A elaboração do PIS e do PAC implicou o envolvimento da equipa multidisciplinar, em especial da equipa de enfermagem. A pro-atividade do elemento dinamizador permitiu a articulação com os vários recursos humanos, conforme os planeamentos de ambos os projetos, o que permitiu o desenvolvimento das competências de gestão e liderança e revelou autonomia, responsabilidade e empenho na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (*“B – Domínio da Melhoria da Qualidade”* e *“C – Domínio da Gestão dos Cuidados”* – Regulamento n.º 122/2011 e *“L5.4 – Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ ou serviços de apoio”* – OE, 2011).

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

Em resultado da sua autonomia profissional e com base em critérios científicos, técnicos, jurídicos, deontológicos e éticos, o enfermeiro procede constantemente à tomada de decisão (Deodato, 2006).

A prestação de cuidados de enfermagem adequados às necessidades reais e potenciais da pessoa, suportados pela evidência científica, pela ética e pela deontologia profissional é transversal a todas as áreas de especialização em enfermagem (Mendes, 2009) (*“A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos”* – Regulamento n.º 122/2011, *“L5.2 – Promove intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares”* – OE, 2011 e *“K1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”* – Regulamento n.º 124/2011 e artigo 88º do Código Deontológico – Lei n.º 111/2009;).

A construção do PIS e do PAC tiveram como alicerces a fundamentação técnica/científica sólida baseada na evidência, na legislação em vigor, nas políticas de saúde, nas normas emanadas por entidades estatais e científicas, nos padrões de qualidade do

exercício profissional em enfermagem e nos valores e princípios éticos, tendo em vista a excelência dos cuidados.

No que concerne ao PIS, o processo de tomada de decisão tem início a partir do momento que o enfermeiro assume que vai acompanhar o doente crítico no TIH e prolonga-se por todo o percurso (ida e regresso), sendo que a responsabilidade do enfermeiro só termina quando transfere o doente ao seu colega (seja no hospital de destino ou no hospital de regresso, o de origem).

Ao longo de todo o TIH, o enfermeiro assume um papel preponderante de zelar pelos direitos do doente não só na excelência do cuidado mas também através da garantia da confidencialidade para com os outros, das exigências do segredo profissional e do respeito pela intimidade (artigos 85º e 86º do Código Deontológico – Lei n.º 111/2009), fazendo jus às competências do domínio ético e responsabilidade profissional (*“A1.1 – Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada”, “A1.2 – Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas”, “A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos”* – Regulamento n.º 122/2011).

Atendendo ao princípio da beneficência (artigo 82º do Código Deontológico – Lei n.º 111/2009), o enfermeiro deve agir em conformidade com o interesse e projeto de saúde do doente (Martins, 2004).

Ainda em relação ao PIS, em contexto de ambulância, durante o TIH, o enfermeiro assume o papel de consultor, liderando os processos de tomada de decisão e adequando o melhor possível o ambiente em torno do doente crítico de acordo com as necessidades do mesmo (ambiente terapêutico e seguro) (*“B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”, “B3.2 – Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais”, “C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”* e *“C2.1 – Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”* – Regulamento n.º 122/2011).

Uma ambulância, por muito completa e apetrechada dos melhores e mais modernos aparelhos de monitorização e tratamento que seja, não deixa de ser um ambiente frio e impessoal. É da responsabilidade do enfermeiro promover a humanização dos cuidados e gerir e antecipar impactos emocionais através do estabelecimento da relação terapêutica com o doente (*“K1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais*

*decorrentes da situação crítica de saúde/ doença e/ ou falência orgânica”, “K1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/ família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” e “K1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/ família em situação crítica e/ ou falência orgânica” – Regulamento n.º 124/2011 e “L5.1 – Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares”, “L5.2 – Promove intervenção junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares”, “L6.1 – Promove parcerias terapêuticas com o individuo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família”, “L6.2 – Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto” – OE, 2011).*

O enfermeiro especialista detém níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento n.º 122/2011). Segundo Nunes (2006), o agir do enfermeiro é fundamentado pela autonomia e pela responsabilidade e mediado pela tomada de decisão que, por um lado exige a responsabilização pelos seus atos e por outro lado resume ao assumir da responsabilidade decorrente do mandato social, em resposta às necessidades das pessoas. O processo de tomada de decisão é inerente a qualquer que seja o nível de cuidados (primário, secundário e terciário) e área de especialização em enfermagem (“A1.2 – Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas” – Regulamento n.º 122/2011).

Mesmo em serviços clínicos cujo âmbito é o cuidado do doente crítico, muitas vezes as possibilidades de recuperação parcial ou total esgotam. É importante que o enfermeiro e restantes profissionais de saúde sejam coerentes com as necessidades reais do doente e prestem cuidados de conforto físico, psicológico e espiritual como prioridade. Neste momento, do ciclo da vida, o que importa apenas é a preservação da dignidade da pessoa, a maximização da qualidade de vida (dentro do possível) e a diminuição do sofrimento do doente e família/ cuidador informal (“A1.1 – Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada”, “A1.2 – Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas”, “A1.3 – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade” e “B1.2 – Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática” – Regulamento n.º 122/2011 e “L5.1 – Identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares”, “L5.2 –

*Promove intervenção junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares”, “L5.3 – Envolve cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades”, “L5.4 – Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ ou serviços de apoio”, “L6.1 – Promove parcerias terapêuticas com o individuo portador de doença crónica incapacitante, cuidadores e família”, “L6.2 – Respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto”, “L6.3 – Negoceia objetivos/ metas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico” e “L6.4 – Reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa” – OE, 2011).*

Emerge aqui a habilidade do enfermeiro na gestão da comunicação interpessoal e terapêutica em situação de crise. Enaltecemos as capacidades do enfermeiro no processo de luto e morte digna e serena: a capacidade de escuta, o respeito pelo doente, a empatia, a atenção às necessidades espirituais e o apoio e o acompanhamento do processo de luto dos familiares/ cuidador informal (Dias & Luzio, 2000).

O mandato social vigente ainda interpreta a morte como um fracasso e eleva a finalidade de cuidar, tratar e curar como objetivos únicos das equipas de saúde. No entanto, a morte é uma certeza constante para a qual o enfermeiro (e os restantes profissionais de saúde) deve estar preparado. Para tal, é necessário que o enfermeiro tenha um autoconhecimento profundo de si, dos recursos e limites pessoais e profissionais (“D1.1 – Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” e “D1.2 – Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional” – Regulamento n.º 122/2011 e “L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” e “L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” – OE, 2011).

A tomada de decisão em iniciar ou não e se inicia, quando deve parar, manobras de suporte avançado de vida, é uma decisão que acarreta elevado juízo ético, científico, deontológico, humano e espiritual.

Por conseguinte, a tomada de decisão em enfermagem é orientada e mobilizada tendo em conta os seguintes referenciais: a satisfação do doente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação funcional e a organização dos cuidados.

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

A investigação em enfermagem constitui um alicerce importante no desenvolvimento da profissão, pois a aliança entre a teoria e a prática permite consolidar conhecimentos, saberes e permite, ainda, demonstrar à população o porquê da prática. A investigação em enfermagem facultava visibilidade social à profissão (Martins, 2008).

A elaboração do PIS e do PAC seguiu a metodologia de projeto. Esta metodologia envolve reflexão, baseia-se e sustenta-se na investigação de forma sistemática, controlada e participativa, tem como objetivo identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas (Estudantes do 7.º Curso de Licenciatura em Enfermagem, 2010).

Através do PIS, desenvolvemos a norma de procedimento sobre o TIH (“K1 – *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica*” – Regulamento n.º 124/2011). Com o PAC desenvolvemos: formação em serviço tendo como objetivo promover os cuidados de enfermagem na prevenção e controlo de infeção associada ao cateter venoso totalmente implantado com reservatório subcutâneo (“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*” – Regulamento n.º 124/2011), elaborámos um *poster* sobre o manuseamento de extintores de pó químico (“K2 – *Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação*” – Regulamento n.º 124/2011), criámos um dossier temático que compila informação sobre cuidados ao doente com VNI (“L5 – *Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida*” – OE, 2011) e construímos um folheto sobre os cuidados ao doente crónico com VNI no domicílio, destinado ao familiar/ cuidador principal (“L6 – *Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal,*

*com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” – OE, 2011).*

Com a produção deste relatório, aprez-nos concluir que adquirimos novos conhecimentos e aperfeiçoámos outros já existentes nomeadamente no processo de tomada de decisão baseada na evidência e no processo de pesquisa científica em bases de dados internacionais e, por isso, conseguimos adquirir esta competência.

A prática da enfermagem baseada na evidência constitui a reunião da melhor evidência científica existente associada à experiência, à opinião de peritos e aos valores e preferências dos doentes, dentro dos recursos disponíveis (OE, 2006).

Em suma, e com a realização do PIS e do PAC, consideramos ter promovido uma investigação na área que suporta a evidência científica patente neste relatório e, por isso, ter respondido ao objetivo geral (ao qual nos propusemos): *“Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cardíaca em estado crítico durante o transporte inter-hospitalar”*.

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

Correndo o risco de nos repetirmos, assumimos mais uma vez que com a elaboração do PIS e do PAC consideramos ter dado resposta a todas as etapas inerentes à metodologia de projeto, pois fomentámos a investigação, a pesquisa científica, a formação dos pares, desenvolvemos a reflexão e crítica introduzimos mudanças com intuito de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem.

Na fase de diagnóstico de situação, reunimos com a Sra Enfermeira Orientadora (e Enfermeira Diretora) e com a Sra. Enfermeira Responsável pela UCINT e, posteriormente, realizámos questionários (após autorização do CA) à equipa de enfermagem da UCINT com intuito de perceber a opinião acerca da pertinência do tema e envolver os enfermeiros no projeto. Posto isto, definimos os objetivos geral e específicos para a consecução do PIS.

No planeamento de atividades, foram delineadas várias atividades para dar resposta aos objetivos específicos propostos, bem como os critérios de avaliação.

Na fase de execução, procedemos à materialização do PIS, tendo como produto final a norma de procedimento sobre o TIH e as *check-list's* de terapêutica e material de consumo clínico. Acrescentámos ainda o formulário de informação clínica sobre informação clínica do doente e uma *check-list* de verificação de tópicos de segurança. Apenas o ultimo objetivo específico (promoção de formação sobre suporte básico, imediato e avançado de vida) não foi concluído devido a contingências socioeconómicas e organizacionais. Ainda assim, e tendo em conta que contribuímos efetivamente para a melhoria da qualidade dos cuidados ao doente crítico com patologia cardíaca que necessita de TIH, consideramos ter dado resposta ao objetivo geral proposto por nós.

A par e par com o PIS, desenvolvemos o PAC, o qual nos permitiu dar resposta às competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e em pessoa em situação crónica e paliativa.

O conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem é utilizado para uma desenvolver prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. É através da formação que promovemos o desenvolvimento curricular e as estratégias de supervisão clínica (OE, 2006).

Enquanto promotoras do PIS e do PAC, consideramos ter tido ganhos na aprendizagem não só em termos individuais mas também para o grupo e, principalmente, para a pessoa/ doente/ família. A nossa maior pretensão era contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem com qualidade e segurança ao doente crítico com patologia cardíaca com necessidade de TIH, acreditamos ter conseguido.

## CONCLUSÃO

Findo um trabalho tão moroso, apraz-nos refletir sobre o percurso teórico, prático e reflexivo que nos permitiu chegar até aqui.

*“As boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica disponível e na opinião de peritos”* (OE, 2008, 9), tendo sido estes os alicerces na elaboração do PIS e do PAC. Ainda assim, assumimos que a procura da excelência dos cuidados não termina aqui, pois, de acordo com o REPE, a atualização permanente de conhecimentos é uma responsabilidade ética e deontológica do enfermeiro para com a sociedade.

Tal como previsto, o curso permitiu a alternância e integração constantes da prática de cada formando com o desenvolvimento teórico e técnico das UC's e respetivos módulos, valorizando o trabalho autónomo do formando ao longo de todo o plano de estudos (IPS, 2011a), que culmina com o presente relatório.

O caráter teórico-prático do curso foi uma mais-valia, pois permitiu a implementação de um projeto que consideramos trazer ganhos em saúde, nomeadamente na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e à pessoa em situação crónica e paliativa.

Sabendo que um trabalho de projeto constitui uma oportunidade de nos tornarmos um elemento de referência para os pares e os restantes profissionais de saúde, enaltecemos a importância do papel ativo dos enfermeiros no seio das equipas e dos serviços onde prestam cuidados.

A implementação do PIS na UCINT constituiu uma mais-valia pois incidiu sobre um problema identificado e validado pela equipa de enfermagem. A metodologia de projeto permite uma dinâmica entre a teoria e a prática em que o investigador interfere no próprio campo de investigação (Estudantes do 7.º Curso de Licenciatura em Enfermagem,

2010). No entanto, a produção de conhecimento só se torna efetiva com a sua divulgação dos resultados, o que se tornou possível com a divulgação do artigo produzido.

Satisfaz-nos o percurso desenvolvido. Tanto o ciclo de estudos como a construção do PIS e do PAC, enriquecidos pela diversidade, a multidisciplinaridade, o estímulo à revisão da literatura e ao pensamento crítico e reflexivo, contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional.

A mobilização constante de conhecimentos e saberes traduz-se numa riqueza que nos ajuda a crescer enquanto pessoas e profissionais de saúde, a fomentar a excelência do exercício profissional e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Os principais beneficiários são, sem dúvida, a pessoa/ famílias/ comunidade em geral que necessitam de cuidados de saúde. Mas o enfermeiro também é presenteado pelo reconhecimento social e motivação para fazer mais e melhor.

Consideramos que a realização de ambos os projetos (PIS e PAC) possibilitou ganhos importantes na aquisição de conhecimentos e partilha de aprendizagens que, por sua vez, conduziram à aquisição e aperfeiçoamento de Competências Comuns e Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e, bem como, as Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Para todas as competências, o referencial comum é a melhoria contínua da qualidade e a segurança dos cuidados prestados, visando como expoente máximo a excelência do exercício.

Por fim, destacamos a análise crítica e reflexiva das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, inspirada pelo Código Deontológico do Enfermeiro, pelo REPE, pelos Regulamentos das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa e, ainda, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Pessoa em Situação Crítica.

Em suma, consideramos ter alcançado os objetivos delineados para este relatório, que foram:

- 1.º - Descrever as etapas do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e do Projeto de Aprendizagem de Competências/ Clínica (PAC);
- 2.º - Analisar criticamente desenvolvimento do PIS e o PAC tendo em conta a aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências

Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa;

3.º- Refletir e analisar criticamente a aquisição de Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao longo deste percurso.

Findo o percurso letivo do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e conscientes de que temos um longo percurso pela frente, continuamos a assumir um rumo na enfermagem: a busca contínua da excelência do exercício profissional.

## REFERÊNCIAS

### Referências Bibliográficas

- Aguiar, Carlos (2007, janeiro-março). A apresentação clínica da doença coronária na mulher. *Revista Fatores de Risco*, 4, pp.42-47.
- American Heart Association (2003). *Heart Disease and Stroke Statistics-2003 Update*. Consultado em junho 12, 2013 em: <http://www.americanheart.org>
- American Psychological Association. (2009). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP] (s.d.). *Cuidados Paliativos – o que são?* Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/oquesao.html>
- Autoridade Nacional de Proteção Civil [ANPC]. *Sistema Nacional*. Disponível em: <http://www.prociv.pt/Pages/default.aspx>
- Benner, Patrícia (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-x.
- Billimoria, Aspi R (2013, fevereiro). Pioneers in Cardiology: Werner Forssmann. *Journal of The Association of Physicians of India (JAPI)*, 61, p.148.
- Chalifour, Jacques (2008). *A Intervenção Terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-05-5.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2 – do original «ICNP® Version 2 – International Classification for Nursing Practice»*. Edição portuguesa: OE. ISBN: 978-92-95094-35-2. 50.

- Costa, M. (2004). Relação Enfermeiro-Doente. In Neves, M., & Pacheco, S. (Eds.). *Para uma ética da enfermagem: Desafios* (pp. 63-80). Coimbra: Gráfica Coimbra, Lda.
- Cunha, Madalena (2000, novembro). Actuação do enfermeiro no transporte do doente politraumatizado, *Revista Sinais Vitais*, 33, pp.42-47.
- Deodato, Sérgio (2006). *Dilemas éticos no exercício profissional do enfermeiro*. Revista Ordem dos Enfermeiros, 21, pp.25-30.
- Dias, H., & Luzio, F. (2000). Alívio da dor em fase terminal. In C. Neves, I. Neto, M. Vieira, A. Loff, A. Alves, H. Dias, et al (Eds.). *Cuidados Paliativos* (1ª ed.). Coimbra: Formasau – Formações e Saúde, Lda.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Intervenção Cardiológica*. Lisboa: Autor. ISBN 972-675-079-2.
- DGS (2004). *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/> .
- DGS (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Autor. Depósito legal 241585/06. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008151.pdf>
- DGS (2013). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013*. Lisboa: Letra solúvel. ISSN: 2183-0681. Disponível em: <http://www.spc.pt/DL/Home/fm/i019350.pdf>
- Entidade Reguladora da Saúde [ERS] (2007). *Estudo e avaliação do sector do transporte terrestre de doentes*. Porto: Autor. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/108/200731583312842202\\_origin\\_al\\_rel.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/108/200731583312842202_origin_al_rel.pdf)
- Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010). *Revista Percursos*, 15. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- European Resuscitation Council [ERC] (2010). *Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council* (Conselho Português de Ressucitação [CPR], Trad). Porto: CPR. (Obra original publicada em 2010).
- Ferreira, J.M.C., Neves, J.G., Caetano, A. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Mcgraw-Hill. ISBN: 972-773-105-8.
- Finci, L., Ferraro, M., Nishida, T., Albiero, R., Corvaja, N., Vagheti, M. ... Colombo, A. (2000, novembro). Coronary stenting beyond standard indications. Immediate and follow-up results. *Ital Heart Journal*, 1, pp. 739-748.

Fonseca, P. (2012). Guia para a redação de relatórios. Disponível em:

<http://sweet.ua.pt/~pf/Documentos/Guia%20redacao%20relatorios.pdf>

Gonçalves, M., Matos, V., Oliveira, J., Pereira, H. (2003). *Angioplastia coronária – passaporte para a vida*. Grupo de Estudos de Hemodinâmica e Cardiologia de Intervenção da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Lisboa: Novartis. Disponível em: <http://www.spc.pt/SPC/Iniciativas/Passaporte/pdfs/BrochuraAngiografia.pdf>

International Association for the Study of Pain [IASP] (1994). *Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. In Classification of Chronic Pain*. 2ª ed. Editores: Harold Merskey, Nikolai Bogduk. ISBN: 0-931092-05-1. 210-213. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>

Instituto Politécnico de Setúbal [IPS] (2011a). *2º Mestrado em Enfermagem Guia de Curso – 1º Semestre (ano letivo 2011/2012)*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Saúde.

IPS (2011b). *Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º Semestres* (do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Saúde.

IPS (2011c). *Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Saúde.

IPS (2012). *Guia de Curso 3.º Semestre (ano letivo 2012/2013)* (do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Departamento de Saúde.

Manuila, L.; Manuila, A.; Lewalle, P.; & Nicoulin (2004). *Dicionário Médico* (3.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Marcelino, P. (2008). *Manual de ventilação mecânica no adulto: abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Martins, J. (2004). Beneficência e Não-Malificência. In M. Neves, & S. Pacheco (Eds.), *Para Uma Ética de Enfermagem* (pp. 229-248). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

Martins, José Carlos Amado (2008). Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, vol. 12, nº 2.

- Martins, R., & Martins, J. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, 2, pp. 111-120.
- Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18 (1), pp. 165-169.
- Mendonça, S. (2009). *As competências profissionais dos Enfermeiros – A excelência do cuidar* (1ª ed.). Lisboa: Editorial Novembro.
- Morais, António José Pinto, & Queirós, Paulo Joaquim Pina (2013, julho). Adesão à ventilação não invasiva: perspetiva do doente e familiar cuidador. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, 10, pp. 7-14.
- Nobrega, Almir Inácio (2012). I. História da Radiologia. In *Tecnologia Radiológica e Diagnóstico por Imagem* (5.ª ed.) (2). São Caetano do Sul: Difusão. ISBN 13:9788578081263.
- Nogueira, Nilbo Ribeiro (2005). *Pedagogia dos Projectos. Etapas, papéis e atores* (1ª ed.). São Paulo: Editora Erica. ISBN:85-365-0078-6.
- Novak, Joseph (1984). *Aprender a Aprender* (1ª ed.). Lisboa: Plátano Edições Técnicas. ISBN: 972-707-137-6.
- Nunes, Fernando (2009, 25 de julho). Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico. *Revista Nursing*, 246, pp. 22-26.
- Nunes, Lucília (2006, 10 de maio). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. Documento apresentado no *II Congresso Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa.
- Nunes, Lucília (2008). Enfermagem, Desafios da Disciplina e da Profissão. *Revista Percursos*, 7. Pp. 4-17. Disponível em:  
[http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/percursos\\_07.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/percursos_07.pdf)
- Nunes, Lucília (2011). Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-67-7.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2006). *Investigação em Enfermagem – Tomada de posição* (pp. 1-4) Lisboa: OE. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)
- OE (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: OE. ISBN: 978-972-99646-9-5. Disponível em:

[www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf)

OE (2011, de 22 de outubro). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Proposta aprovada pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Coimbra. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf)

OE (2011b, de 22 de outubro). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Proposta aprovada pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Coimbra. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

OE (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Concetual, Enunciados Descritivos* – Divulgar. Lisboa: Autor. Publicado em 2002, Revisto em 2012. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

OE (2014, 25 de janeiro). *Proposta de regulamento dos padrões de qualidade da especialidade de enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. Manuscrito não publicado, Aprovado na Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Coimbra. Disponível em:

[http://www.apcp.com.pt/uploads/oe\\_propostaregulamentopqcee\\_pscpaliativaaprovado-net.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_propostaregulamentopqcee_pscpaliativaaprovado-net.pdf)

Oliveira, Ari Batista de (s.d.). *Andragogia*. Disponível em: [http://www.diocese-braga.pt/catequese/sim/biblioteca/publicacoes\\_online/200/ANDRAGOGIA.pdf](http://www.diocese-braga.pt/catequese/sim/biblioteca/publicacoes_online/200/ANDRAGOGIA.pdf)

Rodrigues, L., & Martins, J. (2012). Vivências dos enfermeiros ao cuidar do doente crítico durante o transporte marítimo. *Revista Pensar Enfermagem*, vol. 16, 1, 26-41.

Rua, Fernando (1999). Oxigenação durante o transporte do doente ventilado. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 1.

Ruivo, M. A., et al. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15. Disponível em:

[http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

- Sakurada, Eduardo Yuji (2001). As técnicas de Análise dos Modos de Falhas e seus Efeitos e Análise da Árvore de Falhas no desenvolvimento e na avaliação de produtos. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.
- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2003). *Anatomia & Fisiologia* (6ª ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8930-07-0.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] & Ordem dos Médicos [OM] (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Thygesen K., Alpert J.S., & White H.D. (2008). Universal definition of the myocardial infarction. *Kardiologia Polska (Polish Heart Journal)*, 66 (1), pp. 47-62.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-74-6. P.633.
- Vagos, P.E.R.M. (2010). Ansiedade Social e Assertividade na Adolescência. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade de Aveiro. Portugal.
- Van de Werf, Frans; Bax Jeroen; Betriu, Amadeo; Blomstrom-Lundqvist, Carina; Crea, Filippo; Falk, Volkmar... Rutten, Frans (2008). Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 29 (23), pp. 2909-2945.
- Widimsky, P., Winjs, W., Fajadet, J., Belder, M., Knot, J., Aaberge, L. ... Zeymer, U. (2010, agosto). Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries. *Eur Heart Journal*, 31, pp. 943-957.
- WILSON, J. (2004). *Controlo da Infecção na Prática Clínica*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- World Health Organization [WHO] (2002). *Definition of palliative care*. Consultado em janeiro 21, 2011, em: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>
- WHO (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144013/pdf/TOC.pdf>
- WHO (2013). *Health topics: Cardiovascular disease* (tradução livre). Consultado em maio, 2013 em: [http://www.who.int/topics/cardiovascular\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/)

WHO (s.d.). *The burden of health care-associated infection worldwide*. Disponível em:  
[http://www.who.int/gpsc/country\\_work/summary\\_20100430\\_en.pdf](http://www.who.int/gpsc/country_work/summary_20100430_en.pdf)

## Referências Legais

- Circular normativa n.º 04/DGCG (2005, 17 de março). *Programa nacional de prevenção e controlo da doença pulmonar obstrutiva crónica*. Lisboa: DGS.
- Circular Normativa n.º 06/DSPCS (2006, 7 de junho). *Prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários*. Lisboa: DGS.
- Circular Normativa n.º 09/DGCG (2003, 14 de junho). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor*. Lisboa: DGS.
- Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD (2008, 18 de junho). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: DGS.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. *Diário da República n.º 205 – I Série A*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 161/1996 de 4 de setembro. *Diário da República n.º 205 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei 104/1998 de 21 de abril. *Diário da República n.º 93 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Despacho n.º 18 052/ 2007 de 11 de julho de 2007. *Diário da República n.º 156 – 2ª Série*. Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde. Lisboa.
- Lei n.º 37/2007 de 14 de agosto. *Diário da República n.º 156 – 1ª Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 75/2009 de 12 de agosto. *Diário da República n.º 155 – 1ª Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro. *Diário da República n.º 180 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- Portaria n.º 1147/2001 de 28 de fevereiro. *Diário da República n.º 226 – I Série B*. Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Lisboa.
- Portaria n.º 1301-A/2002 de 28 de setembro. *Diário da República n.º 225- I Série B*. Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 402/2007 de 10 de abril. *Diário da República n.º 70 – I Série*. Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 142-A/2012 de 15 de maio. *Diário da República n.º 94 – I Série*. Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Lisboa.


Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1**

Pedido de autorização ao Conselho de Administração para Realização do PIS  
e aplicação de Questionário à Equipa de Enfermagem Da Unidade de  
Cuidados Intermédios

  
Ao Conselho de Administração da Unidade  
Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.

*Deferido  
2013/2/21  
Maria Joaquina Matos  
Presidente do Conselho de Administração  
ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.*

*Maria do Jesus Gonçalves  
Enfermeira Diretora  
ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.*

Joana Filipa da Silva Coelho, Enfermeira a exercer funções na Unidade de Cuidados Paliativos da ULSLA E.P.E., a frequentar o 2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS), vem por este meio informar que para efeitos do estágio I e II, a decorrer na Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT) da mesma Unidade Local de Saúde, pretende realizar um projeto de intervenção em serviço (PIS), tendo por base a área problemática encontrada em entrevista não estruturada com a Enfermeira responsável pela UCINT (Sra. Enfermeira Vanda Seromenho): Transporte do Doente Crítico – o Doente Cardíaco, que terá a orientação da Sra. Enfermeira Diretora Maria de Jesus Gonçalves da ULSLA, E.P.E. e da Sra. Professora Elsa Monteiro da ESS do IPS

Sendo um PIS, emerge a necessidade de validar esta necessidade e ao mesmo tempo envolver a equipa de enfermagem neste projeto. Pelo que vem por este meio solicitar autorização ao Conselho de Administração para aplicar à equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios um questionário de averiguação de necessidades, que se encontra em anexo com o respetivo consentimento informado. Desde já me comprometo a garantir todas as questões éticas inerentes a um trabalho desta natureza, bem como garantir o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos. Caso seja do vosso interesse, serão facultados os dados obtidos.

Consciente de que este PIS lhe proporcionará uma aprendizagem e desenvolvimento de competências comuns e especializadas em enfermagem médico-cirúrgica e permitirá a realização de boas práticas em contexto de trabalho, está convicta que o desenvolvimento deste projeto vai de encontro aos objetivos deste Hospital, pelo que almeja contar com a colaboração de todos.

Sem outro assunto. Encontra-se disponível para qualquer esclarecimento.  
Aguarda deferimento.

