

**Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny**

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
ESPECIALIZADAS**

**A relevância do transporte intra-hospitalar seguro do  
doente crítico**

**Sílvia Camacho Ornelas**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem S.  
José de Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Funchal**

**2017**



**Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny**

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
ESPECIALIZADAS**

**A relevância do transporte intra-hospitalar seguro do  
doente crítico**

**Sílvia Camacho Ornelas**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Merícia Bettencourt**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem S.  
José de Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com  
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Funchal**

**2017**



*Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.*

**Marthin Luther King**



## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha família:

Ao meu Papá e à minha Mamã, que sempre me deram as ferramentas necessárias para hoje ser a pessoa e a enfermeira que sou, nutrindo-me sempre com princípios, valores e muito amor pela vida.

A ti, meu amor, por teres sido o primeiro a dizer que sim era possível e por manteres essa visão até ao último minuto, mesmo quando tudo parecia impossível de terminar bem.

Este trabalho também é vosso!

Com amor .... Sílvia!



## **AGRADECIMENTOS**

Não existe uma forma certa de agradecer, mas fazê-lo engrandece o coração de quem o faz e de quem recebe.

Agradeço à Escola Superior de Enfermagem São José Cluny, pelos anos de formação em conhecimentos e valores, pois desde que iniciei esta caminhada profissional, sempre foi a minha referência.

A alguém, a quem a palavra obrigada não será suficiente, terei que juntar gratidão, amizade e admiração por cada momento de orientação, perspicácia e partilha de conhecimento, sempre acreditando que no fim tudo vai dar certo! A minha querida Orientadora deste Relatório Professora Doutora Merícia Bettencourt.

Aos meus professores, tutores e colegas com quem tive o privilégio de cimentar conhecimentos e partilhar experiências.

À Dra. Joana Santos da biblioteca da ESESJC por toda a colaboração.

Aos amigos de longe e de perto que sempre mantiveram aquela palavra amiga.

Às amigas Prof<sup>ª</sup>. Cristina Santos e Prof<sup>ª</sup>. Olga Rocha pela ajuda imprescindível na correção e tradução.

Ao meu amigo Henrique Pereira, pelo seu altruísmo em ceder-me o seu computador;

Há minha querida Mónica Pimenta por ser exemplo de conhecimento, determinação e amizade, enquanto especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

A vocês que completam o trio das Mosqueteiras, Carolina Paulo e Élia Reis, por todos os momentos maravilhosos desta jornada, que não seria a mesma sem vocês! Adoro-vos Muito!

Não menos importante, àqueles que mais sentiram a minha falta... a minha querida família, pelos convívios que não fui, pelos jogos de futebol que não assisti, pelas férias que não tivemos juntos, pelos domingos de sofá que durante estes meses foram impossíveis....

Obrigada, Obrigada, mil vezes obrigada!

Ao meu marido, companheiro e amigo Élvio Vieira, simplesmente obrigada por existires na minha vida! Amo-te hoje e sempre!

Com amor

Sílvia



## RESUMO

**Introdução:** A enfermagem enquanto ciência e profissão, é uma das áreas fulcrais das Ciências da Saúde que aposta na formação diferenciada e específica, como forma de acompanhar a evolução dos tempos. A autoformação, numa determinada área, representa uma estratégia de relevo ao crescimento de competências profissionais do enfermeiro. Barbosa (2015) assume que a aquisição de competências promove o desenvolvimento de uma nova prática em enfermagem que conseqüentemente irá influenciar um processo de transformação no trabalho. Este relatório de estágio é a ferramenta que consolida o percurso de aquisição de competências em enfermagem num determinado saber especializado na presente situação, denominado de competências específicas à pessoa em situação crítica.

**Objetivo:** Tem como objetivo primordial descrever o percurso de aquisição de competências, tendo em conta o artigo 8º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros alterado e republicado pela Lei nº156/2015 de 16 de Setembro, bem como os Regulamentos de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem, mais especificamente à pessoa em situação crítica e o plano de estudos do curso de MEMC 2015/2017 **Metodologia.** Assim sendo, este relatório analítico- descritivo relata o processo de aquisição de competências, o qual inclui o percurso realizado nos estágios I,II e III; os contextos onde os mesmos se desenvolveram e a reflexão sobre as estratégias utilizadas. **Resultados:** Como enfermeira, num percurso de aquisição de competências especializadas, desenvolvi áreas de atuação própria com a aquisição de competências específicas de relevância tais como: cuidar da pessoa em falência orgânica ou doença crítica; gestão de situações de emergência e catástrofe, promoção e controle da infeção. Não descurando a especificidade, desenvolvi ainda outros domínios: como o da responsabilização ética e legal na tomada de decisão; a capacidade de liderança, promovendo ambientes de práticas de cuidados que respeitam a dignidade humana e profissional, apostando na promoção de programas que promovem a qualidade dos cuidados. Este processo culminou com a proposta na área do transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico, que a utilização de uma *check-list* de transporte, a qual vem sistematizar um pensamento fundamentado, criando uma metodologia de trabalho segura. **Conclusão:** ao culminar o processo de aquisição de competências, fica a estrutura de um pensamento crítico, baseado na evidência científica, fundamentado pela experiência, aquisição de aptidões e habilidades no cuidar à pessoa em situação crítica.

**Palavras-chave:** competências profissionais; competências específicas; pessoa em situação crítica, transporte intra-hospitalar seguro; *check list* de transporte.

## **ABSTRAT**

**Introduction:** Nursing as a science and profession is one of the core areas of Health Sciences and bets on differentiated and specific training as a way to follow up the evolution of the times. Self-training in a particular area represents a major strategy for the growth of nurses' work-related competencies. Barbosa (2015) assumes that the acquisition of competencies promotes the development of a new nursing practice which will consequently influence a transformation process in the work. This internship report is the tool that consolidates the course of acquisition of nursing competencies in a specific specialized knowledge, which is called 'specific competences in the care of the person in a critical situation'. **Aim:** The main aim of this report is to describe the course of acquisition of competencies taking into consideration the Nurses' Order Statute (article 8), which was amended and republished by the Law no.156 / 2015 of September 16, as well as the Competencies Regulations of the Nurse Specialist in Nursing, more specifically, in this last item, the person in critical situation and the study plan of the MEMC course 2015/2017. **Methodology:** Thus, this analytical-descriptive report describes the competencies acquisition process, which includes the trajectory carried out in training I, II and III, the contexts where they have developed and the reflection upon the strategies used. **Outcomes:** As a nurse in a course of acquisition of specialized competencies, I have developed action areas of my own with the acquisition of relevant specific competences, such as taking care for the person in organic failure or critical illness, the management of emergency and disaster situations and the promotion and control infection control. Without neglecting the specificity, I have also developed other domains such as ethical and legal responsibility in decision making, leadership capacity, promoting care practice environments that respect human and professional dignity, enhancing the promotion policies which promote quality of care. This process culminated with the proposal of safe intra-hospital transport of the critical patient with the use of a transportation checklist which systematizes a reasoned thinking creating a safe working methodology. **Conclusion:** at the end of the process of acquisition of competencies, the structure of a critical thinking based on scientific evidence settles. This is reasoned by the experience and the acquisition of skills and abilities in the caring of the person in critical situation.

**Keywords:** professional competencies; specific skills; person in critical situation, safe intra-hospital transport; transport checklist.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ATCN – Advance Trauma Course for Nurses  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
CEC – Circulação Extra Corpórea  
DGES – Direção Geral do Ensino Superior  
DGS – Direção Geral de Saúde  
Dr. – Doutor  
DREM – Direção Regional de Estatística da Madeira  
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio  
EAP – Edema Agudo do Pulmão  
ECMO – Extracorporeal Membrane Oxygenation  
EEMC – Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
ESESJC – Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny  
GCPPCIRA – Gabinete de Controlo e Prevenção da Infeção  
HNM – Hospital Dr. Nélio Mendonça  
HSJ – Hospital São João  
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde  
MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica  
MRMI – Major Response to Major Incidents  
MRSA – Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus  
NGDE – Núcleo de Gestão de Doente e Estatística  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OM – Ordem dos Médicos  
PCR – Paragem Cardiorrespiratória  
PIC – Pressão Intra Craniana  
RAM – Região Autónoma da Madeira  
REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem  
SAV – suporte avançado de vida  
SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira  
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos  
SU – Serviço de Urgência  
SUP – Serviço de Urgência Polivalente  
TAC – Tomografia Axial Computorizada

TM – Triagem de Manchester

TOT – Tubo Orotraqueal

UAG – Unidade de Gestão Autónoma

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácicos

UCIM – Unidade de Cuidados Intensivos de Medicina

UCIP – Unidade de cuidados Intensivos Polivalentes

UCP – Unidade de Curta Permanência

UTIC – Unidade de Terapia Intensiva Coronária

VMER – Viatura Médica de Emergência Rápida

## **INDICE GERAL**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>CAPITULO I- DAS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E ACADÉMICAS AOS CONTEXTOS DO SEU DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>19</b>
<b>1.1. Competências profissionais em enfermagem e competências académicas do 2º ciclo de formação.....</b>	<b>21</b>
<b>1.2. Contextos de desenvolvimento de competências. ....</b>	<b>28</b>
1.2.1. Estágio I – Urgência: SU do HNM.....	29
1.2.2. Estágio II – Cuidados intensivos: UCICT do HNM.....	33
1.2.3. Estágio III – Opção.....	34
1.2.3.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do HNM.....	34
1.2.3.2. Serviço de Urgência do Hospital de São João, no Porto (SUHSJ).....	35
<b>CAPITULO II – PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>41</b>
<b>2.1. Competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica.....</b>	<b>43</b>
2.1.1. Competência Específica I - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	43
2.1.1.1. Estágio I – Urgência .....	44
2.1.1.2. Estágio II – Cuidados intensivos .....	51
2.1.1.3. Estágio III – Opção.....	59
2.1.2. Competência Específica II - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação .....	68
2.1.2.1. Estágio I-Urgência / Estágio III- Opção .....	69
2.1.3. Competência Específica III- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	70
2.1.3.1. Estágio II-Cuidados intensivos/ Estágio III – Opção .....	71
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>75</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>I</b>
<b>Apêndice A – Grelha de Observação .....</b>	<b>ii</b>
<b>Apêndice B – Check-list de Transporte .....</b>	<b>iii</b>

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Sala de Emergência do SU HSJ .....	38
Figura 2 - Condições de transporte intra-hospitalar no SESARAM .....	67

## **INTRODUÇÃO**

A Saúde enquanto ciência tem ao longo dos vários anos evoluído e neste sentido tem colocado aos profissionais novos desafios, os quais requerem a busca permanente pelo aperfeiçoamento dos fundamentos para a prestação de cuidados cada vez mais céleres, diferenciados, com qualidade e justos.

Desta forma, a autoformação assente num interesse particular numa determinada área, representa uma estratégia de relevo no crescimento profissional do enfermeiro. À curiosidade inicial, junta-se a dúvida crescente que motiva a aquisição de conhecimentos e num patamar mais distante, para uma reflexão baseada nesse novo saber, o que leva à tranquilidade inerente da integração dos novos conhecimentos na prática diária que se pretende autónoma. Daqui resulta o processo de aquisição de competências específicas da profissão.

A reflexão, ponto determinante para a evolução sistemática do pensamento, é uma estratégia fulcral associada ao que é ser enfermeiro. Apenas assim, poderemos pensar a ação na perspetiva do cuidar que, como nos referia Hesbeen (2003), parte de uma vertente humana em geral circunscrevendo-se a vertente profissional no particular. A Enfermagem enquanto ciência e profissão é uma das áreas fulcrais das Ciências da Saúde e aposta na formação diferenciada e específica como forma de acompanhar a evolução dos tempos. Barbosa (2015), no âmbito de uma revisão integrativa, concluiu que a formação de competências profissionais promove o desenvolvimento de uma nova prática em enfermagem que conseqüentemente irá influenciar, um processo de transformação no trabalho.

No âmbito do I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2015/2017 da Escola Superior de Enfermagem de São José Cluny (ESESJC), indo de encontro ao plano de estudos publicado em Despacho nº 8046/2015 de 22 de julho, foi-me proposto realizar um relatório de estágio inerente ao percurso realizado ao longo dos três estágios clínicos, direcionados para a área de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com vista a aquisição do diploma de enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) e simultaneamente, após discussão pública, a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

Sendo o cuidar em enfermagem médico-cirúrgica um processo global e dinâmico orientado para o cuidado à pessoa em situação crítica tendo em vista a sua recuperação (Henriques, F. 2004), os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica têm

um papel fundamental e indissociável de uma evolução detalhada da falência orgânica ou manutenção de níveis, impedindo o agravamento das situações. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, “A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011, p.1).

Fazendo jus a essa condição privilegiada, de contacto quase permanente com o indivíduo, devemos considerar as nossas ações como imprescindíveis, nas diversas facetas de abordagem ao doente crítico.

Este relatório tem como objetivo primordial descrever o percurso de aquisição de competências específicas, tendo em conta o artigo 8º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros alterado e republicado pela Lei nº156/2015 de 16 de Setembro, bem como o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à pessoa em Situação Crítica, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010 e o plano de estudos do curso de MEMC 2015/2017, publicado em Diário da República, 2ª série, nº 141, de 22 de julho, cumprindo com o regulamento para os cursos de mestrado e a matriz preconizada pela Ordem dos Enfermeiros para os cursos de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem.

Le Boterf (1995) definido como um os principais autores de referência mundial nesta temática, define competência como um conjunto de aprendizagens sociais e pessoais que interagem entre si em prol de um saber agir responsável que é reconhecido pelos outros, quando um profissional é capaz de mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos e habilidades no contexto em que exerce a sua profissão. Perrenoud (1999) reforçou esta ideia, de ser-se competente, ao assumir que a competência agrega diversos saberes a vários níveis, realçando que não basta ter a teoria e os conhecimentos, mas que a parte prática é determinante neste processo de ser-se competente.

Fleury e Fleury (2001) relacionando os conceitos de competência, tanto pela visão americana como europeia, acrescentam a estas correntes a ideia de que ao desenvolverem competências, os profissionais estão não só a agregar valor económico às instituições, como também a ter um ganho enorme de crescimento pessoal. Melhores *outcomes* em saúde estão diretamente relacionados não só com o ambiente e condições de trabalho da instituição, mas também com a progressiva formação dos profissionais de saúde que os torna mais competentes em determinadas áreas específicas (Aiken et al, 2012). Anteriormente, Dias (2006) afirmou que a noção de competência tem vindo gradualmente a substituir o termo qualificação, quando assume que a primeira tem um campo de ação

muito mais abrangente, englobando aptidões, conhecimentos teóricos e científicos, capacidade de saber-fazer tarefas e habilidades.

Recentemente, Gómez- Rojas (2015) assume todas estas condições dos autores citados anteriormente, acrescentando que a competência refere-se à utilização dos conteúdos, habilidades e julgamentos num determinado campo de atuação da prática profissional.

Estes conceitos e pressupostos vêm apoiar o percurso realizado ao longo deste Mestrado, onde o conjunto dos vários saberes aliado a uma prática refletida e apoiada na evidência científica, permitiram a aquisição de competências específicas numa determinada área da profissão: os cuidados à pessoa em situação crítica.

Assim sendo, este relatório descreve, através do processo de aquisição de competências, o qual inclui o percurso realizado nos estágios I, II e III, os contextos onde os mesmos se desenvolveram, as estratégias utilizadas e a reflexão crítica do mesmo, que culminou com a aquisição de competências específicas à pessoa em situação crítica. O estágio I – Urgência, foi alvo de creditação ao abrigo do Regulamento de Equivalências e Creditação de Competências da ESESJC (Regulamento nº 506/2014 de 10 de novembro). O estágio II – Cuidados Intensivos foi realizado no Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), com início a 11 de abril de 2016 e término a 6 de maio do mesmo ano, num total de 250 horas: 140 horas de contacto (130 de estágio e 10 de orientação tutorial) e 110 horas de tempo individual tendo em conta os objetivos preconizados pelo plano de estudos do referido mestrado. Por fim, dando corpo ao projeto de autoformação, o estágio III – opção, foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do HMN; no Serviço de Urgência (SU) do Hospital São João (HSJ) no Porto e na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácicos (UCICT) do (HNM), no período entre 8 de julho e 23 de setembro de 2016 com um total de 375 horas: 210 horas de contacto (198 de estágio e 12 de orientação tutorial) e 165 horas de tempo individual do estudante. Estas unidades foram selecionadas por serem unidades de referência no país e reconhecidas pelas escolas como excelentes campos de formação.

Este trabalho é constituído por dois capítulos e está organizado segundo as normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos da ESESJC. No primeiro capítulo apresentarei o enquadramento teórico acerca das competências profissionais no seu geral, salientando as competências em enfermagem e o preconizado pelos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de formação superior, para melhor perceção do processo de aquisição das competências desenvolvidas. Além de reconhecer conceitos, é importante para o

entendimento deste processo, conhecer os contextos em que as competências foram desenvolvidas e assim num segundo ponto, incluo a caracterização dos campos de estágio.

Por fim, no segundo e último capítulo deste relatório, demonstrarei todo o processo de aquisição de competências, utilizando o método descritivo- reflexivo, tendo em conta os princípios ético-legais que regulam a profissão, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crítica, e o Regulamento de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas (OE, 2011), dando especial destaque para a evidência científica atual. Ainda neste capítulo, irei abordar de forma objetiva o tema da minha área de opção de Mestrado: a segurança do doente crítico, com especial relevância ao transporte intra-hospitalar, visto ter sido o alvo do meu projeto de autoformação. É uma área que em termos da instituição onde trabalho apresenta algumas lacunas e onde pude deixar o meu contributo para, posteriormente, melhorar e aperfeiçoar alguns protocolos institucionais. Por fim, terminarei com algumas considerações finais que terão em conta os ganhos e a conquista do objetivo a que me propus.

**CAPITULO I- DAS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS E ACADÉMICAS  
AOS CONTEXTOS DO SEU DESENVOLVIMENTO**



## **1.1. Competências profissionais em enfermagem e competências académicas do 2º ciclo de formação**

Falar de competências poderá ser entendido como uma presunção, visto por vezes ser difícil chegar a um consenso da sua definição. Não existe uma fórmula rígida para esta, pois não é algo a que nos possamos dirigir isoladamente, visto a complexidade de elementos que as constituem e condicionam. No quotidiano, somos levados a confundir a noção de competência com o saber fazer algo bem feito. No entanto, vários são os autores que não limitam ao saber fazer o conceito de competência e englobam a maioria dos saberes na sua definição.

Competência na visão global da educação, segundo Delors (1998) passa pela “bússola” que permite navegar, a “cartografia” dada para um “mundo complexo e constantemente agitado” (p.89), traçando para o formando um caminho que ele aprenderá a fazer com os seus próprios pés, desenvolvendo meios e capacidades para alcançar o objetivo maior, de se tornar competente numa determinada área.

Como definição fulcral de competência, neste trabalho, decidi seguir a linha orientadora de Le Boterf (1995), para quem a competência é definida como sendo uma realidade dinâmica de atributo de um sujeito a um profissional, que no contexto da sua profissão, face às situações, sabe mobilizar, integrar e transferir recursos, projetando e sentindo o encaminhamento dos seus atos, tomando consciência destes, nas várias vertentes do saber. Na sua perspetiva, e numa primeira instância, o autor enaltece o fato de que competência refere-se sempre à pessoa, pois não existem competências sem indivíduos; são construções únicas e singulares embora indissociáveis da socialização. (Le Boterf, 2015)

Assim, Le Boterf (1995, 2005, 2006, 2015) considera quatro tipos de saberes gerais para a compreensão das competências dos profissionais:

- Saber ser: capacidade de adaptação ao trabalho, organização pessoal, autonomia, responsabilidade e sensibilidade em relação à sua prática;
- Saber estar: capacidade de relação, comunicação, trabalho em equipa, cooperação, respeito pelas normas, valores próprios e dos outros;
- Saber fazer: conjunto de capacidades que permitem a resolução de situações, senso de organização de tarefas, de utilização dos instrumentos de trabalho, documentação e rapidez de atuação aliada à eficácia. Delors (1998) realça que o significado deste saber não deve passar somente pela preparação de alguém para uma tarefa material;

- Saber saber: o saber do conhecimento, o aprender a conhecer os métodos de aquisição de conhecimentos; conjugação dos vários tipos de conhecimento (conhecimentos gerais, científicos e técnicos);

Dias (2006), seguindo a mesma linha de pensamento do ator supracitado, reforça três destes saberes citando autores como Reboul (1982), Pires (1994) e Minet (1995): “saber; saber- fazer; saber ser, que têm sido enfatizadas no ensino” (p.38), dando relevância a esta última no ensino da enfermagem como uma vertente diferente da habitual que é a qualificação.