Santiago do Cacém, 15 de Fevereiro de 2013

*Joana Filipa da Silva Coelho*  
(Joana Filipa da Silva Coelho)

*Estudo a ser realizado no âmbito do curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal. Este trabalho, pode ter contributo para a prática das enfermeiras no contexto e que vai ser realizado - Transporte do doente crítico. Não se opor à realização do estudo, havendo um compromisso da parte do profissional, e apresentar o estudo e respetivos resultados aos colegas de instituição.*

*Maria do Jesus Gonçalves  
Enfermeira Diretora  
ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.*

*A responsável da U. de Paliativos  
P/ se pronunciou  
2013/2/19  
[assinatura]  
Maria Joaquina Matos  
Presidente do Conselho de Administração  
ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.*

## **Anexo 2**

### **Modelo para Elaboração de Normas de Procedimentos e Normas Regulamentares**

REGRAS PARA ELABORAÇÃO DE  
NORMAS DE PROCEDIMENTOS E  
NORMAS REGULAMENTARES

NR-HLA- 5  
08-03-07  
**Revisão1**

## NORMA REGULAMENTAR

## HOMOLOGAÇÃO

Conselho de Administração, em 29.03.2007

  
Conselho de Administração da H.L.A.  
Adelino  
Presidente  
  
Conceição Vilela  
Diretora Clínica

  
João Pedro  
Vogal Executivo  
  
Isabel Neves  
Externa Director

**COORDENADO POR**  
Domingas Cardadeiro  
Liliana Guerra

## **Anexo 3**

### **Plano de Emergência Interno**

HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO

## HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO



## PLANO DE EMERGÊNCIA INTERNO

Documento Elaborado por SUCH / ITSEMAP

## **Anexo 4**

Comprovativo de presença na formação «Plano de Emergência Interno»



### Declaração

Para os devidos efeitos se declara que, **Joana Filipa da Silva Coelho**, assistiu, como Formanda a ação:

#### **Plano de Emergência Interno**

- Equipa de evacuação

Esta sessão letiva realizou-se no dia 13 de Março de 2013, e teve a duração total de 210 minutos.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 28 de Agosto de 2013

Enfermeira Diretora

Maria de Jesus Gonçalves

## **Anexo 5**

Comprovativo de presença na formação «Controlo da Dor»



### Declaração

Para os devidos efeitos se declara que, **Joana Filipa da Silva Coelho**, assistiu, como Formanda, à acção:

#### **Controlo da Dor**

Esta sessão lectiva realizou-se nos dias 08 e 10 de Janeiro de 2013, e teve a duração total de 14 Horas.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 18 de Abril de 2013

Enfermeira Diretora

  
Enfermeira Diretora  
ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.

Maria de Jesus Gonçalves

## **Anexo 6**

Comprovativo de presença na formação «Curso de Gestão do Risco Clínico  
em Contexto Hospitalar»



### Declaração

Para os devidos efeitos se declara que, **Joana Filipa da Silva Coelho**, assistiu, como Formanda, à acção:

#### **Gestão do Risco em Contexto Hospitalar**

Esta sessão lectiva realizou-se nos dias 03 e 04 de Dezembro de 2012, e teve a duração total de 14 Horas.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 18 de Abril de 2013

Enfermeira Diretora

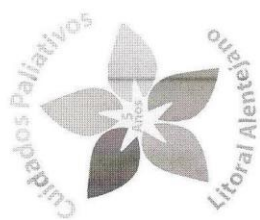
**Maria de Jesus Gonçalves**

Enfermeira Diretora  
ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.

Mária de Jesus Gonçalves

## **Anexo 7**

Comprovativo de participação na Comissão Organizadora da 1ª Semana dos  
Cuidados Paliativos no Litoral Alentejano



### Certificado

Para os devidos efeitos se certifica que o(a) senhor(a) Joana Filipe da Silva Coelho,  
fez parte da Comissão Organizadora da “1ª Semana de Cuidados Paliativos do Litoral Alentejano”,  
que se realizou de 17 a 22 de junho de 2013.

ULSLA, 6 de novembro de 2013.

Coordenadora da Comissão Organizadora



## **APÊNDICES**

# **Apêndice 1**

## **Cronograma de Estágio I e II**

CRONOGRAMA ENSINO CLÍNICO I E II - 9 de Novembro de 2012 a 22 de Março de 2013

Semanas	Dias/ Mês	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo	Horas Ensino Clínico I e II	Horas de estudo
1*	Novembro	12 INÍCIO ESTÁGIO 5 h	13 2,5 h	14 5 h	15 2,5 h	16 17	10	11		
2		19 8 h (M)	20 5 h	21 28 h	22 5 h	23 24	24 25	25 5 h	11	15
3		26 8 h Form.	27 7,5 h	28 5 h	29 8 h (M)	30 7	1	2 7,5 h	0	20
4		3 8 h Form.	4 8 h Form.	5 4 h (T)	6 8 h (M)	7 8	8 5 h	9 5 h	16	28
5		10 8 h (T)	11 5 h	12 5 h + 8h(T)	13 5 h	14 15	15 16	16 8 h (T)	28	10
		17 18	18 19	19 20	20 21	21 22	22 23	23	24	15
		24 25	25 26	26 27	27 28	28 29	29 30	30	24	15
		31 1	1 2	2 3	3 4	4 5	5 6	6 5 h		10
6	Janeiro	7 5 h	8 10 h (T)	9 5 h	10 8 h Form.	11 12	12 2,5 h	13 8 h (T)	26	15
7		14 5 h	15 5 h	16 8 h (T)	17	18	19 5 h	20	8	15
8		21 5 h	22 5 h	23 8 h (T)	24 5 h	25	26	27	8	15
9		28 8 h (T)	29 3 h	30 5 h	31 8 h (T)	1	2 2 h	3 5 h	16	15
10		4 3 h	5 4 h	6 2 h	7 2 h	8	9	10 5 h		16
11	Fevereiro	11 3 h	12	13 5 h	14 4 h	15	16 2 h	17 2 h		16
12		18 5 h	19 3 h	20 5 h	21 3 h	22	23 2 h	24		18
13		25 8 h	26	27 8 h	28	1	2 8 h (T)	3	8	16
14		4 7,5 h	5	6 4 h Form	7 6 h	8	9 4 h (T)	10 3,5 h	8	17
15		11 8 h (M)	12	13 5 h	14 8 h (M)	15	16 5 h	17 5 h	16	15
16		18 8 h	19	20	21 ESTÁGIO FIM	22				8
									169	251
									-2	0
									167	251

**LEGENDA:**

■	Escola
■	Horas de Estágio I e II
■	Horas de Estudo
■	PAUSA LETIVA

\* ATENÇÃO: horas da semana 1 assinadas pelo Professor.

**ENTREGA DE TRABALHOS**

5 Fev.:	Entrega Ficha Diagnóstica
1 Março:	Entrega portefólio
8 Abril:	Entrega Relatório de Estágio

**FORMAÇÕES**

3 e 4 Dez.:	Curso de Gestão do Risco Clínico em Contexto Hospitalar (9h - 17h), ULSLA.
10 Janeiro:	Formação - Controlo de Dor (9h - 17h), ULSLA.
6 Março:	Formação - Plano de Emergência Interno - Equipa de evacuação (9 - 13h), ULSLA.

## **Apêndice 2**

### **Cronograma de Estágio III**

CRONOGRAMA ESTÁGIO III - 15 de Abril de 2012 a 3 de Outubro de 2013

Dias/ Mês	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo	Horas Ensino Clínico III	Horas de estudo	
Abril	15 3h	16 2h	17 3h	18 2h	12 2,5h	13 3h	14 2,5h		8	
	22 3h	23 2h	24 3h	25 2h	19	20 5h	21 1h		16	
	29 T(8h)	30 3h	1 3h	2 T(8h)	3 T(8h)	4 3h	5 3h	24	12	
	6 3h M(8h15)	7 3h T(8h15)	8 3h M(8h15)	9 3h M(8h15)	10	11 2h	12 2h	33	12	
Maio	13 3h	14 3h	15 3h	16 3h	17	18 3h	19 3h		16	
	20 3h	21 M(8h30)	22 3h	23 5h	24	25 3h	26 2h	8,5	18	
	27 2h T(8h)	28 5h T(8h)	29 5h	30 T(8h)	31 T(8h)	1 T(8h)	2 5h	40	16	
	3 3h	4 3h	5 2h T(8h)	6 3h	7	8 2h	9 T(8h)	16	17	
Junho	10 T(8h)	11 3h T(8h)	12 3h	13 5h	14 5h	15 T(8h)	16	24	13	
	17 5h	18 4h	19 2h	20 M(8h30)	21	22 2h	23 2h	8,5	16	
	24 M(8h30)	25 4h	26 4h	27 T(8h)	28 4h	29	30 3h	16,5	15	
	1 N(9h30)	2 4h	3 M(8h30)	4 M(8h30)	5 4h	6 2h	7	26,5	10	
Julho	8	9	10	11	12	13	14		0	
	15	16	17	18	19	20	21		0	
Agosto	<b>PAUSA LETIVA</b>									
Setem bro	16 2h	17 3h	18	19 3h	20	21	22		8	
	23 2h	24 2h	25 2,5h	26 2,5h	27	28	29		9	
	30 3h T(4h)	1 2h T(4h)	2 3h	3 3h T(5h)	4	5	6	13	11	
Out ubro								SUB-TOTAL	210	212
								ESPERADO	209	209

LEGENDA:

Escola
M/T/N/F - turno laboral
Horas de Estágio III
Horas de Estudo
<b>PAUSA LETIVA</b>
Horas de Estágio Opcional*

\* Estágio Opcional realizado no Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo, E.P.E:

6 e 7 de maio - Serviço de Urgência, Orientador: Enfermeiro Pedro Contreiras;

8 e 9 de maio - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR), Orientador: Enfermeiro Albano Perdigão.

## **Apêndice 3**

### Ficha de Diagnóstico e Definição de Objetivos do PIS

(inclui: FMEA – *Failure Mode Effects and Analysis* –, Questionário aplicado à equipa de Enfermagem da UCINT e exposição de resultados)



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Ano Letivo 2012/2013

### Definição do Problema

<b>Estudante:</b> Joana Filipa da Silva Coelho
<b>Instituição:</b> <i>Hospital Coração (HC)</i>
<b>Serviço:</b> Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT)
<b>Título do Projeto:</b> Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico com Patologia Cardíaca
<b>Explicitação sumária a área de intervenção e das razões da escolha:</b>  <p>Nas primeiras 2 semanas de estágio I e II, verificou-se a inexistência de sistematização e uniformização de cuidados de enfermagem durante o transporte do doente crítico, na Unidade de Cuidados Intermédios do <i>Hospital Coração (HC)</i>; denominação fictícia da Unidade Hospitalar onde a estudante se encontra a desenvolver os estágios, criada para proteger a privacidade do Hospital, bem como dos seus funcionários). A falta de uma norma de procedimento que garanta a segurança do doente, a vigilância, a organização e o rigor durante o transporte é uma necessidade, que pode ser colmatada com um projeto de intervenção em serviço, o qual é <i>“necessário e essencial”</i>, tal como referiu a Enfermeira Responsável da UCINT, que declarou o seu apoio a este projeto desde o início.</p> <p>Atualmente, a crescente necessidade de transporte inter-hospitalar de doentes agudos e críticos para instituições de saúde mais diferenciadas com a finalidade de garantir melhores condições de tratamento e para a realização de tratamentos ou de exames complementares de diagnóstico não realizáveis na instituição de origem, tem fomentado uma maior preocupação com as condições em que estes transportes são efetuados. (Nunes, 2009)</p> <p>De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (2007, p. 1), <i>“muito embora o transporte dos doentes possa não ser entendido como uma prestação direta de cuidados de saúde, não deixa, no entanto, de constituir uma componente importante, pelo que afeta positiva ou negativamente a qualidade destes.”</i></p> <p>Em 2008, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) reassumiram a revisão periódica do guia de «Transporte de Doentes Críticos – Recomendações». Nesta revisão do guia foram emanadas algumas premissas preponderantes do ponto de vista socioeconómico que têm em vista a promoção da segurança e da boa prática clínica ao cuidado do doente crítico durante o transporte inter-hospitalar. Passo a citar duas premissas chave deste guia: <i>“os problemas económicos não devem constituir, em qualquer circunstância, um impedimento para a transferência do doente crítico para um local, onde lhe possa ser prestado um melhor nível de cuidados”</i> (p. 9) e <i>“a qualificação técnica, aspeto intimamente relacionado com a formação e a experiência clínica, constitui um dos aspetos mais importantes para a promoção e para a garantia da segurança durante o transporte”</i> (p. 11).</p>



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Ano Letivo 2012/2013

De acordo com Cunha (2000, p. 30), o enfermeiro que acompanha o doente no transporte inter-hospitalar tem a responsabilidade de verificar condições técnicas e materiais das ambulâncias, testar o equipamento, prestar cuidados ao doente, monitorizar, avaliar sinais vitais e registar o seu estado clínico durante o transporte, levar mala com equipamento de uso clínico e medicação para atuar em situação de emergência, e atuar sempre que necessário.

A pessoa doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde e é um dever dos serviços de saúde estarem acessíveis e prestarem, em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente, colocando integralmente ao seu dispor os recursos que possuem (Direção Geral de Saúde, 2004).

Em Portugal, existem documentos relevantes e legais sobre o disposto, como a Portaria nº1147/2001, de 28 de Setembro que veio atualizar a anterior Portaria nº 439/93, de 27 de Abril, que define o Regulamento de Transporte de Doentes em Portugal, incluindo as características das Ambulâncias tipo C apropriadas para o transporte secundário de doentes graves.

Tendo em conta que esta temática se reveste de crucial importância para os enfermeiros, por ser uma área do nosso interesse e por acreditar que, com o desenvolvimento de um PIS nesta área, poderemos desenvolver os quatro domínios de competências comuns – responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais - de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado em Assembleia Geral (AG) a 29 de Maio de 2010, bem como as duas (de três) competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica previstas no Regulamento 124/ 2011, aprovado em AG a 20 de Novembro de 2010 – cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ ou falência orgânica (K1) e maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ ou falência orgânica face a complexidade da situação e necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (K3) -, pelo que consideramos que este projeto poderá fomentar uma mais-valia tanto do ponto de vista profissional, institucional como pessoal.

**Diagnóstico de situação**

**Definição geral do problema**

Inexistência de cuidados de enfermagem sistematizados e uniformizados ao doente crítico com patologia cardíaca durante o transporte inter-hospitalar, na UCINT do *Hospital Coração*.

**Análise do problema**



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Ano Letivo 2012/2013

A UCINT iniciou funções a 6 de Outubro de 2008, inserida no serviço de Medicina B. Em Março de 2011, desvinculou-se fisicamente do serviço de Medicina. A capacidade da UCINT é de 4 doentes, sendo que, por questões burocráticas fruto da atual conjuntura socioeconómica, aguarda autorização para aumentar recursos humanos com o propósito de abrir mais quatro unidades com capacidade para mais quatro doentes, perfazendo um total de 8 unidades ao dispor da comunidade. A equipa de enfermagem é composta por 8 elementos, sendo um deles a Enfermeira Responsável pela unidade. O apoio médico é realizado pela equipa médica dos serviços de medicina. Os apoios: social, secretaria, dietética, medicina física e reabilitação, laboratorial, assistentes operacionais são cruciais para um bom trabalho da equipa multidisciplinar.

Sendo este um projeto direcionado a uma população específica e que envolverá vários profissionais, considera-se que o seu sucesso poderá estar em causa. Como forma de tentar garantir a viabilidade do projeto, decidiu-se aplicar a Metodologia de Análise do Tipo e Efeito de Falhas (FMEA) para analisar todo o processo de diagnóstico de situação, com o objetivo de diminuir as hipóteses de falha durante o percurso e procurar aumentar a confiabilidade da prestação do serviço. A aplicação desta ferramenta de gestão (aportes da Unidade Curricular Gestão de Processos e Recursos) permitiu-nos verificar a existência de várias falhas no decorrer do diagnóstico de situação pelo que, tal como previsto pelo próprio instrumento, foram propostas medidas corretivas para as diferentes etapas, nomeadamente para a sistematização de conhecimentos teórico-práticos sobre o Transporte do Doente Crítico e da realidade do mesmo na UCINT do HC para o pedido de autorização ao Conselho de Administração (CA) para aplicação de questionário à equipa de enfermagem e apresentação/validação do projeto junto da equipa de enfermagem. Os dados obtidos na FMEA bem como as medidas corretivas propostas podem ser visualizados no apêndice 1.

A UCINT dispõe de um Livro de Movimentos de Doentes o qual permitiu perceber de forma rápida, eficaz e fidedigna o serviço de origem do doente, o doente, o serviço de destino, o diagnóstico e algumas especificidades durante o internamento, como a necessidade de transporte inter-hospitalar, a necessidade de ventilação não invasiva (VNI), entre outras.

Para perceber a quantidade de transporte inter-hospitalares que é feito a partir desta unidade, selecionou-se um período de tempo (janeiro de 2011 a janeiro de 2013 – 24 meses) e contabilizou-se o número de utentes internados neste período de tempo (426 utentes), dos quais o número de utentes que necessitaram de transporte inter-hospitalar no mesmo período (70 utentes). Identificou-se assim que, no período selecionado para este estudo, necessitaram de transporte inter-hospitalar 16 % dos utentes internados na UCINT. Na sua maioria, são doentes com patologia cardíaca em estado crítico que precisam realizar cateterismo cardíaco. Este meio complementar de diagnóstico não está disponível no HC. Todos os doentes que necessitaram de transporte inter-hospitalar foram acompanhados por enfermeiro. Normalmente, nesta Unidade Local de Saúde, sempre que há



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Ano Letivo 2012/2013

necessidade de acompanhamento de um doente crítico por um elemento de enfermagem no transporte inter-hospitalar, esta tarefa é assegurada por um enfermeiro do serviço de origem que é chamado previamente porque se encontra a gozar folga ou descanso, ou, caso não haja disponibilidade, o transporte é assegurado por um elemento escalado no turno em questão.

Tal como referido acima, após autorização do CA, foi aplicado um questionário e respetivo consentimento livre e esclarecido à equipa de enfermagem da UCINT (apêndice 2), tendo em conta todas as considerações éticas inerentes a um estudo desta natureza. Este questionário encontrava-se dividido em duas partes e o seu objetivo era perceber se os enfermeiros consideram este projeto importante ou não, bem como quais as suas qualificações formativas e técnicas relacionadas com a prestação de cuidados de urgência e emergência. Sendo este projeto um PIS, a aplicação deste questionário tinha também como intuito envolver a equipa de enfermagem de forma ativa. Obtivemos 100 % de respostas bem como parecer positivo de toda a equipa de enfermagem.

Após recolha dos questionários, procedeu-se ao tratamento de dados através do programa informático Microsoft Office Excel 2007, cujos dados passam agora a ser explanados os mais importantes. A equipa foi perentória: 100% considera importante a existência de protocolo e de norma de procedimento para o transporte inter-hospitalar do doente crítico com *check-list* de informação clínica do doente crítico e com *check-list* do material e medicação da mala de transporte, bem como necessária a formação em suporte avançado de vida para a melhoria da prestação de cuidados de qualidade tanto nos serviços e unidades de cuidados como durante os transportes inter-hospitalares. No que concerne à formação, apenas um elemento não fez o suporte básico de vida (SBV) e o suporte imediato de vida (SIV), e três elementos não fizeram o suporte avançado de vida (SAV). Tendo por base que a formação em suporte básico, imediato e avançado de vida carece de renovação de dois em dois anos, em análise dos questionários, podemos perceber que as formações com necessidade de reciclagem mais urgente são SBV e SIV.

No decorrer do estágio I e II, foi ainda identificado outro problema: a inexistência de um meio de comunicação durante o transporte do doente crítico. Ou seja, em caso de necessidade de apoio clínico urgente, o enfermeiro tem de utilizar o seu próprio meio de comunicação (telemóvel) para contactar o hospital/ unidade local de saúde.

**Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral**

Inexistência de uma Norma de Procedimento para o Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico;

Inexistência de *check-list* com informação clínica do Doente;

Inexistência de *check-list* de material de uso clínico e terapêutica, que deve de constar na mala de transporte;



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Ano Letivo 2012/2013

Inexistência de um meio de comunicação (telefone) específico para o Transporte Inter-hospitalar;  
Falta de formação de suporte básico/ imediato/ avançado de vida para cerca de 30% da equipa de enfermagem.

**Determinação de prioridades**

Aprofundar conhecimentos sobre o tema/ conhecer outras realidades;  
Elaborar uma norma de procedimento para o transporte inter-hospitalar do doente crítico;  
Elaborar *check-list* com informação clínica do Doente;  
Elaborar *check-list* de material de uso clínico e terapêutica, que deve de constar na mala de transporte;  
Evidenciar necessidade de existência de um meio de comunicação para utilizar durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico;  
Uniformização dos cuidados ao doente crítico durante o transporte.

**Objetivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema)**

**OBJETIVO GERAL**

Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cardíaca em estado crítico durante o transporte inter-hospitalar.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1 - Criar uma norma de procedimento sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico;
- 2 - Elaborar uma *check-list* sobre a informação clínica do doente, que deve acompanhar o doente durante o transporte inter-hospitalar;
- 3 - Elaborar uma *check-list* de material de uso clínico e terapêutica, que deve de constar na mala de transporte;
- 4 - Promover formação/ treino da equipa de enfermagem da UCINT sobre o SBV, SIV e (se possível) SAV.

**Referências Bibliográficas**

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, I. P. – **Perfil de Saúde da Região do Alentejo**.  
Évora: Administração Regional de Saúde, I.P., 2010.



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Ano Letivo 2012/2013

CHIOZZA, ML.; PONZETTI, C. - **FMEA: A model for reducing medical errors**. Clinica Chimica Acta 404, 2009, p. 75-78.

Decreto-Lei nº 38/92 – **Enquadramento Legal de Transporte de Doentes**;

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – **Estudo e Avaliação do Sector do Transporte Terrestre de Doentes**. Retirado a 15/01/2013 de: [www.ers.pt](http://www.ers.pt); Porto, 2007, p. 1.

NUNES, Fernando – **Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico**. In *Nursing*, n.º 246, Julho 2009, p. 22 – 26.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. *Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.2-16.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho Jurisdicional – **Parecer CJ 69/2005: Procedimento sobre o Acompanhamento de Doentes Estáveis, Transferidos das Unidades de Cuidados Intensivos para o Hospital da Área de Residência**. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, Lisboa. ISSN: 1646-2629. N.º 22 (2006) 12- 13.

ORDEM DOS MÉDICOS, Comissão da Competência em Emergência Médica; SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Transporte de doentes críticos: Recomendações**. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008.

Portaria nº 1301-A/2002 – **Regulamento de Transporte de Doentes em Portugal**. Diário da República, 1ª série B, N.º 225, 28 de Setembro de 2002.

Regulamento 122/ 2011 – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**; Diário da República, 2.ª série, N.º 35, 18 de Fevereiro de 2011.

Regulamento 124/ 2011 – **Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica**; Diário da República, 2.ª série, N.º 35, 18 de Fevereiro de 2011.

Data: 25/02/2013

Assinatura: Joana Coelho



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 Ano Letivo 2012/2013

Anexo 1

Descrição Processo		FMEA – Failure Mode Effects and Analysis									
		Etapas	G	Modo potencial de falhas	O	Efeitos	D	NPR	Causas	Ações a desenvolver	
Transporte de Doentes Críticos		A - Sistematizar conhecimentos teórico-práticos sobre o Transporte do Doente Crítico.	7	Conhecimentos teórico-práticos sobre o Transporte do Doente Crítico insuficientes.	4	Desenvolvimento do projeto de forma inadequada.	5	140	Pouca informação disponível sobre o tema. Inexperiência profissional no tema.	Realizar pesquisa bibliográfica; Desenvolver um estágio de observação numa unidade de referência onde esteja implementado um projeto para o Transporte do Doente Crítico.	
		B - Compreender a realidade do Transporte do Doente Crítico na UCINT, HC.	8	Desconhecimento da realidade no HC.	4	Projeto inadequado às necessidades reais do HC.	4	128	Desconhecimento das estatísticas nacionais e internacionais sobre Transporte do Doente Crítico; Dificuldade de acesso aos registos informáticos.	Pesquisar dados estatísticos nacionais e internacionais sobre o transporte do Doente Crítico; Pesquisar dados estatísticos do movimento de doentes na UCINT.	
		C - Pedido de autorização ao Conselho de Administração (CA) do HC, para aplicar questionário à equipa de enfermagem.	1 0	Reprovação do questionário pelo CA do HC.	1 0	Questionário não é aplicado, projeto não pode ser desenvolvido.	2	200	Falta de pertinência do projeto para o CA do HC.	Apresentação dos principais objetivos do projeto ao CA para clarificar a pertinência do questionário; Pedido de autorização formal ao CA do HC.	
		D - Validar junto da equipa de enfermagem importância atribuída em relação ao tema do projeto.	9	Falta de interesse da equipa multidisciplinar no projeto.	4	Falta de apoio da equipa de enfermagem durante o planeamento e execução do projeto.	5	180	Desmotivação da equipa de enfermagem.	Reunir com os profissionais responsáveis por cada serviço a envolver no projeto; Divulgar o projeto desde cedo; Solicitar e debater ideias com a equipa de enfermagem.	
		E - Validar junto da equipa de enfermagem as necessidades de formação em relação ao tema do projeto.	7	Formação atualizada/Equipa mostra desinteresse na formação sobre o tema.	5	Falta de apoio da equipa de enfermagem durante o planeamento e execução do projeto.	4	140	Desmotivação da equipa de enfermagem.	Reunir com os profissionais responsáveis por cada serviço a envolver no projeto; Organizar sessões práticas com a equipa de enfermagem para praticar dados adquiridos nas suas formações.	



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Ano Letivo 2012/2013

Após análise da tabela 1, foram detetados eventuais incidentes que dependendo da sua gravidade, ocorrência e deteção, poderão inviabilizar o projeto.

Segundo Chiozza e Ponzetti (2009), a prioridade de intervenção deve ser de acordo com o valor de número de prioridade de risco (NPR) e deverá ser dirigida para as etapas onde este assume valor superior a 100.

Uma vez que em todas as etapas o valor de NPR é superior a 100, serão desenvolvidas ações preventivas e corretivas em todas as fases, com a finalidade de não colocar em causa a exequibilidade do projeto.

Tendo em conta as referências do autor, começaremos a analisar a etapa com NPR mais elevado: **etapa C** com 200 pontos. Esta etapa consiste no pedido de autorização ao CA do HC, para aplicação de questionário à equipa de enfermagem. Como é evidente, a reprovação por parte do CA impede a concretização do mesmo e por conseguinte traria alguns constrangimentos para o projeto. Para contrapor este risco, foi realizada entrevista informal com a Sra. Enfermeira Responsável pela UCINT e com a Sra. Enfermeira Orientadora no sentido de validar a pertinência e escolha do tema. Seguidamente, no dia 1 de Fevereiro de 2013, foi encaminhado ao CA da HC um pedido de autorização formal para a realização do questionário à equipa de enfermagem, já com o conhecimento e aprovação da Sra. Enfermeira Responsável pela UCINT. A autorização foi concedida e o questionário foi aplicado com sucesso à equipa de enfermagem da UCINT. Considera-se assim ultrapassado este incidente potencial.

A **etapa D**, com 180 pontos, diz respeito à validação junto da equipa de enfermagem sobre a importância atribuída ao tema do projeto. De acordo com o tratamento de dados resultante dos questionários aplicados à equipa, foi unânime o interesse e utilidade deste projeto.

Na **etapa A**, com 140 pontos, a estudante pretende sistematizar conhecimentos teórico práticos sobre o transporte do doente crítico. Como ponto de partida para colmatar a falha teórica, levou a cabo a pesquisa bibliográfica indispensável sobre o tema. No campo da praxis, a estudante propõe-se a realizar um estágio de 24 a 30 horas no serviço de urgência do Centro Hospitalar X, onde está homologado um projeto de transporte inter-hospitalar de doentes (críticos). Este estágio decorrerá durante o estágio III. Pelo que deste modo, consideramos que o incidente potencial associado a esta falha esteja resolvido.

A **etapa E**, com 140 pontos, concerne à validação das necessidades de formação junto da equipa de enfermagem. Verificou-se que 86% da equipa (6 em 7 enfermeiros) frequentou formações de SBV e SIV, dos quais apenas um elemento necessita de “reciclagem” devido a ter realizado esta formação há mais de 4 anos. Verificou-se também que 57% da equipa (4 em 7 enfermeiros) frequentou formações de SAV ou outras formações de urgência e emergência, dos quais apenas um elemento realizou formação em cuidados em urgência e emergência há mais de 4 anos. O mesmo questionário deixou claro que esta equipa de



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Ano Letivo 2012/2013

enfermagem considera importante possuir conhecimentos de suporte básico/ imediato/ avançado de vida para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Na **etapa B**, com 128 pontos, pretendia-se conhecer a realidade do Transporte do Doente Crítico na UCINT, HC. Esta unidade possui um livro de movimento de doentes desde que iniciou funções, há cinco anos (06/10/2008), pelo que foi fácil identificar quantos transportes foram realizados no período de tempo escolhido. Pelo que consideramos este potencial incidente respondido.



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Ano Letivo 2012/2013

**Anexo 2**



**Caro (a) colega**

Joana Filipa da Silva Coelho, estudante do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), encontra-se a desenvolver um projeto de intervenção no serviço (PIS) no âmbito do estágio I e II a decorrer na Unidade de Cuidados Intermediários (UCINT) da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano E.P.E. (ULSLA,EPE), sob orientação da Sra. Enfermeira Diretora Maria de Jesus Gonçalves (ULSLA, E.P.E.) e da Sra. Professora Elsa Monteiro (Docente na ESS do IPS).

Sendo um trabalho de índole académica, poderia carecer de objetivo relacionado com as necessidades do local de estágio. No entanto, sendo um PIS, o seu objetivo principal é dar resposta a uma necessidade real da unidade em questão. Após entrevista com a Enfermeira Responsável da unidade, Sra. Enfermeira Vanda Seromenho, foi identificada uma necessidade major, relacionada com o Transporte de Doente Crítico – o Doente Cardíaco.

A necessidade de transporte de doentes críticos tem aumentado gradualmente, seja por fins de diagnóstico, terapêutica ou outro tipo de intervenção, tornando-se cada vez mais uma preocupação a forma como estes transportes são planeados e executados. O doente crítico vivencia riscos de morbilidade e mortalidade que aumentam quando é transportado dentro do próprio Hospital ou de um Hospital para outro. Contudo, estes riscos podem ser minimizados quando o transporte é cuidadosamente planeado, quando é escolhida uma equipa devidamente treinada para esta intervenção, quando é selecionado o meio de transporte adequado e que este disponha de meios de monitorização e de intervenção de emergência eficientes (NUNES, 2009).