A competência pressupõe a existência de capacidades de assimilação e de integração, de forma a fazer evoluir a situação de trabalho na qual se opera, tornando os saberes operacionais, se assim se pode dizer.

A operacionalização dos saberes, seguindo a linha do autor, passa por fases ou capacidades distintas de colocar a ação necessária para tornar os saberes efetivos, que se complementam entre si para tornar o profissional competente. Estas fases, passam por “saber mobilizar, integrar e transferir” (Dias, 2006, p.33), em tempo oportuno e nas circunstâncias apropriadas as habilidades ou conhecimentos, que foram adquiridos através da formação ou pela socialização. Ser competente significa saber aplicá-los, quando necessário e em circunstâncias apropriadas, de forma organizada e metódica, utilizando um vasto leque de conhecimentos com a capacidade de adaptação às várias circunstâncias a que o profissional se propõe, não se limitando a ser um mero executante de uma tarefa única e repetitiva.

As competências representam o fio condutor entre as características individuais e as qualidades necessárias para dar resposta a uma solicitação profissional, (Dias, 2006).

Mégre (1998), baseado em Le Boterf (1995), reforça que " a competência não é um estado ou um conhecimento possuído, não se reduzindo a um saber, nem a um saber fazer" mas ao conjunto dos saberes e na forma como cada um os incorpora na sua vida profissional. Já anteriormente, Pires (1994) considerou competência como “um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação de base e à experiência da ação adquirida ao longo do tempo de forma empírica, não sistematizada, que se manifesta em situações concretas de trabalho”. Esta definição também apoiada mais tarde por Perrenoud (1999), quando assume que a escola é um motor básico para os saberes, no entanto, não lhe incute a total responsabilidade da competência. Este último, num artigo que confronta a construção de competências com os saberes, baseia-se na opinião de Le Boterf (1995), Pires (1994) e Delors (1998) ao assumir que a construção de competências passa por um “saber mobilizar”

recursos e não apenas adquirir conhecimentos teóricos, técnicos e científicos em uma determinada área profissional.

Na opinião de Dias (2006), é consensual que o termo competência traduz a capacidade para concretizar de forma eficaz os saberes na realização de uma tarefa, como resultado da experiência profissional, observada a partir da análise das funções e validada pelo desempenho profissional.

A formação, também em enfermagem, deve estar virada para a produção de saberes e competências (Dias, 2006). Não esquecendo que este é um relatório de estágio inserido no Mestrado em Enfermagem, surgiu-me após a análise das várias definições, a necessidade de enquadrar estes conceitos na minha profissão.

O enquadramento da profissão através de competências remonta a década de 90, onde após um debate a nível nacional, culminou com a concretização do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE). Este instrumento veio clarificar conceitos, como o de competência e atribuir títulos e regulamentações de áreas de atuação à profissão. (OE, 2007)

É então de realçar que, segundo o REPE no artigo 4 ponto 2, a enfermagem é vista como profissão, atribuindo os títulos profissionais de enfermeiro e enfermeiro especialista, porque “lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade” (OE, 1996) e ao enfermeiro especialista, o título profissional que lhe reconhece competência para cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade, portanto uma profissão orientada para cuidados de competência.

Para Benner (2005), os cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação bem planificados, visto comportarem riscos tanto para o enfermeiro como para o doente. Sendo assim, para esta autora a aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas. Algo que, ao longo da frequência deste mestrado pude aperceber-me e vivenciar a influência que a formação teve no meu desempenho diário ao longo deste percurso.

A autora reforça:

O conhecimento prático adquire-se com o tempo, e as enfermeiras nem sempre se dão conta dos seus progressos. É necessário construir estratégias para que haja conhecimento desse saber fazer, de maneira a poder ser desenvolvido e melhorado.

Benner identifica seis domínios do conhecimento prático:

1º Hierarquização das diferenças qualitativas;

2º Os significados comuns;

3º As suposições, as expectativas e os comportamentos tipo;

4º Os casos padrão e os conhecimentos pessoais;

5º As máximas;

6º As práticas não planeadas. (p. 31)

É importante, neste contexto, também perceber que a competência não nasce com o indivíduo, nem sequer se adquire com a obtenção de um diploma que nos considera aptos para o exercício profissional. A competência é algo que se constrói ao longo do tempo. Construção esta, que é influenciada por uma história pessoal e social únicas, numa trajetória de experiências e práticas de estudos, ações e atitudes. Mais ainda, a competência inscreve-se num processo de socialização, no qual os conhecimentos se adquirem em situações reais, a partir de uma estruturação das aquisições do próprio indivíduo, ao longo da sua história pessoal dotada do seu próprio sentido (Galhanas, 1997). Processo este, que eu pude vivenciar ao longo de todo este percurso de Mestrado, mobilizando a informação da minha experiência pessoal de cerca de 13 anos de enfermeira num SU, contribuindo assim para o meu desempenho em cada prática clínica frequentada, de modo a atingir a maioria dos objetivos delineados.

Mais do que competências pessoais, emerge um conceito com maior alcance e que se refletiu num sentimento de pertença em relação aos campos de estágio que frequentei e no serviço onde trabalho diariamente – desenvolver uma competência coletiva.

Para Darras (1998), a competência coletiva não se reduz à soma das competências individuais. Esta é, largamente influenciada pela qualidade das interações que existem entre os indivíduos e as suas competências individuais. Esta competência constrói-se fruto da interação com diversas realidades e experiências num determinado contexto de trabalho. Com o tempo, numa equipa estável, instaura-se um saber viver e um saber trabalhar em comum. É uma evidência que a cooperação entre os membros se torna necessária para se efetuar com performance todas as atividades.

O processo de Bolonha, no seu paradigma de mudança de um sistema educativo passivo, também incorpora um conjunto de competências instrumentais, interpessoais e sistémicas onde a componente prática assume o comando. Este conceito transcende também para a enfermagem e para o ensino da profissão (Mendonça, 2009).

Num nível de frequência de Mestrado, é pertinente fazer a ligação entre as muitas competências profissionais, tornando-as específicas e aprofundadas, coincidindo, assim, com o conjunto de competências académicas da Direção Geral de Ensino Superior (DGES, 2016) preconizadas para o segundo ciclo. Estas mesmas competências passam por gerir estes diversos saberes, tendo em conta a aplicação dos conhecimentos para a resolução de problemas novos em contextos alargados, a realização de julgamentos e tomadas de decisão firmes com implicações éticas e legais, comunicando os seus raciocínios e conclusões fundamentados pela visão investigativa e criando todo um conjunto de aprendizagens autossustentadas, que aumentam e correlacionam os diversos tipos de saberes.

Lopes (1995) enaltece este acoplar de vários tipos de competências ao afirmar que, um enfermeiro competente reúne todos os saberes, ou seja, quando presta cuidados de enfermagem, atende às vertentes científicas, técnicas e relacionais da profissão, pondo em prática os vários tipos de saberes, teóricos, experienciais, processuais, experimentais, operacionais, sociais, relacionais e, por fim, cognitivos (Dias, 2006). Contudo, referem que esta ligação, entre as diversas dimensões na profissão e a sua conjugação numa competência profissional, não é simples nem linear, como poderá parecer, já que o saber e o saber fazer, são possíveis de serem ensinados, ao passo que o saber ser ou estar respeitante à vertente relacional, desenvolve-se de um modo intrínseco em cada um de nós, no ato de cuidar e em cada lugar onde o profissional desempenha funções, como já descrito anteriormente por outros autores.

A enfermagem como ciência é condição emergente, uma novidade. A inevitabilidade do seu desenvolvimento faz parte do imenso compromisso que a enfermagem tem para com a saúde e o bem-estar e a segurança pública não pode passar sem um serviço de enfermagem competente, segundo Ellart et al. (1998) citado por Dias (2006). Os progressos atingidos pela enfermagem têm sido sustentados pelos saberes nos seus vários domínios em contexto de trabalho, afirmando-se como uma profissão com capacidade para gerar conhecimento. Através de um regulamento próprio o conceito de enfermagem como profissão assumiu-se no artigo nº 1, do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, onde se afirma a enfermagem como a profissão da área da saúde com objetivo de prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais a que pertence, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, atingindo a sua capacidade máxima funcional, o mais rápido possível. Ainda o mesmo diploma confere aos enfermeiros competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados ao indivíduo e família na prevenção primária secundária e terciária.

Para Mendonça (2009), citando a OE (2003), a “competência é um fenómeno multidimensional complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional” (p.51). É o conjunto de qualificações específicas necessárias ao exercício da profissão, não circunscrevendo as competências apenas à formação, mas privilegiando também a contínua atualização e o desenvolvimento de uma consciência sociomoral por parte dos profissionais, no momento que precede a sua atuação (OE, 2007).

Também a nível formativo, com a implementação do processo de Bolonha através do Decreto de Lei nº 74/2006, de 24 de março, adotou-se como descritores genéricos os objetivos de aprendizagem e as competências, como base para a formação em enfermagem (OE, 2007). No mesmo ano, assumiu particular importância o quadro conceptual do modelo de desenvolvimento profissional que contemplou, desde então, o sistema de certificação de competências e consequentemente a individualização das especialidades.

Na área da educação profissional em saúde, em particular na enfermagem, as competências emergem de um vasto campo de exercício de saberes e vão servir de indicadores de ser-se competente, para exprimir o tipo de perfil de cada profissional de enfermagem dependendo da área específica a que se dedica (Mendonça, 2009).

Uma vez que a enfermagem assume e regulamenta-se por competências que nos dão um direito jurídico de atuação, é importante nesta fase e para a compreensão dos próximos capítulos ter alguns conceitos bem presentes à luz dos descritores em enfermagem.

Assim, segundo o Regulamento das Competências Comuns e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crítica, os diferentes tipos de competências definem-se em três grandes campos (OE,2011).

Partindo da generalidade de todos os profissionais e na base da pirâmide encontram-se as competências comuns, que são partilhadas por todos os profissionais sem relevância à sua área de especialidade e centram-se no domínio da gestão, supervisão, investigação, formação e assessoria com elevada capacidade de conceção.

Com a necessidade de especialização numa determinada área surge a aquisição de competências específicas que decorrem das respostas da pessoa ou população cuidada a um problema de saúde, com a adequação dos cuidados, com vista a solucionar um determinado problema ou situação. Na mesma linha de pensamento e quase em simultâneo, surgem as competências acrescidas. São as capacidades e habilidades, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de enfermagem e disciplinas

relacionadas, que permitem de uma forma dinâmica dar resposta às necessidades de cuidados de saúde de uma população.

A existência de domínios de ação profissional, traça o perfil profissional do enfermeiro, pois como já descrito anteriormente o conjunto de competências adquiridas por um profissional numa mesma linha de atuação identifica-o na profissão.

Entramos assim, na construção da identidade do enfermeiro especialista. A OE (2011) preconiza que este profissional tenha um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, com grande capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão baseada na evidência científica, que se torna visível pelo conjunto de competências clínicas especializadas num determinado domínio de intervenção. Este campo é também denominado de domínio de competência e engloba um conjunto de competências na mesma linha de atuação com componentes semelhantes agregados.

Estes componentes semelhantes estão escritos em normas ou descritivos de competência, que decompõe esta última em partes menores, tornando possível identificar os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser aplicadas em cada contexto de trabalho.

A ação exata da competência esta descrita na unidade de competência e permite dar um significado claro e concreto a algo praticado no momento de cuidar. Além de atribuir significados, urge avaliar as respostas ao desempenho. Os critérios de avaliação vêm dar forma ao desempenho profissional tornando-o passível de ser avaliado objetivamente em atos criteriosos.

Mais adiante, estas normas, unidades e critérios de competência serão descritas implicitamente na acção através da análise das atividades realizadas em cada estágio de forma a dar resposta a uma determinada competência.

Em suma, podemos dizer que a noção de competência é um conceito dinâmico e abrangente, envolto na atitude do sujeito face à autoformação nos diversos contextos a que se propõe crescer. De referir que, existe uma perspetiva de competência própria para cada experiência de vida para a qual Hesbeen (2001) acrescenta que, na situação profissional, a competência é determinada em grande parte, antes de mais, por quem cuida independentemente da sua qualificação, no desejo de proporcionar o encontro com o outro e em acompanhá-lo no caminho a fazer.

Indo mais além no pensamento, permito-me relacionar o conceito de competência com identidade profissional. Rua (2011) correlaciona estes dois conceitos citando Perrenoud (2001), e refere que estes têm uma “relação dialética e alimentam-se reciprocamente”.

Assume que não é possível desenvolver competências sem a construção de uma identidade autónoma. Ainda, a autora baseando-se em Abreu (2001), enfatiza que o desenvolvimento de competências só pode ser construído através de um processo de socialização profissional que atribui ao indivíduo um conjunto de referenciais identitários. Esta identidade profissional emerge do processo de aquisição de saberes num determinado contexto profissional e social. Mais especificamente, no nosso país o autor defende como fatores importantes para o processo de construção identitária dos enfermeiros, a integração do ensino politécnico, a criação de Mestrados e Doutoramentos em enfermagem como motor para a investigação em saúde, a criação do REPE e da OE. Le Boterf (2005, 2006, 2015) reforça este aspeto da identidade profissional ao afirmar que a formação é primordial para a aquisição de uma identidade profissional.

Em termo de conclusão, pode-se assumir que esta ligação entre competência e identidade profissional, também toma forma no processo de aquisição de competências específicas, quando o aluno em processo de socialização, numa determinada prática clínica, desenvolve as várias vertentes dos saberes, utilizando os vários contributos, para mobilizar, integrar e transferir conhecimentos e experiências vividas naquele contexto.

Afinal, o profissional competente é aquele que sabe agir com pertinência numa determinada área, com capacidade de adaptação e flexibilidade a cada situação, compreendendo igualmente o como e o porquê de agir (Le Boterf, 2006).

## **1.2. Contextos de desenvolvimento de competências.**

Uma vez que o fator ambiental é determinante para a assimilação de conhecimentos e desenvolvimento de uma boa prática, a escolha dos contextos de estágio para a realização das práticas clínicas, foi um dos passos importantes no planeamento do processo de desenvolvimento de competências. Os enfermeiros são “atores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências” (Serrano, Costa & Costa, 2011, p.15). Foram escolhidas três unidades diferenciadas, que atendem diariamente com doentes críticos, visto esse ser o âmbito da minha especialidade. Esta escolha partiu da conversação com a minha orientadora de mestrado e com os colegas e chefes das respetivas unidades, com exceção da urgência do (HSJ) que já era para mim uma referência, pois já tinha tido a oportunidade, no Curso de Licenciatura em Enfermagem, ter realizado o estágio de opção nessa unidade.

É pertinente salientar que o estágio I – urgência, foi creditado através do processo de creditação segundo o Regulamento n.º 506/2014 de 10 de novembro fundamentando-se pelas competências obtidas através da experiência profissional certificada pelo SESARAM, a entrega do meu *curriculum vitae* e portfolio profissional. No entanto, considerei proceder à sua caracterização para que se perceba o contexto diário onde essas competências foram desenvolvidas.

Da mesma forma, segue-se uma breve mas detalhada caracterização das outras três unidades por onde tive a oportunidade de colocar em prática as várias vertentes dos saberes (Le Boterf, 1995), que ao se relacionarem com a minha experiência pessoal e com o ambiente, permitiram-me adquirir competências específicas.

### 1.2.1. Estágio I – Urgência: SU do HNM

O SU localiza-se no piso 0 do Hospital Nélcio Mendonça e abrange toda a população adulta da ilha da Madeira desde o dia 9 de setembro de 1973, abrangendo cerca de 250 mil habitantes. Iniciei funções neste serviço no dia 14 de outubro de 2004 e onde me mantenho até à presente data. Tem como missão, prestar cuidados de saúde, em tempo útil e de qualidade, a todo o cidadão, português ou estrangeiro, que ali acorra em situação de emergência ou urgência, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana. (Manual do Serviço de Urgência, 2013)

Permitindo a prestação de cuidados e o atendimento em 24h, estão profissionais que atuam tendo em conta competências técnico-científicas, responsabilidade, privacidade e respeito pelos direitos humanos. É um SU polivalente, o que indica que tem o nível mais diferenciado de urgência/emergência segundo Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto.

Depende diretamente das diretrizes do conselho de administração do SESARAM. No entanto, possui um diretor médico e um chefe de enfermagem na sua coordenação. Rege-se por regulamento próprio desde o ano 2003. Dispõe de um conjunto de procedimentos uniformizados e atualizados, neste último ano, em conformidade com os protocolos a serem utilizados na instituição, pelas diversas unidades de cuidado ao doente crítico.

Existe um plano de reuniões entre os pares para que sejam feitos balanços e também alterações positivas que melhorem o funcionamento do serviço, nomeadamente semanalmente uma reunião com o diretor e o enfermeiro chefe. Semestralmente, uma reunião de serviço e uma reunião com os enfermeiros chefes de equipa; mensalmente uma reunião do diretor com os médicos chefes de equipa e anualmente com os assistentes operacionais.

Os cuidados de saúde são prestados por médicos das especialidades de medicina interna, cirurgia e ortopedia com presença física e assistidos por outras especialidades, quando a situação dos doentes assim o exige. Possui todas as valências médicas e é utilizado a triagem de prioridades de Manchester (TM) como forma de priorização do atendimento ao doente.

Em Portugal formaram-se, no ano de 2014-2015, 14 041 novos profissionais na área da saúde, sendo 56 deles na RAM. No que concerne à enfermagem na RAM, existem 8,1 enfermeiras por cada 1000 habitantes, sendo no concelho do funchal onde se localiza o maior numero, 1092 enfermeiros (DREM, 2016).

A equipa de enfermagem do SU é considerada como uma das maiores do SESARAM. É composta por 80 enfermeiros, divididos em cinco equipas (A; B; C; D; E) com cerca de 15 elementos, cada uma com um responsável de equipa e pelo menos um enfermeiro EEMC. Orientam-se pelo modelo teórico de Nancy Roper, como modelo enquadrador da sua atuação e procuram a melhoria contínua, de acordo com os objetivos da instituição. Promove a monitorização e avaliação dos cuidados através de auditorias, difundindo a formação entre os profissionais.

Anualmente são vistos em média cerca de 130 mil utentes, perfazendo uma média de 350 a 400 utentes diariamente. No que concerne a dados da Direção Regional de Estatística da Madeira (DREM, 2016), salientam-se os seguintes números: foram atendidas nas urgências 135,8 mil pessoas. Destas, 84,9% foram por motivo de doença e 13,2% por lesões provocadas por acidente. No que se refere aos motivos que levam as pessoas ao SU e que são designados quando é feita a sua inscrição na secretaria do SU, salientamos os seguintes: doença súbita 115 277, lesão provocada por acidente 17 876, acidente de viação 1 163, acidente de trabalho 3 440, outros acidentes domésticos e de lazer 3 799, lesão auto provocada intencionalmente 344 e lesão provocada por agressão 1 308.