Como forma de validar esta necessidade no seio da equipa de Enfermagem da UCINT, e/ ou identificar outra carência, foi elaborado um questionário para o qual solicita a sua colaboração para o seu preenchimento. Pede-lhe que responda a todos os itens colocados atentamente e com sinceridade, pois a sua opinião é extremamente importante.

Desde já, acrescenta que este instrumento de colheita de dados encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte é constituída por questões que visam aferir dados socioprofissionais da amostra em questão, os Srs. Enfermeiros da UCINT desta Unidade Local de Saúde. A segunda parte é composta por questões que pretendem conhecer se os Srs. Enfermeiros consideram pertinentes os temas «transporte do doente crítico» e «suporte avançado de vida», bem como validar a necessidade de formação na equipa relacionada com estes temas.

Este instrumento é anónimo e salvaguarda-se que todos os dados recolhidos serão tratados em confidencialidade tendo como único objetivo perceber quais as necessidades da Unidade identificadas pela equipa de enfermagem da mesma. Posteriormente, os resultados obtidos serão divulgados.

Quando terminar o seu preenchimento, por favor coloque o questionário no envelope que se encontra no Livro de Ponto da UCINT. Se necessitar, não hesite em contactar a Enfermeira/ Estudante Joana Coelho, pelo telemóvel 967736550.

Depois de ter lido todo o enquadramento do projeto, e os objetivos do mesmo:

Aceito participar no estudo   
Não aceito participar no estudo

Obrigado pela sua colaboração e disponibilidade.



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Ano Letivo 2012/2013

**QUESTIONÁRIO**

Parte I - Dados Socioprofissionais

A parte I do questionário pretende caracterizar a equipa de Enfermagem da UCINT relativamente aos aspetos socioprofissionais. Como tal, solicita-se que assinale com um X a resposta que se adequa a si.

1. Masculino \_\_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_\_
2. Idade:  
Menos de 25 anos? \_\_\_\_\_  
Entre 26 e 30 anos? \_\_\_\_\_  
Entre 31 e 35 anos? \_\_\_\_\_  
Entre 36 e 40 anos? \_\_\_\_\_  
Entre 41 e 45 anos? \_\_\_\_\_  
Mais de 46 anos? \_\_\_\_\_
3. Há quanto tempo é Enfermeiro/a:  
Há menos de 1 ano? \_\_\_\_\_  
Há 1 a 3 anos? \_\_\_\_\_  
Há 4 a 6 anos? \_\_\_\_\_  
Há 7 a 10 anos? \_\_\_\_\_  
Há mais de 10 anos? \_\_\_\_\_
4. Há quanto tempo exerce funções na Unidade de Cuidados Intermédios?  
Há menos de 1 ano? \_\_\_\_\_  
Há 1 a 2 anos? \_\_\_\_\_  
Há 3 a 4 anos? \_\_\_\_\_  
Desde que abriu? \_\_\_\_\_



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 Ano Letivo 2012/2013

Parte II – Identificação de necessidades na Unidade de Cuidados Intermédios.

A parte II do questionário pretende aferir se os Srs. Enfermeiros consideram pertinente o tema «Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico» e conhecer o nível de formação que a equipa possui relativamente à prestação de cuidados em situação de urgência e emergência, em particular, no suporte básico de vida, suporte imediato de vida e suporte avançado de vida. Para tal, esta parte do questionário é composta por questões dicotómicas, em que poderá assinalar com um X a resposta que mais se adequa, e por outras questões, em que poderá responder em «x anos», «x meses» ou «x dias» de acordo com a sua realidade.

«A qualificação técnica, aspeto intimamente relacionado com a formação e a experiência clínica, constitui um dos aspetos mais importantes para a promoção e para a garantia da segurança durante o transporte. Para todos, mesmo para os profissionais que, habitualmente, tratam de doentes críticos, deve promover-se a formação específica em transporte desses doentes.» (in *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*, 2008).

1. Considera que seria importante a existência de um Protocolo sobre o Transporte de Doentes Críticos, na sua Unidade Local de Saúde?	SIM	NÃO
2. Considera importante a existência de uma Norma de Procedimento para o Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico, na sua Unidade Local de Saúde?	SIM	NÃO
3. Considera importante a existência de documentos tais como uma <u>check-list com informação clínica do Doente</u> para o transporte inter-hospitalar, inserida na Norma de Procedimento para o Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico, na sua Unidade Local de Saúde?	SIM	NÃO
4. Considera importante a existência de documentos tais como uma <u>check-list para a mala de transporte de material de uso clínico e medicação</u> , de apoio à prestação de cuidados pelo Enfermeiro, inserida na Norma de Procedimento para o Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico, na sua Unidade Local de Saúde?	SIM	NÃO
«No mínimo, a preparação da equipa de transporte deve incluir o suporte avançado de vida e, desejavelmente, o suporte avançado de trauma.» (in <i>Transporte de Doentes Críticos - Recomendações</i> , 2008)		
5. Tem formação em <u>Suporte Básico de Vida</u> ?	SIM	NÃO
6. Se respondeu sim, há quanto tempo fez esta formação?		
7. Tem formação em <u>Suporte Imediato de Vida</u> ?	SIM	NÃO
8. Se respondeu sim, há quanto tempo fez esta formação?		
9. Tem formação em <u>Suporte Avançado de Vida</u> ?	SIM	NÃO
10. Se sim, há quanto tempo fez esta formação?		
11. Tem algum tipo de formação em prestação de cuidados em urgência e emergência?	SIM	NÃO
12. Se sim, há quanto tempo fez esta formação?		
13. Considera importante a formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) para a prestação de cuidados de qualidade na sua prática profissional (seja em meio hospitalar como durante o Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico)?	SIM	NÃO

Muito obrigado pela sua colaboração!

## **Apêndice 4**

Ficha de Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço (Inicial)

## 2º Mestrado em Enfermagem



## Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço

<b>Estudante:</b> Joana Filipa da Silva Coelho	<b>Orientador:</b> Enfermeira MJG	<b>Docente Orientador:</b> Professora EM
<b>Instituição:</b> Hospital Coração (HC)		
<b>Serviço:</b> Unidade Cuidados Intermediários (UCINT)		
<b>Título do Projeto:</b> Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico com Patologia Cardíaca		
<p><b>Objetivos:</b>  <u>OBJETIVO GERAL</u>          Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cardíaca em estado crítico durante o transporte inter-hospitalar.</p> <p><u>OBJETIVOS Específicos</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Criar uma norma de procedimento sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico;</li> <li>2 - Elaborar uma <i>check-list</i> sobre a informação clínica do doente, que deve acompanhar o doente durante o transporte inter-hospitalar;</li> <li>3 - Elaborar uma <i>check-list</i> de material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte;</li> <li>4 - Promover formação/ treino da equipa de enfermagem da UCINT sobre o SBV, SIV e (se possível) SAV.</li> </ol>		
<b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b>		
Enfermeira Orientadora – MJG		
Enfermeira Responsável da Unidade de Cuidados Intermediários – VS		
Enfermeira Responsável pelo Núcleo de Formação da ULSA, EPE – DC		
Enfermeira Responsável pela Comissão de Controlo de Infecção (CCI) – RC		
		<b>Data:</b> 21/03/2013
		<b>Assinatura:</b> Joana Coelho

1

2º Mestrado em Enfermagem



Objectivos Específicos	Actividades/estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1 - Criar uma norma de procedimento sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico;	1.1- Pesquisa bibliográfica sobre transporte do doente crítico e patologia cardíaca; 1.2- Realização de estágio numa unidade de referência no transporte do doente crítico; 1.3- Criação de norma de procedimento para o transporte inter-hospitalar, de acordo com a linguagem CIPE; 1.4- Apresentação da norma de procedimento à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT e à Professora Orientadora, para recolher sugestões 1.5- Realização de alterações consoante sugestões (ponto anterior); 1.6- Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da norma de procedimento.	- Erf.ª Orientadora - Erf.ª Responsável da UCINT	Computador Internet Biblioteca Papel Caneta	Ver Cronograma	- Norma de procedimento de transporte inter-hospitalar (disponível para apreciação pelo CA).
2 - Elaborar uma <i>check-list</i> sobre a informação clínica do doente;	2.1- Pesquisa bibliográfica sobre transporte do doente crítico, segurança do doente, cuidados na prevenção/ controlo de infeção e patologia cardíaca; 2.2- Elaboração de documento com <i>check-list</i> sobre informação clínica e do doente; 2.3- Apresentação da <i>check-list</i> à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT e à Professora Orientadora, para recolher sugestões; 2.4- Realização de alterações na <i>check-list</i> consoante sugestões (ponto acima); 2.5- Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da <i>check-list</i> .	- Erf.ª Orientadora - Erf.ª Responsável da UCINT	Computador Internet Biblioteca Papel Caneta	Ver Cronograma	- <i>Check-list</i> sobre informação clínica do doente (disponível para aprovação pelo CA).
3 - Elaborar uma <i>check-list</i> de material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte;	3.1- Pesquisa bibliográfica sobre terapêutica a utilizar em situação de urgência e emergência, durante o transporte do doente crítico; 3.2- Elaboração de documento com <i>check-list</i> sobre material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte; 3.3- Elaboração cartões de apoio com fluxogramas de SIV e SAV, a constar na mala de transporte; 3.4- Justificação de pertinência de meio de comunicação (telefone) para acompanhar o enfermeiro no transporte inter-hospitalar; 3.5- Apresentação de documentos à Enfermeira Orientadora e à Enfermeira Responsável da UCINT, para recolher sugestões; 3.6- Realização das alterações sugeridas (ponto anterior); 3.7- Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da <i>check-list</i> .	- Erf.ª Orientadora - Erf.ª Responsável da UCINT	Computador Internet Biblioteca Papel Caneta	Ver Cronograma	- <i>Check-list</i> sobre material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte (disponível para aprovação pelo CA).
4 - Promover formação/treino da equipa de	4.1- Pesquisa bibliográfica sobre SBV, SIV e SAV; 4.2- Auscultação de necessidades de formação dos enfermeiros da UCINT; 4.3- Compilação de pesquisa bibliográfica num <i>dossier</i> temático sobre SBV, SIV	- Erf.ª Orientadora - Erf.ª Responsável	Computador Internet Biblioteca	Ver Cronograma	- Dossier com compilação de pesquisa bibliográfica sobre SBV, SIV e SAV;



2º Mestrado em Enfermagem



	Nov 12	Dez 12	Jan 13	Fev 13	Mar 13	Abr 13	Mai 13	Jun 13	Jul 13	Set 13
<p>2 - Elaborar uma <i>check-list</i> sobre a informação clínica do doente;</p> <p>3 - Elaborar uma <i>check-list</i> de material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte;</p> <p>4 - Promover formação/ treino da equipa de enfermagem da UCINT sobre o SBV, SIV e (se possível) SAV</p>										
	2.1- Pesquisa bibliográfica sobre transporte do doente crítico, segurança do doente, cuidados na prevenção/ controlo de infeção e patologia cardíaca.									
	2.2-Elaboração de documento com <i>check-list</i> sobre informação clínica do doente;									
	2.3- Apresentação da <i>check-list</i> à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;									
	2.4- Realização de alterações na <i>check-list</i> consoante sugestões (ponto acima);									
	2.5- Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da <i>check-list</i> ;									
	3.1- Pesquisa bibliográfica sobre terapêutica a utilizar em situação de urgência e emergência, durante o transporte inter-hospitalar.									
	3.2- Elaboração de documento com <i>check-list</i> sobre material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte;									
	3.3- Elaborar cartões de apoio com fluxogramas de SIV e SAV, a constar na mala de transporte;									
	3.4- Justificação de pertinência de meio de comunicação (telefone) para acompanhar o enfermeiro no transporte inter-hospitalar.									
	3.5- Apresentação de documentos à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;									
	3.6- Realização das alterações sugeridas (ponto anterior);									
	3.7- Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da <i>check-list</i> ;									
	4.1- Pesquisa bibliográfica sobre SBV, SIV, SAV;									
	4.2- Auscultação de necessidades de formação dos enfermeiros da UCINT;									
4.3- Compilação de pesquisa bibliográfica num dossier temático sobre SBV, SIV e SAV;										
4.4- Conhecimento das ofertas formativas do HC e de entidades privadas;										
4.5- Formalização do pedido de autorização ao CA para desenvolvimento de formação/ treino aos enfermeiros da UCINT, em colaboração com o Núcleo de Formação do HC;										
4.6- Pedido de colaboração ao Núcleo de Formação do HC, para desenvolvimento deste objetivo;										
4.7- Articulação com o Núcleo de Formação para a promoção de formação/ treino da equipa de enfermagem da UCINT;										
4.8- Elaboração de apresentação em <i>power point</i> para a formação;										
4.9- Discussão sobre apresentação em <i>power point</i> com a Enfermeira Orientadora, a Enfermeira Responsável pela UCINT e a Professora Orientadora, para recolher sugestões;										
4.10- Realização das alterações de acordo com as sugestões (ponto acima);										
4.11- Marcar a(s) sessão(s) de formação, em colaboração com o Núcleo de Formação;										
4.12- Divulgação da formação através de cartaz e e-mail interno HC;										
4.13- Elaboração de planos de formação;										
4.14- Realização de formação/ treino dos enfermeiros da UCINT;										
4.15- Avaliação da(s) sessão(ões) de formação.										

PAUSA LETIVA



## 2º Mestrado em Enfermagem

<p><b>Orçamento:</b></p> <p><u>Recursos Humanos:</u> Este projeto foi planeado de modo a que a equipa o desenvolva durante o seu horário de trabalho, pelo que não serão acrescidos gastos.</p> <p><u>Recursos Materiais:</u> No que respeita ao material informático, secretária, cadeiras, material multimédia e canetas, não serão gastos acrescidos, pois são materiais que existem já no serviço e que serão reaproveitados; Os custos associados ao transporte inter-hospitalar do doente são da responsabilidade do HC, pelo que também não constam nos gastos deste projeto.</p> <p><b>Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:</b></p>
---

Data: 21/03/2013 Assinatura: Joana Coelho

## **Apêndice 5**

Cronograma de Atividades do Projeto de Intervenção em Serviço (Final)

Objetivo		Cronograma de Atividades do PIS - Final												
		Nov 12	Dez 12	Jan 13	Fev 13	Mar 13	Abr 13	Mai 13	Jun 13	Jul 13	Ago 13	Set 13	Out 13	
1 - Criar uma norma de procedimento sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico;	Atividades													
	1.1- Pesquisa bibliográfica sobre transporte do doente crítico e patologia cardíaca;													
	1.2- Realização de estágio numa unidade de referência no transporte do doente crítico.													
	1.3- Elaboração de registo específico para o transporte inter-hospitalar de acordo com a linguagem CIPE®;							6 a 9						
	1.4- Criação de norma de procedimento para o transporte inter-hospitalar;													
	1.5- Apresentação da norma de procedimento à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;													
	1.6- Realização de alterações consoante sugestões (ponto anterior);													
1.7- Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da norma de procedimento.														
2 - Elaborar uma check-list sobre a informação clínica do doente;	Nov 12													
	Dez 12													
	Jan 13													
	Fev 13													
	Mar 13													
3 - Elaborar uma check-list de material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte;	Nov 12													
	Dez 12													
	Jan 13													
	Fev 13													
	Mar 13													
	Abr 13													
	Mai 13													
	Jun 13													
	Jul 13													
	Ago 13													
4 - Promover	Nov 12													
	Dez 12													
	Jan 13													
	Fev 13													



## **Apêndice 6**

### **Relatório dos Estágios Opcionais**



Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

# **RELATÓRIO DOS ESTÁGIOS OPCIONAIS**

---

2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
UC Médico-Cirúrgica II – Módulo de Estágio III

Orientação: Professora Elsa Monteiro  
Elaboração: Joana Coelho, n.º 110519013

Setúbal, maio de 2013

*“Sua visão se tornará clara somente quando você puder olhar para o seu próprio coração. Quem olha para fora, sonha. Quem olha para dentro, desperta.”*

Carl Gustav Jung

## SIGLAS E ABREVIATURAS

IPS-ESS – Instituto Politécnico Escola Superior de Saúde  
MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
NP – Norma de Procedimento  
OMS – Organização Mundial de Saúde (*WHO – World Health Organization*)  
PAC – Projeto de Aprendizagem Clínica/ Projeto de Aquisição de Competências  
PEI – Plano de Emergência Interno  
PHTLS – *PreHospital Trauma Life Support*  
PIS – Projeto de Intervenção em Serviço  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
Sr. – Senhor  
Sra. – Senhora  
SUG – Serviço de Urgência Geral  
UCICOR – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários  
UC-MC II – Unidade Curricular Médico-Cirúrgica II

## ÍNDICE

	Página
NOTA INTRODUTÓRIA .....	5
1. OBJETIVOS DO ESTÁGIO OPCIONAL .....	8
2. DIÁRIO DE ESTÁGIO .....	8
2.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL (SUG) .....	9
2.2 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONÁRIOS (UCICOR) .....	12
NOTA CONCLUSIVA .....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	19
REFERÊNCIAS LEGAIS .....	19
ANEXOS .....	20
ANEXO 1 – OFÍCIO N/REF.º 0506/SGF/2013: RESPOSTA AO PEDIDO DE ESTÁGIO PARA UMA ESTUDANTE DO CURSO DE Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS-IPS. ....	21
ANEXO 2 – CRONOGRAMA DE AULAS DO 3.º SEMESTRE .....	23
APÊNDICES .....	25
APÊNDICE 1 – PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO..	26
APÊNDICE 2 – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO III (INCLUI ESTÁGIOS OPCIONAIS)	32
APÊNDICE 3 – PLANEAMENTO DO PROJETO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	34

## NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório surge na sequência da realização de um Estágio Opcional integrado no Módulo de Estágio III, inserido na Unidade Curricular Médico-Cirúrgica II (UC-MC II), introduzido no plano de estudos do 3.º semestre do 2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), do Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde (IPS-ESS).

Durante o segundo semestre do curso supracitado (2º MEMC), realizámos os estágios I e II, os quais tiveram lugar numa Unidade de Cuidados Intermédios do *Hospital Coração* (nome fíctício, criado para proteger a identidade da unidade hospitalar). Estes estágios tiveram como foco central o exercício clínico e a definição do tema para a realização de um trabalho de projeto de acordo com duas dimensões – Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) e Projeto de Aprendizagem Clínica/ Projeto de Aquisição de Competências (PAC) – perspetivando, assim, a aquisição das competências comuns dos enfermeiros especialistas, das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa e, ainda, as competências de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

A sucessão destes estágios não acontece acidentalmente. Seguem uma ordem lógica que corresponde diretamente às fases da elaboração de um trabalho de projeto. Assim, durante os estágios I e II, que aconteceram sem interregno, realizámos o diagnóstico de situação, a definição de objetivos e o planeamento das intervenções para o PAC e para o PIS. Durante o atual estágio III, preconiza-se que seja levado a cabo a execução e avaliação de ambos os projetos.

Centremo-nos no PIS. Após realizar o diagnóstico de situação (no qual foi detetada a necessidade de desenvolver um projeto na área do transporte inter-hospitalar do doente crítico com patologia cardíaca) e definir o objetivo geral do PIS (Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cardíaca em estado crítico durante o transporte inter-hospitalar), enumerámos os objetivos específicos do projeto: 1- Criar uma norma de procedimento sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico; 2- Elaborar uma check-list sobre a informação clínica do doente, que deve acompanhar o doente durante o transporte inter-hospitalar; 3- Elaborar uma check-list e material de uso clínico e terapêutico, que deve constar na mala de transporte; 4- Promover formação/ treino da equipa de enfermagem da UCINT sobre o SBV, SIV e (se possível) SAV. Sabendo que existem projetos similares noutras unidades hospitalares, percebemos que seria uma mais valia para este projeto a aquisição de informação e a escuta da voz da experiência junto dos pares.

Deste modo, como forma de procurar subsídios para o PIS e ampliar a experiência e a aprendizagem, propusemos a realização de um estágio opcional numa unidade de referência no transporte do doente crítico, como uma das atividades/ estratégias delineadas para dar resposta aos primeiros três objetivos específicos do PIS (vide Apêndice 1). Desde cedo, percebemos que esta atividade seria uma mais valia para a realização dos objetivos específicos e, consequentemente, do objetivo geral, e que seria ainda um contributo de extrema importância na aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Tal como preconizado pelas orientações de estágio (Guia Orientador dos Estágios 2º e 3º semestres, 2011, p. 6), procurámos um local de estágio que reunisse conhecimentos, experiência e prática baseada na evidência, sobre os quais pudessemos observar e refletir.

Deste modo, e em conjunto com a Senhora Professora e Senhora Enfermeira Orientadora, escolhemos não um, mas dois locais de estágio opcional, que foram: os Serviços de Urgência Geral (SUG) e Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR) num hospital da região sul. A autorização para realização dos referidos estágios foi solicitada pelo IPS/ESS, através do corpo docente e administrativo. A aprovação não tardou e ficaram assim aprovados cinco dias de estágio: dois dias (6 e 7 de maio de 2013) no SUG e três dias (8, 9 e 10 de maio de 2013) na UCICOR, como pode ser visualizado no Anexo 1 – Ofício N/REF.º 0506/SGF/2013.

Porém, houve um dos dias em que já tínhamos calendarização de aulas prevista, o dia 10 de maio de 2013 (vide Anexo 2 – Cronograma do 3.º Semestre do 2.º MEMC). Logo, o dia 10 de maio não pôde ser ocupado com estágio. Pelo que, em vez de cinco, foram realizados quatro dias de estágio opcional, conferindo menos um dia de estágio na UCICOR. O cronograma de estágio III pode ser consultado no Apêndice 3.

No que concerne ao PAC, definimos com objetivo geral: adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. Deste modo, os objetivos específicos delineados para o PAC visam a aquisição direta de competências definidas pelo Regulamento 124/2011 (competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica) e pela proposta de Regulamento, emanada pela Ordem dos Enfermeiros (aguarda deferimento legal), para as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa (vide Apêndice 3 – Planeamento do PAC).

A relação entre este estágio opcional e o PAC levantou algumas questões, pois o último tem patentes duas vertentes bem distintas: situação crítica e situação crónica/ paliativa. Sabendo que este estágio está, obviamente, direcionado para a pessoa em situação crítica, temos presente que o mesmo será também uma fonte de inspiração e conhecimento quando relacionado com a pessoa em situação crónica e paliativa, se tivermos em conta que uma grande percentagem das assistências hospitalares em serviço de urgência são resultado de descompensação da doença

crónica (por vários motivos) nos utentes. O relacionamento terapêutico com a população que recorre aos serviços de urgência é um tema fulcral e, muitas vezes, quase tabu entre os profissionais de saúde. Assumimos que o relacionamento entre a esfera enfermeiro e utente/ família/ cuidador-informal deve ser o ponto chave da prestação de cuidados e, por isso, uma intervenção essencial e transversal em todas as faixas etárias e em todo o processo de saúde-doença. Tendo por base estas diretrizes, e apesar deste estágio opcional ser direcionado à pessoa em situação crítica, procuraremos assimilar conhecimentos que nos auxiliem na aquisição de competências também enquanto enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa.

Os objetivos deste relatório são:

- 1.º - Enumerar os objetivos dos estágios opcionais;
- 2.º - Descrever as experiências vivenciadas durante estágios opcionais;
- 3.º - Refletir sobre os contributos dos estágios opcionais para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica e, consequentemente, para a elaboração do PIS.

Este trabalho de indole académica segue as orientações gráficas emanadas pelo Departamento de Enfermagem da IPS/ESS (Guia de Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, 2011) e as normas da American Psychological Association (2009) para a referenciação bibliográfica.

## 1. OBJETIVOS DOS ESTÁGIOS OPCIONAIS

Tal como já foi firmado na nota introdutória deste relatório, a realização destes estágios opcionais não surge por acaso, mas de uma necessidade de buscar por informação e experiência em peritos no tema do projeto: transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica e com patologia cardíaca. Tendo por base a metodologia de projeto, após realizar o diagnóstico da necessidade da realização destes estágios, enumerámos os objetivos para a sua consecução, que são:

- 1- Adquirir contributos através do contexto clínico, da opinião de peritos e da consulta de documentação sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico da instituição, para a elaboração do PIS;
- 2- Adquirir conhecimentos e saberes que nos permitam consolidar competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

## 2. DIÁRIO DE ESTÁGIO

A realização deste diário de estágio surge não só com o propósito de descrever o que observámos durante cada dia de estágio e as atividades nas quais participámos, mas também de promover uma reflexão, tendo em vista a realização dos objetivos propostos. Fazendo jus à alínea a) do artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro, será realizada uma análise regular do trabalho efetuado bem como uma tentativa de reconhecimento de eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Lei nº 111/2009).

Estes estágios têm como enfoque central a observação das atividades das equipas de enfermagem destes serviços, analisando a sua prestação de cuidados tendo em conta as competências de especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Consideramos que este estágio será uma fonte de conhecimento que irá enaltecere a consecução dos nossos projetos (PIS e PAC).

De salientar que, ao contrário do solicitado pela Sra. Enfermeira Responsável pela Formação do referido hospital, não foi possível realizar as reuniões preparatórias antes do período de estágio com as Sras. Enfermeiras Chefes de ambos os serviços, por motivos de ordem profissional e agendamento logístico. As reuniões foram realizadas no primeiro dia de cada um dos

estágios, sem que o mesmo provocasse algum transtorno para a realização das tarefas diárias de cada uma das chefias ou para o decorrer habitual dos serviços.

Por forma a tornar a leitura mais clara, a descrição dos estágios será feita de acordo com a ordem cronológica pela qual os estágios aconteceram. Assim, começamos pelo estágio na SUG e seguimos, sem demoras, para o estágio na UCICOR.

## 2.1 Serviço de Urgência Geral (SUG)

### Integração.

O primeiro dia de estágio opcional aconteceu no dia 6 de maio de 2013, no turno da manhã (início às 8 horas e término às 16h15), tal como preconizado no ofício (vide Anexo 1) que o referido hospital direcionou ao IPS/ESS. Após chegada à SUG, procurámos pela Sra. Enfermeira Chefe HM, com quem tivemos oportunidade de reunir, apresentar o projeto, os objetivos daquele estágio opcional e os contributos que o mesmo teria para o PIS. A Sra. Enfermeira Chefe HM mostrou-se desde logo disponível referindo que um projeto desta natureza era, sem dúvida, importante para todos os hospitais que transportavam doentes para outros hospitais, todos os dias. De seguida, apresentou-nos ao Sr. Enfermeiro PC, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que orientaria o nosso estágio nos próximos dois dias.

Após a reunião com a Sra. Enfermeira Chefe, o Sr. Enfermeiro PC deu início à apresentação da área e valências do SUG, aproveitando para apresentar-nos alguns elementos da equipa de enfermagem. Durante este percurso, o Sr. Enfermeiro PC aproveitou para nos apresentar a missão do SUG, a qual passamos a citar mas sem fazer referência à sua fonte para, mais uma vez, proteger a identidade do hospital à qual pertence:

*“O SUG presta serviço na área de diagnóstico e terapêutica de doentes que a ele recorrem com problemas de saúde que carecem de atuação urgente ou emergente, visando a estabilização da situação clínica do utente e a sua transferência para o serviço ou unidade de saúde de destino, sempre que necessário à consolidação do seu estado de saúde, alta para domicílio ou cuidados ambulatoriais, de nível adequado às necessidades do mesmo. Tem como objetivo a satisfação dos seus utentes, prestando-lhes cuidados de qualidade, humanizados, dando cumprimento à missão que nos é confiada. Dos profissionais e colaboradores, proporcionando-lhes as melhores condições de trabalho para o seu desempenho e a sua atualização formativa; Participar na formação de novos profissionais, quer nas fases pré quer pós-graduadas.”*

O Sr. Enfermeiro PC sublinhou a última parte, em que faz referência à formação dos novos profissionais de saúde, como uma das intervenções mais importantes na melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem. Concordámos. A equipa de enfermagem do SUG é constituída por 60 enfermeiros, dos quais um elemento é a chefia. A equipa de enfermagem divide-se em equipas, sendo que o Sr. Enfermeiro PC assume as funções de chefe da sua equipa na ausência da sua colega, que é o caso. A SUG assegura prestação de serviços em duas vertentes: ambulatório, na qual dá resposta no atendimento médico-cirúrgico, e internamento, com 12 (doze) camas disponíveis, sendo que há possibilidade de internar em maca tantos utentes quanto o espaço físico e o número de macas permita. O SUG disponibiliza técnicas de medicina geral, imuno-hemoterapia, nefrologia (unidade de hemodiálise), medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, pneumologia, gastroenterologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, neurologia, psiquiatria, patologia clínica, imagiologia e cirurgia plástica.