No entanto, as inúmeras situações que ocorreram a este serviço, no ano 2015 e segundo dados da Triagem de Manchester, foram cerca de 95 166 doentes. Destes, cerca de 15 288 foram triados pelo fluxograma indisposição no adulto, contabilizando assim o maior número de doentes para a área médica. Seguiu-se a área ortopédica, com os problemas nos membros com cerca de 12 134 doentes. Destaca-se, ainda, a ativação da via verde coronária em 1939 doentes que se pressupõem patologias como: o enfarte agudo do miocárdio, as arritmias e a bradicardia com repercussão hemodinâmica. A via verde de trauma que engloba grandes traumatismos em cerca de 648 doentes. Outro número significativo foi a entrada de cerca de 6138 doentes pelo fluxograma dispneia. Destes, cerca de 50 foram triados com a

prioridade vermelha e 2635 com a prioridade laranja, o que engloba grande parte das emergências médicas, como o edema agudo do pulmão e o tromboembolismo pulmonar. Estes foram números cedidos pelo Núcleo de Gestão de Doente e Estatística do SESARAM (NGDE, 2015). A discrepância entre os registos de entrada e os da triagem justifica-se pelo fato de existirem muitas desistências antes que esta seja efetuada e também pelas transferências de outras instituições do SESARAM que são contabilizadas como entradas mas não necessitam de triagem.

O SU encontra-se, ainda, dividido por assistência a três grandes áreas: Medicina Interna, Cirurgia, Ortopedia e ainda uma quarta, Obstetrícia onde as utentes apenas dão entrada no serviço, mas são encaminhadas para o 4º piso. A sua estrutura física comporta 13 áreas distintas apresentadas sequencialmente da seguinte forma:

- Secretaria; Gabinete de Triagem, Sala de Acolhimento do doente e família, Sala de Espera, Gabinetes médicos, Sala de tratamentos, Sala Aberta, Sala de recuperação, Sala de pequena cirurgia, Gabinete de Ortopedia, Sala de Observação com um isolamento, sala de cuidados especiais e sala de Emergência.

Os enfermeiros têm um papel ativo desde a entrada do doente neste serviço, pois é da sua responsabilidade o acolhimento do doente em maca ou a pé e proceder à sua triagem. Para Howard e Steinman (2011), a triagem permite identificar os casos mais urgentes para o atendimento, assegurando que são estes que receberão tratamento prioritário e de forma atempada. O objetivo principal da mesma prende-se com a identificação rápida dos doentes considerados críticos e que possam apresentar urgência na sua situação clínica ou mesmo risco de vida.

Segundo a linha orientadora do Grupo Português de Triagem (2002), este sistema é composto por cinco parâmetros fundamentais: identificação do problema; recolha e análise de informações; avaliação das alternativas e seleção de uma; implementação da alternativa selecionada e monitorização e avaliação. Este trabalho requer perícia e competência por parte do enfermeiro pois, como qualquer sistema informático não é infalível, obrigando sempre que o enfermeiro coloque em prática as suas aptidões em tomada de decisão clínica. Já as prioridades de atendimento variam de acordo com as seguintes categorias: Vermelho: prioridade emergente com atendimento imediato; Laranja com prioridade muito urgente com atendimento até 10 min; amarelo com prioridade urgente com atendimento até uma hora; verde com prioridade pouco urgente com atendimento preconizado até duas horas e azul com prioridade não urgente podendo o atendimento ir até além das duas horas.

Ainda no sistema de triagem, o grupo de sistemas e informática do hospital englobou no seu programa a ativação de 4 vias verdes: Trauma, Sepsis, Coronária, AVC (Acidente Vascular Cerebral), que são ativadas pelo enfermeiro triador e seguem cada, um percurso imediato de atendimento sempre acompanhado pelo enfermeiro.

Cooke e Jinks (1999) levaram a cabo um estudo com o objetivo de determinar se o Sistema de TM é realmente sensível na deteção dos doentes críticos encaminhando-os para as áreas apropriadas. Os resultados apontaram para uma eficácia em 67% dos casos triados. Verificou-se, no entanto, que os casos considerados inicialmente como falha do sistema tinham queixas na triagem, distintas das referidas aquando do encaminhamento (momento da avaliação da eficácia da triagem), levando os autores a realçarem a importância das avaliações secundárias. Em apenas 1% dos casos houve efetivamente falha atribuível ao sistema.

Estes dados foram, ainda, igualmente apoiados pela revisão integrativa da literatura, levada a cabo por Filho (2013). Esta revisão conclui que o Sistema de TM tem um suporte científico que confirma a sua validade, aplicabilidade e alta sensibilidade em classificar os doentes críticos, reforçando paralelamente as vantagens anteriormente enumeradas. Embora o papel do enfermeiro seja essencial em todos os postos de trabalho no atendimento à pessoa em situação crítica, realço três grandes salas onde estas competências são verdadeiramente essenciais.

Na sala de observação são admitidos os doentes que se preveja uma estabilização clínica ou recuperação num tempo inferior a 24h, sendo posteriormente encaminhados para os respetivos serviços de internamento ou tendo alta para domicílio/outra instituição de permanência. Tem capacidade para 8 camas. Todos os utentes desta sala encontram-se submetidos a monitorização hemodinâmica e vigilância contínua dos Enfermeiros e Médicos responsáveis. Segundo a DREM (2015), é “uma unidade integrada no serviço de urgência hospitalar, onde os doentes permanecem para observação até evidência conclusiva do diagnóstico p.16”.

A sala de cuidados especiais, destina-se a utentes que necessitem de vigilância intensiva e / ou ventilação mecânica. Tem capacidade para receber dois utentes ventilados simultaneamente e dispõe de todos os meios de uma unidade de cuidados intensivos.

A sala de emergência reserva-se a utentes em situações de Emergência, permanecendo os mesmos nesta sala apenas o tempo necessário à sua estabilização clínica. Após estabilização, os utentes são posteriormente transferidos para outras valências do SU ou serviços de internamento.

Nesta sala a equipa tem que estar em sintonia para um completo atendimento do utente emergente. São destacados 3 enfermeiros, tendo em conta a experiência e competência dos mesmos, sendo o elemento A *team leader* na sua maioria o perito ou especialista em enfermagem médico-cirúrgica. As funções dos três elementos destacados variam de acordo com a responsabilidade que lhes é atribuída e estão protocoladas, de forma a facilitar a organização na sala de emergência.

De acordo com o regulamento do SU, o enfermeiro responsável de equipa assume as competências delegadas pelo seu superior hierárquico e participa ativamente na gestão e coordenação da equipa. Embora seja uma responsabilidade já definida pelo chefe do serviço, na ausência do responsável outro elemento assume essa responsabilidade, tendo em conta a competência a perícia e a antiguidade.

### 1.2.2. Estágio II – Cuidados intensivos: UCICT do HNM

Uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) está idealizada, equipada, e provida de pessoal para satisfação das necessidades que se prevê serem as do doente em situações de risco de vida (Phipps, Sands & Marek, 2003).

Esta descrição aplica-se a qualquer unidade que prevê o tratamento deste tipo de doentes, seja abrangente a múltiplas patologias ou dirigida a uma área específica. A UCICT do HNM situa-se no 3º andar nascente, está inserido fisicamente no Serviço de Cardiologia, mas em gestão autónoma, cujo Diretor é o Dr. João Manuel Rodrigues. A enfermeira chefe é a enfermeira Inês Gouveia que tem também à sua responsabilidade os enfermeiros e auxiliares de ação médica da cardiologia no seu geral que engloba a Cardiologia Médica, a Unidade de Tratamento Intensivo (UTIC) e a Unidade de Hemodinâmica.

A equipa médica é constituída por três cirurgiões Cardiorácicos, além do respetivo diretor, ainda temos o Dr. Nuno Jardim e o Dr. Brazão. A equipa de enfermagem é comum ao serviço de cardiologia e consta de 44 enfermeiros, distribuídos por cinco equipas, onde cada uma tem um enfermeiro responsável. Destes enfermeiros, nove são especialistas em enfermagem Médico-cirúrgica, onde se inclui a enfermeira chefe, dois em enfermagem Saúde Mental e cinco em enfermagem de Reabilitação.

A equipa de assistentes operacionais é composta por onze elementos, também distribuídas pelas equipas, sendo que o elemento que dá apoio à unidade é comum à UTIC.

A unidade consta de três camas devidamente equipadas semelhantes às da UCIP. Estando destacados por turno dois enfermeiros na sua maioria EEMC ou peritos. Esta

unidade engloba toda a dimensão das cirurgias cardíacas bem como as cirurgias pulmonares e ainda recebe os doentes de traumatismos torácicos graves.

Além disso, disponibiliza um grande número de materiais direcionados ao tratamento do doente crítico e ainda ventiladores *Hamilton* e telemetrias para a monitorização de todos os doentes. Recebe doentes de pós-operatório cardíaco bem como qualquer doente crítico, cuja situação complique na enfermaria do serviço de cardiologia, englobando assim doentes com múltiplas patologias.

Trabalha em prol de toda a população adulta Madeirense e visitantes.

Quero neste relatório enfatizar que esta unidade prima pela forma como toda a equipa trabalha: com amizade, em prol da organização e bom funcionamento desta unidade e ainda, com espírito e iniciativa em prol do desenvolvimento profissional.

### 1.2.3. Estágio III – Opção

Este estágio englobou três unidades distintas de forma a dar resposta aos objetivos propostos pelo projeto de autoformação. Uma delas, a UCICT, já foi caracterizada anteriormente. Dividiu-se também por dois hospitais. O HNM no funchal e o HSJ no Porto.

Assim passo a descrever sucintamente as duas unidades.

#### *1.2.3.1. Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do HNM*

A UCIP do HNM é conhecida na região como uma das unidades de referência em formação, desempenho e competência profissional, sendo reconhecida como um dos dez serviços de alta qualidade do SESARAM no ano de 2016. Quanto à sua estrutura, a UCIP é composta por um total de onze camas dividindo-se por oito no andar técnico -UCIP 1 e três no 1º andar poente -UCIP 2. Segundo dados apresentados pelo seu enfermeiro chefe, enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica Abel Viveiros, no âmbito da unidade curricular de cuidados intensivos, abrange toda a população madeirense com uma estimativa de 4.1 camas/100 mil habitantes.

Em termos de estatísticas mais recentes (2016), fornecidos pela chefia deste serviço, receberam o total de 554 doentes, cerca de 51% destes doentes têm idades igual/superior a 65 anos. Em relação à proveniência, 49% deram entrada encaminhados pelo Serviço de Urgência. Em relação à falência de órgão, as falências cardiovasculares têm um total de 34% e as falências respiratórias corresponderam a 25%. No que concerne diagnósticos a PCR com 11%, ou seja um total de 63 casos aparece em destaque.

Em termos das competências profissionais a equipa de enfermagem é constituída por cinquenta e dois enfermeiros: um enfermeiro chefe, três enfermeiros especialistas em reabilitação, um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e treze em médico-cirúrgica. O serviço é assegurado por cinco equipas de sete elementos cada, com *roulement* que asseguram cuidados durante as 24 horas. Cada uma destas equipas é composta por um elemento coordenador de equipa – chefe de equipa que é responsável por gerir os recursos humanos e materiais. Contém um sistema avançado de informatização de dados comum, ligado aos vários serviços e a todo o hospital.

Compete e foi atribuída aos profissionais da UCIP a função de equipa de emergência intra-hospitalar, composta por um médico e um enfermeiro. A função de transporte intra e inter-hospitalar de doentes críticos, quer seja na região ou fora desta, também é garantida por estes profissionais.

A UCIP do SESARAM é também considerada um serviço de fim de linha. Pois qualquer doente de qualquer unidade dos dois hospitais que compõem o SESARAM, podem ser admitidos neste serviço se a sua condição crítica assim o exigir.

A família é alvo de muita atenção por parte dos profissionais da UCIP. O horário das visitas é alargado (16h às 21h). O rácio preconizado é a de um enfermeiro para cada dois doentes, o que comparativamente a outros serviços até seria bom, mas no entanto e em conversação com os colegas e aquilo que pude observar, o ideal seria de um enfermeiro por doente, visto o preciosismo e o profissionalismo com que os colegas trabalham na UCIP.

#### *1.2.3.2. Serviço de Urgência do Hospital de São João, no Porto (SUHSJ)*

O SU do HSJ é talvez a unidade de saúde pública mais diferenciada na região norte do país, reconhecida pelo seu modelo de gestão intra-hospitalar, modelo de gestão intermédia desconcentrada, como estratégia para maximizar a partilha de recursos e a criação de sinergias para atingir os mais elevados níveis de eficiência.

Dividido por Unidades de Gestão Autónoma (UAGs) onde inclui numa só UAG o SU e os cuidados intensivos, o seu SU é uma referência nacional, em virtude do seu modelo de gestão, estruturação e organização, e também pelos resultados obtidos na abordagem ao trauma, com a formação do grupo de trauma do HSJ e ainda da reanimação intra-hospitalar, composta por um médico intensivista e um enfermeiro do SU.

É sempre alvo de notícia e referência pelos jornais e canais televisivos a nível nacional, o que lhe atribui uma notoriedade própria.

Trata-se de um hospital fim de linha, com todas as valências, capaz de dar resposta ao doente crítico em toda a sua complexidade, e por esta razão também um local de eleição para qualquer aprendizagem nesta área.

Neste SU são observados, em média, cerca de 420 doentes adultos por dia. O mesmo tem a designação de serviço de urgência polivalente (SUP) que segundo o Despacho n.º 10319/2014 publicado na 2ª série do Diário da República de 11 agosto de 2014, é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência e desta forma garante assistência a toda a população a norte do Rio Douro.

A estrutura de paredes azuis claras do SU do HSJ está projetada obedecendo a um grande objetivo que é o de permitir um único circuito de doentes desde a admissão na triagem ate serem alocados em cada área da sua respetiva cor. Esta funcionalidade baseia-se no princípio da separação dos doentes de acordo com a gravidade da sua situação, criando-se locais específicos de atendimento e observação para cada nível de cuidados, retirando totalmente dos corredores doentes e acompanhantes alocados. Desde o início que este foi um dos aspetos alvo da minha admiração, não só por ser tão diferente da minha realidade mas também de respeito por tamanha capacidade de adaptação em prol da segurança dos doentes, famílias e profissionais.

De forma muito sistematizada e obedecendo ao circuito que um doente pode realizar ao chegar ao SUHSJ, estas são as nove áreas definidas:

1. Área de admissão e receção/ Área Administrativa.
2. Área de triagem.
3. Área de atendimento para situações de Urgência do foro Psiquiátrico.
4. Área de atendimento "Amarelo".
5. Área de atendimento "Laranja" e UCP (unidade de curta permanência com a capacidade para 8 utentes).
6. Área de Ortotraumatologia (pequena cirurgia e ortopedia).
7. Área "vermelha" ou de emergência e doente crítico (com capacidade para atendimento simultâneo de 5 utentes).
8. Área de Urgência de Oftalmologia.
9. Área de Urgência de Otorrinolaringologia.

Em áreas circundantes funcionais, o espaço físico do SU alberga ainda o gabinete de apoio ao acompanhante, um posto da polícia e uma sala de acompanhantes.

Uma vez feita a admissão na secretaria, o doente, acompanhado ou não de acordo com a sua condição, passará para Área de Triagem onde é feita uma triagem por prioridades

pelo enfermeiro, baseada num protocolo específico e com base científica (Grupo Português de Triage, 2002). O principal objetivo deste protocolo é o de assegurar, de forma objetiva, que o doente mais urgente é identificado de imediato e atendido num prazo de tempo que não ponha em risco a sua situação clínica. Os níveis de classificação são os mesmos preconizados pelo sistema de TM e já descritos anteriormente.

Ainda à entrada, pelo enfermeiro, são ativadas as chamadas vias verdes compatíveis com AVC, Obstrução de Artérias Coronárias, Sepsis e Trauma Major, sendo estas encaminhadas diretamente para a sala de emergência ou “Emergência” como vulgarmente chamam.

Os traumas minor são alocados na área de ortotrauma, independentemente da cor de triagem, subdividem-se em cirurgia e ortopedia, onde se encontram dois médicos-cirurgiões e um ortopedista. Ainda para esta sala, encontram-se destacados dois enfermeiros que dão apoio e intervêm apenas na sua área de atuação própria como pensos e administração de terapêutica, não tendo por norma colaborar na elaboração de gessos ou na abertura de material para os cirurgiões, fato que também me surpreendeu por ser tão diferente da minha realidade.

As áreas amarelas, verde, azul e psiquiátrica, contêm cerca de 5 enfermeiros, na sua maioria peritos em urgência. Na psiquiatria, quando possível fica um enfermeiro especialista em saúde mental. Debrucei-me em conhecer mais detalhadamente as áreas laranja e vermelha, pois aí sim, foi o palco de muitas das minhas intervenções na área do transporte e cuidado à pessoa em situação crítica.

Para a área vermelha ou “Emergência” são encaminhados todos os doentes considerados críticos por necessitarem de tratamento imediato para estabilização vital. A “Emergência” está cuidadosamente preparada com materiais e equipamentos que permitem uma abordagem global e estabilização de qualquer doente em estado crítico com acesso rápido de segundos a qualquer material que seja necessário. Trata-se de uma sala de grandes dimensões constituída por cinco boxes de atendimento, todas com recursos e materiais próprios para receber qualquer doente, independentemente da sua patologia. Existe o cuidado que a primeira box de atendimento esteja reservada ao politrauma, devido à sua localização na extremidade da sala, de frente para o corredor principal junto ao carro com os materiais de apoio à realização das técnicas invasivas.

Nas imagens que se seguem podemos ter uma visão mais clara desta área vermelha.

**Figura 1 – Sala de Emergência do SU HSJ**



Fonte: Ornelas, 2016

Contrariamente ao que estava habituada, na minha realidade, como enfermeira de um SU central, os recursos humanos alocados a esta sala permanentemente e exclusivamente, são três enfermeiros sendo pelo menos um deles especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e dois médicos intensivistas. A teoria confirma que o recurso a uma equipa se tem revelado o método mais eficaz na assistência ao doente crítico, fundamentalmente o doente vítima de trauma (Howard & Steinman, 2011).

Atualmente a equipa de cerca de 90 enfermeiros compõem as cinco equipas que mantêm em *roulement* a atividade do SU. Neste momento já cerca de 15 por cento dos enfermeiros são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, e outros estão prestes a terminar. Foi também alvo da minha atenção a colocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica como responsável/chefe de equipa e também outro como segundo elemento responsável de equipa e *team leader* na sala de emergência. Tal como consta nos estatutos da OE (2015), o enfermeiro especialista é o profissional de enfermagem detentor de um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e aos problemas de saúde, sendo capaz de garantir um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica. Sem dúvida que o sucesso dos cuidados em situações de traumatismo é dependentemente proporcional à preparação do SU e do pessoal que o constitui (Howard & Steinman, 2011). Salvguardo ainda que, para trabalhar no SUHSJ, quase todos os enfermeiros receberam formação específica prévia, ministrada pelo próprio hospital e seus grupos de formação, como o grupo de Trauma e o grupo de formação em Reanimação.

Outro foco da minha permanência foi a área laranja. Numa bancada central comum, trabalham médicos emergencistas e três enfermeiros. É uma área que por vezes fica um tanto sobrelotada. No entanto, característica comum a todos os enfermeiros desta área, é a calma demonstrada perante uma situação de vários pedidos de intervenção. Este aspeto é uma constante não negociável e de profunda consciência por parte de toda a equipa, que a ausência de calma numa situação, poderá causar na prestação de cuidados, falta de segurança.

Ambas a áreas onde permaneci foram fundamentais para a conjugação de oportunidades para o desenvolvimento de competências específicas à pessoa em situação crítica.



## **CAPITULO II – PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**



## **2.1. Competências específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica**

*“O que é pedido a um profissional não incide somente no saber fazer ou agir, mas no saber descrever como e porquê faz ou age de tal maneira.”*

*Le Boterf, 2005,p.76*

Para a elaboração da análise deste processo, foi essencial compreender certos conceitos, como competência, competência específica, unidade de competência e critérios de avaliação de competência, já descritos no capítulo anterior, regulamentados pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crítica, aprovado pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico – Cirúrgica(OE, 2011), bem como, tendo em conta os descritores de Dublin apresentados no âmbito do processo de Bolonha, pela direção geral do ensino superior, essenciais para que este processo seja validado eficazmente.

Tendo em conta o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem à pessoa em situação crítica (OE, 2011), é competente o enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica, que defende os padrões de qualidade dos cuidados especializados, enunciados pelo Colégio de Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica e a OE, aprovado por este em Assembleia Geral Extraordinária de 16 de julho de 2011.