Segundo o Sr. Enfermeiro PC, o chefe de equipa deve ter uma “visão de helicóptero”. Ou seja, deve ter experiência de atuação em todas as valências do SUG e ter capacidade de saber identificar imediatamente o que se passa em cada uma delas. A preocupação com os elementos da equipa de enfermagem é uma constante, afinal, as boas condições de trabalho são a passadeira vermelha para a segurança e qualidade na prestação de cuidados. Enquanto chefe de equipa, o enfermeiro assume o papel de líder; entusiasta, gerador da boa vontade, corrige falhas e mostra como se faz, realiza intervenções com a sua equipa, foi assim que vimos o Sr. Enfermeiro PC. O chefe de equipa é no fundo o líder (da equipa) que faz a ponte entre a Sra. Enfermeira Chefe e a equipa de enfermagem do SUG. Sendo o responsável pela equipa de enfermagem, naquele turno, o Sr. Enfermeiro PC assumiu funções de gestão, as quais tivemos oportunidade de acompanhar. Gestão de utentes em internamento (logística e necessidades básicas, como a alimentação), gestão de camas e macas disponíveis, gestão de recursos humanos e materiais, relação com a equipa médica, equipa de assistentes operacionais e equipa de assistentes técnicos.

Para além das salas de consultas médicas e ambulatório, o espaço físico do SUG dispõe de uma zona de internamento (que devido à afluência de utentes, tem de ser constantemente alargada para os corredores do SUG), serviço de observação (SO, onde ficam internamentos os doentes críticos) e também uma sala de emergência. O enfermeiro responsável por esta sala é o chefe de equipa, por ser o elemento mais diferenciado do grupo. Contudo, e em caso de emergência, existe uma campainha na sala que o enfermeiro toca sempre que é necessária a apoio/ intervenção da restante equipa de enfermagem. Esta sala tem ligação direta ao exterior, sendo que, em caso de urgência/ emergência, o utente entra diretamente, sem ter de passar pelo secretariado ou pela sala de triagem. Tal como já foi referido, o chefe de equipa deve ter um olhar atento sobre tudo o que se passa no serviço, logo não pode ficar fisicamente confinado à sala de emergência. Para colmatar esta tarefa, cabe à segurança do SUG alertar os enfermeiros/ enfermeiro chefe de equipa da

chegada de uma emergência. Normalmente, estes utentes vêm acompanhados pelo INEM, e quando assim o é, a informação da chegada do doente crítico chega algum tempo antes do próprio doente, o que permite assegurar os recursos humanos necessários para o correto funcionamento de intervenções de suporte na sala de emergência. Em caso de urgência, os doentes que se encontram em internamento ou observação no SUG são trazidos para a sala de emergência para prestação de cuidados de acordo com as necessidades vigentes.

Enquanto observadores da conduta de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é inevitável procurar na pessoa que temos à nossa frente as competências comuns dos enfermeiros especialistas bem como as competências relativas à especialidade. Neste primeiro dia, fomos brindados com a orientação de um enfermeiro que se encontrava a assumir as funções de chefe de equipa, fato que enalteceu as competências de responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento 122/2011).

O primeiro dia ficou assim marcado pela integração no SUG e pelo conhecimento das funções do enfermeiro chefe de equipa e especialista em enfermagem médico-cirúrgica durante o turno da manhã num serviço de urgência.

#### Cardioversão.

O segundo dia de estágio no SUG aconteceu no dia 7 de maio, no horário das 16 horas às 23 horas e 15 minutos. Continuámos sob a orientação clínica do Sr. Enfermeiro PC.

Rotinas da tarde. Organização do serviço. Gestão logística e humana. Gestão da sala de emergência. Mais uma vez, o Sr. Enfermeiro PC referiu a expressão “*olhar de helicóptero*” como essencial do desenvolvimento das suas funções.

Era necessário escoar o SUG. Não é da competência do enfermeiro internar doentes nos serviços clínicos, muito menos dar alta clínica, mas é da nossa competência estar atento e fazer o melhor possível pelos utentes de forma a prevenir a doença e promover os processos de readaptação. Tendo em conta que o exercício das funções de enfermagem insere-se num contexto de atuação multiprofissional, é importante termos também em conta os dois tipos de intervenções de enfermagem: autónomas e interdependentes. Ambas complementam-se em benefício e satisfação do utente/ família (Ordem dos Enfermeiros, 2002). A articulação com os serviços clínicos e com os médicos de serviço no SUG permitiu a organização eficaz e deu caminho ao percurso necessário ao processo de saúde de cerca de um terço dos doentes internados no serviço.

Durante estes dois dias, não assistimos a nenhuma prestação de cuidados de emergência a utentes provenientes do exterior, mas tivemos oportunidade de assistir a uma cardioversão elétrica num doente com patologia cardíaca em observação no SO.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC, 2013), cardioversão elétrica consiste na aplicação de um choque elétrico sincronizado no peito com o objetivo de terminar uma arritmia presente, que pode ser fatal para o indivíduo, restabelecendo o ritmo cardíaco normal. A cardioversão distingue-se da desfibrilhação na sincronização do choque elétrico, sendo que o choque emitido na técnica de cardioversão é sincronizado de modo a que a descarga elétrica seja feita num momento específico do traçado cardíaco, a onda R.

Durante o segundo dia de estágio, o Sr. Enfermeiro PC apresentou-nos documentos oficiais da instituição, elaborados pelo Grupo de Transporte do Doente Crítico, relativos à temática do projeto que nos encontramos a desenvolver e explanou sobre o assunto. Foram colocadas dúvidas, partilhados pontos de vista, discutidos casos reais e até a legislação em vigor. Esta instituição hospitalar dispõe de uma equipa de transporte de enfermagem, na qual os Srs. Enfermeiros organizam-se, em regime de acumulação de funções com os serviços clínicos onde trabalham, e constituem um horário de prevenção que funciona 24 horas por dia, sendo chamados ao hospital sempre que seja necessário transportar um doente crítico de uma unidade hospitalar para outra unidade.

## 2.2 Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR)

### 7 Dias do Coração.

De acordo com o Ofício N/REF.º 0506/SGF/2013, O plano era composto por dois dias de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCICOR), uma unidade inserida no Serviço de Cardiologia, sob a orientação do Sr. Enfermeiro AP (Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica e Enfermeiro Responsável pela UCICOR). Porém, devido a questões pessoais, o mesmo enfermeiro não pode estar presente no nosso primeiro dia de estágio opcional.

O primeiro impacto no Serviço de Cardiologia foi o cheiro. Aquele cheiro característico, típico dos hospitais antigos. Cheiro que inicialmente agonia, e depois desvanece até que desaparece por completo... torna-se tão natural, que já nem damos por ele nos dias seguintes.

Tal como disposto no Ofício acima referido, fomos recebidos pela Sra. Enfermeira Chefe IV, que nos apresentou o serviço e explanou sobre as suas rotinas e dinâmicas. Comunicou-nos da ausência do Sr. Enfermeiro AP e da necessidade de ficarmos sob a orientação da Sra. Enfermeira MP (o segundo elemento da UCICOR), no primeiro dia. A Sra. Enfermeira Chefe informou-nos, ainda, que se encontrava a decorrer o evento «7 Dias do Coração», que nesse dia consistia na realização de rastreios a funcionários do hospital e convidou-nos a assistir/ participar ativamente na

equipa de enfermagem. Após breve reflexão, aceitámos. Apesar de esta atividade não ter vínculo direto com os objetivos do PIS nem do PAC, nem tão pouco com os objetivos dos estágios opcionais, tem uma relação evidente com os quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Após discussão da pertinência deste estágio para o PIS e para o PAC, definimos, em conjunto com a Sra. Enfermeira Chefe IV que nesse primeiro dia conheceríamos a UCICOR e algumas das suas dinâmicas, seguia-se um período no evento «7 Dias do Coração» e, no segundo dia, seria dedicado à UCICOR.

Conhecemos a UCICOR pela mão da Sra. Enfermeira MP. Esta unidade tem capacidade para seis doentes, todas equipadas com monitores cardiorrespiratórios. A equipa de enfermagem é composta por sete enfermeiros, um dos quais é o Enfermeiro Responsável, que também dá apoio às técnicas de hemodinâmica.

Na instituição existem dois tipos de malas de transporte: mala básica e mala avançada. A mala básica dispõe de material e terapêutica para realização do suporte avançado de vida. A mala avançada, para além de todo o material e terapêutica disponível na mala básica, contém, também, material de entubação oro traqueal. A UCICOR dispõe de uma mala avançada de transporte que, como pudemos verificar, cumpre as exigências descritas nos documentos emanados pelo Grupo de Transporte Doente Crítico, da instituição. A Sra. Enfermeira MP mostrou-nos a mala, o seu conteúdo, organização dentro da mala e a respetiva lista de composição/ verificação de material e terapêutica.

De seguida, na companhia da Sra. Enfermeira Chefe IV, dirigimo-nos à área de formação da instituição, onde se encontrava a decorrer o evento «7 Dias de Coração», com os rastreios aos funcionários do hospital. Foi bom vivenciar e relembrar o contato com a comunidade e desenvolver atividades no âmbito da prevenção da doença e promoção da saúde, tal como estão preconizadas pela Direção Geral de Saúde. Participámos nas avaliações de tensão arterial, colesterol, peso, índice de massa corporal e, por fim, pudemos assistir a uma palestra sobre a importância de uma alimentação saudável.

#### Cardiologia Diagnóstica e de Intervenção.

No quarto dia de estágio opcional (segundo dia na UCICOR), conhecemos o Sr. Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica AP. O plano do dia era permanecer na UCICOR todo o turno. Porém, era dia de realização de técnicas cardiológicas, estavam marcados três cateterismos a doentes internados nesta instituição e noutras. Nestes dias, o Sr. Enfermeiro AP tem de deslocar-se ao Laboratório de Hemodinâmica (uma secção adjacente ao Serviço de Cardiologia que está inserida no Serviço de Imagiologia, da instituição), onde se realizam um conjunto de

técnicas que utilizam o cateterismo cardíaco, por via percutânea, como acesso ao coração, para efeitos de terapêutica de alterações estruturais do mesmo, quer a nível das artérias coronárias, quer de outras estruturas.

Após discussão acerca do tema do PIS, dos objetivos deste estágio e da sua relação com o PIS e com o PAC, e sabendo ainda que já tínhamos conhecimento de toda a documentação hospitalar sobre o transporte do doente crítico, o Sr. Enfermeiro referiu que a observação da prestação de cuidados de enfermagem no Laboratório de Hemodinâmica seria uma mais-valia para o nosso projeto. O intuito do PIS é uniformizar os procedimentos relacionados com o transporte inter-hospitalar do doente crítico, com patologia cardíaca. Sabendo que a maior parte dos transportes inter-hospitalares provenientes do hospital, onde o projeto se encontra em desenvolvimento, referem-se a doentes com patologia cardíaca que vão realizar exames complementares de diagnóstico, principalmente, o cateterismo cardíaco, assumimos que, de fato, a observação da dinâmica de enfermagem na realização de técnicas cardiológicas seria um contributo favorável não só ao projeto e à melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem mas, sobretudo, ao doente. Pois se o enfermeiro tiver conhecimento de todo o procedimento relacionado com o exame, certamente saberá cuidar melhor do doente durante o transporte de regresso ao hospital de origem.

Tal como já referimos, o Laboratório de Hemodinâmica situa-se no piso 0, inserido no Serviço de Imagiologia, um espaço físico totalmente diferente da enfermaria. Este espaço é constituído por uma pequena sala de recobro que dá acesso à sala de registos (onde está organizada toda a documentação relacionada com os materiais de apoio utilizados nas técnicas, material de uso clínico e terapêutica) e à sala onde são realizados os exames. A sala de exames (onde é realizado o exame) dispõe de uma marquesa articulada e orientada de forma a quem está na sala de imagiologia tenha uma visão ampla através da janela. Nesta sala existem zonas de arrumação de material de apoio à realização de exames, uso clínico e terapêutica e material de desfibrilhação, cardioversão e respiração artificial. É um sala com isolamento para radiações, de acordo com as normas europeias, de modo a impedir a expansão para fora dos seus limites as radiações emanadas durante os exames. Durante os exames, os enfermeiros, médicos e técnicos presentes têm de utilizar equipamento de proteção individual (EPI) apropriado para o efeito, que consiste num avental e colar de chumbo, que no fim de cada utilização são devidamente limpos e desinfetados. Devem também utilizar um dosímetro de radiações que é individual e intransmissível, e serve para perceber a quantidade de radiação a que o profissional esteve exposto num determinado período de tempo. A utilização deste aparelho é de extrema importância na prevenção da doença relacionada com a exposição a radiações que, em demasia, podem tornar-se nocivas para a saúde. Mediante a avaliação do dosímetro, assim o profissional poderá desempenhar as suas funções durante um período de tempo mais longo ou curto, bem como os intervalos de exposição deverão ser maiores ou menores. Os

exames são realizados em ambiente estéril e não necessitam de anestesia geral, tornando o internamento mais curto (inferior a 48 horas) com recuperação funcional rápida.

Tal como já foi dito, a sala de exames tem ligação à sala de imagiologia que, por sua vez, tem saída para o corredor exterior. A sala de imagiologia dispõe de equipamentos que permitem não só, ver imagens com a máxima qualidade e definição, mas também processar imagens de modo a ampliar e filtrar sem aumentar a radiação e apresentação inversa.

A equipa multidisciplinar desta unidade de intervenção é constituída por dois enfermeiros, um médico (mais um médico de prevenção), um técnico de cardiopneumologia, um técnico de radiologia e um assistente operacional. Segundo informação do Sr. Enfermeiro AP, a equipa de apoio de enfermagem, técnico e médico deve ser experiente e capaz de responder rapidamente a situações de emergência ou outras pouco habituais.

Os enfermeiros são os profissionais responsáveis por preparar o material para exame e garantir que estão reunidas as condições de arrumação, segurança e higiene na sala. Um enfermeiro auxilia na realização da técnica, atua em ambiente estéril. O outro enfermeiro dá apoio à anestesia

Nos cuidados pré-exame, é importante validar a identificação do doente, os seus antecedentes pessoais, a sua história clínica da pessoa, a sua preparação (jejum, ausência de prótese dentária,...) e o consentimento informado para o exame, a necessidade de realizar o exame e a presença dos documentos inerentes à realização do exame. É também muito importante, validar a informação que a pessoa tem sobre o exame, o que lhe vai ser feito, o que vai sentir antes, durante e depois do exame, lembrar/informar que cuidados deve ter no pós-exame. Esta fase tem início muito antes da chegada ao Laboratório de Hemodinâmica, mas é na sala de recobro que se intensifica. Já na sala de exames, o enfermeiro desinfeta o local a ser cateterizado, que poderá ser a artéria femoral (primeira escolha), artéria radial ou artéria braquial.

Ao longo da manhã, observámos três cateterismos cardíacos, uma experiência enriquecedora que nos permitiu absorver muita informação relacionada com o tema.

Durante o exame, o enfermeiro colabora com o médico e com o técnico na realização das medidas necessárias para a realização de um exame de qualidade, para que o resultado do exame seja conclusivo, do ponto de vista do meio complementar de diagnóstico, e/ ou eficaz, do ponto de vista terapêutico. Durante o procedimento, o enfermeiro é responsável por manter a vigilância hemodinâmica do doente, validar que são tomadas as medidas necessárias na prevenção da infeção, manter o doente o mais confortável possível, administrar e registar terapêutica sempre que necessário.

Nos cuidados pós-exame, isto é, após a remoção do cateter, o enfermeiro realiza penso compressivo, seco e estéril. Deve manter a vigilância hemodinâmica do doente. Transferido para a sala de recobro, onde aguarda 15 a 30 minutos por Enfermeiro e Assistente Operacional, para ser transferido para a UCICOR (transporte intra-hospitalar).

Após a realização de exames e do processamento dos materiais e do próprio Laboratório de Hemodinâmica, acompanhei o Sr. Enfermeiro de regresso à UCICOR, onde fizemos um balanço da aquisição de competências durante estes quatro dias de estágio.

## NOTA CONCLUSIVA

Terminado um estágio, é sempre tempo de refletir.

Nesta breve conclusão, queremos começar por agradecer aos principais intervenientes e conviventes nestes quatro dias de estágio opcional, que são: Sra. Enfermeira Chefe HM, do SUG; Sr. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica PC, do SUG; Sra. Enfermeira Chefe IV, do Serviço de Cardiologia; Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica MP, da UCICOR; Sr. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica AP, da UCICOR. Agradecemos, não só, à restante equipa de enfermagem, mas também à equipa multidisciplinar com quem partilhámos momentos de aprendizagem e aquisição de competências. A todos, o nosso muito Obrigado pela boa receção e ótimo acompanhamento.

Recordamos que este estágio opcional não acontece por acaso, mas sim como uma atividade/ estratégia delineada pela estudante para responder ao primeiro objetivo do PIS, “1) Criar uma norma de procedimento sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico”. A atividade: “1.2 – Realização de estágio numa unidade de referência no transporte do doente crítico”.

A escolha deste local de estágio foi óbvia, pois preenchia os requisitos definidos pela Estudante e pelas Senhoras Professora Orientadora EM e Enfermeira Orientadora MJG, e ainda oferecia alguns “extras”. Para além de uma unidade de referência no transporte inter-hospitalar do doente crítico (inserida no Serviço de Urgência), este hospital dispõe de uma Unidade de Cuidados Intensivos Coronários e de um Laboratório de Hemodinâmica (adjacentes ao Serviço de Cardiologia), fato que entusiasmou bastante a estudante, pois permitiu complementar, por inteiro, os objetivos delineados para o PIS e adquirir conhecimentos essenciais a uma aspirante a Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Ao longo destes quatro dias de estágio, colaborámos diretamente com Enfermeiros Especialistas na sua prestação de cuidados, e experienciámos como estes mobilizam conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística (REGULAMENTO 124/2011) no auxílio a pessoas/ família que se encontram situação crítica.

Perante este quadro, assumimos que este estágio foi muito rico pois conseguimos absorver contributos não só para uma atividade de um objetivo do PIS (Apêndice 1), mas para todos os objetivos delineados no projeto. Deste modo, consideramos ter conquistado um bom contributo na aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pois, com este estágio foi-nos possível dar resposta clara às competências “K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência” e “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”, através da experiência das unidades de competência que lhes são inerentes (REGULAMENTO 124/2011, p.8656).*

Consideramos ainda que o nosso PAC (Apêndice 3) também beneficiou bastante com este estágio opcional, pois conseguimos tirar partido das experiências vividas o suficiente para consolidar conhecimentos substanciais na aquisição de competências intrínsecas nos objetivos deste projeto.

A realização destes estágios opcionais tornou-se uma mais-valia também na consolidação das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista pois, apesar de considerarmos tê-las adquirido aquando dos estágios I e II (que decorreram durante o 2.º semestre do MEMC), assumimos que a experiência clínica vivenciada permitiu-nos validar competências anteriormente alcançadas.

Findos os estágios opcionais no Serviço de Urgência e na UCICOR (e no Serviço de Cardiologia), e após refletir sobre todas as atividades observadas e desenvolvidas, consideramos ter atingido os objetivos propostos para os estágios opcionais, pois foram adquiridos contributos através do contexto clínico, da opinião de peritos e da consulta de documentação sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico da instituição, para a elaboração do PIS, bem como adquiridos conhecimentos e saberes que nos permitiram consolidar Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (REGULAMENTO 124/2011). Evidenciamos, ainda, o contributo essencial na aquisição e consolidação de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (REGULAMENTO 122/2011) e das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), bem como das Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Terminamos com a conclusão de que os objetivos delineados para este relatório foram conseguidos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, Patricia (2001). *De Iniciado a Perito, Excelência e Poder da Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora: Coimbra. ISBN: 972-8535-97-X.
- Correia, Lima & Mouro (2009). *American Psychological Association*, 6.ª Edição, s.d.
- Departamento de Enfermagem do IPS/ ESS (2011). *Guia Orientador de Trabalhos*. Setúbal: IPS.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2006). *Atrial Fibrillation. National Clinical Guideline for Management in Primary and Secondary Care*. London: Royal College of Physicians. ISBN-10: 1-86016-282-7.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Divulgar. Dezembro. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2013). *Dicionário de cardiologia*, pesquisa da expressão «cardioversão elétrica». Acedido em 7 de maio de 2013, disponível em: <http://www.spc.pt/spc/default.aspx?redir=http://www.spc.pt/spc/public/dicionario.aspx>

## REFERÊNCIAS LEGAIS

- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. *Diário da República n.º 180 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

**ANEXOS**

**ANEXO 1**

OFÍCIO: RESPOSTA AO PEDIDO DE ESTÁGIO PARA UMA ESTUDANTE DO CURSO DE  
MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DA ESS-IPS.

**ANEXO 1**

OFÍCIO: RESPOSTA AO PEDIDO DE ESTÁGIO PARA UMA ESTUDANTE DO CURSO DE  
MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA DA ESS-IPS.

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.  
Hospital de São Bernardo  
Hospital Ortopédico Santiago do Cutão

*Serviço de Gestão da Formação*

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

Ao cuidado da Exma. Sr.ª  
Professora Doutora Alice Ruivo  
Escola Superior de Saúde  
Edifício ESCE – Estefanilha  
2914-503 SETÚBAL

V/ReP: 047/13-AP de 28/03/2013

N/ReP: 506/SGF/2013

06.05.2013

**ASSUNTO:** Resposta ao pedido de estágio para uma estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS - IPS

Exma. Sr.ª Professora Doutora:

Na sequência de diretivas que foram transmitidas pela Sr.ª Enf.ª Diretora Olga Ferreira, vimos por este meio comunicar o parecer das Enfermeiras Chefes, em relação ao pedido de estágio mencionado:

- Urgência Geral / Sr.ª Enf.ª Chefe Helena Matos - Nada tem a opor à realização de estágio nos dias 6 a 7 de maio de 2013 (16 horas), para a estudante – Joana Filipa da Silva Coelho. O horário a praticar será o das 8h00 às 16h15 e das 16h às 23h15, de acordo com o horário do orientador, papel a desempenhar pelo Sr. Enfermeiro Pedro Gontreiras.

- UCIQOR / Sr.ª Enf.ª Chefe Ináola Vaz - Nada tem a opor à realização de estágio nos dias 8 a 10 de maio de 2013 (24 horas), para a estudante – Joana Filipa da Silva Coelho. O horário a praticar será o das 8h00 às 16h30, de acordo com o horário do orientador, papel a desempenhar pelo Sr. Enfermeiro Albano Fardigão.

A reunião preparatória do estágio deverá ser agendada diretamente com as chefes dos serviços, as datas exatas do estágio deverão ser comunicadas ao Serviço de Gestão da Formação, assim que possível. No primeiro dia de estágio a estudante deverá apresentar-se nos serviços, nas condições acordadas na reunião preparatória.

Os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Responsável pela Formação



Cláudia Estêvão

Rua Camilo Castelo Branco \* 2910-440 SETÚBAL \* Telefone: 295 540 000 \* Fax: 295 238 066

**ANEXO 2**  
CRONOGRAMA DE AULAS DO 3.º SEMESTRE



**APÊNDICES**

**APÊNDICE 1**

**PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)**

## 2º Mestrado em Enfermagem



## Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço

<b>Estudante:</b> Joana Filipa da Silva Coelho	<b>Orientador:</b> Enfermeira MJG	<b>Docente Orientador:</b> Professora EM
<b>Instituição:</b> Hospital Coração (HC)		
<b>Serviço:</b> Unidade Cuidados Intermediários (UCINT)		
<b>Título do Projeto:</b> Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico com Patologia Cardíaca		
<p><b>Objetivos:</b></p> <p><b>OBJETIVO GERAL</b> Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cardíaca em estado crítico durante o transporte inter-hospitalar.</p> <p><b>OBJETIVOS Específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Criar uma norma de procedimento sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico;</li> <li>2 - Elaborar uma <i>check-list</i> sobre a informação clínica do doente, que deve acompanhar o doente durante o transporte inter-hospitalar;</li> <li>3 - Elaborar uma <i>check-list</i> de material de uso clínico e terapêutica, que deve de constar na mala de transporte;</li> <li>4 - Promover formação/ treino da equipa de enfermagem da UCINT sobre o SBY, SIV e (se possível) SAV.</li> </ol> <p><b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b></p> <p>Enfermeira Orientadora – MJG  Enfermeira Responsável da Unidade de Cuidados Intermediários – VS  Enfermeira Responsável pelo Núcleo de Formação da ULSLA, EPE – DC  Enfermeira Responsável pela Comissão de Controlo de Infecção (CCI) – RC</p>		
<b>Data:</b> 21/03/2013		<b>Assinatura:</b> Joana Coelho

1

2º Mestrado em Enfermagem



Objectivos Específicos	Actividades/estratégias a desenvolver	Recursos		Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	
1 - Criar uma norma de procedimento sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico;	1.1- Pesquisa bibliográfica sobre transporte do doente crítico e patologia cardíaca; 1.2- Realização de estágio numa unidade de referência no transporte do doente crítico; 1.3- Criação de norma de procedimento para o transporte inter-hospitalar, de acordo com a linguagem CIPE; 1.4- Apresentação da norma de procedimento à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT e à Professora Orientadora, para recolher sugestões 1.5- Realização de alterações consoante sugestões (ponto anterior); 1.6- Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da norma de procedimento.	- Enf.ª Orientadora - Enf.ª Responsável da UCINT	Computador Internet Biblioteca Papel Caneta	- Norma de procedimento de transporte inter-hospitalar (disponível para apreciação pelo CA).  Ver Cronograma
2 - Elaborar uma <i>check-list</i> sobre a informação clínica do doente;	2.1- Pesquisa bibliográfica sobre transporte do doente crítico, segurança do doente, cuidados na prevenção/ controlo de infeção e patologia cardíaca; 2.2-Elaboração de documento com <i>check-<u>fst</u></i> sobre informação clínica e do doente; 2.3- Apresentação da <i>check-<u>list</u></i> à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT e à Professora Orientadora, para recolher sugestões; 2.4- Realização de alterações na <i>check-<u>fst</u></i> consoante sugestões (ponto acima); 2.5- Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da <i>check-<u>list</u></i> .	- Enf.ª Orientadora - Enf.ª Responsável da UCINT	Computador Internet Biblioteca Papel Caneta	- <i>Check-<u>list</u></i> sobre informação clínica do doente (disponível para aprovação pelo CA).  Ver Cronograma
3 - Elaborar uma <i>check-list</i> de material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte;	3.1- Pesquisa bibliográfica sobre terapêutica a utilizar em situação de urgência e emergência, durante o transporte do doente crítico; 3.2-Elaboração de documento com <i>check-<u>fst</u></i> sobre material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte; 3.3-Elaboração cartões de apoio com fluxogramas de SIV e SAV, a constar na mala de transporte; 3.4- Justificação de pertinência de meio de comunicação (telefone) para acompanhar o enfermeiro no transporte inter-hospitalar; 3.5- Apresentação de documentos à Enfermeira Orientadora e à Enfermeira Responsável da UCINT, para recolher sugestões; 3.6- Realização das alterações sugeridas (ponto anterior); 3.7- Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da <i>check-<u>list</u></i> .	- Enf.ª Orientadora - Enf.ª Responsável da UCINT	Computador Internet Biblioteca Papel Caneta	- <i>Check-<u>list</u></i> sobre material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte (disponível para aprovação pelo CA).  Ver Cronograma
4 - Promover formação/treino da equipa de	4.1- Pesquisa bibliográfica sobre SBV, SIV e SAV; 4.2- Auscultação de necessidades de formação dos enfermeiros da UCINT; 4.3- Compilação de pesquisa bibliográfica num <i>dossier</i> temático sobre SBV, SIV	- Enf.ª Orientadora - Enf.ª Responsável	Computador Internet Biblioteca	- <i>Dossier</i> com compilação de pesquisa bibliográfica sobre SBV, SIV e SAV;  Ver Cronograma



2º Mestrado em Enfermagem

enfermagem da UCINT sobre o SBV, SIV e (se possível) SAV	e SAV; 4.4- Conhecimento das ofertas formativas do HC e entidades privadas; 4.5- Formalização do pedido de autorização ao CA para desenvolvimento de formação/ treino aos enfermeiros da UCINT, em colaboração com o Núcleo de Formação do HC; 4.6- Pedido de colaboração ao Núcleo de Formação do HC, para desenvolvimento deste objetivo; 4.7- Articulação com o Núcleo de Formação para a promoção de formação/ treino da equipa de enfermagem da UCINT; 4.8- Elaboração de apresentação em <i>power point</i> para a formação; 4.9- Discussão sobre apresentação em <i>power point</i> com a Enfermeira Orientadora, a Enfermeira Responsável pela UCINT e a Professora Orientadora, para recolher sugestões; 4.10- Realização das alterações de acordo com as sugestões (porito acima); 4.11- Marcar a(s) sessão(s) de formação, em colaboração com o Núcleo de Formação; 4.12- Divulgação da formação através de cartaz e e-mail interno HC; 4.13- Elaboração de planos de formação; 4.14- Participação, em conjunto com a entidade formadora, na formação/ treino dos enfermeiros da UCINT; 4.15- Avaliação da(s) sessão(ões) de formação.	da UCINT - Enf Responsável pelo Núcleo de Formação	Papel Caneta	- Cartaz de divulgação da formação.									
<b>Cronograma:</b>													
Objetivo	Atividades	Nov 12	Dez 12	Jan 13	Fev 13	Mar 13	Abr 13	Mai 13	Jun 13	Jul 13	Ago 13	Set 13	
1 - Criar uma norma de procedimento sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico;	1.1- Pesquisa bibliográfica sobre transporte do doente crítico e patologia cardíaca;												
	1.2- Realização de estágio numa unidade de referência no transporte do doente crítico.												
	1.3- Elaboração de registo específico para o transporte inter-hospitalar de acordo com a linguagem CIPE®.												
	1.4- Criação de norma de procedimento para o transporte inter-hospitalar.												
	1.5- Apresentação da norma de procedimento à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;												
	1.6- Realização de alterações consoante sugestões (ponto anterior);												
	1.7- Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da norma de procedimento.												
PAUSA LETIVA													

2º Mestrado em Enfermagem



	Nov 12	Dez 12	Jan 13	Fev 13	Mar 13	Abr 13	Mai 13	Jun 13	Jul 13	Set 13
2 - Elaborar uma <i>check-list</i> sobre a informação clínica do doente;  3 - Elaborar uma <i>check-list</i> de material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte;  4 - Promover formação/ treino da equipa de enfermagem da UCINT sobre o SBV, SIV e (se possível) SAV										
	2.1- Pesquisa bibliográfica sobre transporte do doente crítico, segurança do doente, cuidados na prevenção/ controlo de infeção e patologia cardíaca.									
	2.2- Elaboração de documento com <i>check-list</i> sobre informação clínica do doente;									
	2.3- Apresentação da <i>check-list</i> à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;									
	2.4- Realização de alterações na <i>check-list</i> consoante sugestões (ponto acima);									
	2.5- Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da <i>check-list</i> ;									
	3.1- Pesquisa bibliográfica sobre terapêutica a utilizar em situação de urgência e emergência, durante o transporte inter-hospitalar;									
	3.2- Elaboração de documento com <i>check-list</i> sobre material de uso clínico e terapêutica, que deve constar na mala de transporte;									
	3.3- Elaborar cartões de apoio com fluxogramas de SIV e SAV, a constar na mala de transporte;									
	3.4- Justificação de pertinência de meio de comunicação (telefone) para acompanhar o enfermeiro no transporte inter-hospitalar;									
	3.5- Apresentação de documentos à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;									
	3.6- Realização das alterações sugeridas (ponto anterior);									
	3.7- Formalização de pedido de autorização ao CA para implementação da <i>check-list</i> ;									
	4.1- Pesquisa bibliográfica sobre SBV, SIV, SAV;									
	4.2- Auscultação de necessidades de formação dos enfermeiros da UCINT;									
4.3- Compilação de pesquisa bibliográfica num dossier temático sobre SBV, SIV e SAV;										
4.4- Conhecimento das ofertas formativas do HC e de entidades privadas;										
4.5- Formalização do pedido de autorização ao CA para desenvolvimento de formação/ treino aos enfermeiros da UCINT, em colaboração com o Núcleo de Formação do HC;										
4.6- Pedido de colaboração ao Núcleo de Formação do HC, para desenvolvimento deste objetivo;										
4.7- Articulação com o Núcleo de Formação para a promoção de formação/ treino da equipa de enfermagem da UCINT;										
4.8- Elaboração de apresentação em <i>power point</i> para a formação;										
4.9- Discussão sobre apresentação em <i>power point</i> com a Enfermeira Orientadora, a Enfermeira Responsável pela UCINT e a Professora Orientadora, para recolher sugestões;										
4.10- Realização das alterações de acordo com as sugestões (ponto acima);										
4.11- Marcar a(s) sessão(s) de formação, em colaboração com o Núcleo de Formação;										
4.12- Divulgação da formação através de cartaz e e-mail interno HC;										
4.13- Elaboração de planos de formação;										
4.14- Realização de formação/ treino dos enfermeiros da UCINT;										
4.15- Avaliação da(s) sessão(ões) de formação.										