Tendo em conta estes pressupostos, passo a apresentar a análise do desenvolvimento das competências específicas pelos contextos apresentados no capítulo anterior e também pela minha experiência profissional e formação anterior que foi creditada ao abrigo do Regulamento nº 506/2014 de 10 de novembro da ESESJC.

### **2.1.1. Competência Específica I - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica**

*“O verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência e a técnica mas, pelo contrário utiliza-las para prestar cuidados globais à pessoa não menosprezando nunca nenhuma das necessidades do doente. ”*

*Pacheco, 2002, p.34*

A qualidade em enfermagem orienta-se por enunciados descritivos que visam demonstrar a natureza da profissão, particularizando o papel do enfermeiro especialista como sendo de proximidade aos clientes/grupos e comunidade, aos outros profissionais e ao público em geral (OE, 2011). São profissionais considerados elementos chave na resposta à necessidade de cuidados com segurança à pessoa em situação crítica.

“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011, p.1).

Segundo a Ordem dos Médicos (OM, 2008) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2008), a pessoa em situação crítica, é aquela que a falência de um ou múltiplos órgãos e sistemas leva à dependência de meios avançados de monitorização e terapêutica para manutenção da vida. O estado de doente crítico manifesta-se por um quadro clínico complexo onde a falência respiratória, cardíaca e cerebral são iminentes. (Cunha, 2000).

Salvador e Fernández-Colina (2009) enfatizam que esta situação clínica exige uma intervenção no seio de uma equipa multidisciplinar especializada e treinada, com todas as condições necessárias. Posto a compreensão destes pressupostos passo a descrever o desenvolvimento específico nesta área de atuação pelos três campos de estágios frequentados e já caracterizados anteriormente no ponto dois do primeiro capítulo.

#### *2.1.1.1. Estágio I – Urgência*

Há 13 anos que desempenho funções, em todos os setores e/ou salas do SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça, nomeadamente: Gabinete de Triagem, Sala de Emergência, Sala de Acolhimento dos Utentes, Sala de Tratamento, Sala Aberta, Sala de Ortopedia, Sala de Cirurgia, Sala de Pequena-Cirurgia, Sala de Recuperação, Sala de Observação e Sala de Cuidados Especiais.

Num dos capítulos do seu livro “A gestão eficaz de situações de evolução rápida”, Benner, P. (2001) caracteriza uma enfermeira perita na urgência da seguinte forma:

“ As peritas funcionam como chefes de orquestra em situações complexas, enfrentando em todas as frentes, respondendo a todas as necessidades (...). Elas são particularmente capazes de separar os problemas, estabelecer rapidamente as prioridades e delegar no pessoal disponível. Elas sabem como agir face a situações imprevisíveis e ajustar a sua própria capacidade, e raramente entram em pânico em alturas de crise. É preciso muito para destabilizar uma enfermeira perita”. (p. 140)

A enfermagem de urgência inclui prestar cuidados a pessoas cujos problemas vão desde situações não-agudas até as que constituem ameaça à vida (Phipps, Sands & Marek,

2003). O SU, devido à sua especificidade e abrangência em todas as especialidades médico-cirúrgicas, deu-me ao longo da minha atividade profissional a oportunidade de prestar cuidados a utentes, nas mais diversas condições de saúde e de todas as subespecialidades médicas e cirúrgicas.

Os cuidados de enfermagem que presto são cuidados que se enquadram maioritariamente no âmbito dos cuidados qualificados e contínuos, prestados a utentes com risco ou efetiva falência das funções vitais.

Numa condição de tempo mais alargada, fui desenvolvendo um olhar clínico mais diferenciado e atualmente dou continuidade aos cuidados dos doentes que vivem processos complexos da sua doença. Isto implica ser capaz de diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos como por exemplo, a realização de uma trombólise num doente com AVC após ativação da via verde, a aplicação de respostas adequadas e a monitorização/avaliação contínua da situação de falência orgânica do doente. A função de todos aqueles que trabalham em emergência passa essencialmente por tentar evitar que o processo de falência chegue ao limite da irreversibilidade, mantendo o indivíduo vivo (Batuca, 2005).

Desempenho funções diariamente, como elemento *A team leader* da sala de emergência, onde me é atribuída não só a coordenação da sala, mas também a avaliação primária e estabilização imediata do doente hemodinamicamente instável e em risco de vida.

Nunes (2009) refere que em Portugal não existem ainda setores específicos para a emergência, no entanto os serviços de urgência ao longo dos nos veem se organizando da forma que consideram mais eficaz e rentável onde diferentes tarefas vão sendo desenvolvidas em simultâneo por uma equipa. Esta é denominada de organização horizontal, onde segundo o mesmo autor em vários centros tem vindo a demonstrar uma redução significativa nos tempos de reanimação, com implicações óbvias na sobrevida do doente.

Ainda o mesmo autor enuncia a utilidade de ter um *team leader* ou denominado elemento A, que atua como um maestro na organização preparação e orientação da equipa da sala de emergência. Realço aqui, o termo Emergência segundo o Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados À Pessoa Em Situação Crítica (OE,2011), que ao citar Andrade (2010), refere-se a algo como sendo resultante de uma agressão sofrida por uma pessoa, por parte de qualquer mecanismo que lhe origina a perda da sua condição de saúde, abruptamente, comprometendo ou podendo potencialmente comprometer, algum órgão vital, se não for imediatamente assistido, pondo em grave risco, a sua vida. (OE, 2011).

A liderança de uma situação de emergência requer um conjunto de pré-requisitos que identificam o *team leader* como alguém capaz de cumprir essa tarefa dentro de um grupo. Tappen (2005) realça pré-requisitos como a “capacidade de comunicação efetiva, confronto e negociação, raciocínio crítico e resolução de problemas” (p.5) e ainda um comportamento influenciador da sua equipa no sentido de “tomar uma decisão orientada para a ação, com conhecimento, energia, visão e autoconfiança” (p. 5). Nunes (2009) reforça esta ideia ao assumir que ao *team leader* são reconhecidos saberes teóricos e científicos mas “também competências relacionadas com a capacidade de liderança, o discernimento e antecipação de necessidades, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional bem como as habilidades de reflexão e tomada de decisão” (p.4).

A liderança aliada à tomada de decisão são competências comuns aos enfermeiros especialistas, que influenciam com o seu comportamento a equipa, em prol de uma prática refletida e a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem (OE,2011).

Ao longo dos anos, várias foram as situações com que me deparei, desde politraumatizados graves, que pela minha experiência, verifiquei ser de grande incidência na Região Autónoma da Madeira (RAM), a doentes acometidos de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), Edema Agudo do Pulmão (EAP) entre outros. Claro é, que em emergência toda a avaliação e atuação deverá ser sustentada pela formação contínua e atualizada, razão pelo qual formei-me em Suporte Imediato de Vida (SIV), Suporte Avançado de Vida (SAV) e *Advance Trauma Course for Nurses* (ATCN), com creditação internacional e ainda, formação em Ventilação Invasiva e Não Invasiva, Emergências Cardiorrespiratórias, Traumatológicas, Obstétricas, Pediátricas e Neonatais, cursos dados pelo Instituto De Formação Em Enfermagem.

Relembrando o capítulo anterior, todo o saber teórico só faz sentido quando assimilado, compreendido e mobilizado por quem o tem (Le Boterf, 2006). Na minha prática diária, muitos são os doentes que ao entrar numa sala de emergência só de olhar para eles, quase que de uma forma inexplicável consigo determinar a gravidade da situação, agindo por antecipação às complicações que possam surgir. É por exemplo, olhar para um doente vítima de trauma grave, pálido, sudado, com sede, taquicárdico e hipotenso e perceber que necessita rapidamente de dois acessos de grande calibre para que se inicie a ressuscitação volémica o mais rápido possível, não deixando agravar o seu quadro de choque. É a suspeição quase imediata de fratura de base do crânio, quando um jovem dá entrada na sala de emergência vítima de uma acidente de bicicleta, e os hematomas periorbitais acompanhado de alteração grave do estado de consciência, leva-me a implementar medidas

de prevenção do aumento da Pressão Intracraniana (PIC), como a estabilização cervical, controle da dor, vigilância do score de coma de Glasgow e o despiste de otorragias e rinorragias promovendo o transporte quando possível para a realização de exames de diagnóstico, impedindo a deterioração do seu estado crítico e promovendo o diagnóstico precoce.

Segundo Howard e Steinman (2011), a prestação de cuidados em urgência requer um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, tanto a nível geral como especializado.

A identificação de focos de instabilidade não passa apenas pela sala de Emergência. Muitas vezes o doente que se encontra na sala aberta, a aguardar resultados de exames apresenta deterioração, por exemplo, do estado de consciência e cabe a nós profissionais despistar prontamente estas alterações, afim de ativar por parte dos nossos pares, o despiste rápido do agravamento da situação, e instituir tratamento imediato. O caso de uma situação de um doente com score de coma de Glasgow inferior a 8, colocar adjuvantes da via aérea que me permitam garantir, a permeabilização desta, até que seja possível colocar uma via aérea segura e definitiva são um bom exemplo desta situação. São nestes pequenos gestos diários que podemos simplesmente salvar uma vida.

Howard e Steinman (2011) consideram o enfermeiro especialista em urgência:

Um enfermeiro diplomado que, mercê de estudos científicos superiores e prática clínica especializada, ao nível de mestrado ou doutoramento, se tornou especialista em enfermagem de urgência. (...) Revela os seus conhecimentos técnicos através de um desempenho inovador, abrangente e de elevada qualidade (...) procura melhorar os cuidados ao doente e os resultados do tratamento. (p. 6)

O SU primora pelas situações sempre surpreendentes e inesperadas, o que, desperta em nós um constante olhar atento a tudo o que nos rodeia.

Mesmo já trabalhando há alguns anos em Urgência, tenho a plena consciência que não é de um momento para outro que alguém adquire competências, mas uma vez cimentadas e adquiridas a experiência acaba por consolidá-las e torna-se parte de nós.

A sala de cuidados especiais e de observação são duas áreas onde no SU permanecem os doentes críticos. É aqui que, além do olho clínico do enfermeiro, o uso de monitorização apertada, com monitores com monitorização de linha arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial não invasiva, debitómetros para urina, controle de drenagens torácicas e pericardiocenteses, permite-nos também antecipar os focos de instabilidade ou complicações e agir atempadamente. Nestas áreas, é indispensável também a gestão de recursos técnicos e humanos que melhor se adequem às necessidades do

doente crítico, competência transversal aos enfermeiros especialistas, na capacidade de liderar adaptando e gerindo recursos para cada situação, tendo em conta o contexto, com vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2011)

Ao comparar com o início da profissão, hoje há um sentimento de maior capacidade e segurança, quando me são atribuídos doentes destas salas e sinto com muita satisfação, que os responsáveis de equipa e os meus pares reconhecem a minha atuação nestas áreas privilegiando a minha permanência nelas. Também por parte dos colegas mais novos há um sentimento de “velhice”, que no bom sentido reconhece em mim algum saber e competência acrescida. Este mesmo sentimento prevalece pela confiança com que as escolas de enfermagem ao longo dos anos colocaram sob minha orientação vários estudantes, alguns deles hoje meus colegas de serviço e grandes profissionais.

Refletir acerca da prática permite a criação de uma “consciência de si enquanto pessoa e profissional” (OE, 2011, p.9), elevando os padrões de competência profissional em prol da qualidade dos cuidados de enfermagem holísticos, centrados no doente crítico em contexto de urgência.

Pela minha experiência, a maioria dos doentes que dão entrada no SU têm como alvo da nossa atenção o foco da dor. Howard e Steinman (2011) confirmam que a dor é a queixa mais comum que leva as pessoas ao SU, devendo o atendimento da pessoa com dor, ser imediato e atribui ao enfermeiro de urgência a obrigatoriedade de reivindicar o alívio da mesma. Por ser enfermeira triadora, muitas são as situações de dor com que me deparo. Uma dor torácica, dilacerante e localizada, clinicamente compatível com Enfarte Agudo Do Miocárdio (EAM) desperta a minha atenção e atuação imediata, com a ativação da via verde coronária, garantindo assim um atendimento atempado de uma situação que poderia vir a ser fatal. A gestão e alívio da dor alvo da minha atenção, na medida que enquanto elo de ligação do serviço à unidade de terapia da dor há já 5 anos, é uma área em que mantenho atualizada em termos de terapêutica convencional e também nas medidas alternativas de alívio e conforto para o doente com dor, seja ela aguda ou crónica. A gestão da dor em contexto de urgência passa por titular a terapêutica prescrita, reavaliando a resposta à dor, mesmo quando o doente não comunica, como é o caso do doente com ventilação invasiva. No cuidar deste tipo de doentes, foi de extrema importância a unidade curricular – cuidados intensivos - no segundo semestre deste mestrado; o conhecimento adquirido de que existem atualmente duas escalas internacionais preconizadas para avaliação da dor no doente sob ventilação invasiva, bem como o reconhecimento precoce das respostas fisiológicas e a observação do comportamento/fácies, foi determinante para a forma como avaliei a dor nos doentes, no

estágio de cuidados intensivos sob ventilação invasiva, e também na prática diária em urgência.

Enquanto enfermeira a trabalhar num SU central, há muito que persisto na anulação do estigma existente, de que os enfermeiros da urgência, devido à sua multiplicidade de técnicas e as situações que obrigam a atendimento rápido descuram muitas vezes a família. Engano de quem pensa assim. Um dos conceitos que sempre tive em atenção na minha prática foi a de me colocar no lugar do outro, seja ele o doente ou a família, até porque já estive em ambas as situações, e dessa forma persisto dizendo que nós não descuramos a família, pelo contrário, nós também somos família de alguém ou alguém é nossa família, e muitas são as situações em que, mesmo dentro da sala de emergência se ouve o *team leader* dizer “o doente tem família lá fora?”, “alguém já falou com a família?”, sendo esta uma preocupação, minutos após estarmos a trabalhar na estabilização do doente. Importa, no entanto, enaltecer este conceito, que necessita sempre de ser alvo da nossa atenção e aperfeiçoamento.

A família é um conceito importante para a prática de enfermagem, de acordo com Stanhope e Lancaster (2011) família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para apoio emocional, físico e/ou financeiro.

Já Norton (2013), define a família como as pessoas que compartilham intimidade e a rotina diária, nomeadamente aqueles que vivem com o paciente em estado crítico. De uma forma geral considera família, qualquer pessoa que seja significativa na vida normal do doente.

Este defende que o termo família descreve as pessoas cuja homeostasia social e bem-estar são alterados pela doença grave ou lesão.

As duas principais funções das famílias no século vinte e um são as funções de relação e de cuidados de saúde. A função de relação foca-se em como as pessoas se relacionam e qual o seu grau de satisfação: o foco para os casais é o casamento por amor, não por estatuto. A função de saúde tornou-se mais evidente porque é a base de um ciclo de vida com saúde física e mental ou com a sua falta. (Stanhope & Lancaster, 2011)

Não obstante, o papel da família no momento de colheita de dados sobre o sucedido com o doente, poderá ser determinante para percebermos através do mecanismo de lesão e história clínica, o que se passou com o doente e o que poderemos considerar como possíveis complicações que possam surgir. Isto permite precocemente que ao detetarmos estas complicações, também as possamos tratar, sendo este também um dos focos de atenção do enfermeiro especialista.

É do senso comum, que a falta de informações e a incerteza contribuem para a ansiedade na família. Sendo assim, reveste-se de grande importância o relacionamento empático do enfermeiro com a família, de modo a incentivar os familiares a exporem as suas dúvidas e satisfazerem a sua necessidade de informação diminuindo a sua angústia e sofrimento. A empatia como uma das componentes da relação de ajuda é vista como um dos componentes essenciais do enfermeiro especialista para a abordagem do doente/família. Empatia resume-se ao termo criado pela psicologia clínica que determina a capacidade do profissional de entrar no mundo subjetivo do outro, participando da sua experiência. É simplesmente colocar-se no lugar do outro e partilhar da sua visão (Queiroz, 2004).

Esta, utiliza elementos da comunicação verbal e não-verbal para atingir a preconizada relação de ajuda tão importante no cuidar do doente e família. A mesma autora assume que esta última é um elemento decisivo no contexto do cuidar onde os enfermeiros se apresentam com as suas intervenções autónomas fundamentadas do ponto de vista científico e técnico. Recordo como no início da minha profissão a comunicação e relação de ajuda, com a família era difícil e hoje os mecanismos que a experiência me deu permitem-me abraçar, metaforicamente, uma família, ajudando-a a atravessar esse momento de angústia. O sentimento de que “estou presente” para o que necessitarem, tem sido o meu objetivo maior, pois num momento de tanta incerteza é num enfermeiro que a família vai buscar o seu porto seguro, o seu elo de ligação ao seu familiar doente.

A evidência científica revela que os familiares que acompanham maioritariamente o doente crítico ainda são aqueles da chamada “família tradicional”, nomeadamente filhos e cônjuges. Isto não invalida a importância do enfermeiro ter uma visão mais ampla do conceito familiar, de modo a prestar cuidados aqueles que efetivamente são as pessoas significativas para o doente.

Não obstante ser a parte emocional da família aquela que mais ênfase parece ter, deverão também ser alvo da nossa atenção todos os pormenores em que os elementos da família necessitem do nosso apoio e mesmo o encaminhamento para outros profissionais e/ou recursos da comunidade.

No entanto, a unidade curricular em que focamos o cuidar especializado à família do doente crítico, foi de extrema importância, pois na minha prática era realizada empiricamente, mas com o desenrolar dos estágios clínicos, cuidados intensivos e opção foi alvo da minha atenção, melhorar este campo.

Pelo descrito no início do curso, apresentei um pedido de creditação do estágio I-Urgência, acompanhado de *curriculum vitae*, do relatório de experiência profissional

confirmado pela minha entidade empregadora e do meu portfólio. Após análise efetuada pela ESESJC, foi-me concedida a respetiva creditação, pelo que não necessitei de voltar ao contexto de urgência polivalente.

#### *2.1.1.2. Estágio II – Cuidados intensivos*

Próprio de uma unidade de cuidados intensivos, a UCICT possui recursos humanos e materiais especializados, organizados de forma funcional, de forma a ser possível dar uma resposta imediata eficaz, aos doentes graves ou em risco, que necessitem de cuidados de enfermagem e médicos continuamente.

A tecnologia patente neste tipo de unidades tem-se tornado cada vez mais complexa, sofisticada e atualmente torna-se inquestionável a sua participação no sistema de saúde, segundo Vargas e Braga (s.d.), citando Amorim e Silvério (1998).

O enfermeiro de cuidados intensivos deve ser portador de competências técnicas e científicas que sustentem decisões e práticas seguras que fazem a diferença entre a vida e a morte das pessoas (Camelo, 2012). Aliados a estes fatores, estes profissionais encaram diariamente o grande desafio de equilibrar o aspeto humano com o ambiente tecnológico dominante.

Salientando a vertente humana da profissão, o artigo 74º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE,2015) refere que a “(...) a nossa deontologia inclui também um conjunto de direitos, que se fundamentam, por um lado na dignidade profissional do enfermeiro e por outro lado, na pretendida excelência do exercício, como forma de garantir o direito dos clientes a cuidados de qualidade”. Esta deontologia aplica-se a todos os enfermeiros sem exceção.

Em ambiente de cuidados intensivos a tecnologia jamais deverá “distrain” o profissional. É neste sentido que a deontologia, ao criar uma linha de pensamento que promove a qualidade de cuidados ao doente no respeito pela dignidade humana da pessoa, orienta-nos para um cuidar humanizado num ambiente onde a tecnologia sobressai. São premissas essenciais do enfermeiro como responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem:

“a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;

b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE,2015, p.97).