PAUSA LETIVA



2º Mestrado em Enfermagem

<p><b>Orçamento:</b></p> <p><u>Recursos Humanos:</u> Este projeto foi planeado de modo a que a equipa o desenvolva durante o seu horário de trabalho, pelo que não serão acrescidos gastos.</p> <p><u>Recursos Materiais:</u> No que respeita ao material informático, secretária, cadeiras, material multimédia e canetas, não serão gastos acrescidos, pois são materiais que existem já no serviço e que serão reaproveitados; Os custos associados ao transporte inter-hospitalar do doente são da responsabilidade do HC, pelo que também não constam nos gastos deste projeto.</p> <p><b>Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:</b></p>	<p>Data: 21/03/2013      Assinatura: Joana Coelho</p>
---	---

**APÊNDICE 2**

**CRONOGRAMA DE ESTÁGIO III (INCLUI ESTÁGIOS OPCIONAIS)**



**APÊNDICE 3**  
PLANEAMENTO DO PAC

## 2º Mestrado em Enfermagem



## Planeamento do Projeto de Aprendizagem Clínica

<b>Estudante:</b> Joana Filipa da Silva Coelho	<b>Orientador:</b> Enfermeira MJG	<b>Docente Orientador:</b> Professora EM
<b>Instituição:</b> Hospital Coração (HC)		
<b>Serviço:</b> Unidade Cuidados Intermediários (UCINT)		
<b>Título do Projeto:</b> Projeto de Aprendizagem Clínica/ Aquisição de Competências		
<p><b>Objetivos:</b>  <b>OBJETIVO GERAL</b>          Adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e em pessoa em situação crónica e paliativa.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 – Dotar a equipa de enfermagem da UCINT de conhecimentos sobre o manuseamento de extintores (categoria B);</li> <li>2 – Realizar formação em serviço aos enfermeiros da UCINT sobre cuidados de enfermagem a ter na prevenção da infeção associada ao cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;</li> <li>3 – Elaborar dossier temático sobre cuidados a ter com o doente crónico (e/ ou paliativo) com necessidade de ventilação não invasiva;</li> <li>4 – Elaborar folheto informativo sobre cuidados a ter com a pessoa com doença crónica e/ ou paliativa com necessidade de administração de ventilação não invasiva no domicílio, destinado ao familiar significativo ou cuidador informal.</li> </ol>		
<b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b>		
<p>Enfermeira Orientadora – MJG</p> <p>Enfermeira Responsável da Unidade de Cuidados Intermediários – VS</p> <p>Enfermeira Responsável pelo Núcleo de Formação do HC – DC</p> <p>Enfermeira Responsável pela Comissão de Controlo de Infeção (CCI) – RC</p> <p>Coordenador de Segurança do HC – RF</p>		

1

## 2º Mestrado em Enfermagem



Objectivos Específicos		Actividades/Estratégias a desenvolver		Recursos			Indicadores de Avaliação	
		Humanos	Materials	Tempo				
1 – Colaborar na elaboração do plano de evacuação de doentes da UCINT (em caso de incêndio);	<p>1.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre situações de catástrofe e/ou emergência multi vítima em meio intra-hospitalar, nomeadamente, plano de emergência interno (PEI);</p> <p>1.2- Participação na construção do «Plano de Evacuação dos Doentes da UCINT» (PED-UCINT);</p> <p>1.3- Apresentação do documento PED-UCINT à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT, ao Delegado de Segurança e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;</p> <p>1.4- Realização de alterações, consoante sugestões (ponto anterior);</p> <p>1.5- Elaboração de poster com diretrizes descritas no documento PED-UCINT;</p> <p>1.6- Apresentação do poster (atividade 1.5) à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT, ao Coordenador de Segurança e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;</p> <p>1.7- Realização de alterações, caso necessário, consoante sugestões (ponto anterior);</p> <p>1.8- Formalização do pedido de autorização ao Conselho de Administração (CA) para implementação do documento PED-UCINT.</p>	<p>- Enf.ª Orientadora</p> <p>- Enf.ª Responsável da UCINT</p> <p>- Coordenador de Segurança</p>	<p>Computador</p> <p>Internet</p> <p>Biblioteca</p> <p>Papel</p> <p>Caneta</p>	<p>Ver Cronograma</p>	<p>- Documento «PED-UCINT» disponível para apreciação/ aprovação pelo CA;</p>			
2 – Realizar formação em serviço aos enfermeiros da UCINT sobre cuidados de enfermagem a ter com o cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;	<p>2.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;</p> <p>2.2- Elaboração de diapositivos para formação em serviço sobre cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;</p> <p>2.3- Marcação de data para a sessão de formação, em consonância com a Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT, Enfermeira Responsável CCI e Professora Orientadora;</p> <p>2.4- Elaboração de plano de sessão de formação;</p> <p>2.5- Elaboração de poster de divulgação da sessão de formação;</p> <p>2.6- Apresentação dos documentos (e data) referidos nos pontos 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5 à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da</p>	<p>- Enf.ª Orientadora</p> <p>- Enf.ª Responsável da UCINT</p> <p>-Enf.ª Responsável CCI</p>	<p>Computador</p> <p>Internet</p> <p>Biblioteca</p> <p>Papel</p> <p>Caneta</p>	<p>Ver Cronograma</p>	<p>- Diapositivos para a formação em serviço;</p> <p>- Planos de Sessão de Formação em serviço;</p> <p>- Poster informativo da sessão de formação em serviço;</p> <p>- Realização de formação</p>			

## 2º Mestrado em Enfermagem



<p>3 – Elaborar dossier temático sobre cuidados a ter com o doente crónico ou paliativo com necessidade de ventilação mecânica não invasiva;</p>	<p>UCINT, à Enfermeira Responsável pela CCI e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;</p> <p>2.7- Realização de alterações, caso seja necessário, consoante sugestões (ponto anterior);</p> <p>2.8- Realização da formação em serviço;</p> <p>2.9- Avaliação da formação em serviço.</p> <p>3.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados ao doente crónico e/ou paliativo e ventilação mecânica não-invasiva;</p> <p>3.2- Seleção de documentos;</p> <p>3.3- Elaboração de dossier temático sobre «Ventilação Não-Invasiva no Doente Crónico/ Paliativo»;</p> <p>3.4- Organização de documentos no dossier;</p> <p>3.5- Apresentação do dossier à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT e Professora Orientadora, para recolher sugestões;</p> <p>3.6- Realização de alterações consoante sugestões (ponto anterior);</p> <p>3.7- Formalizar pedido de autorização ao CA para implementação do dossier temático;</p> <p>3.7- Apresentação do dossier «Ventilação Não-Invasiva no Doente Crónico/ Paliativo» à equipa de enfermagem da UCINT, reforçando que o mesmo pode (e deve) ser atualizado consecutivamente por toda a equipa de enfermagem da UCINT.</p>	<p>- Enf.ª Orientadora</p> <p>- Enf.ª Responsável da UCINT</p>	<p>Computador</p> <p>Internet</p> <p>Biblioteca</p> <p>Papel</p> <p>Caneta</p>	<p>em serviço sobre cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo, com pelo menos 2/3 da equipa de enfermagem da UCINT presente.</p> <p>- Dossier temático sobre «Ventilação Não-Invasiva no Doente Crónico/ Paliativo»</p>
<p>4 – Elaborar folheto informativo sobre cuidados a ter com a pessoa com doença crónica ou paliativa com necessidade de administração de ventilação mecânica não invasiva no domicílio, para fornecer ao familiar significativo ou cuidador informal;</p>	<p>4.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados a ter com pessoa com doença crónica/ paliativa que necessita de administração de ventilação não-invasiva no domicílio, por parte do cuidador informal/familiar significativo;</p> <p>4.2- Construção de folheto sobre o tema supracitado;</p> <p>4.3- Apresentação do folheto à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT e Professora Orientadora, para recolha de sugestões;</p> <p>4.4- Apresentação do folheto à equipa de enfermagem da UCINT para recolha de apreciações e contributos;</p> <p>4.5- Realização de alterações consoante sugestões (pontos 4.3 e 4.4);</p> <p>4.6- Apresentação de folheto final;</p> <p>4.7- Formalização do pedido de autorização para implementação do</p>	<p>- Enf.ª Orientadora</p> <p>- Enf.ª Responsável da UCINT</p>	<p>Computador</p> <p>Internet</p> <p>Biblioteca</p> <p>Papel</p> <p>Caneta</p>	<p>- Folheto sobre cuidados a ter com a pessoa com doença crónica/ paliativa com necessidade de administração de ventilação não invasiva no domicílio, por parte do cuidador informal/familiar significativo, disponível para apreciação pelo CA.</p> <p>- Ver Cronograma</p>

3









## 2º Mestrado em Enfermagem


<p>0,059 (número de impressões entre 26 a 500), estimando que o dossier deverá conter cerca de 200 páginas, calculamos que o custo final deste documento será de 11,80 €;</p> <p>- Objeto 4 – Folheto sobre cuidados com VNI desenhado ao cuidador informal/familiar significativo, tendo em conta que a impressão a cores e de ambos os lados tem um custo de 1,394 € (número de impressões entre 51 a 250), se contarmos com 50 folhetos, teremos um custo de 69,70 €.</p>
<p><b>Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:</b></p> <p>Tendo em conta a situação socioeconómica vigente na unidade hospitalar onde pretendemos realizar os objetivos propostos para o PAC, temos consciência de que os custos com impressões são acrescidos, contudo são importantes. O produto destas impressões é uma mais-valia para a melhoria contínua da prestação de cuidados de qualidade, enaltecendo a preocupação dos enfermeiros em garantir a promoção da saúde e prevenção das complicações na doença, bem como cuidados a ter em situação de catástrofe em ambiente hospitalar. Assim, defendemos a impressão dos documentos supracitados como essencial não só à consecução dos objetivos propostos, mas também importante para o alvo dos cuidados de enfermagem: a Pessoa.</p>

Data: 08/04/2013

Assinatura: Joana Coelho

## **Apêndice 7**

Norma de Procedimento – Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico

	NORMA DE PROCEDIMENTO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO INTER HOSPITALAR	NP-ULSLA-?? DIA-MÊS-ANO Revisão 0
---	---	---

### **NORMA DE PROCEDIMENTO**


Transporte do Doente Crítico Inter-Hospitalar

### **HOMOLOGAÇÃO**

Conselho de Administração, em

ELABORADO POR:

Enf.<sup>a</sup> Joana Coelho

	NORMA DE PROCEDIMENTO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO INTER HOSPITALAR	NP-ULSLA-?? DIA-MÊS-ANO Revisão 0
---	---	---

## 1. INTRODUÇÃO

A presente Norma de Procedimento apresenta uma revisão sobre as orientações técnicas e cuidados de enfermagem no transporte inter-hospitalar do doente crítico, de nível B e C (vide anexo 1 - Avaliação para o Transporte Inter-Hospitalar), com vista a uniformizar os procedimentos e as boas práticas.

## 2. OBJECTIVOS

- Uniformizar os procedimentos que orientam as boas práticas no transporte inter-hospitalar do doente crítico.

## 3. ÂMBITO

Todos os Enfermeiros da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.

## 4. RESPONSABILIDADES

### Conselho de Administração

- Homologar e divulgar a Norma.

### Direção de Enfermagem


- Propor alterações à presente Norma.

### Enfermeiros Chefes e Responsáveis

- Garantir o cumprimento da Norma no âmbito das suas actividades.

### Equipa de Enfermagem

- Cumprir os procedimentos definidos.


	NORMA DE PROCEDIMENTO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO INTER HOSPITALAR	NP-ULSLA-?? DIA-MÊS-ANO Revisão 0
---	---	---

## 5. REFERÊNCIAS

### 5.1 Referências Bibliográficas

- DECRETO-LEI N.º 38/92 – **Enquadramento Legal de Transporte de Doentes**;
- EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL – **Guidelines for Resuscitation 2010** – traduzido em 2010 pelo Conselho Português de Ressuscitação.
- PHIPPS, W. J., SANDS, J. K., & MAREK, J. F. - **Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica** - 6ª edição. Loures: Lusodidacta, 2003.
- REGULAMENTO N.º 122/2011 – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**, D. R. 2ª série, N.º 35 (de 18 de fevereiro de 2011), p. 8648-8653.
- REGULAMENTO N.º 124/2011 – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**, D. R. 2ª série, N.º 35 (de 18 de fevereiro de 2011), p. 8656-8657.
- SEELEY, R., STEPHENS, T., TATE, P. – **Anatomia & Fisiologia** – 6ª edição, Lusociência: Loures, 2003. ISBN: 972-8930-07-0.
- THELAN, L. A., DAVIE, J. K., & al, e. - **Enfermagem em Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção**. Lisboa: Editora Lusodidacta, 1993.
- ORDEM DOS MÉDICOS, Comissão da Competência em Emergência Médica; SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS – **Transporte de doentes críticos: Recomendações**. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 2008.
- PORTARIA N.º 1301-A/2002 – **Regulamento de Transporte de Doentes em Portugal**;
- WYNE, J. & BRAUNWALD, E. – **Tratado de Cardiologia** – 5ª edição (traduzido em 1999), McGraw-Hill Interamericana editores, sa. ISBN: 970-101815-X.

### 5.2 Referências Eletrónicas

	NORMA DE PROCEDIMENTO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO INTER HOSPITALAR	NP-ULSLA-?? DIA-MÊS-ANO Revisão 0
---	---	---

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Carta dos Direitos do Doente Internado** - Available from World Wide Web: <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/Carta+dos+Direitos+do+Doente+Internado.htm> >


ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – **Estudo e Avaliação do Sector do Transporte Terrestre de Doentes**. Available from world wide web: <[www.ers.pt](http://www.ers.pt)>; Porto, 2007, p. 1.

LEI CONSTITUCIONAL 1/2005 – **Constituição da República Portuguesa**, Artigo 64º (sétima revisão constitucional) – D. R. I série A, N.º 155, 12 de agosto de 2005, p. 4652. Available from world wide web: < <http://dre.pt/util/pdfs/files/crp.pdf> >

RESOLUÇÃO N.º 25/2008 – **Comissão Nacional de Proteção Civil**, Diretiva relativa aos critérios e normas técnicas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de proteção civil – D.R. 2ª série, N.º 138, de 18 de julho de 2008, p. 31950-31952. Available from world wide web: < <http://www.proteccaocivil.pt/Legislacao/Pages/LegislacaoEstruturante.aspx> >

## 6. SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

**AO** – Assistente Operacional  
**CA** – Conselho de Administração  
**cc** – centímetros cúbicos (unidades de volume)  
**EV** – endovenoso (via de administração)  
**GR (gr)** – grama (unidade de peso)  
**INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica  
**MCDT** – Meio complementar de Diagnóstico e/ ou Terapêutica  
**Mg** – miligramas (unidades de peso)  
**ml** – mililitros (unidades de capacidade)  
**SAT** – Suporte Avançado de Trauma  
**SAV** – Suporte Avançado de Vida  
**SPCI** – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos  
**SU** – Serviço de Urgência  
**TAS** – Tripulante de Ambulância de Socorro (Bombeiro)

	NORMA DE PROCEDIMENTO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO INTER HOSPITALAR	NP-ULSLA-?? DIA-MÊS-ANO Revisão 0
---	---	---

**TAT** – Tripulante de Ambulância de Transporte (Bombeiro)

**TIH** – Transporte Inter-Hospitalar

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCINT** – Unidade de Cuidados Intermédios

**ULSLA** – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

**VMER** – Veículo Médico de Emergência e Reanimação

**VO** – via oral (via de administração)

**U** - unidades

**Doente crítico** – pessoa com instabilidade clínica devido a disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas, cuja sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.

**Transporte inter-hospitalar** – consiste no transporte de doentes de uma unidade hospitalar para outra, e acontece quando são inexistentes recursos técnicos e/ ou humanos necessários ao cuidado deste doente, ou ainda para realizar meios complementares de diagnóstico e/ ou tratamento noutra hospital.

## 7. PROCEDIMENTO

### Enquadramento


O transporte inter-hospitalar de doentes críticos acontece sempre que são inexistentes os recursos técnicos e/ ou humanos neste hospital, ou é necessária a realização de exames complementares de diagnóstico noutras unidades hospitalares.

O transporte do doente crítico envolve três fases: Decisão, Planeamento e Efetivação.

A **decisão** de transferir um doente é um ato médico e deve ser sempre precedida de uma reflexão acerca dos benefícios e dos riscos inerentes ao transporte.

O **planeamento** é realizado pela equipa médica e de enfermagem do serviço ao qual o doente está adjacente e em articulação com o Serviço de Transportes (da ULSLA) e com o Hospital de destino.

A **efetivação** do transporte fica a cargo da equipa de enfermagem e, se necessário, médica, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento em que o doente é entregue à

	NORMA DE PROCEDIMENTO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO INTER HOSPITALAR	NP-ULSLA-?? DIA-MÊS-ANO Revisão 0
---	---	---

equipa de saúde do hospital de destino ou à equipa de saúde do serviço de origem, no caso de a transferência justificar-se com base na realização de MCDT.

A composição da equipa de saúde que acompanha o doente no transporte inter-hospitalar deve ser determinada com base em critérios objetivos. Recomenda-se uso da grelha “Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar” (Anexo 1).

O resultado obtido com a aplicação da grelha de “Avaliação para o Transporte Inter-hospitalar” define o nível de gravidade do doente (A, B ou C) e indica, para cada nível, quais as necessidades humanas e de recursos materiais que o doente precisa, sem nunca desresponsabilizar o médico que toma a decisão de como deve ser efetuado o transporte.

Por definição, o doente crítico é um doente nível C. O “Formulário de Transporte Inter-hospitalar” (anexo 2) está preparado para reunir toda a informação necessário sobre o doente crítico. Este formulário deve ser preenchido pelo enfermeiro que acompanha o doente no transporte. Aconselha-se que o seu preenchimento seja feito também nos doentes de nível B. O formulário deve retornar ao hospital/ serviço de origem para que possa ser devidamente arquivado.

#### 7.1 Quem executa/ acompanha o transporte inter-hospitalar


- TAT ou TAS (Bombeiros) – doente nível A.
- Enfermeiro – doente nível B e C.
- Médico – doente nível C.

#### 7.2 Horário

- Após tomada a decisão do transporte inter-hospitalar do doente e consoante hora combinada com hospital de destino.

#### 7.3 Responsabilidades do Enfermeiro

- Em conjunto com o médico e com base no preenchimento da grelha de “Avaliação para o Transporte Inter-Hospitalar” (anexo 1), determinar a necessidade da composição da equipa que vai acompanhar o doente no TIH;
- Acompanhar os doentes nível B e C (anexo 1);
- Ser possuidor de informação de enfermagem, relativa ao doente;


	NORMA DE PROCEDIMENTO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO INTER HOSPITALAR	NP-ULSLA-?? DIA-MÊS-ANO Revisão 0
---	---	---

- Providenciar os meios adequados de monitorização de acordo com o resultado da “Avaliação para o TIH” (anexo 1) e selecionados pelo médico;
- Prever as complicações possíveis de acontecer, para cada caso;
- Verificar operacionalidade do telemóvel do serviço (se houver);
- Se necessário, acrescentar à mala transporte de material, terapêutica/ material de uso clínico específico para cada doente;
- Permanecer com o doente durante o período de transporte. Caso o enfermeiro tenha de se ausentar por algum motivo, não deve fazê-lo por muito tempo e deve deixar sempre o doente acompanhado por um TAT ou TAS, com indicações expressas de vigilância;
- Escrever as ocorrências na folha de transporte;
- Preencher o “Formulário de Transporte Inter-hospitalar” (Formulário TIH) (anexo 2) em conjunto com a restante equipa de enfermagem e, se possível, com o médico responsável;
- Rever a “Lista de Verificação para o Transporte Inter-Hospitalar” (Lista de Verificação TIH) (anexo 3) em conjunto com a restante equipa de enfermagem e, se possível, com o médico responsável;
- Após o TIH, arquivar o Formulário de TIH e a Lista de Verificação para o TIH, devidamente preenchidos no num dossier de arquivo para o efeito, no serviço de origem;
- Após cada TIH, averiguar/ validar composição da mala de material de uso clínico/ terapêutico, tendo em conta as listas de verificação para o efeito (anexo 4 – Check-list Material de Uso Clínico; e anexo 5 – Check-list de Terapêutica), e selar com os selos simples.

#### 7.4 Equipamento

Segundo a SPCI (*in* Transporte de Doentes Críticos – Recomendações, 2008), preconiza-se que o material clínico/ terapêutico necessário durante o transporte de doentes críticos esteja uniformizado em toda a unidade hospitalar, para que o enfermeiro que acompanha o doente no TIH adquira experiência e conhecimento da sua composição.

Estas malas constituem um suporte essencial à prestação de cuidados do enfermeiro (e médico) durante o TIH, pois trazem todo o material necessário em urgência e emergência, pelo que devem estar operacionais 24 horas/ dia. Exceto se já estiverem em utilização noutra TIH. Nesse caso, a equipa de enfermagem deverá solicitar a mala de material clínico/ terapêutico ao Serviço de Urgência (SU) e, após a sua utilização, repor material e/ ou terapêutica utilizados antes de devolver.

	<p>NORMA DE PROCEDIMENTO                  TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO INTER                  HOSPITALAR</p>	<p>NP-ULSLA-??                  DIA-MÊS-ANO                  Revisão 0</p>
---	--	--

A composição da mala de transporte de material de uso clínico e terapêutica pode ser consultada no anexo 4.


A utilização de um telemóvel adjacente ao serviço de origem é imprescindível para manter a comunicação entre a equipa de transporte e o médico responsável pelo doente, no serviço.

### 7.5 Orientações gerais/ de procedimento


- Respeitar privacidade do Utente;
- Utilizar técnica limpa/ assética (conforme necessidade);
- Validar conteúdo das malas de material de uso clínico e terapêutica, de acordo com *check-list* correspondente;
- Gerir a segurança do doente;
- Prevenir o risco de infeção

### 7.6 Procedimento

Ações de Enfermagem	Justificação
EQUIPA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ORIGEM	
1- Após decisão da necessidade do TIH, validar informação junto do doente; 2- Validar que a família/ cuidador informal está informada do TIH; 3- Determinar, em conjunto com o médico, a composição da equipa que vai acompanhar o doente no TIH, utilizando a “Avaliação para o acompanhamento Inter-Hospitalar” (anexo 1), e providenciar enfermeiro para a equipa; 4- Providenciar o meio de transporte mais adequado, com apoio do Serviço de Transportes (do hospital de origem); 5 – Preencher o “Formulário TIH” (anexo 2); 6- Preencher a “Lista de verificação para o TIH” (anexo 3); 7- Validar selo da mala de material de uso	1- Promover o direito à autonomia; 2- Promover o direito à autonomia; 3- Promover segurança e qualidade de cuidados; 4- Promover segurança e qualidade de cuidados; 5- Adquirir informação clínica do doente; 6- Prevenir complicações e erros; 7- Assegurar que a composição da mala de

	<p>NORMA DE PROCEDIMENTO                  TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO INTER                  HOSPITALAR</p>	<p>NP-ULSLA-??                  DIA-MÊS-ANO                  Revisão 0</p>
---	--	--


<p>clínico/ terapêutico;                  8- Após o TIH, a equipa é responsável pelo arquivo de documentação inerente ao TIH;</p>	<p>transporte está de acordo com <i>check-list</i>;                  8- Promover correto armazenamento de informação inerente ao TIH;</p>
<p>EQUIPA DE ENFERMAGEM QUE ACOMPANHA NO TIH</p>	
<p>9- Apresentar-se ao doente;                   10- Receber informação de enfermagem relativa ao doente que vai ser transportado;                  11- Rever os documentos “Formulário TIH” (anexo 2) e “Lista de verificação para o TIH” (anexo 3);                  12- Verificar se os MCDT (os necessários) acompanham o processo clínico;                  13- Validar que a mala de transporte está devidamente selada e, por isso, armazenada conforme previsto, e transportá-la;                  14- Acompanhar e permanecer junto do doente desde que sai do serviço de origem (e durante todo o TIH);                  15- Assegurar acondicionamento seguro e (minimamente) confortável do doente na ambulância;                  16- Verificar e registar a hora de saída do hospital de origem;                  17- Avaliar e registar sinais vitais à saída do hospital de origem, durante o transporte (periodicidade consoante a necessidade do doente) e à chegada do hospital de destino;                  18- Observar e prever, para cada caso, as complicações clínicas possíveis durante o TIH;                  19- Se houver necessidade de realizar intervenções invasivas, se necessário, mandar parar o veículo;                  20- Em caso de alterações/ complicações</p>	<p>9- Promover relação terapêutica com o doente;                  10- Informar e obter colaboração;                   11- Obter informação acerca do doente;                   12- Garantir transporte de toda a informação necessária;                  13- Garantir a segurança do material;                   14- Vigiar e garantir segurança;                   15- Vigiar e prevenir complicações;                   16- Registar ocorrência: início do TIH/ saída do hospital origem;                  17- Verificar evolução hemodinâmica do doente ao longo do TIH;                   18- Vigiar e prevenir complicações;                   19- Promover segurança na prestação de cuidados;                   20- Promover cuidados adequados à</p>

	<p>NORMA DE PROCEDIMENTO                  TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO INTER                  HOSPITALAR</p>	<p>NP-ULSLA-??                  DIA-MÊS-ANO                  Revisão 0</p>
---	--	--

<p>clínicas, comunicar (telemóvel de serviço) com o médico responsável pelo doente, do hospital de origem, e seguir as suas indicações;</p> <p>21- Escrever as ocorrências no processo de enfermagem;</p> <p>22- Verificar/ registar hora de chegada ao hospital destino;</p> <p>23- No regresso ao hospital de origem:</p> <p>    a) se o doente ficar internado no hospital destino, certificar-se que é transmitida toda a informação clínica à equipa de saúde do hospital destino; Informar, assim que possível, o hospital de origem;</p> <p>    b) se o doente regressar ao hospital de origem, acompanhar o mesmo até ao serviço, colaborar na sua transferência/ acondicionamento e transmitir à equipa de saúde ocorrências durante o TIH e evolução clínica do doente;</p> <p>24- Entregar os documentos “Formulário TIH” (anexo 2) e “Lista de verificação para o TIH” (anexo 3) no serviço de origem, para que possam ser devidamente arquivados;</p> <p>24- Verificar e registar hora de retorno ao hospital origem;</p> <p>26- Higienização/ desinfeção das mãos antes, depois do contato com o doente.</p>	<p>situação do doente;</p> <p>21- Promover qualidade e continuidade dos cuidados;</p> <p>22- Registar ocorrência: chegada ao hospital destino;</p> <p>23- Promover qualidade e continuidade dos cuidados;</p> <p>24- Promover correto armazenamento de informação inerente ao TIH;</p> <p>25- Registar ocorrência: chegada ao hospital de origem/ fim do TIH;</p> <p>26- Prevenir contaminação e risco de infeção.</p>
--	--

**Registos:**


- Registar data e hora de saída do hospital origem;
- Registar o objetivo do TIH;

	<p>NORMA DE PROCEDIMENTO                  TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO INTER                  HOSPITALAR</p>	<p>NP-ULSLA-??                  DIA-MÊS-ANO                  Revisão 0</p>
---	--	--

- Registrar sinais vitais à saída do hospital origem, percurso (pelo menos 2 avaliações; mais só se houver intercorrências) e chegada hospital destino;
- Registrar terapêutica/ fluidos administrados, dose, via, hora e justificação;
- Registrar reações/complicações;
- Registrar intercorrências durante o TIH;
- Registrar data e hora de chegada ao hospital destino.
- Registrar se o doente fica internado no hospital destino ou regressa com a equipa de saúde para o hospital origem;
- Registrar data e hora de chegada ao hospital origem e se o doente regressa ou não;
- Registrar intercorrências de transporte, se o doente regressar.

## ÍNDICE

	Página
1. Introdução .....	2
2. Objetivos .....	2
3. Âmbito .....	2
4. Responsabilidades .....	2
5. Referências .....	3
6. Siglas, Abreviaturas e Definições .....	5
7. Procedimento .....	6
Enquadramento .....	6
7.1 Quem executa/ acompanha o TIH .....	7
7.2 Horário .....	7
7.3 Responsabilidades do Enfermeiro que acompanha o TIH .....	7
7.4 Equipamento .....	8
7.5 Orientações gerais/ de procedimento .....	8
7.6 Procedimento .....	9
Registos .....	11

	NORMA DE PROCEDIMENTO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO INTER HOSPITALAR	NP-ULSLA-?? DIA-MÊS-ANO Revisão 0
---	---	---

#### 8. Anexos

8.1 Anexo 1 - Avaliação para o acompanhamento Inter-Hospitalar	13
8.2 Anexo 2 - Formulário de Transporte Inter-hospitalar	14
8.3 Anexo 3 - Lista de Verificação para o Transporte Inter-Hospitalar	16
8.4 Anexo 4 – Check-list material de uso clínico/ terapêutico	18



## **Apêndice 8**

*Check-list* informação clínica do doente crítico –  
Formulário de Transporte Inter-hospitalar

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano  
 Unidade de Cuidados Intermédios

FORMULÁRIO DE TRANSPORTE INTERHOSPITALAR N.º \_\_\_\_\_

VINHETA DO DOENTE	DATA DE SAÍDA	<input type="text"/>	HORA	<input type="text"/>
	MÉDICO	<input type="text"/>		
	HOSPITAL ORIGEM	<input type="text"/>		
	HOSPITAL DESTINO	<input type="text"/>		
	ENFERMEIRO TRANSPORTE	<input type="text"/>		
	MÉDICO TRANSPORTE	<input type="text"/>		
ENFERMEIRO QUE RECEBE	<input type="text"/>			
MÉDICO QUE RECEBE	<input type="text"/>			

DIAGNOSTICOS:	DATA ENTRADA	<input type="text"/>	MOTIVO TRANSFERÊNCIA:	VAGA EM UCI	<input type="text"/>
				VALÊNCIA INEXISTENTE	<input type="text"/>
				MCDT	<input type="text"/>
				OUTRO	<input type="text"/>

<b>A - VIA AÉREA</b>			
MÁSCARA FACIAL O2	<input type="text"/> %	TUBO OROTRAQUEAL	<input type="text"/>
		TUBO NASOTRAQUEAL	<input type="text"/>
OUTRA VIA AÉREA	<input type="text"/>	DRENO TORÁCICO	<input type="text"/> Onde? <input type="text"/>

<b>B - VENTILAÇÃO</b>			
ESPONTÂNEA	<input type="text"/>	MECÂNICA	<input type="text"/>
		Não Invasiva	<input type="text"/>
		Invasiva	<input type="text"/>

<b>C - CIRCULAÇÃO</b>			
VEIA PERIFÉRICA	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>
VEIA CENTRAL	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>
LINHA ARTERIAL	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>
		FLUÍDOS	<input type="text"/>
		AMINAS	<input type="text"/>
		INOTRÓPICOS	<input type="text"/>

<b>D - DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA</b>			
Traumatismo Vertebro-Medular	<input type="text"/>	SIM	<input type="text"/>
		NÃO	<input type="text"/>
Lesões neurológicas	<input type="text"/>	SIM	<input type="text"/>
		NÃO	<input type="text"/>
Nível	<input type="text"/>		
SCORE GLASGOW (saída hospital origem)			
Abertura olhos	<input type="text"/>	Resposta motora	<input type="text"/>
		Resposta Verbal	<input type="text"/>
SCORE	<input type="text"/>		
SCORE GLASGOW (entrada hospital origem)			
Abertura olhos	<input type="text"/>	Resposta motora	<input type="text"/>
		Resposta Verbal	<input type="text"/>
SCORE	<input type="text"/>		

<b>E - EXPOSIÇÃO</b>			
FERIDAS	<input type="text"/>	TIPO	<input type="text"/>
		LOCALIZAÇÃO	<input type="text"/>
QUEIMADO	<input type="text"/>	% atingida	<input type="text"/>
		Envolvimento de:	Tipo de queimadura:
		FACE	<input type="text"/>
		MÃOS	<input type="text"/>
		PÉS	<input type="text"/>
		PERÍNEO	<input type="text"/>
		FOGO	<input type="text"/>
		ÁGUA	<input type="text"/>
		QUÍMICO	<input type="text"/>
		EXPLOÇÃO	<input type="text"/>
FRATURAS	<input type="text"/>	LOCALIZAÇÃO	<input type="text"/>

<b>INFORMAÇÕES GERAIS</b>			
ALIMENTAÇÃO	Última refeição	<input type="text"/>	Dieta
ELIMINAÇÃO VESICAL	Última urina	<input type="text"/>	Débito últimas 24 h
	ALGALIAÇÃO	<input type="text"/>	Tipo e n.º
			Data de troca
ELIMINAÇÃO INTESTINAL	Última dejeção	<input type="text"/>	Caraterísticas
CIRURGIA (hospital de origem)	<input type="text"/>	Qual?	<input type="text"/>
Cirurgião	<input type="text"/>	Drenos	<input type="text"/>
Anestesista	<input type="text"/>	SIM	<input type="text"/>
		NÃO	<input type="text"/>
IMAGIOLOGIA	TAC	<input type="text"/>	ANÁLISES
	ECOGRAFIA	<input type="text"/>	SIM
			NÃO
		RX Cervical (face + perfil)	<input type="text"/>
		RX Tórax	<input type="text"/>
		RX Bacia	<input type="text"/>
		Anexo	<input type="text"/>

<b>SINAIS VITAIS - SAÍDA HOSPITAL ORIGEM</b>			
TA	<input type="text"/> mmHg	FR	<input type="text"/> cr/min
Sat.O <sub>2</sub>	<input type="text"/> %	Temp	<input type="text"/> °C
		FC	<input type="text"/> bat/min
		Dor	<input type="text"/>
		Localização	<input type="text"/>
		Intensidade	<input type="text"/>

<b>BREVE DESCRIÇÃO DA HISTÓRIA CLÍNICA DO DOENTE</b>
<input type="text"/>

Realizado por Joana Coelho  
 Fontes: SPCI; Transporte de Doentes Críticos - Recomendações; Lisboa: Ordem dos Médicos. 2008.

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano  
Unidade de Cuidados Intermédios

--

<b>EVOLUÇÃO CLÍNICA/ INTERCORRÊNCIAS/ SINAIS VITAIS DURANTE O TRANSPORTE</b>

TERAPÉUTICAS EM CURSO	DOSE
SEDAÇÃO	
RELAXANTES MUSCULARES	
AMINAS	
INOTRÓPICOS	
MANITOL	
OUTROS	

<b>MATERIAL UTILIZADO</b>	
Monitor CR <input type="text"/>	Manómetro <input type="text"/>
Bala de O <sub>2</sub> <input type="text"/>	N.º Seringas Infusoras <input type="text"/>
Ventilador <input type="text"/>	N.º Bombas Infusoras <input type="text"/>
Tudo e redutor do ventilador <input type="text"/>	N.º cabos elétricos <input type="text"/>

<b>SINAIS VITAIS - CHEGADA HOSPITAL DESTINO</b>					
TA <input type="text"/> mmHg	FR <input type="text"/> cr/min	FC <input type="text"/> bat/min	Localização <input type="text"/>		
Sat.O <sub>2</sub> <input type="text"/> %	Temp <input type="text"/> °C	Dor <input type="text"/>	Intensidade <input type="text"/>		

CHEGADA AO HOSPITAL DESTINO	DATA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	HORA <input type="text"/> H <input type="text"/> M

RETORNO DO DOENTE AO HOSPITAL DE ORIGEM	<input type="text"/> SIM	Motivo <input type="text"/>
	<input type="text"/> NÃO	

<b>PREENCHER APENAS SE NECESSÁRIO:</b>
<b>EVOLUÇÃO CLÍNICA/ INTERCORRÊNCIAS/ SINAIS VITAIS DURANTE O TRANSPORTE DE REGRESSO AO HOSPITAL DE ORIGEM</b>

O/ A ENFERMEIRO/A DO TRANSPORTE (nome e n.º mecanográfico)

Realizado por Joana Coelho  
Fontes: SPCJ; Transporte de Doentes Críticos - Recomendações; Lisboa: Ordem dos Médicos, 2008.

## **Apêndice 9**

Lista de verificação para o Transporte Inter-Hospitalar

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano  
 Unidade de Cuidados Intermédios

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR N.º \_\_\_\_\_

I CONFIRMAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA	
SIM	NAO
	Colocar no formulário de transporte a vinheta com identificação do doente.
	Os familiares foram informados da transferência e do hospital destino.
	N.º telefone direto do hospital/ serviço e identificação do médico que recebe o doente.
	N.º telefone direto do hospital/ serviço e identificação do médico que transfere o doente.

II AVALIAÇÃO DO DOENTE	
SIM	NAO
	Motivo e data de admissão no hospital de origem.
	História clínica.
	Antecedentes pessoais.
	Motivo da transferência.
	Nota de transferência.
	Verificação dos exames complementares relevantes.
	Registar pontos relevantes do exame físico.

III OBSERVAÇÃO DO DOENTE	
A VIA AÉREA	
SIM	NAO
	Capacidade do doente manter a via aérea, durante o tempo previsto do transporte.
	Necessidade de adjuvantes da via aérea.
	Doente com entubação traqueal: confirmar nível e observar Raio X pós entubação.
	Excluída causa que indique entubação traqueal.

B VENTILAÇÃO	
SIM	NAO
	O <sub>2</sub> complementar.
	Óculos nasais _____ litros/ min.
	Máscara: FIO <sub>2</sub> _____%
	Entubação traqueal _____ litros/min
	Ventilação artificial
	Modo ventilatório _____ vol/min; _____ Fresp _____/min; FIO <sub>2</sub> _____%; Peep _____
	Gasimetria ( h m) pH _____ PaO <sub>2</sub> _____ PaCO <sub>2</sub> _____ FIO <sub>2</sub> _____% Bicarbonato _____

C HEMODINÂMICA	
FC _____ TA _____ / _____ mmHg.	
SIM	NAO
	Hemorragia ativa na última hora.
	Suporte transfusional.
	Acesso vascular - 2 acessos periféricos _____ g/ _____ g; Cateter central (lúmen) _____; Linha arterial _____
	Débito urinário/ hora (última hora) _____ ml
	Aminas vasoativas: Dopamina _____ Dobutamina _____ Noradrenalina _____

D AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	
SIM	NAO
	Convulsão na última hora
	G.C.S. (saída do hospital origem) _____ O _____ V _____ M SCORE _____
	Sinais de hipertensão intra-craniana
	Pupilas anormais _____
	Sedação - Fármaco _____
	Agitação psicomotora _____

E TRAUMA	
SIM	NAO
	Coluna cervical imobilizada
	Excluída a presença de suspeita de pneumotórax ou hemotórax
	Excluída hemorragia abdominal/ pélvica
	Imobilização ossos longos/ bacia

F AVALIAÇÃO LABORATORIAL (data/ hora) ____/____/____ h ____ m	
	Hgb/ Hct _____
	Na <sup>+</sup> _____
	K <sup>+</sup> _____

Realizado por Joana Coelho

Fontes: SPCJ; Transporte de Doentes Críticos - Recomendações; Lisboa: Ordem dos Médicos, 2008.

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano  
 Unidade de Cuidados Intermédios

	Glicémia _____
<b>G</b>	<b>MONITORIZAÇÃO NO SERVIÇO DE ORIGEM (ULTIMOS VALORES ANTES DA MUDANÇA CAMA/ MACA)</b>
SIM   NAO	
	ECG _____
	TA _____ / _____ mmHg
	FC _____ bat/min
	SatO <sub>2</sub> _____ %
	CO <sub>2</sub> _____
	Temperatura _____ °C
	Outros _____
<b>H</b>	<b>VERIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE TRANSPORTE (antes da mudança de cama)</b>
SIM   NAO	
	Reserva de O <sub>2</sub> (O <sub>2</sub> necessário = [(20 + Vmin) x FIO <sub>2</sub> x tempo de transporte em minutos] + 50%)
	Monitor/ desfibrilhador com "pacemaker"
	Material de via aérea
	Fármacos
<b>IV</b>	<b>INICIO DO TRANSPORTE</b>
SIM   NAO	
	Mudança para a maca de transporte.
	Mudança de prótese ventilatória.
	Mudança equipamento em perfusão.
	Mudança de monitorização.
	Fixação redundante de tubos e linhas
	Tapar o doente.
	Fixação correta do doente e do equipamento.
	Confirmação de disponibilidade de vaga do hospital destino antes da partida.
	Conhecimento da localização de equipamento de emergência até à ambulância.
	Registos à saída do serviço.
<b>V</b>	<b>NA AMBULANCIA</b>
SIM   NAO	
	Fixação da maca.
	Fixação e conexão do equipamento.
	Observação do doente.
	Registos, antes do início da marcha.
	Verificação final do equipamento da ambulância.
<b>VI</b>	<b>TRAJETO</b>
SIM   NAO	
	Registar parâmetros de 30/30 min.
	Registar terapêutica/ intervenções efetuadas e hora.
	Registar hora de início e fim de marcha.
<b>VII</b>	<b>ENTREGA DO DOENTE NO HOSPITAL DESTINO</b>
SIM   NAO	
	História clínica e antecedentes.
	Motivo da transferência.
	Parâmetros à chegada do serviço e intervenções terapêuticas durante o trajeto.
	Passagem dos exames complementares e dados administrativos.
	Registo da hora de entrega do doente e identificação do enfermeiro e médico que recebem.
	Complicações durante o transporte.
<b>VIII</b>	<b>REGRESSO AO HOSPITAL DE ORIGEM</b>
SIM   NAO	
	Informar serviço de origem do resultado do transporte.
	Preencher hora de regresso.
	Devolver equipamento e reportar qulaque falha.
	Arquivar em local próprio as folhas de registo.

Realizado por Joana Coelho

Fontes: SPCJ; Transporte de Doentes Críticos - Recomendações; Lisboa: Ordem dos Médicos, 2008.

## **Apêndice 10**

*Check-list* de terapêutica e material que deve constar na mala de transporte

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

CHECK-LIST TERAPÉUTICA E MATERIAL PARA A SUA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO/ VALIDADE MÊS/ANO

VERIFICAÇÃO MENSAL   
 VERIFICAÇÃO APÓS UTILIZAÇÃO   
 (assinalar a opção correspondente)

DATA  /  /

TERAPÉUTICA	STOCK	QUANT.	VALIDADE
Adenosina 6 mg, ev	6		
Adrenalina 1 mg, ev	20		
Água Destilada 100 ml	2		
Amiodarona 150 mg, ev	7		
Atropina 0,5 mg, ev	10		
Bicarbonato de sódio a 8,4% 100 ml	1		
Captopril 25 mg, vo	4		
Diazepam 10 mg, ev	2		
Dinitrato de Isossorbido 10 mg, ev	6		
Dobutamina 250 mg, ev	3		
Dopamina 200 mg, ev	3		
Etomidato 10 mg, ev	2		
Fenobarbital 100 mg, ev	1		
Flumazenil 1 mg, ev	2		
Furosemida 20 mg, ev	10		
Glicose a 5% 100 ml, ev	2		
Glicose a 30% 20 ml, ev	3		
Gluconato de Cálcio a 10% 10 ml, ev	3		
Heparina 25.000u, ev	1		
Insulina de Ação Rápida 100 u/ml	1		
Isoprenalina 0,2 mg, ev	2		
Labetalol 100 ml, ev	3		
Lidocaína bisnaga gel	1		
Lidocaína spray	1		
Lidocaína 2% 5 ml, ev	3		
Metilprednisolona 125 mg, ev	4		
Midazolam 15 mg, ev	2		
Morfina 10 mg, ev	1		
Naloxona 0,4 mg, ev	1		
Nitroglicerina (comp., via SL)	1(frasco)		
Noradrenalina 1 mg, ev	4		
Paracetamol 1 gr, ev	1		
Propofol 200 mg, ev	3		
Salbutamol 5 mg, sol. Nebulização	1		
Soro fisiológico 100 ml	3		
Sulfato de Magnésio a 20% 10 ml, ev	2		
Tiopental sódico 0,5 mg, ev			
Vecurónio 4 mg, ev	3		
Verapamil 5 mg, ev	2		
Dextrose 5% em H <sub>2</sub> O 500 ml	1		
Lactato de Ringer 500 ml	1		
Soro Fisiológico 500 ml	1		
Gelafundina 500 ml	1		
Manitol a 20% 500 ml	1		

MATERIAL	STOCK	QUANT.	VALIDADE
Seringa 2 cc	5		
Seringa 5 cc	5		
Seringa 10 cc	5		
Seringa 20 cc	5		
Seringa 50 cc	3		
Seringa 100 cc	2		
Agulhas Diluição	10		
Agulhas I.M.	3		
Agulhas S.C.	3		
Agulhas E.V.	5		

VERIFICADO PELO ENFERMEIRO(A)/ N.º  
 MECANOGRÁFICO

\* Os prazos de validade correspondente aos medicamentos que expirarão nos próximos 6 meses devem ser assinalados a **vermelho**.

Realizado por Joana Coelho

Fontes: SPCT; Transporte de Doentes Críticos - Recomendações; Lisboa: Ordem dos Médicos. 2008.

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.

CHECK-LIST DE MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO

VERIFICAÇÃO MENSAL   
 VERIFICAÇÃO APÓS UTILIZAÇÃO   
 (assinalar a opção correspondente)

DATA  /  /

MATERIAL	QUANTIDADE
Cateter venoso periférico n.º 14	2
Cateter venoso periférico n.º 16	2
Cateter venoso periférico n.º 18	2
Cateter venoso periférico n.º 20	2
Cateter venoso periférico n.º 22	2
Controlador de gota	3
Sistemas de soro	4
Manta Térmica	1
Máscara de Oxigénio a 100%	1
Saco colector	2
Sonda de Aspiração n.º 14	5
Sonda de Aspiração n.º 16	5
Sonda Nasogástrica n.º 14	1
Sonda Nasogástrica n.º 16	1
Sonda Nasogástrica n.º 18	1
Sonda oxigénio nasal n.º 12	3
Compressas 10 x 10 cm esterilizadas	5 (pacotes)
Spongostam	2

Luvas esterilizadas n.º 6	1
Luvas esterilizadas n.º 6,5	1
Luvas esterilizadas n.º 7	2
Luvas esterilizadas n.º 7,5	2
Luvas esterilizadas n.º 8	1

Laringoscópio -cabo	1
Laringoscópio -Lâmina n.º 3	1
Laringoscópio -Lâmina n.º 4	1
Laringoscópio -Lâmina n.º 5	1
Pinça de Maguil	1
Fio de Nastro	1

MATERIAL	QUANTIDADE
Tubo de Mayo (Guedel) n.º 3	2
Tubo de Mayo (Guedel) n.º 4	1
Tubo de Mayo (Guedel) n.º 5	1
Tubo EOT Adulto n.º 6	1
Tubo EOT Adulto n.º 6,5	2
Tubo EOT Adulto n.º 7	4
Tubo EOT Adulto n.º 7,5	3
Tubo EOT Adulto n.º 8	2
Tubo EOT Adulto n.º 8,5	2

Condutor	1
Máscara laríngea	1
Tubo nasofaríngeo 7	1
Seringa 100 ml	1
Torneira 3 vias	4
Prolongamentos 25 cm	4
Bionecter	4
Garrote	1
Adesivo castanho 125 mm	1
Adesivo hipoalérgico 250 mm	1
Adesivo hipoalérgico 500 mm	1

VERIFICADO PELO ENFERMEIRO(A)/ N.º MECANOGRÁFICO

Realizado por Joana Coelho

Fontes: SPCI; Transporte de Doentes Críticos - Recomendações; Lisboa: Ordem dos Médicos. 2008.

## **Apêndice 11**

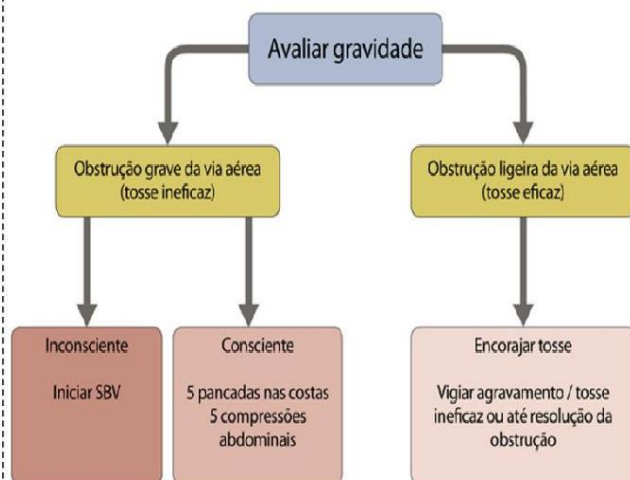
Cartões de apoio – Fluxogramas SBV, SIV e SAV

### ALGORITMO DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA DO ADULTO ©ERC2010

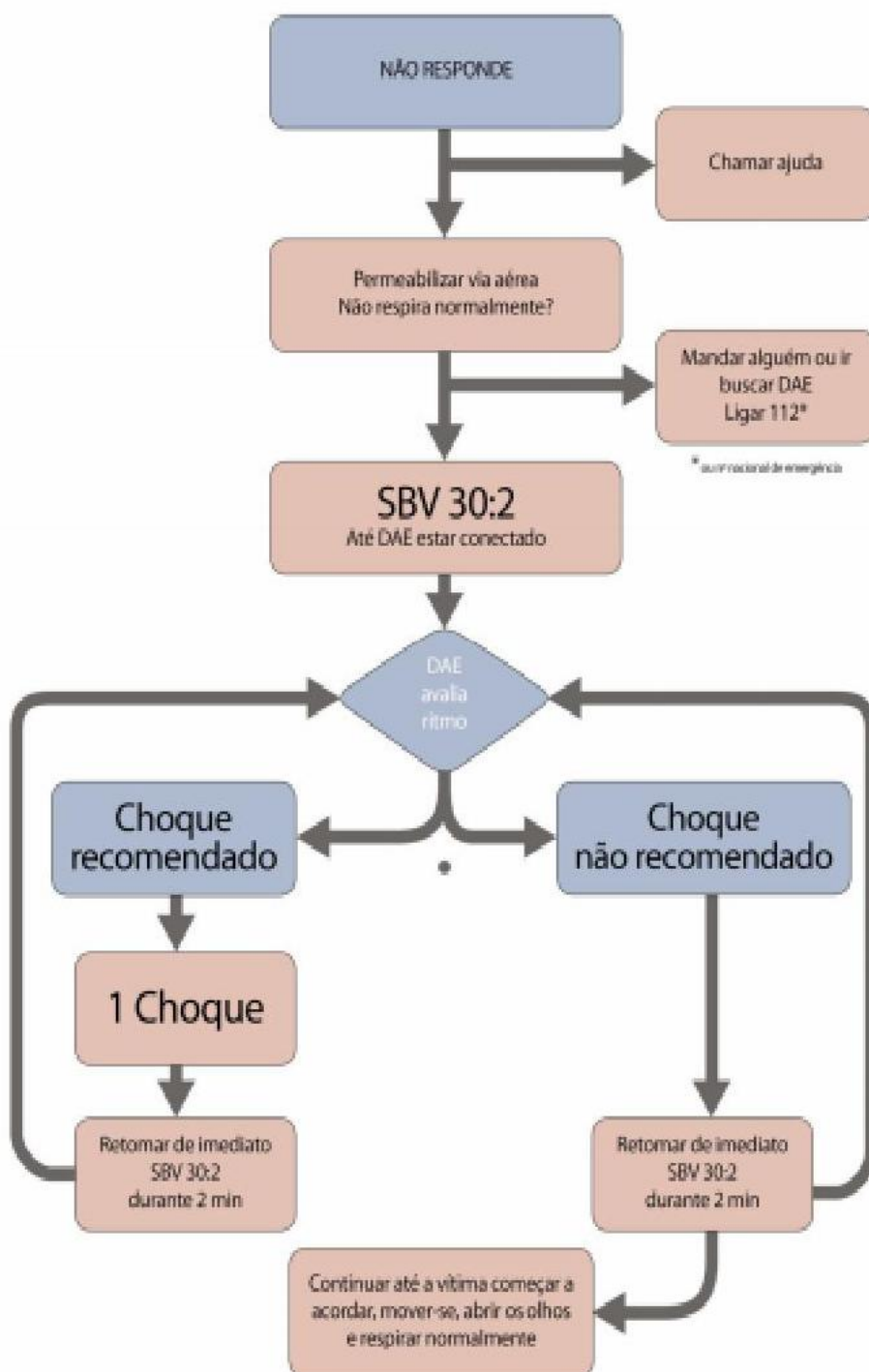


\*ou número de emergência nacional

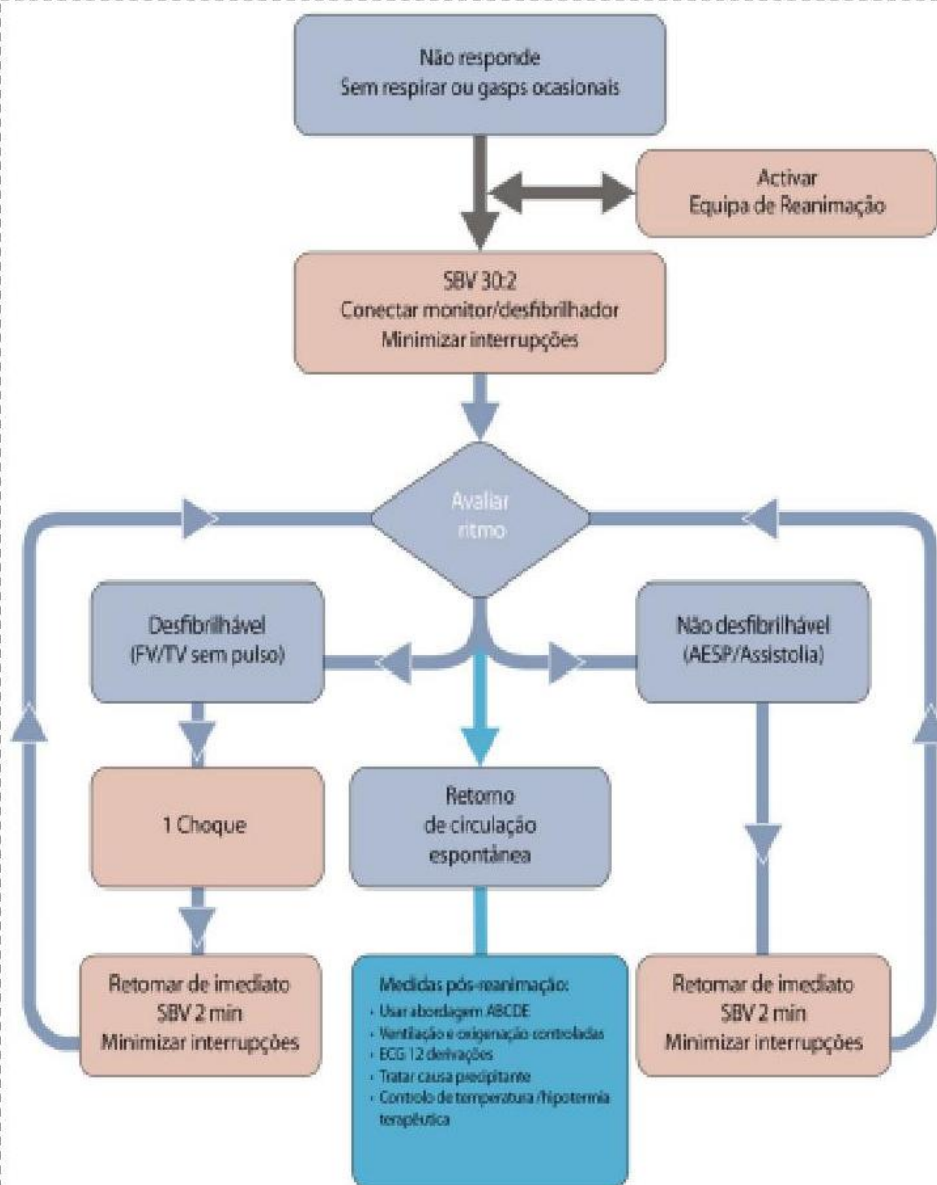
### ALGORITMO DA OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA POR CORPO ESTRANHO NO ADULTO ©ERC2010