São os princípios e valores do código deontológico os pilares sólidos a ter em conta na nossa prática diária. A OE (2015) citando Savater (1999) no Código Deontológico do enfermeiro, refere que a dignidade humana assenta em quatro pilares, a inviolabilidade de cada pessoa; a autonomia de cada pessoa; o reconhecimento social de acordo com a sua conduta e a solidariedade para com a infelicidade e o sofrimento dos outros. Como não poderia deixar de ser também na minha prática, procurei no atendimento à pessoa em situação crítica e sua família, promover os princípios éticos, que regulamentam a minha profissão à luz também de um dos domínios do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que preconiza o cuidar com responsabilidade ética e legal. Cuidar com ética assume-se como um compromisso do enfermeiro em manter os parâmetros obrigatórios da moral, dos valores inerentes ao ser humano e aos princípios que regem o código da profissão (Veiga, 2006). Em ambiente de cuidados intensivos, muitas são as questões éticas que se levantam. O consentimento informado em doente crítico é utilizado sempre que possível e quando o seu estado de consciência o permita, passando à família a participação na decisão quando o próprio não é capaz de responder por si. A distanásia versus a morte digna com qualidade no fim de vida foram temas debatidos ao longo desta prática, pois a equipa tem a consciência que a discussão destes assuntos eleva os padrões de cuidados ao doente em ambiente de cuidados intensivos, sendo o enfermeiro especialista o grande impulsionador destes debates.

Ao dispor do conceito de mobilidade de profissionais do SESARAM, já tinha tido a oportunidade de trabalhar durante cerca de um ano na unidade de cuidados intensivos. Por este facto achei mais enriquecedor, a escolha de uma unidade de cuidados intensivos que também tivesse uma vertente à qual não estivesse tão habituada, como a vertente do doente submetido a cirurgia cardíaca e pulmonar. Daí a escolha da UCICT.

Segundo a DGS (2003), unidades de cuidados intensivos “são locais qualificados para assumir responsabilidade integral dos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com complicações vitais” (p.5)

Foram muitas as oportunidades ao longo do estágio no vasto domínio de aquisição de competências, uma vez que tive a oportunidade de acompanhar uma tutora com mais de vinte anos de experiência em cuidados intensivos, EEMC e responsável de equipa.

No domínio da gestão dos cuidados, foi de grande interesse acompanhar uma enfermeira chefe de equipa, pois pude aperceber-me da forma como planeava a distribuição dos doentes, tendo em conta o sistema de classificação de doentes que atribui um score a cada doente, consoante o número de cuidados planeados por turno. Assim garantia a não

sobrecarga dos profissionais promovendo um ambiente de liderança baseada na motivação e incentivo dos profissionais. Foi também enriquecedor compreender a forma de gerir os materiais e recursos de modo a garantir a qualidade dos cuidados.

No que respeita ao cuidar do doente crítico em todo o seu processo complexo de doença, tive desde o segundo dia, a oportunidade de acompanhar um doente, desde a sua ida ao bloco operatório, assistindo à intervenção de substituição de válvula cardíaca por prótese biológica, durante o transporte até à unidade e depois realizar o acolhimento, estabilização, monitorização imediata e planeamento dos cuidados contínuos a ter com este tipo de doente.

A visualização deste percurso foi importante na medida que me permitiu desenvolver uma linha de pensamento e de atuação, tendo em conta todos os procedimentos e intercorrências sucedidos, criando a consciência da promoção de um ambiente terapêutico e seguro quando o doente, também, está fora da unidade.

A perceção da utilização de tecnologias como Circulação Extra Corpórea (CEC) e *self saver*, para a estabilização hemodinâmica do doente quando chega à unidade foi desafiante e aliciante, uma vez que esta foi a primeira vez que entrei em contacto com estas tecnologias. Num estudo realizado por Dienstmann e Caregnato (2013) no Brasil, os autores assumem o enfermeiro como o profissional que apresenta aptidões técnicas e científicas no pré, intra e pós-operatório, capaz de assumir o papel do perfusionista no controle de CEC, devido à sua visão holística de todo o campo cirúrgico e do doente. Os mesmos autores assumem que, com a demanda crescente e diferenciada de enfermeiros no mercado de trabalho, é necessário vislumbrar novos campos onde estes possam demonstrar as suas capacidades e competências. Incidir a minha pesquisa bibliográfica nesta área foi fundamental para melhorar a perceção de todo o processo complexo de doença do doente pós saída de CEC. Ficou também a vontade de alargar a formação nesta área ao nível do Reino Unido visto ser um dos países de referência em CEC e também em ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) outra das técnicas a começarem a ser usadas neste momento nas unidades de cuidados intensivos do SESARAM.

Aquando do regresso do doente do bloco operatório pude intervir numa área que já tinha algum conhecimento e experiência mas que foi alvo de aprofundamento e estudo, como a ventilação mecânica invasiva, a monitorização invasiva e a presença de drenos cirúrgicos em drenagem ativa colocados na cavidade torácica. A compreensão destes mecanismos permitiu-me desenvolver o pensamento de que a ventilação invasiva funciona como suporte compensatório no doente pós cirurgia cardíaca, quase como uma ajuda nas primeiras horas em que a cavidade torácica sofreu um trauma violento. Por sua vez a monitorização invasiva

é uma das ferramentas mais importantes para um enfermeiro em UCI, pois fornece informações importantes acerca do estado e do diagnóstico do doente (Azareto & Oliveira, 2013), permitindo detetar rapidamente alterações e agir atempadamente. Esta é a visão do enfermeiro especialista que cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença, no sentido de promover a recuperação da pessoa impedindo a sua deterioração. A manipulação de drenos torácicos cirúrgicos não era novidade, no entanto entender a vigilância das perdas hemáticas com a regulação das entradas de soroterapia, fármacos e alimentação entérica, foi fundamental para perceber o mecanismo de regulação de equilíbrio hidroeletrólítico tendo em conta o perfil tensional hemodinâmico e analítico do doente.

A monitorização eletrocardiográfica e das funções vitais de forma contínua, o suporte ventilatório, a alimentação entérica e parentérica, os dispositivos invasivos, como cateteres arteriais e centrais, algália, drenos, técnica dialítica contínua, monitorização da PIC, balão intra-aórtico, foi alvo de observação contínua e registos meticulosos da minha parte. É certo que, hoje em dia os avanços da medicina conseguem suportar quase todas as funções vitais da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Assegurada essa parte, a nós enfermeiros, é-nos atribuída também a capacidade de substituir a pessoa nas suas necessidades humanas básicas, promovendo o conforto num ambiente seguro, com respeito pela dignidade humana na plenitude dos seus direitos.

A realização de um estudo de caso de um doente levou-me a explorar estes mecanismos e desta forma também alargar o meu nível de conhecimento teórico, colocando-o em prática, tendo em conta a evidência científica atual. Este tipo de pensamento deixou-me com a sensação de objetivo cumprido, pois cuidar do doente crítico na visão do enfermeiro especialista, vai muito além da perceção da tecnologia ou das técnicas, mas sim criar um método de trabalho, assente no pensamento científico, que explica e contextualiza as suas ações diárias.

Num ambiente de cuidados intensivos, muitas são as situações que podem levar a reflexões éticas por parte dos enfermeiros. Começamos por considerar qualquer condição que nos cause desconforto em relação ao doente, de uma forma lógica e sistemática, defendendo um raciocínio lógico e ponderado podemos prestar cuidados éticos e medicamente consolidados (Swearingen & Keen, 2003).

Neste sentido, após reflexão, coloquei a mim mesma a seguinte questão: os cuidados que presto estão a ser os mais adequados? Permitiu-me logo identificar fatos relevantes, como a condição médica, mental e emocional do doente e adequar o plano de cuidados, não esquecendo os valores éticos morais do profissional que levam a uma tomada

de decisão ética consciente, adotando medidas de valorização da pessoa na sua autonomia e beneficência (Nunes,2011).

Todos os procedimentos por mim realizados como posicionamentos, aspiração de secreções, colheita de espécimes para análise, monitorização de drenagens torácicas e pulmonares pós cirurgia, foram dados registados e tidos em conta, pois quando se percebe a conjugação do doente e o seu estado, como um todo, permite-nos criar a adaptação dos cuidados necessários. Assim sendo, demonstrei competências na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

O uso de protocolos nas unidades de cuidados intensivos vem sistematizar o trabalho do enfermeiro. No entanto, vem também acrescer um sentido de responsabilidade ainda maior, uma vez que a adequação das medidas terapêuticas complexas ao estado do doente tem de estar assente no pensamento científico e na conjugação dos vários saberes. Ou seja, aqui tive a oportunidade de saber como, quando, em que dose, e porque se faz o que se faz, com a frequência e a dose correta, de vários fármacos como dopamina, dobutamina, nitroglicerina, amiodarona, noradrenalina, muito usados no doente pós cirurgia cardíaca, sejam para manter a sedação e analgesia, sejam para estabilização hemodinâmica como a terapêutica vasopressora, ou controle da dor.

A dor no doente em cuidados intensivos tem sido alvo de muita atenção por parte dos enfermeiros. Uma revisão de literatura realizada por Alderson e McKenchnie (2013) determinou que a dor não tratada em doentes na UCI tem efeitos multissistémicos físicos e psicológicos. Falamos de efeitos cardiovasculares com o aumento da frequência cardíaca, tensão arterial e resistências vasculares sistémicas, aumento do consumo energético por parte dos órgãos major, coração, pulmão e rim fomentando a hipoxemia e necrose dos tecidos; aumenta os níveis de *stress* com o aumento da produção do cortisol, catecolaminas e glucagon e gera ansiedade, medo e insónia (Swearingen & Keen, 2003). Estes fatores obrigam o enfermeiro a desenvolver competências na gestão eficaz da dor, como sendo uma obrigação ética e prioritária nos cuidados ao doente. Um estudo de Andrade e Barichello (2010) aponta que existe uma taxa de incidência elevada de cerca de 87% de dor nos doentes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. Deste registo da dor salienta o facto de esta ser mais intensa no primeiro dia de pós-operatório, mas de uma forma geral a maioria dos doentes no estudo referiram dor moderada. Os autores associam estas intensidades à variabilidade dos esquemas de analgesia bem como a forma como cada pessoa avalia a sua dor, tendo em conta as suas crenças e experiências passadas. O estudo foi conclusivo para reforçar a importância da avaliação e controle da dor no pós-operatório imediato, sendo esta

uma área de atuação muito importante para o enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica. Na mesma perspetiva, um estudo levado a cabo por Bender (2014) refere que na Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) a maioria dos doentes referiu dor associado aos procedimentos invasivos, mas salvaguarda o fato que estes mesmos doentes referiam alívio dessa mesma dor com a presença de um enfermeiro.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados para a pessoa em situação crítica, compõe enunciados descritivos que devem ser do conhecimento do enfermeiro especialista que presta cuidados, bem como da pessoa/família a quem são prestados (OE, 2011), e a reflexão sobre os mesmos obriga-nos à busca constante pela qualidade. Na perspetiva de melhoramento da minha prática diária, o criar de uma relação empática com a família do doente em intensivos, foi a base para o entendimento do conceito de família, como um bem maior para a prestação de cuidados diferenciadas para o doente. Assim sendo, no âmbito deste estágio, com o tempo controlado pelo horário estipulado para visitas, pude orientar o meu plano de cuidados de forma a estar disponível para as famílias que visitavam os seus entes queridos. Verifiquei que a família apresentava muitos medos pelo seu familiar ser submetido a uma cirurgia cardíaca, que implicava externotomia, o que por si só para quem não entende já era suscetível de grande ansiedade e medo. No entanto, quando a família no segundo dia após a cirurgia deparava-se com o doente já sentado no cadeirão, emergia uma enorme satisfação e gratidão em relação ao nosso trabalho e dos colegas especialistas em enfermagem de reabilitação. A comunicação e as técnicas aprendidas durante o período da teoria, foram imprescindíveis para que eu pudesse compreender a família, nos seus sentimentos e emoções, auxiliá-los na compreensão da doença do seu familiar e promover mecanismos de *coping* para que pudesse ultrapassar este momento de crise familiar, durante o internamento numa unidade de cuidados intensivos.

As competências clínicas da comunicação são a base de qualquer relação terapêutica, quer seja enfermeiro-doente, quer seja enfermeiro-família (Peixoto et al, 2014). De acordo com os autores supracitados, estas mesmas competências padecem de ser apreendidas, aperfeiçoadas, validadas e comprovadas como componente essencial da aprendizagem na prática clínica.

A comunicação de más notícias e as técnicas, experimentadas na unidade curricular de cuidados paliativos, foram de grande ajuda para desmistificar os medos que a família tem de ter o seu ente querido numa unidade de cuidados intensivos. A compreensão do doente no fim de vida de acordo com Pacheco (2002) e também fundamentada nesta unidade curricular foi importante para lidar com os sentimentos inerentes a essa situação tanto na

família como meus. De forma a promover o conforto ao doente e á sua família nesta fase foi essencial desenvolver esse conforto primeiramente em mim, indo buscar à teoria e às experiências partilhadas em aula alguns dos mecanismos para ultrapassar estes sentimentos.

Há uma grande preocupação com este tema e vários autores já se debruçaram sobre o mesmo. Encontrei alguns estudos muito interessantes, nomeadamente o de Di Gangi, Narreto, Cravero e Livigni (2013) em que foi feita uma descrição acerca da comunicação da família com a equipa de saúde de uma UCI. Estes autores descrevem como a família vivenciou a estadia do seu familiar na UCI, recorrendo aos testemunhos escritos num diário disponibilizado no serviço. Foram assim recolhidas 440 histórias entre 2009 e 2011, onde se puderam ler experiências de 332 membros de famílias, num total de 258 pacientes.

A maior parte das histórias foram escritas em forma de cartas dirigidas ao doente (38% num total de 168 cartas) e 34% (150 historias) tinham uma grande componente de motivação e incentivavam o doente a viver; destas 56%, (245 histórias) expressavam amor e afeto.

No total, 65 histórias abordavam a equipa de saúde e destas, 20 versavam sobre a competência e a capacidade de organização do pessoal do serviço.

Neste estudo os autores concluíram que “os livros de família” podem ser uma forma efetiva e simples da família se expressar quer em relação ao paciente como aos profissionais, permitindo a partilha de sentimentos, pensamentos e opiniões dirigidas ao paciente e ao pessoal.

As principais conclusões deste estudo revelam que os “livros de família” proporcionam informação sobre as respostas emocionais da família em relação ao seu familiar doente assim como, sobre as suas necessidades, perceções e a satisfação com a qualidade dos cuidados.

Numa última análise, essas histórias podem proporcionar momentos de reflexão de como melhorar os cuidados à família e sobre a melhor forma de comunicar ou deixá-la expressar-se.

Dando continuidade à ideia de que a família sofre alterações aquando um internamento, nomeadamente em UCI, outro trabalho desenvolvido por Jeziarska et al (2014), refere que o ambiente de uma unidade de UCI provoca no paciente e na família um elevado risco de depressão, ansiedade e várias patologias relacionadas com o *stress*.

Descrevem, inclusivamente, a síndrome pós cuidados intensivos na família, como o conjunto de complicações associadas a este tipo de internamento, incluindo reações como:

ansiedade, *stress* pós-traumático, depressão e complicações associadas. Estas complicações podem afetar o papel da família como cuidadora.

À parte estes sintomas negativos, surgiram também mudanças positivas na família como consequência ao *stress* pós-traumático, tais como o aumento do nível de empatia e a revisão da própria vida realizada por cada elemento da família.

Concluiu-se assim que para os profissionais de saúde é primordial observar as reações positivas e negativas ao *stress* de modo a auxiliar o equilíbrio dos níveis do mesmo na família.

As necessidades dos membros adultos da família dos doentes em UCI foi um tema estudado por Obringer, Hilgenberg e Booker (2011) com o objetivo de averiguar a perceção destas pessoas no âmbito do internamento de um membro da família.

A amostra contemplou 50 membros de famílias de 22 doentes internados numa UCI. A maioria da amostra eram mulheres entre os 49 e os 64 anos e entre elas a maior parte eram esposas ou filhos. Destes, 80% já tinham visitado alguém anteriormente numa UCI.

A análise dos resultados revelou que o item segurança foi a categoria nomeada como a que gerava mais preocupação e os aspetos relacionados com o apoio monetário os menos nomeados.

Concluíram que os seus resultados foram concordantes com a sua revisão de literatura, ou seja, que a segurança é o item considerado mais importante; não obstante este ser um conceito vasto e variar nas diferentes culturas.

O *stress* e as estratégias de *coping* dos familiares de pacientes internados em UCI no primeiro dia após a realização de cirurgia cardíaca, foi o tema estudado por Lopes (2012). A amostra foi composta por 282 familiares, sendo 59,9%, destes, filhos dos pacientes.

Em 35,1% dos familiares o nível de *stress* foi considerado baixo. Concluiu-se que o nível de *stress* do familiar depende mais das suas características pessoais do que da situação de saúde do familiar.

Como estratégias de *coping*, 31,2% dos familiares referiu as orações e só 3,2% nomeou as informações da equipa, com uns meros 0,7% a referirem o fato de confiarem nos profissionais.

Alitere-se que o papel do enfermeiro especialista é de relevante importância no acompanhamento dos familiares de modo a garantir o sucesso e segurança do tratamento da pessoa em situação crítica.

Ainda nesta prática clínica tive a oportunidade de dar início à ideia para o meu projeto de autoformação acerca do transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico, visto

que tive a oportunidade de observar e acompanhar os transportes dos doentes à saída do bloco operatório até à unidade e da unidade para realização de exames de diagnóstico. Salvo que, o transporte intra-hospitalar do doente crítico é considerado pela sociedade portuguesa de cuidados intensivos (SPCI, 2008) como sendo um dos momentos de maior instabilidade para o doente crítico, onde a formação da equipa de transporte é de suma importância. Aqui destaca-se o papel do enfermeiro especialista como alguém com conhecimentos teóricos e científicos nos vários domínios da pessoa em situação crítica de lidar com este momento de grande instabilidade.

A oportunidade de apresentar a revisão integrativa realizada por mim no âmbito da disciplina de investigação, à equipa multidisciplinar na unidade, foi fulcral para avaliar a pertinência e o apoio do meu projeto de autoformação na área da segurança do doente crítico e também, contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem com programas que visam identificar oportunidades de melhoria como a área da segurança do doente crítico no transporte intra-hospitalar. A realização de um trabalho de investigação abriu a premissa da importância que a evidência científica tem a um nível de mestrado, indo de encontro aos descritores de Dublin, que concebem que o mestre, baseando-se em conceitos estabelecidos no primeiro ciclo, seja capaz de utilizar essa capacidade como base para o desenvolvimento da investigação. A comunicação dos resultados da revisão integrativa permitiu-me também desenvolver a capacidade de comunicar resultados da minha investigação aos colegas e aos pares como forma de cimentar o pensamento crítico metódico e fundamentado do enfermeiro especialista, solidificando a aquisição da competência comum do enfermeiro especialista que desenvolve o seu autoconhecimento, fundamentando a sua “prática clínica especializada, em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2011, p.10).

### *2.1.1.3. Estágio III – Opção*

No âmbito das diversas facetas de abordagem ao cuidar especializado da pessoa em situação crítica, sobressai um tema muito atual - o transporte intra-hospitalar. Este tema surgiu da lacuna por mim identificada no SESARAM, da necessidade de um protocolo de atuação no transporte intra-hospitalar atualizado e completo que fosse ao encontro das necessidades de segurança do doente e da equipa que realiza o transporte. A necessidade de transportar o doente crítico, doente que por disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas, depende para sobreviver de meios avançados de monitorização e terapêutica, para serviços específicos ou realização de exames diferenciados é denominado transporte intra-hospitalar (Lacerda, Cruvinel & Silva, 2010).

Pelo quadro clínico complexo, instabilidade hemodinâmica que o doente crítico apresenta, na maior parte das vezes, o transporte pode aumentar o risco de insegurança, daí também ser um alvo importante da atenção do enfermeiro. Durante este transporte os doentes têm direito a uma atuação segura, onde o nível e a qualidade dos cuidados prestados, durante o mesmo, não deverão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem (SPCI,2008).

A nível nacional esta área encontra-se regulamentada por Decreto-Lei nº 38/92 de 28 de março, (Transporte de doentes) e sujeita a algumas normas e recomendações de boa prática (Guia de Transporte de doentes críticos, 2008 e 2012), propostas por grupos de trabalho intervenientes no transporte de doentes. Contudo, não existe nenhum Normativo Legal nem nenhuma entidade que claramente assuma e se responsabilize por este processo, cabendo às instituições organizarem-se e agilizarem todos os procedimentos (Machado, 2010).

A escolha deste tema para o desenvolvimento do projeto de autoformação durante o estágio III, vem abrir horizontes para um aspeto ainda maior do cuidado do doente crítico: a segurança do doente e dos profissionais.

Nos últimos anos, a segurança do doente, enquanto indicador primordial da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular, tanto para os doentes e familiares, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes (Fragata, 2011).

Na sua vasta magnitude, a segurança do doente define-se como um processo através do qual uma organização torna a prestação de cuidados mais segura para impedir que os utilizadores dos cuidados de saúde sejam prejudicados pelos efeitos dos seus serviços, implica assim a redução do risco de danos desnecessários, para um mínimo aceitável. Este processo integra sete passos para a segurança do doente: construir uma cultura de segurança, liderar e apoiar os profissionais, gerir o risco de forma integrada, promover a notificação, envolver e comunicar com os doentes e público, aprender e partilhar lições de segurança e implementar soluções para a prevenção de danos (*National Patient Safety*, 2004).

A revista da ordem dos enfermeiros, já em 2005, anunciava que o acesso aos cuidados de saúde de alta qualidade é um direito humano essencial, reconhecido e valorizado pela União Europeia, as suas instituições e os cidadãos da Europa. Neste sentido, os doentes têm o direito de esperar que sejam efetuados todos os esforços para assegurar a sua segurança enquanto utilizadores de qualquer serviço de saúde.

Os estudos realizados e divulgados por Sousa, Uva, Serranheira, Leite, e Nunes (2011) revelam que as taxas de incidência de eventos adversos em hospitais atingem valores

que variam entre os 3,7% e os 16,6% (com conseqüente impacto clínico, económico e social), sendo que 40% a 70% são considerados preveníveis ou evitáveis.

Perante números tão significativos urge perceber e aprofundar conhecimentos nesta área, e desta forma no âmbito deste trabalho, considerei especialmente importante ressaltar a questão da segurança do doente crítico durante o transporte intra-hospitalar.

Embora o Manual de Transporte do Doente Crítico, já na sua última revisão de 2012, preconize que os cuidados durante o transporte deverão ser assegurados da mesma forma que na unidade de origem, também é do conhecimento dos profissionais que face a múltiplos fatores, nem sempre isso seja possível, o que leva a que nós enfermeiros, como parte integrante da equipa de transporte, tenhamos que ter em conta um conjunto de fatores e riscos que possam ser minimizados ao máximo em prol da segurança do doente durante aquele momento de grande instabilidade (Fernandes, Valente & Catarino, 2012).

Mazza, Amaral, Rosetti e Carvalho (2008) no seu estudo denominado “Segurança no transporte intra-hospitalar: a evolução dos parâmetros respiratórios e hemodinâmicos” (abordagem dos resultados gasométricos dos doentes antes e depois de terem sido transportados por uma equipa altamente qualificada) concluíram que um transporte pode ser feito de forma segura e com um valor mínimo de complicações desde que a equipa seja qualificada para o transporte deste tipo de doentes.

É do conhecimento dos profissionais de saúde que o transporte intra-hospitalar gera um período de instabilidade e riscos para o paciente, com possibilidade de intercorrências relacionadas com falhas técnicas, alterações fisiológicas do paciente, tempo de transporte, bem como com a equipa que o realiza, também justificada por vários autores na revisão integrativa por mim realizada. Além disso, deve-se considerar que os sectores (imagiologia, entre outros) para os quais se encaminha o paciente nem sempre dispõem dos mesmos equipamentos das UCI ou de um SU.

Nesta perspetiva, destaca-se a importância da decisão, planeamento, execução e estabilização após procedimento, a fim de minimizar complicações, intercorrências e riscos desnecessários ao paciente. O transporte deve assegurar a continuidade dos cuidados, este deve ser eficiente e seguro, a fim de evitar o agravamento da situação do doente (Meneguim, Alegre & Luppi, 2014).

Foi nesta perspetiva que desenvolvi este estágio, promovendo o cuidado à pessoa em situação crítica, num dos momentos de maior instabilidade, o transporte intra-hospitalar (SPCI, 2008).

Num levantamento de estudos, realizado por Almeida et al (2012), concluiu-se que há uma série de alterações fisiológicas que os pacientes podem apresentar durante o transporte intra-hospitalar, nomeadamente: o aumento na frequência cardíaca, a alteração nos níveis tensionais, o aumento da pressão intracraniana, as arritmias, os EAM, as alterações na frequência respiratória, a diminuição da saturação de oxigénio, o aumento de pressão nas vias aéreas, a obstrução das vias aéreas pelas secreções, a tosse excessiva, a agitação, o sangramento, a hipocápnia/hipercápnia, a hipoxemia e PCR. De todas as anteriores, as mais relatadas foram as alterações da pressão arterial e da frequência cardíaca.

Para melhor organizar a minha observação e com base nos dados da revisão integrativa realizada senti necessidade de criar uma grelha de observação (Apêndice A) como instrumento para sistematizar os acontecimentos da minha prática clínica em relação ao transporte intra-hospitalar seguro. Foi, tendo em conta estas alterações que tive a oportunidade de durante os momentos de transporte também ter em conta o despiste de potenciais problemas ou complicações, olhando para o doente e interpretando os dados de monitorização e o estado deste. Com o olhar clínico e fundamentado as peças conjugaram-se e tornaram a minha atuação pertinente na gestão de protocolos complexos na estabilização hemodinâmica, sedação ou dor, impedindo que o estado do doente se agravasse. Também o controlo da dor durante o transporte do doente crítico, num doente com trauma torácico grave que à palpação da grelha costal apresenta crepitação e flutuação, é fundamental para que a parte respiratória não descompense, devido ao fato do doente estar a se defender com dor vai limitar os seus movimentos respiratórios. Perceber este mecanismo quando o doente está a baixar a saturação de oxigénio, pode ser suficiente para impedir manobras invasivas de ventilação, trazendo o doente a parâmetros de ventilação/saturação normais apenas com o alívio da dor.

De uma forma gradual, nas primeiras quarenta horas de contacto na UCIP do SESARAM, tive a oportunidade de primeiramente observar as condições em que se realizava o transporte do doente crítico intra-hospitalar. Das três oportunidades, a primeira tratou-se de um transporte para o Serviço de Imagiologia para a realização de exames complementares num utente politraumatizado grave, internado há 27 dias nesse serviço devido também à sua patologia de base (esclerose múltipla). Foi um transporte que respeitou as diversas fases, nomeadamente a decisão, preparação e a implementação que decorreram sem intercorrências, exceto o facto de o elevador não estar preparado visto este serviço não possuir uma chave de bloqueio do mesmo. O regresso também foi sem intercorrências, sendo respeitadas as medidas de reavaliação e acomodação do doente no regresso à unidade. Foi

um momento para verificar que realmente os colegas estão despertos para a importância de dar ao doente as mesmas condições de estabilidade que daríamos na unidade de origem. Day (2010) publicou um artigo “Mantendo os doentes seguros durante no transporte intra-hospitalar” da qual resultaram quatro ideias condição sine qua non: incitar o porquê, quem, o quê, quando antes de qualquer transporte e em cada uma das perguntas obter a resposta mais acertada, transparecendo o benefício para o doente, identificando de antemão o que será necessário, em termos de equipamentos e recursos para que isso aconteça. Essa preocupação também foi comum a este transporte.

A passagem para o segundo transporte, visto este ser uma parte do estágio e de curta duração, permitiu-me logo poder colaborar nas diversas fases. Foi uma situação programada desde o início do turno da manhã, o que nos deu cerca de duas horas na preparação do doente para a realização de uma colonoscopia transretal. O doente já estava em ventilação espontânea, no entanto já tinha tido uma situação de PCR na sequência da realização da primeira colonoscopia diagnóstica no contexto de uma pancreatite obstrutiva, o que por si só já nos deixou mais alertas para possíveis complicações. Acompanhei o doente no transporte até ao bloco de exames de gastro e durante o período de indução anestésica o doente fez uma paragem respiratória seguida de PCR, o que implicou de imediato SAV com cerca de 20 min de reanimação que culminou com ROSC ao fim de três choques por fibrilação. Este episódio permitiu-me pôr em prática, não só a perícia que já tinha de mais de dez anos de enfermeira do SU, mas também perceber o quanto é difícil ter o doente nesta situação, fora do nosso habitat onde controlamos e estamos habituados a ter toda a ajuda e materiais disponíveis. Tive a oportunidade de gerir uma situação de emergência/urgência em que me obrigou a priorizar cuidados, identificar focos de instabilidade e gerir protocolos complexos em prol do *life saving*, preconizado pelas *guidelines* da *American Heart Association* (2015) em situação de PCR. Este foi sem dúvida um grande momento de aprendizagem prática pois, tive a oportunidade de ir de encontro às unidades de competência do regulamento de competências à pessoa em situação crítica, prestei cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica na situação de PCR; geri a administração de protocolos terapêuticos complexos com a administração de drogas de reanimação como adrenalina, avaliando o seu efeito no ritmo pós administração. Tendo em conta os critérios de avaliação de Regulamento de Competências à pessoa em situação crítica (2011) demonstrei conhecimentos e habilidades em SAV, reconheci e respondi rapidamente a focos de instabilidade como a PCR, identificando rapidamente o

ritmo desfibrilhável e alertando a equipa para esse fato, respondendo de forma rápida e antecipatória a possível focos de agravamento.

Executei cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica (OE, 2011), gerindo a administração de adrenalina e noradrenalina, interpretando o ritmo, o perfil tensional e o ritmo cardíaco quando já existia, alertando a equipa para esse fato e promovendo o transporte de regresso à unidade assim que possível para dar continuidade aos cuidados.

Então regressamos à unidade e executámos a estabilização secundária do doente, mas devido à sua longa idade e também às comorbilidades, passadas algumas horas o doente acabou por falecer.

Os autores Alamanou e Brokalaki (2014) concluíram num seu estudo, que as complicações resultantes do transporte do doente crítico resultam do índice de gravidade de doença do doente durante o transporte, equipamento inadequado, da falta de profissionais qualificados e treinados para este tipo de transporte, da monitorização inadequada e da falha de comunicação entre a equipa durante o transporte. Neste caso o índice de gravidade foi talvez o fator mais preponderante.

O terceiro transporte realizado foi também para a realização de exames complementares e não adicionou nenhuma intercorrência. Aqui, já tive a oportunidade de planear, implementar e efetuar e intervir no transporte apenas com supervisão da tutora. Alguns ajustes foram necessários, como por exemplo: o reposicionamento e acondicionamento do material bem como o registo, embora que informal de alguns dados antes, durante e após a chegada do doente, o que deixou já desperta a necessidade de uma *check-list* e a sua utilidade. A *check-list* deve ser curta, clara, fácil de manusear e facilmente compilada, permitindo assim, não só facilitar o transporte do doente crítico, como também permitir a criação de uma base de dados sobre possíveis incidentes ocorridos, de modo a monitorizar e estudar os efeitos colaterais do transporte, para identificar os problemas e corrigi-los tendo em conta os problemas reais encontrados. (Elli et al., 2013)

Passando à segunda unidade, durante a primeira semana de estágio na urgência do HSJ, tive a oportunidade de acompanhar sete transportes intra-hospitalares de doente crítico. Iniciei o estágio pela área laranja e depois passei pela área amarela, pela pequena cirurgia e por fim pela sala de emergência. Num total, realizei sete transportes de doente crítico, todos em respiração espontânea sem suporte de ventilação mecânica. Foram transportes para outras unidades como a Unidade de AVC (UAVC), Hemodinâmica, Bloco Operatório (BO), Unidade de Cuidados Intermédios de medicina (UCIM) e ainda para o Serviço de

Imagiologia. Visto o hospital ser de grandes dimensões, foram transportes demorados, mas também permitiram-me conhecer diversas unidades de referência. A maioria dos transportes decorreram sem intercorrências maior. Apenas e indo de encontro à evidência científica, a maioria dos doentes apresentou baixa saturação e taquicardia. Não existe falta de equipamentos, no entanto são equipamentos antigos e a equipa tem a consciência de que seria favorável, por exemplo, um monitor de transporte e bombas de pequenas dimensões. Na semana seguinte fiquei alocada à sala de emergência e pude participar em 5 transportes de doente críticos, desde politraumatizados graves, Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Choque Hipovolémico por hematemese, Choque Séptico com foco abdominal e fibrilação auricular. Pude participar na estabilização destes doentes na sala de emergência, colaborando como um membro efetivo da equipa, o que facilitou muito o desenvolvimento de competências específicas na pessoa em situação crítica empregando uma abordagem focada e sistematizada utilizando a nomenclatura ABCDE, preconizada pelas normas de *ATLS (Advance Trauma Life Support)* segundo Azevedo, Scarparo e Chaves (2013) e os protocolos complexos de SIV e SAV que preconiza uma abordagem completa sem descurar a autonomia do enfermeiro. Obviamente, acompanhei todas as transferências destes doentes no maior momento da sua instabilidade hemodinâmica. Mas num hospital de fim de linha, como o HSJ embora os tempos de transporte tenham sido longos (em média acima dos 20 minutos), o grau de treino da equipa e a forma como comunicam, os equipamentos disponíveis e a multiplicidade de unidades acessíveis e preparadas para receber estes doentes facilitam e garantem um transporte intra-hospitalar seguro, indo de encontro à revisão integrativa por mim efetuada em que identifica estas, como sendo categorias primordiais.

Embora também o SUHSJ não possua uma *check-list*, no entanto já utiliza uma grelha de avaliação de transporte dos doentes, que permite determinar se o doente pode ou não ser transportado, bem como que elementos deverão acompanhar o doente consoante o score atribuído. Esta escala foi criada pelo enfermeiro chefe Paulo Mota, com base na já existente da SPCI, pela necessidade que este sentia em ter que justificar um elemento apenas para a realização de transportes. Desta forma, criou um instrumento que sustentou o pedido à Administração. Um bom exemplo de gestão com base na evidência.

A segurança do doente durante todo o procedimento é necessária a fim de contribuir para o um melhor prognóstico (Day, 2010). Pode-se observar, desta maneira, que a existência de um instrumento que norteie as ações dos profissionais quanto à realização do transporte intra-hospitalar é de suma importância para a segurança do doente. Diante de estudos e da indissociável necessidade da realização de transporte intra-hospitalar, verifica-se o quanto é

imperativo a procura por meios para a redução e até mesmo a eliminação dos eventos adversos relacionados a esse procedimento.

Já em 2009, Zuchelo e Chiavone no seu estudo, avaliaram 58 transportes intra-hospitalares em dois hospitais, abordando as repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos em doentes durante o procedimento do transporte intra-hospitalar. Dos 58 transportes, 87,53% tinham a finalidade da realização de tomografia; 67,2% apresentaram alterações cardiorrespiratórias relevantes; 13% estavam em uso de drogas vasoativas. O estudo mostrou ocorrências de eventos adversos em 44 transportes, totalizando 112 episódios de eventos adversos, relacionados a falhas de equipamentos e dos profissionais, predominando problemas com baterias e comunicação profissional. Além disso, os autores salientaram a precária monitorização disponível para o doente durante o transporte. Estes dados foram úteis para a avaliação dos meus transportes confirmando-se algumas das intercorrências em comum com a minha observação.

Por fim, vim a terminar esta prática clínica na UCICT do SESARAM, onde pude realizar uma abordagem no transporte do doente crítico, do foro cirúrgico/cardíaco. A maioria dos transportes realizados nesta unidade decorreu sem intercorrências major. Apenas e indo de encontro à evidência científica, a maioria dos doentes teve baixa da saturação de oxigénio e taquicardia. Pude verificar a inexistência de uma mala de medicação, bem como da *check-list*. Em relação aos equipamentos, segundo a equipa, são antigos e pesados. Verifiquei que, em alguns casos, não foi utilizado garrafa de oxigénio nemambu por prevenção durante o transporte, sendo esta uma das normas orientadoras de boas práticas, segundo o Guia De Transporte do Doente Crítico (2012). Ter equipamento *standart* para os transportes, a preparação meticulosa do doente para o transporte, a adaptação da sedação e o uso correto dos protocolos são fatores preponderantes para um transporte seguro. (Elli, Gariboldi, Tundo, Mascheroni, Bambi & Lucchini, 2013)

Na abordagem ao doente cirúrgico pós cirurgia cardiorrástica tive a oportunidade de presenciar a cirurgia de *bypass* cardíaco e realizar o transporte com a colaboração do anestesista que esteve muito recetivo ao meu projeto, tanto no planeamento como a implementação do transporte de uma doente pós cirurgia.

Embora as três fases de transporte sejam bem visíveis e minuciosamente preparadas, mais uma vez, as condições em que o transporte é efetuado continuam não sendo as ideais e a forma mais fácil de o representar é, mesmo, através das imagens seguintes.

**Figura 2 - Condições de transporte intra-hospitalar no SESARAM**



Fonte: Ornelas, 2016

No entanto, tanto a colega como o anestesista mostraram-se receptivos a pequenas mudanças que são imprescindíveis e que até são simples de aplicar como por exemplo, a disposição correta dos equipamentos, não sobre a cama, mas fixas nos suportes da cama, o que permitiu a minha atuação nesse sentido.

Foram ainda realizados mais seis transportes, quatro destes no mesmo âmbito e sequência do bloco operatório para a UCICT e também onde eu pude coordenar o transporte desde a preparação na sala de cirurgia até à receção na unidade. Nos últimos transportes já todo o esquema fluía em mim e nos colegas que pareciam já ter interiorizado este conceito de segurança no transporte do doente crítico nas suas diversas fases. A formação específica do profissional de saúde que acompanha o doente é visto como um pilar na segurança do transporte, a grande maioria dos estudos torna este facto evidente. A formação e a experiência dos profissionais é fundamental para a realização do transporte com a eficiência e a eficácia desejadas ( Meneguim, Alegre & Luppi, 2014; Lucchini et al., 2012; Elli et al, 2013).

Todo este processo de cuidar da pessoa em situação crítica num dos maiores focos de instabilidade que é o momento do transporte, serviu para também poder deixar o meu contributo a estas unidades onde passei, com a elaboração de uma *check-list* de transporte que foi apresentada nas várias unidades do SESARAM e ainda sugerida para inclusão no protocolo de transporte intra-hospitalar desta instituição (Apêndice B). A partilha de conhecimentos e a formação atualizada vai de encontro a uma das competências comuns do enfermeiro especialista, “Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, incorporando

diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.” (OE, 2011). Ainda todo este projeto foi apresentado aos alunos do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESESJC, no âmbito da unidade curricular Urgência/Emergência, por convite da coordenadora do mesmo.

Realço ainda que, os momentos de efetivação dos transportes, coincidiram quase sempre com momentos de informação e apoio à família, sendo um dado comum a todas as unidades. Embora fosse um momento de muita atenção e concentração, tive a oportunidade de acompanhar os meus tutores e poder comunicar de forma empática com a família que sempre retribuiu com um olhar de esperança e confiança no nosso trabalho, o que foi deveras gratificante.

Todos os momentos de cuidados são momentos de comunicação e de relação de ajuda, quer seja ao doente ou à família. O apoio à família é um conjunto de intervenções de enfermagem que visam levar suporte emotivo (Phaneuf, 2005). Na perspetiva desta autora, a comunicação de informações e a adaptação ao problema de saúde de um membro da família deveriam ser primordiais, no entanto não podemos nos desfocar da nossa realidade que ao lidar com o doente crítico o tempo é precioso e muitas vezes pouco para o tanto que há a fazer. Que esta não seja a desculpa, pois uma informação dada em pouco tempo pode ser apenas a necessária para tranquilizar e aliviar o sofrimento de uma família.

### 2.1.2. Competência Específica II - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação

*“Ser competente é cada vez mais ser capaz de gerir situações complexas e instáveis.”*

Le Boterf 2005, p.18

Considere-se a grande complexidade das situações de catástrofe ou emergência multivítima para determinar a necessidade de cuidados objetivos, imediatos e bem planeados. Partindo deste ponto a intervenção do enfermeiro especialista estende-se no sentido da liderança em resposta a situações de multivítimas, com conhecimento dos planos institucionais garantindo o máximo de eficácia possível nestas situações (OE, 2011).

Segundo Nunes et al (2009), em emergência o objetivo é conquistar tempo, vital para a sobrevivência do doente ou redução de lesões primárias e secundárias.

Para o mesmo autor emergência significa “acontecimento inesperado ou gravidade imediata ou urgente” (p.1). Quando se eleva o termo emergência a um grande número de

vítimas associado a causas naturais falamos de emergência em catástrofe. Os enfermeiros devem ter estratégias delineadas para superar as adversidades de uma catástrofe, e compreender perfeitamente os diferentes papéis que podem ser obrigados a abraçar, a fim de prestar cuidados de forma eficaz num cenário caótico (Powers, 2010). Torna-se crucial criar recursos para munir o profissional com competências de modo a agir em conformidade nesta prática de exceção. O hospital é uma das peças fundamentais da resposta médica a uma catástrofe: o serviço de urgência constitui, pela natureza das suas funções, o lugar chave da resposta institucional, cuja importância justifica uma abordagem específica, centrada no plano hospitalar de catástrofe.

#### *2.1.2.1. Estágio I-Urgência / Estágio III- Opção*

Embora em nenhum dos estágios efetuados, me tivesse deparado com situações de catástrofe, a creditação do estágio I foi efetuada também considerando a minha experiência prática nesse âmbito.

Assim, no papel de prestadora direta de cuidados ao doente em contexto de catástrofe /multivítima, realço o fato de ser enfermeira triadora com formação em TM e em emergência e catástrofe com creditação internacional com o curso de *Major Response to Major Incidents* (MRMI), no ano de 2015. Tive a oportunidade de estar nas situações de catástrofe mais marcantes da RAM como: a catástrofe de inundações do 20 de fevereiro, o maior acidente com mais de 50 vítimas de um acidente de autocarro de turismo, a evacuação de centenas de doentes do Hospital dos Marmeleiros devido aos incêndios e recentemente no ano de 2016 no estadião de ativação de catástrofe nível III pelos incêndios na cidade do Funchal onde se ativaram vários postos de cuidados a desalojados e feridos civis e bombeiros.

Já no estágio de opção no SU do HSJ, tive a oportunidade de consultar o plano de emergência e catástrofe nível I, II e III, *online* e que fora atualizado no último ano.

Ainda pude prestar cuidados multivítima a um acidente de viação, envolvendo oito vítimas, em que duas delas eram crianças. Os seis adultos, quatro deles em estado crítico, deram entrada quase no mesmo minuto para a sala de emergência, sendo alvo imediatamente de uma triagem de prioridades de atendimento consoante o grau de gravidade relatado pelos colegas da Viatura Médica de Emergência Rápida (VMER).

Aqui enaltece-se o papel de liderança e tomada de decisão por parte do enfermeiro como sendo um papel de grande responsabilidade. Vai depender de uma abordagem e decisão eficiente e ética do enfermeiro em emergência o sucesso da organização e

implementação dos cuidados. Enfoque para um dos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, que enuncia a liderança de forma efetiva nos processos de tomada de decisão ética de maior complexidade à pessoa em situação crítica e para o papel do enfermeiro na liderança e tomada de decisão em situações de multivítima.

Um evento de liderança à luz da teoria é a interação de uma pessoa com as outras, acentuando a forma como elas agem e reagem na sua unicidade ou em grupo. O papel da liderança pressupõe que o líder como elemento chave da liderança seja capaz de pensar com conhecimento antes de agir e pressupõe seis características chave para ser eficiente: conhecimentos adequados, autoconhecimento, comunicação, energia, metas e ação. Estas são condições essenciais à tomada de decisão, tão presente em emergência e catástrofe, pois o raciocínio clínico eficaz é uma componente essencial da prática de enfermagem nesta área (Canova, Brogiato, Roveron & Zanotti, 2016).

Pela minha experiência, confrontação com o plano de emergência e catástrofe de um hospital de grandes dimensões e a evidência científica, estou hoje mais ciente da sua importância e do papel que o enfermeiro especialista tem nestas circunstâncias.

### 2.1.3. Competência Específica III- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

*“Na formação de uma enfermeira ou no seu trabalho quotidiano, a aquisição de uma competência é um ideal a atingir, a prosseguir e mesmo enriquecer”*

Phaneuf, 2005, p.2

Parto do princípio subjacente que, a monitorização e controlo da infeção é a manutenção de um ambiente seguro para os doentes, família e profissionais que prestam cuidados (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

Vários são os autores que acerca da pessoa em situação crítica, enaltecem o risco de infeção como sendo uma das áreas fulcrais de atendimento. Considere-se a complexidade da própria situação, a diferenciação dos cuidados exigidos pela multiplicidade de técnicas invasivas para manutenção da vida e teremos indicadores seguros da importância desta temática.

A infeção hospitalar é um problema de grande impacto atualmente, representando um problema que merece a especial atenção das instituições e dos profissionais. Dentro deste grupo são os enfermeiros que inevitavelmente passam mais horas em contacto com o doente, sendo-lhe atribuída também uma maior responsabilização na prevenção e controlo da mesma.

Tendo em conta os descritivos do 4º enunciado dos Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados à Pessoa sem Situação Crítica da OE (2011) “participação da conceção de um plano de prevenção e controlo da Infeção atualizado com base na evidência científica; a participação na definição de estratégias de prevenção de controlo de infeção a implementar no serviço/unidade e (...) a capacitação das equipas de profissionais na área na prevenção e controlo da infeção associado aos cuidados à pessoa em situação crítica p.8” desenvolvi este tema ao longo dos vários estágios, com a visão que enquanto enfermeira na urgência este é um conceito a melhorar na minha prática diária.

#### *2.1.3.1. Estágio II-Cuidados intensivos/ Estágio III – Opção*

No âmbito dos estágios II e III, apercebi-me que uma das problemáticas recentes e de maior crescimento são as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS). Falamos de infeções que se associam a múltiplos focos como a entubação orotraqueal e ventilação mecânica, no pós-operatório relativamente à ferida cirúrgica, os múltiplos dispositivos de monitorização e tratamento do doente crítico, as técnicas de substituição da função renal, a imobilização primordial nos politraumatizados com atingimento cerebral e vertebro medular, a antibioterapia massificada e agressiva e o uso de terapêutica imunossupressora.

Diversos são os autores que têm desenvolvido esta temática em geral. No entanto, e mais especificamente relacionados com o doente crítico, temos a associação da infeção relacionada com a ventilação e com os dispositivos em unidades de cuidados intensivos e urgência. Silva, Nascimento e Salles (2014) referem que a entubação orotraqueal e a ventilação mecânica em cuidados intensivos, são medidas fundamentais para manutenção da vida, mas apontam estas como sendo causadoras de muitas complicações.

As IACS denominam-se de “infeções adquiridas pelos utentes ou profissionais, associadas à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados” (Costa, Silva & N. 2008, p. 5).

Em Portugal, dentro deste grande grupo de IACS, as pneumonias associadas à entubação orotraqueal são monitorizadas pelo Centro Europeu de Prevenção e controlo de infeção, cujos dados revelam que a sua incidência tem vindo a diminuir. Desde 2008 até

2014 verificou-se uma redução de 11,2% para 7,1% por 1000 dias de intubação com a implementação de um feixe de intervenções. Apesar deste decréscimo, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2014), este tipo de infeção continua a ser a mais comum em unidades de cuidados intensivos com taxas que variam entre os 9% e os 40%.

Durante a minha prática clínica nestes dois estágios, muitos foram os focos de infeção que foram alvo da minha atenção. O grande índice de infeção prende-se com o conjunto de procedimentos invasivos a que estão sujeitos os doentes críticos, em que a intubação orotraqueal, a ventilação mecânica invasiva e a ventilação espontânea através do tubo orotraqueal (TOT), a circulação extracorpórea (CEC), a externotomia, a presença de drenos e dispositivos de monitorização como a linha arterial, a dor e o trauma cirúrgico, assumem assim o elevado risco para o desenvolvimento de IACS (Thomas, File & Jr. 2016).

No SESARAM, de acordo com as normas da DGS (2014), a entidade reguladora é o Gabinete de Controlo e Prevenção da Infeção (GCPPCIRA) coordenado desde 2014 por uma médica intensivista. Desde março de 2015 que implementou na instituição e nas unidades de cuidados intensivos o programa Stop Infeção, associando-se assim a nível nacional a mais de dez mil profissionais que trabalham nesta iniciativa nacional de stop infeções.

Pina, Ferreira, Marques e Matos (2010) referem que as IACS, por se tratar de uma problemática para a qual existem métodos de estudo validados e porque a prevenção é possível, devem ser uma das componentes críticas de qualquer programa de segurança do doente. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados da OE (2001) também assumem esta área como sendo uma das áreas de procura pela excelência profissional na prevenção das complicações e na insistência da antecipação pela prevenção das infeções.

A Fundação Calouste Gulbenkian (2015), ao referir-se a esta temática, enuncia que as IACS vão muito além da doença que causa no indivíduo; constituem uma ameaça à segurança individual e pública com morbilidades para o doente e elevados custos financeiros para as instituições. A mesma fonte reforça esta ideia ao avançar que, nos EUA a infeção do local cirúrgico representa a maior fração dos custos (33.7%), seguida de perto pela pneumonia associada a ventilador (31.6%) e pela sepsis (18.9%). Estes dados são relevantes para reforçar a pertinência da atuação do enfermeiro especialista nesta área.

A adoção de precauções simples mas fundamentadas na evidência científica, são eficientes e aceites de uma forma geral. As medidas básicas do controlo de infeção são o ponto de partida e princípios obrigatórios para uma prática eficaz no combate à infeção. Foi com a perceção e o desenvolvimento destes conceitos, que durante a minha prática pude

prestar cuidados à pessoa em situação crítica, tendo agido em prol da prevenção e controlo da infeção nos vários momentos. Tive a oportunidade de utilizar os protocolos vigentes no programa Stop Infeção (DGS, 2014) que preconizam um conjunto de feixes de atuação para infeções nosocomiais da corrente sanguínea associada ao cateter central; infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a algaliação (bacteriemia secundária à algaliação); pneumonias associadas a intubação em UCI; infeções do local cirúrgico e prevenção e controlo da bacteriemia associada a *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA).

De entre esse conjunto de feixes, é importante realçar medidas como: desinfeção das mãos com SABA; higiene oral com clorhexidina a 2%; no doente sob ventilação invasiva manter a elevação da cabeceira da cama entre 30 e 45°; a pressão do cuff entre 20-30 cm H<sub>2</sub>O por forma a garantir a vedação da via aérea superior aos microrganismos; aspiração subglótica para diminuir o risco de microaspirações para o trato respiratório inferior (que deverá ser feita com técnica asséptica, não exceder os 15s, com pré oxigenação com O<sub>2</sub> a 100% e não ultrapassar cerca de 3 aspirações em cada momento) (Hess, 2016); a nutrição entérica precoce como medida potenciadora dos agentes imunológicos é uma das formas de prevenção das IACS; a individualidade na limpeza e manutenção da unidade de cada doente crítico; as medidas como o uso de máscara e luvas na prestação de cuidados a cada doente; realizar pensos ao cateter venoso central e linha arterial com campos individuais técnica asséptica e com clorhexidina a 2%, prestar cuidados de higiene com toalhetas de clorhexidina para prevenção de MRSA e realizar colheita de espécimes para deteção da mesma.

No decorrer de ambos os estágios tive a oportunidade de desenvolver esta competência pois nas duas unidades de cuidados intensivos pude acompanhar e ser tutelada pelas duas enfermeiras elos de ligação ao GPPCIRA.

Como elemento integrante da equipa em todos os contextos de estágio, desde as unidades de cuidados intensivos até à urgência central do HSJ, tive a oportunidade de conhecer e partilhar experiências com a equipa multidisciplinar e perceber a sua importância e atuação na prevenção e controlo da infeção a nível hospitalar. Estes são princípios que já trazia da minha formação base, no entanto, compreendi a importância do papel do enfermeiro especialista como dinamizador e implementador destas políticas no seio da equipa, e como elemento de referência por uma prática baseada na evidência.

No final deste percurso, posso assumir que tenho conhecimentos acerca do plano nacional de controlo da infeção e das diretrizes das comissões e programas atualmente

preconizadas nas instituições por onde passei, de forma a poder fundamentar, muitas das mudanças instituídas na minha ação diária como enfermeira que presta cuidados à pessoa em situação crítica.

Fica a visão de que a observação registo e monitorização dos critérios e *bundles* acerca da infeção são áreas a serem investigadas numa perspetiva da prática de enfermagem avançada.

## **CONCLUSÃO**

Concluir algo, exprime-se pela colocação de um ponto final numa situação, vivência, trabalho ou pensamento. Agora, terminado este relatório e antes de colocar um ponto final, surge a necessidade de concluir acerca do percurso feito.

Completando o plano de estudos publicado no despacho n.º 8046/2015 de 22 de julho do I Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2015/2017 ESESJC conclui este relatório. Este constitui um relato de uma vivência, ao longo dos percursos de estágio pelas unidades de cuidados intensivos e urgência do HNM e do HSJ no Porto. Este relato é mais do que uma descrição, trata-se de uma análise reflexiva pessoal e crítica das minhas perspetivas e objetivos, levando ao entendimento de um processo gradual de construção de uma nova identidade profissional.

Para a construção de algo, são essenciais ferramentas. Neste contexto, as várias unidades de prática clínica, com o auxílio de equipas exímias e interessadas na minha formação, foram fundamentais para o processo contínuo e diário de aquisição de competências à pessoa em situação crítica.

Campos de aprendizagem repletos de complexidade, inerentes à pessoa em situação crítica, pelo enorme conjunto de técnicas, equipamentos e acontecimentos inesperados que me desafiaram ao crescimento consciente como especialista, com pensamento fundamentado, amplo, diversificado, autónomo, prudente, emocional e também novo.

Embora perita em urgência, agora completa pelo conhecimento abrangente das competências inerentes ao enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, sinto que evolui desenvolvendo aptidões e habilidades nos diversos contextos, mas acima de tudo desenvolvi uma vivência única de aprendizagem e de pensamento crítico, deixando-me desperta para mais questões como os problemas éticos e de responsabilidade profissional, como a segurança do doente crítico no transporte intra-hospitalar e ainda a área da gestão, da liderança e tomada de decisão, agora com contornos de maior responsabilização.

Aprender foi a palavra que orientou todo este processo. Dotou-me de competências no cuidar à pessoa em situação crítica ou falência orgânica, com a prestação de cuidados ao doente crítico e à sua família, desenvolvendo o saber fazer, pela multiplicidade de técnicas e equipamentos, o saber relacional com o doente em risco iminente de vida e à sua família e emocional como pessoa e como ser humano com sentimentos e medos.

Le Boterf (1995), definido como um dos principais autores de referência mundial nesta temática, define competência como um conjunto de aprendizagens sociais e pessoais que

interagem entre si em prol de um saber agir responsável que é reconhecido pelos outros, quando um profissional é capaz de mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos e habilidades no contexto em que exerce a sua profissão. Perrenoud (1999) reforçou esta ideia de ser-se competente ao assumir que a competência agrega diversos saberes a vários níveis, realçando que não basta ter-se a teoria e os conhecimentos, mas que a parte prática é determinante neste processo de ser-se competente.

No que concerne à experiência em emergência e catástrofe, baseio-me na que já tinha e complemento pelas experiências partilhadas com o meu tutor na urgência de Hospital São João, em sala de emergência com multivítimas de um acidente de viação bem como com o conhecimento atual dos planos de emergência e catástrofe em vigor.

Desenvolvi áreas específicas como a prevenção e o controlo da infeção, através da aquisição de um novo modelo de atuação preconizado pelo programa stop infeção, juntandome aos mais de 10 mil colegas no país que se orientam por estes feixes de atuação, tomando consciência de que os números associados a esta temática são cada vez mais assustadores, mas também campo de grande parte da nossa atuação.

Consigo neste momento entender o quanto cresci com a aquisição de competências especializadas e como isso mudou a minha forma de pensar e cuidar e pretendo levar comigo esta enorme satisfação de conhecimento e competência adquirida para contagiar futuros colegas a se especializarem.

Posto isto, entendo que com a realização deste relatório dei resposta ao objetivo principal do mesmo - descrever o percurso de aquisição de competências específicas à pessoa em situação crítica, com a consciência de que esta última será o foco da minha intervenção especializada enquanto enfermeira num SU central. Acredito que o papel dinamizador do enfermeiro especialista é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, contribuindo para uma prática avançada, refletida, ética e proactiva, mantendo um ambiente terapêutico seguro. Aponto como sugestão, a realização de formações deste nível, para todos os colegas com a certeza que será uma enorme contribuição para uma prática refletida atualizada e fundamentada. Sugiro ainda a inclusão da *check list* de transporte intra hospitalar no protocolo de atuação em transporte, do SESARAM, como sendo uma mais-valia para a segurança e qualidade dos cuidados.

Aponto como principal dificuldade a gestão de tempo, visto grande parte deste percurso ter sido realizado em horário pós-laboral. Acrescento, como principal desafio a minha saúde que me confrontou com uma neoplasia do colo do útero na fase final deste

mestrado, obrigando-me a reunir todas as forças necessárias para chegar ao fim e ultrapassar esta limitação com sucesso e positivismo.

Deixo com satisfação e humildade a minha marca por onde passei, por me identificar como uma enfermeira humana em busca da excelência do cuidado ao doente crítico, mas também pelas formações e pelos contributos como a elaboração da *chek-list* de transporte intra-hospitalar em prol da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.



## BIBLIOGRAFIA

- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, (344), 1-14, DOI: 10.1136/bmj.e1717.
- Alamanou, D. G. & Brokalaki, H. (2014). Intrahospital Transporte policies: The contribution of the nurse. *Health Science Journal*, 8 (1), 166-178. Consultado a 1 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.hsj.gr/medicine/intrahospital-transport-policies-the-contribution-of-the-nurse.pdf>.
- Alderson, S. & McKechnie, S. (2013). Unrecognised, undertreated, pain in ICU: causes, effects, and how to do better. *Open Journal of Nursing*, 3, 108-113, DOI: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2013.31014>.
- Almeida, A. C. G., Neves, A. L. D., Souza, C. L. B., Garcia, J. H., Lopes, J. L.; Alba, L., ... Barros, A. L. B. L. (2012). Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Revista Acta Paul Enfermagem*, 25 (3), 471-476. Consultado a 2 de fevereiro de 2017. Scielo Brasil. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000300024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300024).
- American Heart Association (2015). *About Cardiac Arrest*. Dallas: Autor.
- Andrade, E., Barbosa, M. & Barichello, E. (2010). Avaliação da dor em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Acta Paul Enfermagem*, 23 (2), 224-229. Consultado a 2 de fevereiro de 2017. Scielo Brasil. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/12.pdf>.
- Azereto, T. & Oliveira, L. (2013). Monitorização Hemodinâmica Invasiva. *Sinais Vitais*, (108), 44-54. Consultado em [file:///C:/Users/win7/Desktop/Downloads/RSV%23108\\_art44\\_54.pdf](file:///C:/Users/win7/Desktop/Downloads/RSV%23108_art44_54.pdf).
- Azevedo, A., Scarparo, A. & Chaves, L. (2013). Ações assistenciais e gerenciais do enfermeiro em urgências traumáticas. *Investigación y Educación en Enfermería*,

31(1), 36-43. Consultado a 30 setembro de 2016 disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v31n1/v31n1a05.pdf>.

Barbosa L. (2015). Competências profissionais e o processo de formação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*. 9 (8), 9393-9398, DOI:10.5205/reuol.6812-75590-1-ED.0908sup201508.

Batuca, A. (2005). *Reanimação cardiorrespiratória: suporte básico e avançado de vida*. Lisboa: IFE.

Bender, B. G. (2014). Pain control in the intensive care unit: new insight into an old problem. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 189 (1), 9-10. Consultado a 4 de abril de 2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3919129/>.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (A. A. Queirós, B. Lourenço, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (tradução do original inglês *From Novice To Expert*, 2001, Pearson Education, Inc.).

Benner, P. (2005). O modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem. In P. Benner (Ed.). *De Iniciado a Perito: a excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.) (39-59). Coimbra: Quarteto.

Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (1), 192-200. Consultado a 1 de junho de 2015. Scielo Brasil. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100025&script=sci_arttext&tlng=pt).

Canova, C., Brogiato, G., Roveron, G. & Zanotti, R. (2016). Changes in decision-making among italian nurses and nursing students over the last 15 years. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 811-818. Consultado a 10 de setembro de 2016. PubMed. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26875843>.

Cooke, M. W. & Jinks, S. (1999). Does the Manchester triage system detect the critically ill?. *Journal of accident & emergency medicine*, 16 (3), 179-181. Consultado a 16

de julho de 2016. PubMed. Disponível em  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10353042>.

Costa, A. C., Silva, M. G. & Noriega, E. (2008). Manual de Operacionalização: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infecção associada aos Cuidados de Saúde. Direção Geral de Saúde. Lisboa Consultado a 15 de janeiro de 2017. Disponível em [http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP\\_ManualdeOperacionalizacao.pdf](http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf)

Cunha, M. (2000). Actuação do enfermeiro no transporte do doente Politraumatizado. *Sinais Vitais*, 33, 42-47.

Darras, E. (1998). Reflexions sur la fonction et la formation des cadres infirmiers. *Pensar Em Enfermagem*. 2 (2), 23-33

Day, D. (2010). Keeping patients Safe during intrahospital transport. *Critical Care Nurse*, 30 (4), 18-31, DOI:10.4037/ccn2010446.

Delors, J. (1998). *Educação um tesouro a descobrir*. Lisboa. Edições Asa

Despacho n.º 8046/2015 de 22 de julho. (2015). Diário da República n.º 141, II série. Ministério da Educação e Ciência. Lisboa, Portugal.

Despacho n.º 10319/2014 de 11 agosto (2014). *Diário da República n.º 153, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Di Gangi S., Narreto G., Cravero N. & Livigni S. (2013). A narrative: based study on communication by family members in intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 28, 483-489. Consultado a 15 de abril de 2016. PubMed. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312122>.

Dias, M. (2006). *Construção e Validação de um Inventário de Competências: Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com grau de licenciado*. Loures, Lusociência.

Dienstmann C. & Caregnato R. C. A. (2013). Circulação extracorpórea em cirurgia cardíaca: um campo de trabalho para o enfermeiro. *Revista SOBECC*, 18 (1), 35-43. LILACS.

Consultado a 19 de abril de 2006. Disponível em [http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18\\_n1\\_jan\\_mar2013\\_circulacao-extracorporea-em-cirurgia-cardiaca.pdf](http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Artigos-Cientificos/Ano18_n1_jan_mar2013_circulacao-extracorporea-em-cirurgia-cardiaca.pdf)

Direção Regional de Estatística da Madeira. (2016). *Anuário estatístico da Região Autónoma da Madeira: 2015*. Funchal: Autor.

Direção Regional de Estatística da Madeira. (2016). *Estatísticas da saúde da Região Autónoma da Madeira: 2015*. Funchal: Autor.

Direção-Geral da Saúde (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar De Urgência/ Emergência*. Lisboa: Autor. Disponível em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia\\_Emergencia\\_2001.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf)

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

Direção-Geral da Saúde (2014). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>.

Direção-Geral do Ensino Superior (2016). *Relatório de Referenciação do Quadro Nacional de Qualificações ao Quadro Europeu de Qualificações*. Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional.

Elli, S., Gariboldi, R., Tundo, P., Mascheroni, V., Bambi, S. & Lucchini, A. (2013). Il trasporto intraospedaliero del paziente critico: creazione di una check-list di pianificazione. *Scenario*, 30 (3), 21-25. Consultado a 22 de abril de 2016. Disponível em [https://www.researchgate.net/profile/Alberto\\_Lucchini/publication/258210064\\_The\\_intra-hospital\\_transport\\_of\\_critically\\_ill\\_patient\\_creation\\_of\\_a\\_check-list\\_of\\_planning/links/0deec527624d4f2dea000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alberto_Lucchini/publication/258210064_The_intra-hospital_transport_of_critically_ill_patient_creation_of_a_check-list_of_planning/links/0deec527624d4f2dea000000.pdf).

- Fernandes, A., Valente, M. & Catarino, R. (2012). *Manual de transporte do doente crítico*. Lisboa: INEM.
- Filho, L. (2013). Revisão Sistemática do Sistema de Triagem de Manchester na Estratificação de Risco. Consultado a 6 de Julho de 2015. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/13387>;
- Fleury, M. T. L. & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5, 183-195. Consultado a 2 de janeiro de 2017. DOI: [org/10.1590/S1415-65552001000500010](https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010).
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: uma abordagem prática*. Lisboa. Lidel.
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). Stop Infeção Hospitalar: Um desafio Gulbenkian. Autor. Consultado a 22 de Setembro de 2016. Disponível em [https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/04/1-2-Cad-Broch-Stop-Infeção-Hospitalar-FCG\\_sem-miras.pdf](https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/04/1-2-Cad-Broch-Stop-Infeção-Hospitalar-FCG_sem-miras.pdf)
- Galhanas, C. (1997). Da qualificação á produção de competências em enfermagem: a importância da formação em serviço. *Revista Pensar em Enfermagem*. 1 (0) 5-9
- Gómez- Rojas, J. (2015). Las competencias profesionales. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 38 (1), 49-55. Consultado a 5 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cma151g.pdf>
- Grupo Português de Triagem (2002). Triagem no serviço de urgência: grupo de triagem de Manchester: Manual do formando. *Informativa*, 22(3), 241-460.
- Henriques, F. M. D. (2004). *Paraplegia. Percursos de adaptação e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar* (M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hess, D. R. R. T. (2016). *The ventilator circuit and ventilator-associated pneumonia*. P. 1-14. Consultado a 3 de fevereiro. Disponível em:

<http://www.uptodat.com/contentes/the-ventilator-circuit-and-ventilator-associated-associated-pne>

Hospital Dr. Nélio Mendonça (2013). *Política nº 1*. Manual do Serviço de Urgência. Disponível no Serviço de Urgência do SESARAM, Funchal, Portugal.

Howard, P & Steinman, R. (2011). *Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática* (L. C. Leal, Trad.) (6º ed.). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês *Emergency nursing: principles and practice*, 6th ed., 2010, New York: Elsevier).

Instituto Nacional de Emergência Médica (2008). *Guia de transporte de Doentes críticos: Instituto Nacional de Emergência Médica*. Coimbra: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Iserson, K. & Moskop, J. (2007). Triage in medicine, part I: concept, history, and types. *Annals of Emergency Medicine*, 49, 275-281. Consultado a 10 de setembro de 2016. PubMed. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17141139>.

Jardim, S. (2014). *Normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.

Jeziarska, N., Borkowski, B. & Gaszynski, W. (2014). Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units. *Via Médica*, 46 (1), 42-45, DOI: 10.5603/AIT.2014.009.

Lacerda, M., Cruvinel, M. & Silva, W. (2010). *Transporte de Paciente: Intra-hospitalar e Inter-hospitalar*. Consultado a 22 de março de 2016. Disponível em <http://www.pilotopolicial.com.br/Documentos/Artigos/Transportehospitalar.pdf>.

Le Boterf, G. (1995). *De la competence- Essai sur un attrapeur étrange*. (3ª ed.). Paris: Editions d'Organization.

Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas: resposta a 80 questões* (M. D. Garrido, Trad.). Porto: ASA. (tradução do original francês *Construire les compétences individuelles et collectives: agir et réussir avec compétence*).

- Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. *Pessoal*, 60-63. Consultado a 10 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>.
- Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives: agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions*. (7<sup>a</sup> ed.). s.l.: Eyrolles.
- Lopes, A. & Nunes, L. (1995). Acerca da trilogia: competências profissionais - qualidade nos cuidados - ética. *Nursing*, 8 (90/91), 10-13. Consultado a 10 de janeiro de 2017. Disponível em [https://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/trilogia\\_1995.pdf](https://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/trilogia_1995.pdf).
- Lopes, F. J. (2012). *Estresse e Enfrentamento do Familiares de Pacientes Internados em Unidades de Terapia Intensiva*. (Tese de Doutoramento, Universidade de São Paulo, São Paulo). Consultado em [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../original\\_FRANCINE\\_JOMARA\\_LOPES\\_DO.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../original_FRANCINE_JOMARA_LOPES_DO.pdf).
- Lucchini A., Elli S., Gariboldi R., Tundo P., Doni V., Felippis C., & Matteo G. (2012). Standardizzazione delle procedure di trasporto del paziente critico ricoverato in terapia intensiva. *Official Italian Journal of ANIARTI*, 29(3),15-20. Consultado a 1 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://connection.ebscohost.com/c/articles/83147116/standardizzazione-delle-procedure-di-trasporto-del-paziente-critico-ricoverato-terapia-intensiva-studio-osservazionale-su-68-trasporti-intraospedaliari>.
- Machado, P. (2010). *Vivências dos enfermeiros do serviço de urgência no transporte de doentes críticos*. (Monografia). Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima.
- Mazza B., Amaral J., Rosetti H. & Carvalho, R. (2008). Safety in intrahospital transportation: evaluation of respiratory and hemodynamic parameters. A prospective cohort study. *Jornal Médico de São Paulo*, 26 (6), 319-322. Consultado a 22 de março de 2016. Scielo Brasil. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v126n6/05.pdf>.

- Mégre, P. (1998). Novas competências na perspetiva de desenvolvimento profissional. *Revista Pensar em Enfermagem*, 2 (2), 9-15.
- Mendonça S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar*. Porto: Editorial Novembro.
- Meneguim, S., Alegre, P. H. C. & Luppi, C. H. B. (2014). Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. *Acta Paul Enfermagem*, 27 (2), 115-9, DOI: org/10.1590/1982-0194201400021.
- National Patient Safety Agency (2004). *Seven Steps to Patient Safety: the full reference guide* (2<sup>a</sup> ed.). Disponível em <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=59971&>.
- Norton, C. (2013). The Family's Experience with Critical Illness. In P. Morton & D. Fontaine (Eds.), *Critical Care Nursing: A Holistic Approach* (pp. 29-38). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Núcleo de Gestão de Doente e Estatística. (2015). *Produção anual: cuidados hospitalares*. Funchal: SESARAM. Consultado a 08 de fevereiro de 2017. Disponível em [https://www.sesaram.pt/index.php?option=com\\_remository&Itemid=301&func=select&id=428](https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_remository&Itemid=301&func=select&id=428).
- Nunes, F. M., Meira P. M., Martins A. J., Carvalho I., Saraiva M. Silva P. N. ... Ribeiro G. E. (2009). *Manual de trauma*. 5<sup>a</sup> ed. Loures. Lusociência.
- Nunes, L. (2011). *Ética em Enfermagem: Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Obringer, K., Hilgenberg, C. & Booker, K. (2011). Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*. (21), 1651-1658, DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03989.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem. *Divulgar*. Autor. Consultado a 5 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Letrário.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Desenvolvimento Profissional: Individualização das especialidades em Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 26 (Supl.), 9-20. Consultado a 5 de janeiro de 2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE\\_26\\_Junho\\_2007\\_suplemento.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Dados estatísticos a 31/12/2014*. Lisboa: Autor. Consultado a 08 de fevereiro de 2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica\\_V01\\_2014.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Autor. Consultado a 15 de janeiro de 2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf).
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa Em Fase Terminal*. Loures. Lusociência.
- Peixoto, A., Simões, A., Teles, A., Osório, E., Ramalho, F., Rodrigues, H., ... Pais, V. *Competências Clínicas da Comunicação*. Porto. U.Porto.
- Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed.
- Perrenoud, P. (1999). Construir competências é virar as costas aos saberes?. *Pátio Revista pedagógica*, (11),15-19. Consultado a 15 de janeiro de 2017. Disponível em [https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_1999/1999\\_39.html](https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_39.html)
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (N. Salgueiro, R. P. Salgueiro, Trads). Loures: Lusociência. (tradução do original francês Communication, entretien, relation d'aide et validation).
- Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (2003). *Phipps enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (H. Azevedo, L. Leal, N. Diogo, A. P. Espada, Trad.) (6º ed.) (Vol

1). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Medical-surgical nursing: concepts and clinical practice, 6th ed., 1999, New York: Mosby).

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 27-39. Consultado a 11 de janeiro 2017. Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/...publicacoes/revista/...seguranca-do-doente/4-Infecoes%20>.

Pires, A. (1994). As novas competências profissionais: os desafios do presente. *Revista Formar*, (10) 4-19.

Portaria nº 260/2014 de 15 de dezembro de 2014. (2014). *Diário da República, nº 241, I Série*. Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. (10 de nov. 2014). Regulamento nº 506/2014. Regulamento de Creditação de Formação e Experiência Profissional da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. *Diário da República, n.º 217, II Série*.

PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (25 mar. 2006). Decreto-Lei nº 74/2006. *Diário da República, nº 60, II Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (28 de mar. 1992) Decreto-Lei nº 38/92. *Diário da República, nº 74, I Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (4 set. 1996). Decreto-Lei n.º 161/96. *Diário da República, nº205, I Série*.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (16 de set. 2011). Lei nº 156/2015. *Diário da República nº 181, I Série*.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento nº 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República nº 35, II Série*.

- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento n° 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n° 35, II Série*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 de jun. 2015). Regulamento n° 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República n° 123, II Série*.
- Powers, R. (2010). Introduction to disasters and disaster nursing. *Cambridge University Press*. 1-12. Consultado a 8 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=659F5B4255AB4AC1128B43A7E4D95531?doi=10.1.1.174.2975&rep=rep1&type=pdf>.
- Queiroz, A. A. (2004). *Empatia e Respeito*. Coimbra. Ariadne Editora.
- Rua, M. (2011). *De Aluno a enfermeiro: Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.
- Salvador, P. & Fernández-Colina, J. (2009). *Manual de técnicos de transporte sanitário*. (3ª Ed.). Madrid: Arán Ediciones.
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver competências. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 15-23. Scielo. Consultado a 15 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf>
- Silva, S., Nascimento, E. & Salles, R. (2014). Pneumonia associada à ventilação mecânica: discursos de profissionais acerca da prevenção. *Escola Anna Nery*, 18 (2), 290-295. Consultado a 11 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127730686016>.
- Smeltzer, S. & Bare, B. (2002). *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (I. C. Cruz, I. E. Cabral, J. E. Figueiredo, M. T. Lisboa, Trad.) (9ª ed.) (Vol. 1 e 4). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. (tradução do original inglês Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 9th ed., 2000).

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Leite, E., Nunes, C. (2011) *Segurança do Doente: Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública*. (M. A. Negrão, Trad.) (7ª ed). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original em inglês Public Health Nursing).

Swearingen, P. & Keen, J. (2003) *Manual de enfermagem de cuidados intensivos: intervenções de enfermagem independentes e interdependentes* (L. Abecassis, Trad) (4ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original em inglês Manual of critical care nursing: nursing interventions and collaborative management, 2001, New York: Mosby).

Tappen, R. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem* (A. H. Martins e F. Martins, Trad.). (4ª ed.). Loures: Lusociência.

Thomas, M. & Jr., M. (2016). Risk factors and prevention of hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia in adults. Consultado a 1 de fevereiro 2016. UpToDate. Disponível em <http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-and-prevention-of-hospital-acquired-and-ventilator-associated-pneumonia-in-adults>.

Vargas, D. & Braga, A. L. (s.d.). *O enfermeiro de unidade de tratamento intensivo: refletindo sobre seu papel*. Consultado a 15 de dezembro de 2016. Disponível em <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf>.

Veiga, J. (2006). *Ética em enfermagem: análise, problematização e reconstrução*. Lisboa: Climepsi Editores.

Zuchelo, L. & Chiavone, P. (2009). Transporte intra-hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35 (4), 367-374, DOI:10.1590/S1806-37132009000400011.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – GRELHA DE OBSERVAÇÃO



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**

- I MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRURGICA – ESTAGIO III / GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE

TRANSPORTE INTRA HOSPITALAR

<b>SEXO :</b> F M	PREPARAÇÃO PARA O TRANSPORTE EFECTUADA? SIM NÃO	AVALIADO RISCO/BENEFICIO? SIM NÃO	TRANSPORTE Nº <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>								
VENTILAÇÃO MECANICA? SIM NÃO		VERIFICADOS OS PARAMETROS ANTES DO TRANSPORTE? SIM NAO									
CONDIÇÕES / EQUIPAMENTOS	SIM	NÃO	EQUIPA DE TRANSPORTE	SIM	NAO	COMUNICAÇÃO	SIM	NÃO	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS	SIM	Não
VENTILADOR PORTATIL			MEDICO			ENTRE A EQUIPA			SAT O2 DIMINUIU?		
MONITORIZAÇÃO CONTINUA			ENFERMEIRO			INFORMADO SERVIÇO RECEPTOR?			ALT. FC?		
ASPIRADOR PORTATIL			ASSITENTE OPERACIONAL			TEMPO ESTIMADO DE TRANSPORTE VERIFICADO?			ALT. PA?		
GARRAFA DE OXIGENIO COM CAPACIDADE			ENFERMEIRO EEMC			CHECK LIST?			ALT. TEMP?		
BOMBAS E SERINGAS COM BATERIA			TOMADA DE DECISÃO MEDICA?			PASSAGEM DE INFORMAÇÃO EFECTUADA?			ALT. DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA		
MALA DE MEDICAÇÃO			ELEVADOR PREPARADO?			OUTROS:			OUTRA? QUAL		
AVARIAS? QUAL:			OUTRAS INTERCORRÊNCIAS								
DROGAS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES:								
AMINAS											
SEDOANALGESIA											
FLLUIDOS											
OUTRAS:											

## APÊNDICE B – CHECK-LIST DE TRANSPORTE

### CHECK LIST - TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO

Preencha com um  os itens verificados

Unidade de origem:	Hora de saída:	Hora de chegada
Nome:	Idade:	Sexo:
Diagnóstico:		
Serviço recetor contactado		
Avaliação pré transporte feita. Avaliado Risco/Benefício		
Tempo estimado de transporte avaliado		
Monitor c/ bateria (FC, FR, PA, Oximetria) colocado em suporte		
Alarmes ajustados		
Garrafa de O <sub>2</sub> com capacidade, colocada na vertical em suporte		
Mala de transporte com material de ressuscitação e medicação		
Bombas e seringas c/ bateria e em suporte		

	RESPIRAÇÃO ESPONTANEA	VENTILHAÇÃO NÃO INVASIVA	VENTILAÇÃO INVASIVA
<b>VIA AÉREA / RESPIRAÇÃO</b>	Máscara de alto débito	Aparelho c/ bateria	Ventilador portátil c/ bateria
	Máscara com FiO <sub>2</sub>	Máscara ajustada	Parâmetros ajustados
	Máscara com reservatório	Posicionamento do doente	Fixar TOT/ Verificada pressão do cuff
	Adjuvantes da via aérea	Traqueia c/ tamanho suficiente	Aspiração TOT/ subglótica
	Não necessita suporte de O <sub>2</sub>		Traqueia com tamanho suficiente

<b>CIRCULAÇÃO</b>	Acessos periféricos (2)	<b>AValiação NEUROLÓGICA/ EXPOSIÇÃO</b>	GSC avaliado á saída	<b>DROGAS</b>	Fármacos de substituição
	Acesso central permeável		Avaliação pupilar		Aminas em curso
	Prolongamentos venosos		Despiste de convulsões		Antibioterapia em curso
	Fluidos preparados		Estado da pele verificado		Sedação
	Reservatórios de drenagem acondicionados		Normotermia controlada		Analgesia
	Verificar conteúdo dos drenos				
	Drenos fixos				
	Pensos limpos e secos				

<b>OUTROS</b>	Algália fixa e permeável	<b>EQUIPA DE TRANSPORTE:</b>		Dados de monitorização à saída:
	Saco coletor despejado	Médico		
	NE – verificada estase	Enfermeiro		Dados de monitorização à chegada:
		Assistente operacional		