## ALGORITMO DE DESFIBRILHAÇÃO AUTOMÁTICA EXTERNA (SIV)©ERC2010



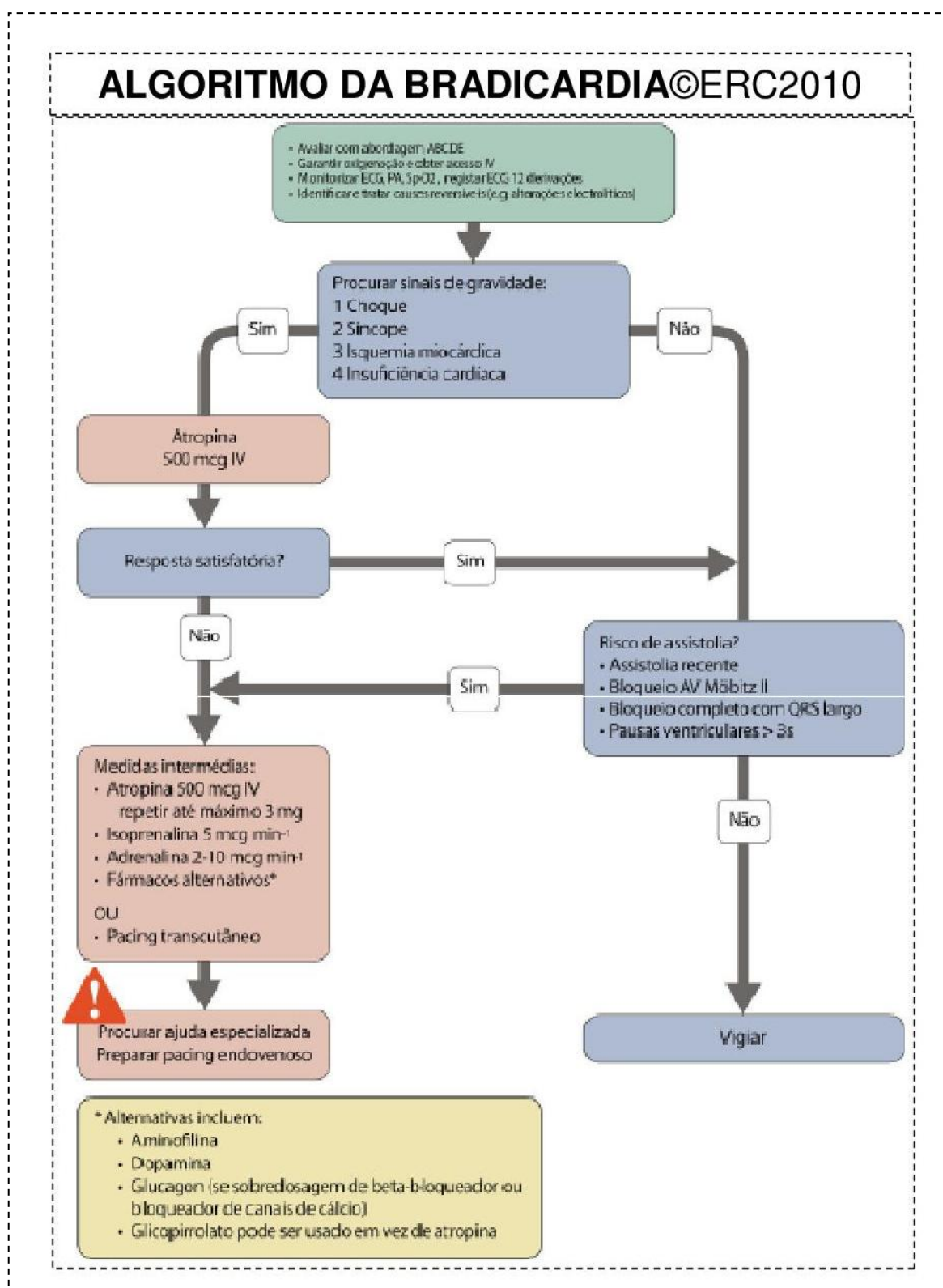
## ALGORITMO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA)©ERC2010



- Durante SBV**
- Garantir qualidade: frequência, profundidade, decompressão
  - Planejar acções antes de interromper SBV
  - Administrar oxigénio
  - Ponderar via aérea avançada e capnografia
  - Compressões torácicas ininterruptas após via aérea avançada
  - Acesso vascular (intravenoso, intraósseo)
  - Administrar adrenalina cada 3-5 min
  - Corrigir causas reversíveis

- Causas reversíveis**
- Hipóxia
  - Hipovolémia
  - Hipo-/hipercalémia / alterações metabólicas
  - Hipotermia
  - Tromboembolia pulmonar
  - Tamponamento cardíaco
  - Tóxicos
  - Pneumotórax hipertensivo





## **Apêndice 12**

Artigo Científico – Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico com  
Patologia Cardíaca – Um Projeto de Intervenção em Serviço

## TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR (TIH) DO DOENTE CRÍTICO COM PATOLOGIA CARDÍACA – UM PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Autor: Coelho, Joana Filipa da Silva<sup>1</sup>; Monteiro, Elsa<sup>2</sup>

### Resumo:

No âmbito do 2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foram realizados 3 estágios em contexto clínico, na prestação de cuidados de enfermagem médico-cirúrgica, que permitiram o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica. Tendo por base a metodologia de projeto, no decorrer dos estágios desenvolvemos um projeto de intervenção em serviço sob o tema Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico com Patologia Cardíaca.

A necessidade crescente de transporte inter-hospitalar de doentes agudos e críticos para instituições de saúde mais diferenciadas com finalidade de garantir melhores condições de tratamento e para a realização de tratamentos ou de exames complementares de diagnóstico não realizáveis na instituição de origem, tem fomentado uma maior preocupação com as condições em que estes transportes são efetuados (Nunes, 2009).

O produto final do projeto foi uma norma de procedimento sobre o transporte do doente crítico, que inclui *check-list's* de terapêutica e de material de consumo clínico, concebidos para dar resposta ao objetivo geral do projeto: *“Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cardíaca em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar”*.

### Abstrat:

Under the 2 Master in Medical-Surgical Nursing, 3 stages were performed in the clinical context, the provision of medical-surgical nursing care, which

allowed the development of expertise in the nursing process. Based on the design methodology, we developed an intervention project in service under the theme Inter-Hospital Patient Transportation Critic with Heart Pathology.

The growing need inter-hospital transport of critically ill patients for acute and more differentiated health institutions aiming to ensure better treatment conditions and to carry out treatments or additional diagnostic tests not performed in the home institution, has fostered greater concern about the conditions under which such operations are performed (Nunes, 2009).

The final product of the project was a standard procedure for the transport of critically ill patients, including check-list's therapy and clinical consumables, designed to meet the overall objective of the project: *“Standardize nursing care provided to the patient with cardiac disease in a critical situation during the inter-hospital transport”*.

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 2.º Mestrado em Enfermagem em Médico-Cirúrgica, desenvolvemos um projeto de intervenção em serviço (PIS), durante os três estágios que tiveram lugar numa Unidade de Cuidados Intermédios (UCINT) do *Hospital Coração* (HC) (nome fictício, criado para manter a confidencialidade).

Atualmente, a crescente necessidade de transporte inter-hospitalar de doentes agudos e críticos para instituições de saúde mais diferenciadas com a finalidade de garantir melhores condições de tratamento e para a realização de tratamentos ou de exames complementares de diagnóstico não realizáveis na instituição de origem, tem fomentado uma maior preocupação com as condições em que estes transportes são efetuados. (Nunes, 2009)

Apesar de o transporte de doentes não ser entendido como uma prestação direta de cuidados de saúde, não deixa de ter uma componente importante. Tanto que afeta positiva ou negativamente a qualidade destes (ERS, 2007)

De acordo com a SPCI e a OM (2008), os constrangimentos socioeconómicos não devem ser uma contrariedade à transferência de um doente para um local onde lhe possa ser prestado um melhor nível de cuidados. O mesmo autor defende que a promoção e a garantia da segurança durante o transporte está intimamente ligada à qualificação técnica da equipa (formação e experiência clínica) que acompanha o doente.

O enfermeiro que acompanha o doente no transporte inter-hospitalar tem a responsabilidade de verificar condições técnicas e materiais das ambulâncias, testar o equipamento, prestar cuidados ao doente, monitorizar, avaliar sinais vitais e registar o seu estado clínico durante o transporte, levar mala com equipamento de uso clínico e medicação para atuar em situação de emergência, e atuar sempre que necessário (Cunha, 2000).

A pessoa doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde e é um dever dos serviços de saúde estarem acessíveis e prestarem, em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente, colocando integralmente ao seu dispor os recursos que possuem (Direção Geral de Saúde, 2004).

Em Portugal, o documento legal mais atual sobre o disposto é a Portaria nº1147/2001, de 28 de Setembro que veio atualizar a anterior Portaria nº 439/93, de 27 de Abril, que define o Regulamento de Transporte de Doentes em Portugal, incluindo as características das Ambulâncias tipo C apropriadas para o transporte secundário de doentes graves.

O trabalho de projeto desenvolvido no PIS teve como linha orientadora a metodologia de projeto e

teve como tema o transporte inter-hospitalar do doente crítico com patologia cardíaca.

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação constitui a primeira etapa da metodologia de projeto (Ruivo *et al*, 2010).

A UCINT do HC tem capacidade para receber 4 doentes, da área de medicina interna. A sua equipa de enfermagem é composta por 8 elementos, sendo um deles a Enfermeira Responsável pela unidade.

Após duas semanas de estágio (estágio I) e da realização de várias entrevistas não estruturadas com os enfermeiros da UCINT, percebemos que o transporte inter-hospitalar (TIH) de doentes era uma preocupação geral.

Mediante autorização do Conselho de Administração do HC, consultámos o Livro de Movimento de Doentes da UCINT para perceber a quantidade de TIH's realizados num determinado período de tempo. Este livro dispõe de informação rápida e segura como qual o serviço/ localização de origem do doente, a identificação do doente, qual o serviço/ localização de destino, qual o diagnóstico e algumas especificidades durante o internamento, como a necessidade de ventilação não-invasiva ou a realização de transporte inter-hospitalar.

Constatamos que no período de 1 de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2012 estiveram internados na UCINT 426 doentes, dos quais 70 necessitaram de TIH; 16% dos doentes necessitaram de TIH, na sua maioria pessoas com patologia cardíaca que foram transferidas para outro hospital para realizar cateterismo cardíaco.

Em todos os TIH's, o doente necessita de acompanhamento de um enfermeiro devido à sua situação crítica. Na UCINT, esta tarefa é assegurada por um enfermeiro que é chamado

previamente para o TIH, ou por um enfermeiro escalado no turno em questão (ficando a equipa desfalcada na sua ausência). Na indisponibilidade total da equipa de enfermagem da UCINT, é contactado um enfermeiro de outro serviço para o TIH. Após pesquisa na base de dados do HC, percebemos que a UCINT não dispunha de norma de procedimento que orientasse a prestação de cuidados de enfermagem num TIH, o que levava a uma falta de uniformização de cuidados no TIH.

Um projeto só será bem-sucedido se a equipa estiver motivada e envolvida no mesmo. Como tal, e após autorização do Conselho de Administração, foi aplicado um questionário e respetivo consentimento livre e esclarecido à equipa de enfermagem da UCINT, que respeita as considerações éticas relativas a um estudo desta natureza. O questionário pretendia validar se os enfermeiros consideravam este projeto pertinente e perceber quais as suas qualificações técnico-científicas na prestação de cuidados em urgência e emergência (essenciais durante o TIH). Obtivemos 100 % de respostas bem como parecer positivo de toda a equipa de enfermagem relativamente à pertinência do tema e à implementação do projeto. Confirmámos a existência de necessidades de formação, que já tinham sido enaltecidas em entrevistas não estruturadas com os enfermeiros.

A implementação do projeto sobre o TIH destinava-se a uma população específica e envolve muitos profissionais, pelo que o seu sucesso poderia estar em causa. Na tentativa de garantir a fiabilidade do projeto, foi aplicada a Metodologia de Análise do Tipo e Efeito de Falhas (FMEA) para analisar todo o processo de diagnóstico de situação, com o objetivo de diminuir as hipóteses de falha durante o percurso e procurar aumentar a confiabilidade da prestação do serviço através da implementação de medidas corretivas. Consideramos que a sua utilização foi eficaz.

Para a elaboração do PIS, identificámos os seguintes problemas parcelares:

- Inexistência de uma Norma de Procedimento para o Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico;
- Inexistência de *check-list* com informação clínica do Doente;
- Inexistência de *check-list* de material de uso clínico e terapêutica, que deve de constar na mala de transporte;
- Falta de formação de suporte básico/ imediato/ avançado de vida para cerca de 30% da equipa de enfermagem.

Como tal, definimos o objetivo geral do PIS “Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados ao doente com patologia cardíaca em estado crítico durante o transporte inter-hospitalar” e estipulámos também os objetivos específicos:

- 1- Criar uma norma de procedimento sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico;
- 2 - Elaborar uma *check-list* sobre a informação clínica do doente, que deve acompanhar o doente durante o transporte inter-hospitalar;
- 3 - Elaborar uma *check-list* de material de uso clínico e terapêutica, que deve de constar na mala de transporte;
- 4 - Promover formação/ treino da equipa de enfermagem da UCINT sobre o SBV, SIV e (se possível) SAV.

## PLANEAMENTO

Durante o estágio II, foram planeadas várias atividades e definidos critérios de avaliação no sentido de dar resposta aos objetivos específicos – criação de cronograma de atividades.

O cronograma foi planeado para o período de tempo correspondente aos três estágios (I, II e III) e teve em conta todos os objetivos específicos e as atividades/ estratégias propostas para cada um deles.

## EXECUÇÃO

Na fase da execução, procedemos à materialização do planeado, tendo como produto final a norma de procedimento sobre o TIH (objetivo específico 1) e as check-list's sobre informação clínica do doente (objetivo específico 2) e terapêutica e material de consumo clínico (objetivo específico 3) que devem constar na mala de transporte.

Estes documentos foram elaborados tendo como alicerce elevados níveis de evidência científica (através de pesquisa em bases de dados e consulta em guidelines internacionais na área do transporte do doente crítico) e através de contributos dos pares e das Sras. Enfermeiras Orientadoras do Projeto.

Durante a fase da execução, deparámo-nos com impedimentos institucionais e socioeconómicos que impediram a realização de formação sobre o suporte básico, imediato e avançado de vida no hospital – objetivo específico 4. No entanto, e tendo em conta os resultados do PIS, consideramos que tal constrangimento não constituiu entrave ao objetivo geral.

Consideramos que esta fase foi a mais trabalhosa, mas também a mais interessante e gratificante, pois fomentou um bom processo de pesquisa, experimentação, descoberta e, conseqüentemente, a potencialização das diversas competências (Nogueira, 2005).

## AVALIAÇÃO

Através da avaliação, validámos a consecução dos objetivos planeados inicialmente. A avaliação é um processo dinâmico e, por isso, passível de alterar (Ruivo *et al*, 2010).

Apesar de o objetivo específico n.º 4 não ter sido concluído e tendo em conta que não constituiu obstáculo ao objetivo geral, consideramos que o mesmo teve resposta positiva, pois sensibilizou a equipa de enfermagem a tornar-se mais proactiva na aquisição de conhecimentos de forma autónoma.

A avaliação do projeto sustenta-se nos documentos elaborados para o efeito (norma de procedimento sobre o TIH e check-list's sobre informação clínica do doente e terapêutica e material de consumo clínico que deve constar na mala de transporte), nos resultados do questionário preenchido pelos colegas, dos contributos e sugestões dos colegas para integrar no projeto tendo em conta a especificidade do tema e critérios de prevenção e controlo de infeção e segurança do doente.

Enquanto promotoras deste projeto, consideramos ter tido ganhos pessoais e profissionais consideráveis com a elaboração do mesmo e acreditamos que os pares e, sobretudo, os doentes/ família são os principais beneficiários deste projeto (OE, 2006).

## DIVULGAÇÃO

A divulgação constitui um dever ético do investigador.

A divulgação de um projeto é o culminar da metodologia de projeto. Acreditamos que a implementação e divulgação de um projeto como meio de resolução de um problema tem um papel fundamental no desenvolvimento profissional do enfermeiro e, conseqüentemente, na melhoria da prestação de cuidados (Ruivo *et al*, 2010).

A investigação em enfermagem é essencial para o desenvolvimento contínuo da profissão e para a tomada de decisões adequadas, pois contribui para alcançar e aperfeiçoar competências que possibilitam fundamentar a prática e promover uma maior visibilidade social da profissão (Martins, 2008).

A norma de procedimento sobre o TIH e os documentos inclusos ficaram disponíveis na intranet do hospital, acessível a todos os profissionais de saúde, assim que seja homologação pelo Conselho de Administração do *Hospital Coração*.

Confirmamos assim o espírito investigador e pensamento crítico patente ao longo deste projeto, tal como recomendado pela OE (2006).

## CONCLUSÃO

O papel ativo dos enfermeiros no seio das equipas assume especial atenção pois “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (OE, 2012, 6).

Consideramos que o PIS desenvolvido foi um contributo importante na melhoria contínua da qualidade, no qual os enfermeiros vestem um papel fundamental em função da excelência do exercício profissional e do benefício do doente/família.

A construção deste PIS permitiu-nos desenvolver aprendizagens profissionais, adquirir conhecimentos e competências importantes no nosso campo de ação.

Apraz-nos referir que o caráter teórico-prático do projeto constituiu uma mais-valia não só para o nosso percurso profissional, mas também para os ganhos em saúde e melhoria dos cuidados de saúde para o doente/ família através da implementação do PIS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS e LEGAIS

Cunha, Madalena (2000, novembro). Atuação do enfermeiro no transporte do doente politraumatizado, *Revista Sinais Vitais*, 33, pp.42-47.

DGS (2004). *Carta dos direitos e deveres dos doentes*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>.

Entidade Reguladora da Saúde [ERS] (2007). *Estudo e avaliação do sector do*

*transporte terrestre de doentes*. Porto: Autor. Disponível em:

[https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/108/200731583312842202\\_original\\_rel.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/108/200731583312842202_original_rel.pdf)

Martins, José Carlos Amado (2008). *Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. *Pensar Enfermagem*, vol. 12, nº 2.

Nogueira, Nilbo Ribeiro (2005). *Pedagogia dos Projectos. Etapas, papéis e atores* (1ª ed.). São Paulo: Editora Erica. ISBN:85-365-0078-6.

Nunes, Fernando (2009, 25 de julho). Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico. *Revista Nursing*, 246, pp. 22-26. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/3526-tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico#.VK4uAyusVJI>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2006). *Investigação em Enfermagem – Tomada de posição* (pp. 1-4) Lisboa: OE. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadas\\_posicao/Documents/TomadaPosicao\\_26\\_Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadas_posicao/Documents/TomadaPosicao_26_Abr2006.pdf)

OE (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Concetual, Enunciados Descritivos – Divulgar*. Lisboa: Autor. Publicado em 2002, Revisto em 2012. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Portaria n.º 1147/2001 de 28 de fevereiro. *Diário da República n.º 226 – I Série B*. Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Lisboa.

Ruivo, Alice; *Et al* (2010). *Revista Percursos*, 15.  
Disponível em:

[http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] & Ordem dos Médicos [OM] (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.  
Disponível em:  
[http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf)

---

<sup>1</sup> Estudante n.º 110519013 do 2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS).

<sup>2</sup> Orientadora: Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Professora na ESS/IPS.

Sines, dezembro de 2014

## **Apêndice 13**

Ficha de Planeamento do Projeto de Aprendizagem Clínica/ Projeto de  
Aquisição de Competências



2º Mestrado em Enfermagem

Planeamento do Projeto de Aprendizagem Clínica

Estudante: Joana Filipa da Silva Coelho	Orientador: Enfermeira MJG	Docente Orientador: Professora EM
Instituição: Hospital Coração (HC)	Serviço: Unidade Cuidados Intermediários (UCINT)	
Título do Projeto: Projeto de Aprendizagem Clínica/Aquisição de Competências		
Objetivos:		
<b>OBJECTIVO GERAL</b>		
Adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica e em pessoa em situação crónica e paliativa.		
<b>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS</b>		
1 – Dotar a equipa de enfermagem da UCINT de conhecimentos sobre o manuseamento de extintores (categoria B);		
2 – Realizar formação em serviço aos enfermeiros da UCINT sobre cuidados de enfermagem a ter na prevenção da infeção associada ao cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;		
3 – Elaborar dossier temático sobre cuidados a ter com o doente crónico (e/ ou paliativo) com necessidade de ventilação não invasiva;		
4 – Elaborar folheto informativo sobre cuidados a ter com a pessoa com doença crónica e/ ou paliativa com necessidade de administração de ventilação não invasiva no domicílio, destinado ao familiar significativo ou cuidador informal.		
<b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b>		
Enfermeira Orientadora – MJG		
Enfermeira Responsável da Unidade de Cuidados Intermediários – VS		
Enfermeira Responsável pelo Núcleo de Formação do HC – DC		
Enfermeira Responsável pela Comissão de Controlo de Infeção (CCI) – RC		
Coordenador de Segurança do HC – RF		

2º Mestrado em Enfermagem



Objectivos Específicos	Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>1 – Dotar a equipa de enfermagem da UCINT de conhecimentos sobre o manuseamento de extintores (categoria B);</p>	<p>1.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre situações de catástrofe e/ou emergência multi vítima em meio intra-hospitalar, nomeadamente, sobre o plano de emergência interno (PEI) em vigor e sobre manuseamento de extintores (categoria B) em caso de incêndio;</p> <p>1.2- Elaboração de um poster sobre o manuseamento de extintores de categoria B;</p> <p>1.3- Apresentação do poster à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT, ao Delegado de Segurança e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;</p> <p>1.4- Apresentação do folheto à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT e Professora Orientadora, para recolha de sugestões;</p>	<p>- Enf.ª Orientadora</p> <p>- Enf.ª Responsável da UCINT</p> <p>- Coordenador de Segurança do HC</p>	<p>Computador</p> <p>Internet</p> <p>Biblioteca</p> <p>Papel</p> <p>Caneta</p>	<p>Ver Cronograma</p>	<p>- Poster sobre manuseamento de extintores de categoria B disponível para apreciação/ aprovação pelo CA;</p>
<p>2 – Realizar formação em serviço aos enfermeiros da UCINT sobre cuidados de enfermagem a ter com o cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;</p>	<p>1.5- Realização de alterações, consoante sugestões (pontos 1.3 e 1.4).</p> <p>2.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;</p> <p>2.2- Elaboração de diapositivos para formação em serviço sobre cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;</p> <p>2.3- Marcação de data para a sessão de formação, em consonância com a Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT, Enfermeira Responsável CCI e Professora Orientadora;</p> <p>2.4- Elaboração de plano de sessão de formação;</p> <p>2.5- Elaboração de poster de divulgação da sessão de formação;</p> <p>2.6- Apresentação dos documentos (e data) referidos nos pontos 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5 à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT, à Enfermeira Responsável pela CCI e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;</p> <p>2.7- Realização de alterações, caso seja necessário, consoante sugestões (ponto anterior);</p> <p>2.8- Realização da formação em serviço;</p>	<p>- Enf.ª Orientadora</p> <p>- Enf.ª Responsável da UCINT</p> <p>-Enf.ª Responsável CCI</p>	<p>Computador</p> <p>Internet</p> <p>Biblioteca</p> <p>Papel</p> <p>Caneta</p>	<p>Ver Cronograma</p>	<p>- Diapositivos para a formação em serviço;</p> <p>- Planos de Sessão de Formação em serviço;</p> <p>- Poster informativo da sessão de formação em serviço;</p> <p>- Realização de formação em serviço sobre cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo, com pelo menos 2/3 da</p>

2º Mestrado em Enfermagem



<p>3 – Elaborar dossier temático sobre cuidados a ter com o doente crónico ou paliativo com necessidade de ventilação mecânica não invasiva;</p>	<p>2.9- Avaliação da formação em serviço.</p> <p>3.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados ao doente crónico e/ ou paliativo e ventilação mecânica não-invasiva;</p> <p>3.2- Seleção de documentos;</p> <p>3.3- Elaboração de dossier temático sobre «Ventilação Não-Invasiva no Doente Crónico/ Paliativo»;</p> <p>3.4- Organização de documentos no dossier;</p> <p>3.5- Apresentação do dossier à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT e Professora Orientadora, para recolher sugestões;</p> <p>3.6- Realização de alterações consoante sugestões (ponto anterior);</p> <p>3.7- Apresentação informal do dossier «Ventilação Não-Invasiva no Doente Crónico/ Paliativo» à equipa de enfermagem da UCINT, reforçando que o mesmo pode (e deve) ser atualizado consecutivamente por toda a equipa de enfermagem da UCINT.</p>	<p>- Enf.ª Orientadora</p> <p>- Enf.ª Responsável da UCINT</p>	<p>Computador</p> <p>Internet</p> <p>Biblioteca</p> <p>Papel</p> <p>Caneta</p>	<p>Ver Cronograma</p>	<p>equipa de enfermagem da UCINT presente.</p> <p>- Dossier temático sobre «Ventilação Não-Invasiva no Doente Crónico/ Paliativo»</p>
<p>4 – Elaborar folheto informativo sobre cuidados a ter com a pessoa com doença crónica ou paliativa com necessidade de administração de ventilação mecânica não invasiva no domicílio, para fornecer ao familiar significativo ou cuidador informal, como forma de estabelecer relação terapêutica.</p>	<p>4.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados a ter com pessoa com doença crónica/ paliativa que necessita de administração de ventilação não-invasiva no domicílio, por parte do cuidador informal/ familiar significativo;</p> <p>4.2- Construção de folheto sobre o tema supracitado;</p> <p>4.3- Apresentação do folheto à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT e Professora Orientadora, para recolha de sugestões;</p> <p>4.4- Apresentação do folheto à equipa de enfermagem da UCINT para recolha de apreciações e contributos;</p> <p>4.5- Realização de alterações consoante sugestões (pontos 4.3 e 4.4);</p> <p>4.6- Apresentação de folheto final;</p> <p>4.7- Formalização do pedido de autorização para implementação do folheto sobre cuidados a ter com a pessoa com doença crónica/ paliativa com necessidade de administração de ventilação não invasiva no domicílio, por parte do cuidador informal/ familiar significativo.</p>	<p>- Enf.ª Orientadora</p> <p>- Enf.ª Responsável da UCINT</p>	<p>Computador</p> <p>Internet</p> <p>Biblioteca</p> <p>Papel</p> <p>Caneta</p>	<p>Ver Cronograma</p>	<p>- Folheto sobre cuidados a ter com a pessoa com doença crónica/ paliativa com necessidade de administração de ventilação não invasiva no domicílio, por parte do cuidador informal/ familiar significativo, disponível para apreciação pelo C.A.</p>

2º Mestrado em Enfermagem



Cronograma:		Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	
Objetivo	Atividades	12	12	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
1 – Colaborar na elaboração do plano de evacuação de doentes da UCINT (em caso de incêndio);	1.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre situações de catástrofe e/ou emergência multi vítima em meio intra-hospitalar, nomeadamente, plano de emergência interno (PEI);												
	1.2- Participação na construção do «Plano de Evacuação dos Doentes da UCINT» (PED-UCINT);												
	1.3- Apresentação do documento PED-UCINT à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT, ao Delegado de Segurança e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;												
	1.4- Realização de alterações, consoante sugestões (ponto anterior);												
	1.5- Elaboração de poster com diretrizes descritas no documento PED-UCINT;												
	1.6- Apresentação do poster (atividade 1.5) à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT, ao Delegado de Segurança e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;												
	1.7- Realização de alterações, caso necessário, consoante sugestões (ponto anterior);												
2 – Realizar formação em serviço aos enfermeiros da UCINT sobre cuidados de enfermagem a ter com o cateter venoso central totalmente implantado;	1.8- Formalização do pedido de autorização ao Conselho de Administração (CA) para implementação do documento PED-UCINT;												
	2.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;												
	2.2- Elaboração de diapositivos para formação em serviço sobre cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo;												
	2.3- Marcação de data para a sessão de formação, em consonância com a Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT, Enfermeira Responsável CCI e Professora Orientadora;												
	2.4- Elaboração de plano de sessão de formação;												
	2.5- Elaboração de poster de divulgação da sessão de formação;												
	2.6- Apresentação dos documentos (e data) referidos nos pontos 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5 à Enfermeira Orientadora, à Enfermeira Responsável da UCINT, à Enfermeira Responsável pela CCI e à Professora Orientadora, para recolher sugestões;												
	2.7- Realização de alterações, caso seja necessário, consoante sugestões (ponto anterior);												



2º Mestrado em Enfermagem

<p>3 – Elaborar dossier temático sobre cuidados a ter com o doente crónico ou paliativo com necessidade de ventilação mecânica não invasiva;</p>	<p>2.8- Realização da formação em serviço;                  2.9- Avaliação da formação em serviço.                  3.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados ao doente crónico e/ou paliativo e ventilação mecânica não-invasiva;                  3.2- Seleção de documentos;                  3.3- Elaboração de dossier temático sobre «Ventilação Não-Invasiva no Doente Crónico/ Paliativo»;                  3.4- Organização de documentos no dossier;                  3.5- Apresentação do dossier à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT e Professora Orientadora, para recolher sugestões;                  3.6- Realização de alterações consoante sugestões (ponto anterior);                  3.7- Formalizar pedido de autorização ao CA para implementação do dossier temático;                  3.7- Apresentação do dossier «Ventilação Não-Invasiva no Doente Crónico/ Paliativo» à equipa de enfermagem da UCINT, reforçando que o mesmo pode (e deve) ser atualizado consecutivamente por toda a equipa de enfermagem da UCINT.</p>	
<p>4 – Elaborar folheto informativo sobre cuidados a ter com a pessoa com doença crónica ou paliativa com necessidade de administração de ventilação mecânica não invasiva no domicílio, destinado ao familiar significativo ou</p>	<p>4.1- Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados a ter com pessoa com doença crónica/ paliativa que necessita de administração de ventilação não-invasiva no domicílio, por parte do cuidador informal/ familiar significativo;                  4.2- Construção de folheto sobre o tema supracitado;                  4.3- Apresentação do folheto à Enfermeira Orientadora, Enfermeira Responsável da UCINT e Professora Orientadora, para recolha de sugestões;                  4.4- Apresentação do folheto à equipa de enfermagem da UCINT para recolha de apreciações e contributos;                  4.5- Realização de alterações consoante sugestões (pontos 4.3 e 4.4);                  4.6- Apresentação de folheto final;                  4.7- Formalização do pedido de autorização para implementação do folheto sobre cuidados a ter com a pessoa com doença crónica/ paliativa com necessidade de administração de ventilação não invasiva no domicílio, por parte do cuidador informal/ familiar significativo.</p>	<p style="text-align: center;">PAUSA LETIVA</p>





## 2º Mestrado em Enfermagem

Tendo em conta a situação socioeconómica vigente na unidade hospitalar onde pretendemos realizar os objetivos propostos para o PAC, temos consciência de que os gastos com impressões são acrescidos, contudo são importantes. O produto destas impressões é uma mais-valia para a melhoria contínua da prestação de cuidados de qualidade, enaltecendo a preocupação dos enfermeiros em garantir a promoção da saúde e prevenção das complicações na doença, bem como cuidados a ter em situação de catástrofe em ambiente hospitalar. Assim, defendemos a impressão dos documentos supracitados como essencial não só à consecução dos objetivos propostos, mas também importante para o alvo dos cuidados de enfermagem: a Pessoa.

Data: 08/04/2013

Assinatura: Joana Coelho

## **Apêndice 14**

*Poster: Manuseamento de Extintores de Pó Químico (categoria B)*



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 UC Médico-Cirúrgica III – Estágio III

COELHO, Joana (Estudante n.º 110519013)  
 Orientada por: MONTEIRO, Elsa; GONÇALVES, M<sup>ª</sup> Jesus



## MANUSEAMENTO DE EXTINTORES DE PÓ QUÍMICO

### OBJETIVOS:

- Reconhecer o extintor adequado de acordo com a classe de fogo;
- Manusear corretamente o extintor.

Classes de Fogos segundo NP EN 2:1993		Agentes Extintores							Substitutos dos Halons
		Água		Espumas	CO <sub>2</sub>	Pó químico			
		Jato	Pulverizada			ABC	BC	D	
A – Materiais secos.	Madeira, carvão, tecidos, papel, lixo...	Sim Bom	Sim Muito Bom	Sim Bom	Não	Sim Muito Bom	Não	Não	Sim Aceitável
B - Combustão de líquidos ou sólidos liquidificáveis	Gasolina, gásóleo, óleos, álcool,, cera, pomadas, alcatrão, plástico...	Não	Sim Aceitável	Sim Muito Bom	Sim Bom	Sim Muito Bom	Sim Muito Bom	Não	Sim Bom
C - Gases	Butano, gás natural, metano, propano, acetileno...	Não	Não	Não	Sim Bom	Sim Bom	Sim Bom	Não	Sim Bom
D - Metais	Alumínio, urânio, sódio, potássio, magnésio, titânio	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim Muito Bom	Não

Tabela 1 – Relação entre classes de fogos e agentes extintores.

### ATIVAÇÃO E MANUSEAMENTO DE UM EXTINTOR



Fig.1 – Retirar a cavilha de segurança.

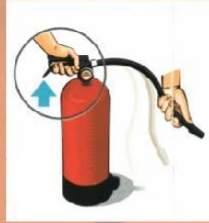


Fig.2 – Pressionar o manipulador para efetuar uma pequena descarga de teste para o chão.



Fig.3 – Apontar para a base do fogo e pressionar o manipulador para extinguir o fogo

### CUIDADOS GERAIS A TER NO MANUSEAMENTO DE UM EXTINTOR

- Dirija sempre o agente extintor para a base das chamas.
- Se estiver ao ar livre, combata o incêndio a favor do vento.
- Se o incêndio se situar junto a uma saída de gás inflamável, deve posicionar-se à retaguarda e apontar o agente extintor a 45º ou 90º.
- Nunca utilize água sobre aparelhos sob tensão elétrica.

### RÓTULO DO EXTINTOR

**EXTINTOR DE INCÊNDIO**  
 12 kg HÓLALO  
 55 A 233 B C

**Área 1**

- 1 TIRAR A CAVILHA DE SEGURANÇA
- 2 PERCUTIR A VALVULA
- 3 APERTAR A ALAVANCA

**Área 2**

**Área 3**

**PRECAUÇÃO**  
 Recarregar após utilização. Verificar o peso da garrafa de gás anualmente. Utilizar produtos e peças de substituição de acordo com o modelo homologado.

**Área 4**

Agente extintor: 12 kg de pó ABC  
 Propulsor: 225g de CO<sub>2</sub>  
 Temperaturas Limites: -20° C + 80° C

**Área 5**

RESPONSÁVEL:

•GUERRA, António Matos; COELHO, José Augusto; LEITÃO, Ruben Elvas (2006). Fenomenologia da combustão e extintores (vol VII). Coleção: Manual de Formação Inicial do Bombeiro. Sintra: Escola Nacional de Bombeiros. ISBN 972-8792-23-9.  
 • NP EN 2:1993

## **Apêndice 15**

Plano de Sessão, Diapositivos da Formação em Serviço e Teste de aquisição de conhecimentos sobre «Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção»

## Plano de Sessão

### PLANO DE SESSÃO



**Projeto de Aquisição de Competências (PAC):** Aquisição de uma competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica: “(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*” (Regulamento 124/2011 – D.R. 2ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011, p.8656).

**Tema da Formação:** Cateter Venoso Central totalmente implantado com reservatório subcutâneo – Cuidados de enfermagem na prevenção da infeção

**Destinatários:** Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios (do Hospital Coração)

**Objetivo Geral:**

- ✓ Dotar a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios de conhecimentos e recomendações que lhes permitam prevenir a infeção associada ao cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo.

**Objetivos específicos:**

- ✓ Uniformizar procedimentos e práticas referentes à cateterização venosa central totalmente implantada com reservatório subcutâneo;
- ✓ Prevenir, reduzir complicações infecciosas associadas ao uso de cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo.

Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Materiais e Equipamentos	Atividades Didáticas	Tempos Previstos	Avaliação da Aprendizagem
Introdução	---	Expositivo Ativo	Papel (teste)/ Caneta	- Apresentação dos Formandos e Formadora; - Averiguação de pré-adquiridos com teste teórico.	5 min 10 min	---

Trabalho realizado por Joana Coelho  
 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 Outubro de 2013



## PLANO DE SESSÃO

Desenvolvimento	<p>1. Definição</p> <p>2. Indicações</p> <p>3. Prevenção por níveis de intervenção de enfermagem</p> <p>1 – Seleção do tipo de agulha para puncionar o CVC-SC;</p> <p>2 – Seleção do local de inserção da agulha;</p> <p>3 – Desinfecção cutânea prévia à inserção da agulha e técnica asséptica;</p> <p>4 – Inserção da agulha;</p> <p>5 – Manutenção do cateter e do local de inserção da agulha;</p> <p>6 – Substituição da agulha;</p> <p>7 – Heparinização/ remoção da agulha.</p>	Expositivo Demonstrativo Interrogativo Ativo	Data show/ Computador/ Apresentação de diapositivos sobre o tema	<p>- Exposição dos conteúdos programáticos 1., 2. e 3.;</p> <p>- Exposição de material necessário à punção e manutenção do cateter venoso totalmente implantado;</p>	30	Contínua/ Formativa
Conclusão	---	Interrogativo Ativo	Papel (teste)/ Caneta	<p>- Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>- Teste teórico igual ao inicial para averiguação de conhecimentos adquiridos durante a ação de formação.</p>	15 min.	Contínua/ Formativa

Trabalho realizado por Joana Coelho  
 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
 Outubro de 2013

## Diapositivos da Formação em Serviço

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo

Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção



2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
UC Médico-Cirúrgica III – Estágio III

Trabalho elaborado por Joana Coelho  
N.º de estudante: 110519013

Enfermeira Orientadora Maria de Jesus Gonçalves  
Professora Orientadora Elsa Monteiro

Maio de 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

### OBJETIVOS

- ✓ Uniformizar procedimentos e práticas referentes à cateterização venosa central totalmente implantada com reservatório subcutâneo;
- ✓ Prevenir, reduzir complicações infecciosas associadas ao uso de cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo.

Joana Coelho

2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

### SUMÁRIO

- Definição;
- Indicações;
- Vantagens/ Desvantagens;
- Prevenção por níveis de intervenção de enfermagem.

Joana Coelho

2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

### DEFINIÇÃO

É um cateter venoso central fabricado em silicone ou poliuretano com um reservatório subcutâneo em titânio ou outro material, com uma membrana ou diafragma em silicone por onde se insere a agulha.<sup>3,4,11</sup>

É conhecido como *Implantofix*®, sendo esta denominação uma marca comercial da B. Braun Melsungen AG.<sup>11</sup>

Denominação utilizada nesta apresentação: CVC-SC.

Joana Coelho

2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Figuras 1, 2 e 3 – Exemplos de CVC-SC

Joana Coelho

2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção



Figura 4 – Colocação de CVC-SC – pequena cirurgia.



Figura 5 – Radiografia de um CVC-SC para verificar correta colocação.



Figura 6 – Cliente com CVC-SC.

Joana Coelho

2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

### INDICAÇÕES<sup>5,6,8</sup>

☑ Situações em que há necessidade de acesso prolongado ou definitivo ao sistema vascular:<sup>3,4,9</sup>

- Quimioterapia;
- Hemodiálise;
- Hemoterapia;
- Alimentação parental prolongada;
- Colheitas regulares de sangue para análises.

Joana Coelho 2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

### Tabela 1 – Vantagens e Desvantagens do CVS-SC<sup>3,4,5,8,9</sup>

Vantagens	Desvantagens
↓ Taxa de infeção, formação de trombos e oclusão;	Exige realização de pequena cirurgia;
Menos manutenção, mais duração (até 1020 dias);	+ custos do que acesso venoso periférico;
Fácil manuseamento pelos Profissionais de Saúde;	Exige punção percutânea do reservatório;
Não necessita de penso, quando está heparinizado;	Possíveis complicações
Evita punções dos membros;	
+ cómodo e prático para o doente	

Joana Coelho 2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

## Complicação mais comum: PREVENÇÃO

Joana Coelho 2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

### PREVENÇÃO POR NÍVEIS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

- 1 – Seleção do tipo de agulha para punccionar o CVC-SC;
- 2 – Seleção do local de inserção da agulha;
- 3 – Desinfecção cutânea prévia à inserção da agulha e técnica asséptica;
- 4 – Inserção da agulha;
- 5 – Manutenção do cateter e do local de inserção da agulha;
- 6 – Substituição da agulha;
- 7 – Heparinização/ remoção da agulha.

Joana Coelho 2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

### PREVENÇÃO POR NÍVEIS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 1 – Seleção do tipo de cateter para punccionar o CVC-SC<sup>3,7,12</sup>

O cateter mais adequado para a punção do CVC-SC é a *Agulha de Huber*.

Nesta instituição utilizamos *Gripper® Agulha sem núcleo*.

A sua agulha tem 0.9 mm de espessura e 25 mm de comprimento.

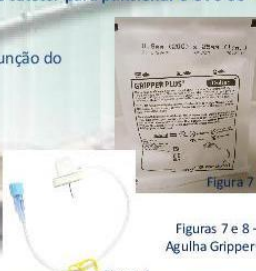


Figura 7  
Figuras 7 e 8 – Agulha Gripper®.

Joana Coelho 2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

### PREVENÇÃO POR NÍVEIS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

#### 2 – Seleção do local de inserção da agulha<sup>3,4,7,10,12</sup>

- Observar e palpar o reservatório subcutâneo para despistar sinais inflamatórios e avaliar integridade cutânea;<sup>4</sup>
- Delimitar o reservatório entre o polegar e o indicador da mão esquerda – visualizar a área do reservatório SC.



Figura 9 – CVC-SC sem sinais inflamatórios e com integridade cutânea

Joana Coelho 2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central

**MATERIAL (Punção do CVC-SC)**<sup>3,13</sup>

- Agulha de Huber
- Máscara cirúrgica
- Luvas esterilizadas
- Compressas esterilizadas
- 2 Seringas de 10ml
- Soro Fisiológico (SF 0,9%)
- Solução cloro-hexidina, incolor
- Agulha de diluição
- Contendor de picantes
- Adesivo hipalérgico
- Material de infusão de terapêutica endovenosa

\*Heparina Sódica a 1%

Joana Coelho

2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

PREVENÇÃO POR NÍVEIS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

**4 – Inserção da agulha**<sup>3,7,10</sup>

- ✓ Delimitar o reservatório do CVC-SC com o polegar e indicador esquerdos;
- ✓ Segurar a agulha de Huber com a mão direita;
- ✓ Puncionar o reservatório no local escolhido;
- ✓ Em caso de administração de terapêutica, aspirar 8 a 10 ml (heparina);
- ✓ Lavar o cateter com 10 ml SF 0,9% antes de administrar terapêutica.

**TÉCNICA ASSÉTICA**

Figura 10 – Inserção da agulha de Huber.

Joana Coelho

2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

PREVENÇÃO POR NÍVEIS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

**5 – Manutenção do cateter e do local de inserção da agulha**<sup>3,4,7,10</sup>

- Após punção do CVC-SC para administração de terapêutica e/ ou soroterapia, a agulha deve ficar protegida com penso simples, realizado com técnica assética (compressas esterilizadas e adesivo hipalérgico);<sup>2</sup>
- O **penso de proteção** da agulha de Huber deve ser feito **72/ 72 horas** ou quando molhado.<sup>2</sup>
- Os sistemas de soros devem ser substituídos de acordo com o protocolo do serviço. Neste hospital: **72/ 72 horas.**<sup>2</sup>

Joana Coelho

2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

PREVENÇÃO POR NÍVEIS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

**5 – Manutenção do cateter e do local de inserção da agulha (continuação)**<sup>2,3,7,10</sup>

- Controlador de fluxo;
- CVC-SC → Soroterapia;
- Verificar permeabilidade do CVC-SC;
- Realizar colheita de sangue pelo CVC-SC apenas se estritamente necessário.

Figura 11 – Administração de medicação.

Joana Coelho

2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

PREVENÇÃO POR NÍVEIS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

**6 – Substituição da agulha**<sup>3,4,7,10</sup>

- A agulha de Huber deve ser trocada de semanalmente (7/7 dias), caso se mantenha a necessidade de administrar terapêutica ou soroterapia;
- Para retirar a agulha de Huber, utilize o mesmo procedimento da inserção;
- A punção deve ser realizada em qualquer ponto do reservatório, mas diferente do local anterior.

**TÉCNICA ASSÉTICA**

Joana Coelho

2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

PREVENÇÃO POR NÍVEIS DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

**7 – Heparinização/ Remoção da agulha**<sup>3,4,7,10</sup>

- Quando o CVC-SC deixa de ser necessário, a agulha de Huber deve ser removida. Mas antes, é preciso heparinizar.
- A prática neste hospital (de acordo com evidência científica):  
 0,5 ml Heparina sódica 1% + 4,5 ml de soro fisiológico
- A heparinização do CVC-SC deve acontecer de 8/ 8 semanas (manutenção);
- Penso simples realizado com técnica assética. Retirar o penso...

**TÉCNICA ASSÉTICA**

Joana Coelho

2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Associação Médica do Litoral Alentejano, Boletim Informativo, nº1:9-11, Dezembro, 2005;
- 2- Campos, A. et al. Manual de Normas e Procedimentos Técnicos em Enfermagem. Ministério da Saúde; IGIF; Lisboa, 2001;
- 3- Franco, C.; Tinoco, P. PROTOCOLO DE USO Y MANTENIMIENTO DEL RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO: Enfermería global, 2008; 3;
- 4- Juniors, M, Melo, P. Infeções em cateteres venosos centrais de longa permanência: revisão da literatura. J Vasc Bras; 2010;9;
- 5- Marcy, P. Central venous access: techniques and indications in oncology. European Society of Radiology, 2008, 18;
- 6- McNulty, N; Perrich, K. Implantable Subcutaneous Venous Access Devices: Is Port Fixation Necessary? A Review of 534 Cases. Cardiovasc Intervent Radiol; 2010; 33;
- 7- Norma de Procedimento Administração de medicação por cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo. ULSA, Maio 2013;

Joana Coelho 2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 8- Ohno, H; Oguma, H. The duration of functioning of a subcutaneous implantable port for the treatment of hematological tumors: a single institution-based study; Int J Clin Oncol; 2010; 15;
- 9- Otero, J.; Lopes, D; Suarez, L. Sistema de acesso subcutâneo vascular central permanente com reservatório em pacientes oncológicos: complicações cirúrgicas. Rev. Cubana Cir; 2007; 46, 3;
- 10- Pauche-Travenet, A. et al; Cuidados de Enfermagem, Fichas Técnicas; 3ª Edição, Lusociência, 2003;
- 11- Silva, E. Profissionais de Saúde, cateteres com reservatório e seus biomateriais; Dissertação para obtenção de grau de mestrado; Universidade de Aveiro, 2007;
- 12- Vasques, C; Reis, P. Manejo do cateter venoso central totalmente implantado em pacientes oncológicos: revisão integrativa; Acta Paula Enfermagem; 2009; 22, 5;
- 13- Gregoric, A et al – Cartilha de proteção respiratória contra agentes biológicos para trabalhadores de saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009;

Joana Coelho 2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção



Há dúvidas?

Joana Coelho 2º MEMC – Estágio III – 2013

Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo – Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção



Obrigado pela vossa Atenção!!

Joana Coelho 2º MEMC – Estágio III – 2013

## Teste de aquisição de conhecimentos



FORMAÇÃO EM SERVIÇO - UCINT

### Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório Subcutâneo - Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção

#### TESTE 1 – AVERIGUAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Marque com **X** a opção mais correta.

Leia com atenção antes de responder.

1. O cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo é...
  - a) colocado para utilização única;
  - b) fabricado em silicone ou poliuretano com um reservatório subcutâneo em titânio ou outro material;
  - c) fabricado com latex com reservatório subcutâneo em titânio ou outro material;
  - d) colocado somente para administração de quimioterapia.
2. Três vantagens do cateter venoso central totalmente implantado são...
  - a) Fácil manuseamento pelos profissionais de saúde, dispensa punção venosa dos membros, mais cómodo e prático para o doente;
  - b) Fácil manuseamento pelos profissionais de saúde, são precisas três punções para a correta adaptação, não necessita de penso quando está heparinizado;
  - c) Precisa de penso sempre, técnica assética, acesso exclusivo para a colheita de sangue;
  - d) Precisa de penso, técnica assética, acesso exclusivo para administração de soros.
3. Qual o tipo de agulha mais adequada para puncionar um cateter venoso central totalmente implantado?
  - a) Agulha subcutânea;
  - b) Agulha subcutânea devidamente dobrada, para se adaptar melhor;
  - c) Agulha endovenosa, tamanho 18 G;
  - d) Agulha de Huber.
4. A punção do cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo deve ser realizada com...

Trabalho realizado por Joana Coelho  
2º Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
Outubro de 2013



FORMAÇÃO EM SERVIÇO - UCINT

**Cateter Venoso Central Totalmente Implantado com Reservatório  
Subcutâneo - Cuidados de Enfermagem na Prevenção da Infecção**

- a) técnica asséptica;
  - b) técnica limpa;
  - c) a agulha num ângulo de 45°;
  - d) após higienização das mãos.
5. Algum material necessário à punção do cateter venoso central com reservatório subcutâneo:
- a) Luvas de uso hospitalar, compressas esterilizadas, solução cutânea alcoólica de cloro-hexidina 2% corada;
  - b) Luvas esterilizadas, compressas esterilizadas, agulha endovenosa e de calibre à escolha do profissional, adesivo transparente;
  - c) Luvas esterilizadas, compressas esterilizadas, máscara cirúrgica, solução cutânea alcoólica de cloro-hexidina 2% corada;
  - d) Luvas esterilizadas, compressas de tamanho 15 x 15 cm, solução de iodopovidona.
6. Quando puncionado e com terapêutica/ soroterapia em curso, o cateter venoso central com reservatório subcutâneo deve estar protegido por penso simples. Este penso deve ser feito...
- a) de 48 em 48 horas;
  - b) semanalmente;
  - c) diariamente;
  - d) de 72 em 72 horas.
7. No caso do doente em ambulatório e, de momento, sem ciclo de quimioterapia em curso, a manutenção do cateter venoso central com reservatório subcutâneo (heparinização) deve ser realizada:
- a) De 10 em 10 semanas;
  - b) De 8 em 8 dias;
  - c) De 8 em 8 semanas;
  - d) De 4 em 4 semanas.

BOA SORTE!

Trabalho realizado por Joana Coelho  
2º Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica  
Outubro de 2013

## **Apêndice 16**

Capa do *Dossier* Temático «Cuidados a ter com o Doente Crónico na Ventilação Não Invasiva» e Sumário dos documentos incluídos



Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde

**DOSSIER TEMÁTICO**

**Cuidados a ter com o Doente  
Crónico na Ventilação Não  
Invasiva**

---

2.º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
UC Médico-Cirúrgica II – Módulo de Estágio III

Orientação: Professora Elsa Monteiro  
Elaboração: Joana Coelho, n.º 110519013

Setúbal, maio de 2013

## DOSSIER TEMÁTICO: CUIDADOS A TER COM O DOENTE CRÓNICO NA VENTILAÇÃO NÃO-INVASIVA

### SUMÁRIO

#### GUIDELINES

- Non-invasive ventilation in acute respiratory failure.  
British Thoracic Society (BTS) Standards of Care Committee (2002).  
Journal Thorax, 57; pp.192-211.
- Non-invasive ventilation in chronic obstructive pulmonary disease: management of acute type 2 respiratory failure.  
Royal College of Physicians (RCP), BTS, The Intensive Care Society (2008). Concise Guidance to Good Practice series, n.º11, pp. 1-11.  
ISBN: 978-1-86016-344-9.
- The Use of Non-invasive Ventilation in the management of patients with chronic obstructive pulmonary disease admitted to hospital with acute type II respiratory failure (with particular reference to bi-level positive pressure ventilation).  
BTS, RCP, The Intensive Care Society (2008). Pp. 1-45.

#### CIRCULARES E NORMAS DA DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS)

- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.  
Circular Normativa da DGS n.º 4/ DGCG de 17 de março de 2005.
- Orientações Técnicas sobre reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).  
Circular Informativa da DGS n.º 40A/DSPCD de 27 de outubro de 2009.
- Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia.  
Norma da DGS n.º 018/2011 atualizada a 12 de fevereiro de 2013.
- Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.  
Norma da DGS n.º 028/2011 atualizada a 10 de setembro de 2013.

#### ARTIGOS

- Evolution of Respiratory Ventilators.  
Buie, John (abril de 2010). Medical Dealer.com, 42-43.

▪ Ventilação Não Invasiva.

Magano, C., Reis, M.J., Guedes, P., Brito, R., Mourisco, S. (2007). *Sinais Vitais*, 72, 13-19.

▪ Complicações na Ventilação Mecânica Não Invasiva.

Mourisco, Silvino (2006). *Revista Nursing*, A. 16, n.º 214, 49-50.

▪ Adesão à ventilação não invasiva: perspetiva do doente e familiar cuidador.

Morais, A.J.P., Queirós, P.J.P. (2013). *Revista Referência*, III série, n.º 10, 7-14.

▪ Ventilação Não Invasiva na Insuficiência Respiratória Crónica.

Pinto, P., Bárbara, C. (2006). *Boletim do HPV*, vol. XIX, n.º 1, 41-43.

▪ Ventilação não invasiva (artigo de revisão).

Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., Taveira, N. (2009). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, vol. XV, n.º 4, pp. 655-667.

▪ Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias.

III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (2007). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, n.º 33, pp. 54-70.

▪ Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva.

III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (2007). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, n.º 33, pp. 92-105.

▪ Desmame e interrupção da ventilação mecânica.

III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (2007). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, n.º 33, pp. 128-136.

▪ Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica.

III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (2007). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, n.º 33, pp. 142-150.

## **Apêndice 17**

Folheto «Ventilação Não Invasiva no Domicílio – Recomendações ao  
Cuidador Informal: Cuidados ao Doente Crónico e/ ou Paliativo»

## Ventilação Não Invasiva no Domicílio

### Consentimento Informado

Tal como todos os procedimentos de saúde, a utilização da VNI deve ser sempre precedida de um **consentimento informado, livre e esclarecido**, no qual o doente e a sua família e/ou cuidador informal, expressam a sua vontade em receber este tratamento.



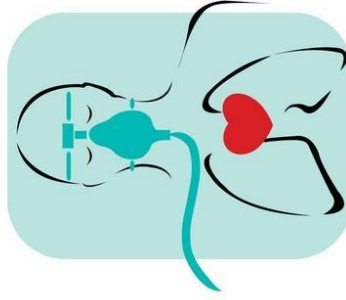
### Vantagens VNI no Domicílio

- ✓ Reduz número de internamentos;
- ✓ Promove independência nas atividades de vida diárias;
- ✓ Promove melhoria da dificuldade respiratória (dispneia);
- ✓ Promove um sono tranquilo;
- ✓ Promove melhoria da qualidade de vida.

### Recomendações ao Cuidador Informal

#### Cuidados ao Doente Crónico e/ou Paliativo

Material e Utilização da VNI



Elaborado por Joana Coelho

Orientado por:

Prof. Elsa Monteiro  
Enf. M. Jesus Gonçalves

2.º Mestrado em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica - Estágio III

2013

Setúbal, Junho de 2013

## Ventilação Não Invasiva no Domicílio

A ventilação não invasiva (VNI) consiste na aplicação de um **suporte ventilatório sem recorrer a métodos invasivos**, evitando desta forma as complicações associadas à entubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva.



### VNI em Cuidados Paliativos

No doente crónico ou paliativo, o uso de VNI deve ser ponderado quando se prevê que a causa da insuficiência respiratória seja reversível. Caso contrário, a sua utilização é desnecessária, tanto do ponto de vista clínico, como ético, deontológico e legal.

A grande maioria dos **doentes paliativos** refere desejo de não ser ventilado de modo invasivo, mas aceita a **VNI** como medida no **alívio da dificuldade respiratória**.

### Cuidados com a VNI no Domicílio

#### Antes de colocar VNI:

- Lave e seque o rosto da pessoa antes de colocar a máscara;
- Certifique-se que o material está adequado, íntegro, higienizado e seco. Se a máscara estiver danificada, solicite a sua substituição.



#### Após utilização da VNI:

- Desmonte a máscara e lave com água abundante (torneira), sabão neutro e uma escova ou pano macio, e enxague bem;
- Lave o arnés (ou toca) com água morna e sabão neutro, enxague bem;
- Deixe secar todas as peças ao ar, mas abrigadas do sol.

### Cuidados à Pele após utilização da VNI

- Lave a face com sabão neutro e água e enxugue bem;
- Se a pele estiver vermelha (rubor), aplique um creme hidratante;
- Reforce a ingestão de água.



### Utilização da VNI

- Assegure-se da correta colocação e ajuste da máscara e restante equipamento;
- Siga as instruções do fornecedor no manuseamento do material;
- Utilize o oxímetro durante a noite.

**Em caso de dúvida, contate a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermediários**