

MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

- ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO CRÍTICO

Desenvolvimento de Competências em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

“A participação dos Enfermeiros no processo de Tomada de Decisão

do Transporte inter-hospitalar do Doente Crítico”

Marco Paulo Gonçalves Gaspar

Orientador: Professora Doutora Susana Sobral Mendonça

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria, de abril de 2022

MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
- ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO CRÍTICO

Desenvolvimento de Competências em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

“A participação dos Enfermeiros no processo de Tomada de Decisão

do Transporte inter-hospitalar do Doente Crítico”

Apresentado para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Marco Paulo Gonçalves Gaspar N° 5190219

Orientador: Professora Doutora Susana Sobral Mendonça

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria, de abril de 2022

“O sucesso vem para aqueles que ousam tentar”

(Mallika Tripathi)

AGRADECIMENTOS

Quero expressar o mais sincero agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização e sucesso desta caminhada.

Em primeiro lugar, à minha família, por tudo aquilo que representam na minha vida, pelo seu apoio e compreensão ao longo deste período.

Aos meus amigos que sempre demonstraram o seu apoio e me deram força para continuar.

Aos meus colegas de trabalho que sempre se mostraram disponíveis auxiliando na gestão da minha vida profissional e académica.

Expresso a minha gratidão à Professora Maria dos Anjos Dixe e à Professora Susana Mendonça, pela preciosa ajuda e disponibilidade demonstrada na orientação deste mestrado.

A todos vós, o meu Muito Obrigado!

RESUMO

Os enfermeiros são confrontados diariamente com os avanços científicos, tecnológicos e sociais decorrentes de uma evolução e dinâmica constante. Foi baseado nestes desafios, que surge a realização deste Mestrado de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, conduzindo os enfermeiros para a formação avançada, especializada, proporcionando um crescimento pessoal e profissional, com a aquisição de novos conhecimentos e competências, nomeadamente na área da Liderança, na Tomada de Decisão, na Gestão, na Competência Clínica e na Investigação.

O presente Relatório de Estágio surge como análise crítico-reflexiva sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvidas e adquiridas ao longo de três ensinamentos clínicos, realizados entre 2020 e 2021, em contexto de prática clínica em: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, em Unidade de Cuidados Intensivos e na Área de Enfermagem Pré-hospitalar.

A componente de investigação deste relatório foi desenvolvido através da realização de um trabalho de Investigação/ação num SUMC com o objetivo de dar resposta e melhorar a Qualidade dos cuidados prestados no Transporte do Doente Crítico.

Este estudo de investigação surge de um problema identificado pelos enfermeiros num SMMC, que ao longo de vários anos, lidam com o aumento exponencial de transportes inter-hospitalares com maior grau de diferenciação clínica. Foi utilizada a Metodologia de Projeto com a aplicação de um questionário *online* através da plataforma *GoogleForms*, com análise quantitativa dos dados da população em estudo. Da análise dos dados resultaram os seguintes achados, de salientar: 58.5% da amostra têm idade inferior a 30 anos de idade, 73.8% são do género feminino contra 26.2% masculino, 60 são Enfermeiros e 5 são Enfermeiros Especialistas sendo que apenas 1 é EE em EMC à PSC. Relativamente ao tempo de exercício profissional, 55.4% da equipa tem menos de 5 anos de experiência profissional efetiva e destes 44.4% tem menos de 2 anos de experiência em contexto de SUMC. Com os dados obtidos foi possível constituir uma equipa de enfermeiros dedicada ao Transporte do Doente Crítico e elaborar uma Instrução de trabalho onde foram definidos critérios de ativação da Equipa, bem como a formação avançada necessária de forma a poder proporcionar uma melhor resposta às reais necessidades dos doentes e permitir uma prestação de cuidados de enfermagem baseados em altos padrões de Qualidade e Segurança.

Palavras-Chave: Enfermagem, Competências, Enfermeiro Especialista, Doente Crítico

ABSTRACT

Nurses are confronted daily with scientific, technological and social advances resulting from constant evolution and dynamics. It was based on these challenges that the realization of this Specialization Master in Nursing for the Person in Critical Situation arises, leading nurses to advanced, specialized training, providing personal and professional growth, with the acquisition of new knowledge and skills, namely in the area Leadership, Decision Making, Management, Clinical Competence and Research.

This Internship Report emerges as a critical-reflective analysis of the common and specific skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Person in Critical Situation, developed and acquired over three clinical teachings, carried out between 2020 and 2021, in the context of clinical practice in: Emergency Medical-Surgical Service, in Intensive Care Unit and in the Pre-hospital Nursing Area.

The research component of this report was developed by carrying out a research/action work in a SUMC with the aim of responding to and improving the quality of care provided in the Transport of the Critically Patient.

This research study arises from a problem identified by nurses in an SMMC, who over several years have dealt with the exponential increase in inter-hospital transport with a greater degree of clinical differentiation. The Project Methodology was used with the application of an online questionnaire through the GoogleForms platform, with quantitative analysis of data from the population under study. The data analysis resulted in the following findings, of note: 58.5% of the sample are under 30 years of age, 73.8% are female against 26.2% male, 60 are Nurses and 5 are Specialist Nurses, with only 1 being EE in EMC to PSC. Regarding the time of professional practice, 55.4% of the team has less than 5 years of effective professional experience and of these 44.4% have less than 2 years of experience in the SUMC context. With the data obtained, it was possible to set up a team of nurses dedicated to the Transport of the Critically Ill and to prepare a Work Instruction where criteria for activating the Team were defined, as well as the necessary advanced training in order to provide a better response to the real needs of the patients. patients and allow the provision of nursing care based on high standards of Quality and Safety.

Keywords: Nursing, Skills, Specialist Nurse, Critically Patient

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓMIOS

ABCDE - *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

AHA- *American Heart Association*

APA - *American Psychological Association*

ARDS - Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPOT- *Critical Care Pain Observation Tool*

DEM – Departamento de Emergência Médica

DGS - Direção-Geral da Saúde

EC - Ensino Clínico

ECG - Eletrocardiograma

ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ERC - *European Resuscitation Council*

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ITEAMS - *Inem Tool for Emergency Alert Medical System*

ISBAR - Introduction; Situation; Background; Assessment; Recommendation

JCI - *Joint Commission International*

MR - Médico Regulador

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PNCI - Plano Nacional de Cuidados Intensivos

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar

RRH - Rede de Referência Hospitalar

SABA - Solução Antissética de Base Alcoólica

SE- Sala de Emergência

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV - Suporte Imediato de Vida

SIRESP - Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal

START - *Simple Triage And Rapid Treatment*

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TISS - *Therapeutic Intervention Score System*

TOT - Tubo Orotraqueal

TRTS - *Triage Revised Trauma Score*

TSR – Técnicas de Substituição Renal

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
PARTE I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	11
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE CUIDADOS NOS ENSINOS CLÍNICOS ..	12
1.1. ENSINO CLÍNICO - SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	12
1.2. ENSINO CLÍNICO - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	15
1.3. ENSINO CLÍNICO - ENFERMAGEM PRÉ-HOSPITALAR.....	16
2. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA, NA UCI E NO PRE-HOSPITALAR	21
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	23
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	26
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.....	33
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	40
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens.....	44
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	47
2.2.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	49
2.2.2. Dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	57
2.2.3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta rápida e adequada.....	61
PARTE II - PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/ACÇÃO	65
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	65
1.1. O TRANSPORTE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA.....	65
1.2. TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO	66
1.3. A QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	70
1.4. TOMADA DE DECISÃO E RESPONSABILIDADE NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO	72
1.5. RECURSOS HUMANOS E O TRANSPORTE	77
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	80
2.1. TIPO DE ESTUDO.....	80

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	81
2.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	81
2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	82
2.5. TRATAMENTO DOS DADOS	83
2.6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	84
3. REFLEXÕES FINAIS	91
CONCLUSÃO	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
APÊNDICES	Erro! Marcador não definido.
APÊNDICE I - Questionário Online (<i>GoogleForms</i>).....	102
APÊNDICE II - Pedido e Autorização do Conselho de Administração do Hospital XXXX para realização do Estudo de Investigação	114
APÊNDICE III - Consentimento Informado aos Participantes no Estudo	117

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Idade dos participantes	88
Gráfico 2 - Género dos participantes.....	85
Gráfico 3 - Categoria profissional.....	85
Gráfico 4 - Tempo de Exercício Profissional.....	86
Gráfico 5 - Tempo de exercício profissional em SU.....	87
Gráfico 6 - Formação Específica.....	87
Gráfico 7 - Fatores que influenciam a escolha do enfermeiro no TDC.....	88
Gráfico 8 – Papel do Enfermeiro no TDC.....	90
Gráfico 9 – Estratégias a implementar no TDC.....	91

INTRODUÇÃO

Vivemos tempos de mudança onde os enfermeiros são confrontados com a exigência de novos desafios na sua prática decorrentes de mudanças sociais, científicas e tecnológicas, que têm vindo a surgir na sociedade em geral, e particularmente, na área da saúde. Estes desafios são o ponto de partida para uma prática reflexiva, para a procura de novos saberes e competências, conduzindo os enfermeiros para a formação avançada, especializada, proporcionando a si próprios um crescimento pessoal e profissional, com a aquisição de novos conhecimentos teórico-práticos de elevado nível, sustentados na evidência científica. Assim, a educação contínua e permanente em Enfermagem torna-se fundamental para o aprimoramento dos conhecimentos dos enfermeiros e para a melhoria contínua da qualidade das práticas de enfermagem. (Silva et al., 2011).

É neste contexto particularmente exigente que a enfermagem, através das especializações nas diferentes áreas, procura prestar cuidados de excelência, contribuindo para a melhoria do ambiente da prática de enfermagem através de uma assistência avançada, baseada na qualidade, eficiência, eficácia e segurança. O enfermeiro especialista, decorrente do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e relativamente a um determinado contexto de intervenção, é aquele que alicerça o seu exercício profissional na elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, suportando também a formação, a investigação e a assessoria, em conformidade com a sua área de especialização (OE, 2019).

O presente relatório surge integrado do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Leiria, no âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório, sob supervisão da Professora Doutora Susana Mendonça.

A componente prática do Curso, que serve de base à elaboração deste relatório, foi desenvolvida em três ensinamentos clínicos (EC). O primeiro EC foi realizado num Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC), no período compreendido entre 7 de setembro e 13 de novembro de 2020; o EC em Cuidados intensivos, decorreu no período compreendido entre 15 de novembro e 29 de Janeiro de 2021 e o EC pré-hospitalar que decorreu no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), no período compreendido entre 1 de Junho e 31 de Julho de 2021.

A PSC é “aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais em que a sua sobrevivência depende de meios avançados de

vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018, p.19362).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica (PSC), exerce as suas competências especializadas com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação nas situações que requeiram meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica e desenvolve a sua prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2018).

Foi baseado nestes pressupostos de complexidade de conhecimentos e exigente diferenciação dos cuidados prestados aos doentes/família, que decidi prosseguir com a minha formação especializada, de modo a poder responder adequadamente às suas necessidades e expectativas, alargando as minhas competências nos domínios científico, técnico, formação e gestão com base na evidência científica, tendo em vista a excelência e a qualidade no cuidar em Enfermagem.

Sendo eu Enfermeiro com dezassete anos de experiência na área da Urgência/Emergência e Enfermagem Pré-hospitalar, e, de modo a desenvolver uma prática de enfermagem especializada e a sustentar a tomada de decisão clínica, considerei como linha de orientação o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner, de forma a atingir o nível de perito na prestação de cuidados à PSC, família/cuidadores. Espera-se que o enfermeiro especialista apreenda e demonstre o conhecimento científico, técnico e relacional tendo como base a experiência, mas também que revele um olhar crítico e reflexivo sobre as situações com as quais se depara na sua prática. Assim, podemos concluir que “os conhecimentos incluídos na prática clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e ao desenvolvimento da ciência da enfermagem” (Benner, 2001).

O enfermeiro perito define-se como aquele que suporta a sua ação a partir de uma enorme experiência, e compreende de forma intuitiva cada situação, apreendendo diretamente o problema sem deixar de considerar num vasto leque de diagnósticos e de soluções possíveis. Pelo seu desempenho altamente complexo e eficaz, baseado no conhecimento clínico, o enfermeiro é reconhecido pelos seus pares e demais profissionais de saúde ao fazer a diferença no cuidar e nos resultados obtidos nos doentes/família (Nunes, 2010).

A teoria de enfermagem, que serviu como referencial aos cuidados de enfermagem ao longo de todo o estágio, foi predominantemente Afaf Ibrahim Meleis, classificada como a Teoria das Transações. Meleis (2007) define Enfermagem como o processo facilitador de transições promotores de sentimentos de bem-estar. O mesmo autor refere ainda que “ esta

definição apresenta um conceito central, o conceito de Transição. Assim, o enfermeiro interage com o ser humano numa situação de saúde/doença que é a parte sociocultural e vive de alguma maneira a transição real ou por antecipação”

Naturalmente, o acima exposto mostra-nos que o EE deve deter uma enorme amplitude de competências, de sensibilidade, de conhecimentos e experiência de forma a conhecer todo o meio envolvente de forma a intervir como facilitador do processo de transição. O contacto com o doente crítico surge habitualmente durante os períodos transicionais de instabilidade provocados por mudanças de desenvolvimento, de situação ou de doença em que tais mudanças, podem causar modificações profundas na vida pessoal de cada um, bem como nas pessoas que os rodeiam, tendo complicações no bem-estar e na saúde (Meleis, 2010).

Relativamente à escolha dos locais de estágio, tanto o SUMC como a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) foram escolhidos pela localização geográfica, pela disponibilidade na realização dos referidos estágios devido à Pandemia que se viveu mas também por serem locais onde seria possível o desenvolvimento completo e sustentado para o desenvolvimento das competências como futuro Enfermeiro Especialista.

No EC em enfermagem pré-hospitalar, a escolha pelo INEM, deveu-se ao facto de ser uma área de interesse pessoal pela prestação de cuidados à PSC no ambiente extra-hospitalar. Trata-se de uma área que exige uma equipa muito diferenciada com formação e treino na abordagem específica à PSC, que requer uma atuação célere e decisiva, mas com consciência das condicionantes, riscos e especificidades próprias do ambiente extra-hospitalar.

Com a construção deste relatório, através da exposição e análise crítico-reflexiva das atividades realizadas ao longo dos ECs, pretendo dar visibilidade ao desenvolvimento de competências conseguidas na assistência avançada em EMC, na área da enfermagem à PSC, tendo por base os objetivos gerais e competências a desenvolver pelo titular de grau de mestre do curso de mestrado em enfermagem.

A aquisição e desenvolvimento das competências comuns e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica serviram como pilar estruturante ao desenvolvimento deste relatório. Tal como está vinculado no Regulamento nº 140, OE (2019), o enfermeiro especialista é aquele em quem são reconhecidas as competências científicas, técnicas e humanas de maneira a prestar cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade de enfermagem. Estes são organizados segundo os domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da

melhoria da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140, OE 2019).

As competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica contemplam o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; o dinamizar da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação; o maximizar da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº 429, OE,2018).

A elaboração deste relatório tem como objetivo geral: servir como instrumento de avaliação para a atribuição do grau de mestre e como objetivos específicos: Servir de revisão, de reflexão e análise da prática clínica tendo como base as experiências vivenciadas durante os EC bem como os contributos no âmbito profissional e académico para futuro enfermeiro especialista.

Relativamente à estrutura organizacional deste documento, tem por base uma metodologia de abordagem descritiva e reflexiva, encontrando-se dividido em duas partes. A primeira parte onde será realizada uma descrição dos contextos de prática clínica e uma análise crítico-reflexiva das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvidas e adquiridas ao longo de três ensinamentos clínicos (EC) propostos conforme regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros. Na segunda parte será abordado o trabalho de investigação desenvolvido através da realização de um trabalho de Investigação segundo uma metodologia projeto num SUMC com o objetivo de dar resposta a uma problemática da prática dos enfermeiros nomeadamente na área do transporte de doente crítico.

Este trabalho de investigação foi desenvolvido em quatro fases: a primeira fase com a caracterização da problemática em estudo junto dos enfermeiros; a segunda fase, com o desenvolvimento e planeamento de estratégias para a resolução do problema, planeamento e construção do projeto, de acordo com as necessidades da investigação; a terceira fase na implementação e mudança no contexto, viabilizando a mudança na organização dos cuidados, no modelo de cuidados em uso e na documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros e por fim, a quarta fase, na avaliação do impacto da mudança sobre as oportunidades identificadas e avaliação do efeito da intervenção nas questões de investigação.

Tornou-se assim, de importância ímpar, a referência às competências e pilares do mestre e Enfermeiro Especialista como: a Investigação, a Liderança, a Tomada de Decisão, a Liderança Clínica, a Liderança na Gestão e a vasta amplitude de conhecimentos e prática de enfermagem baseada na evidência científica.

O presente trabalho foi desenvolvido em consonância com o manual de publicação da *American Psychological Association (APA)* - 7.^a Edição e com as normas definidas pelo “Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos”, da Escola Superior de Saúde de Leiria.

PARTE I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A aquisição de competências especializadas no âmbito do desenvolvimento profissional dos enfermeiros é mais eficaz se for realizada em contextos interventivos diferentes, que possam trazer maior amplitude de experiências, bem como, facilitar a transferência de conhecimento teórico para a prática clínica. Tal como refere Esteves, Cunha, Bohomol e Negri (2018), os estágios constituem momentos essenciais de aprendizagem pois possibilitam a articulação dos conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como fomentam o desenvolvimento de raciocínio crítico e tomada de decisão fundamentais para um desempenho autónomo e eficaz.

Naturalmente, a constante transformação do mundo, os avanços da tecnologia e a capacidade das pessoas discernirem o que é melhor para si, conduz a uma necessidade de formação diferenciada dos enfermeiros e mais abrangente para dar resposta às necessidades das pessoas. Nesse sentido, a necessidade da formação de qualidade dos futuros enfermeiros e a constante transformação da prática da enfermagem, imbuída de complexidades e em um grau de exigência e competências crescente, o EC torna-se fundamental na formação clínica em enfermagem (Silva, Pires & Vilela, 2011).

Também, a longevidade da população, as exigências e complexidade dos cuidados remetem para uma procura contínua do exercício profissional de excelência na área de enfermagem à PSC, tal como a pandemia nos demonstrou nos últimos dois anos. Ou seja, tornou visível a importância da formação de EE na PSC e a necessidade da diversidade de experiências vivenciadas nos diferentes contextos.

Neste caso, em particular, considero que os contextos de ensinamentos clínicos conjugados com a componente teórica adquirida, foram essenciais neste processo formativo especializado. Assim, pela importância que os locais de ensino clínico assumiram no processo de aprendizagem, passo a descrever de forma sumária as características orgânicas e funcionais dos ambientes de prática clínica realizados no âmbito deste mestrado.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE CUIDADOS NOS ENSINOS CLINICOS

1.1. ENSINO CLINICO - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O primeiro contexto de ensino clínico decorreu num Serviço de Urgência da Área Metropolitana da Região de Lisboa. Esta moderna unidade hospitalar tem um papel fundamental na formação de quadros técnicos especializados, e na definição de modelos de melhores práticas. Encontra-se na dependência direta do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas desde Maio de 2014. É um estabelecimento hospitalar militar, que se constitui como elemento de retaguarda do sistema de saúde militar em apoio da saúde operacional, organizado em dois polos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto.

Este serviço tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das Forças Armadas, bem como à família militar e aos deficientes das Forças Armadas, podendo, na sequência de acordos que venha a celebrar, prestar cuidados de saúde a outros utentes, nomeadamente, oriundos do SNS sob articulação direta entre ministérios da saúde e Ministério da Defesa.

De acordo com o Despacho n.º 10319/2014 do MS, é um serviço de urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), sendo o segundo nível de acolhimento das situações de urgência e emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. Trata-se de uma unidade orgânica funcional, composta por meios naturais, humanos e técnicos que lhe conferem autonomia para garantir a prestação de cuidados imediatos em situações de emergência/urgência durante as vinte e quatro horas de todos os dias do ano (DGS, 2001).

Este serviço está estruturado em setores distintos: admissão, posto de triagem de prioridades, sala de emergência, sala laranja, área de trauma/pequena cirurgia, sala de observação com capacidade até 6 camas com capacidade de telemetria, 3 gabinetes médicos, sala de Tratamentos. Tem um horário de funcionamento de 24 horas por dia, de segunda a domingo, assegurado por médicos, enfermeiros, socorristas e assistentes operacionais em caráter permanente, assim como um administrativo. São atendidos, em média, 100 utentes por dia, na sua maioria, Militares no ativo, reformados das Forças Armadas e Deficientes das Forças Armadas.

É constituído por várias valências médicas de atendimento, nomeadamente medicina interna, neurologia, cardiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, urologia, nefrologia, cirurgia geral, ortopedia, neurocirurgia, cirurgia maxilo-facial, cirurgia vascular, com o bloco operatório em apoio permanente, que dão resposta a uma população com idade igual ou superior a 18 anos, já que o atendimento é específico para adultos. Além das valências médicas, é assegurado também o apoio de técnicos de eletrocardiografia e

imagiologia, técnicos de patologia clínica e imunohemoterapia 24 horas, sendo alguns em regime de chamada.

Em termos de funcionamento e no que à equipa de enfermagem diz respeito, o serviço é assegurado por um total de 30 enfermeiros, dos quais apenas 2 detêm a especialização em EMC, na área da PSC, o que fica aquém do recomendado, dada a especificidade dos cuidados prestados neste serviço, bem como o que está preconizado pelo Despacho nº 10319/2014 do MS que indica que cerca de 50% dos enfermeiros da equipa deve ter competências específicas atribuída pela OE nesta área de especialidade.

A equipa de enfermagem é liderada por um enfermeiro chefe, e desenvolve a sua atividade nos diferentes setores, predominantemente em trabalho de equipa, mediante um horário rotativo, ao longo das 24 horas do dia, distribuídos da seguinte forma: no turno da manhã estão destacados 5 elementos e nos turnos da tarde e noite 3 elementos, existindo um enfermeiro responsável em cada turno.

Toda a equipa desenvolve o seu trabalho num contínuo compromisso de prestação de cuidados baseados na qualidade e segurança do doente, família/cuidadores e de acordo com as dotações seguras, conforme Regulamento N.º 743/2019 OE.

No SU, o primeiro contacto que o enfermeiro tem com o doente é no posto de triagem, uma vez que a admissão do doente é realizada pela equipa de administrativos. Nesta área o enfermeiro realiza a primeira avaliação do doente, baseado no sistema de Triagem de Manchester, que tem como objetivo priorizar os doentes conforme a gravidade da queixa com que se apresentam no serviço. A recolha da informação na triagem deve ser rápida e focada na atribuição do nível de prioridade e a avaliação do doente deve ser sistematizada. Após essa avaliação e recolha de informação é selecionado um fluxograma e discriminador específico, atribuindo assim, um nível de prioridade identificado por cores que corresponde a um tempo alvo de observação médica inicial e encaminhados para as diferentes áreas de atendimento (GPT, 2015).

No sentido de otimizar o atendimento a doentes com determinados problemas de saúde existe um sistema de orientação de vias verdes, nomeadamente Via Verde AVC, Via Verde Coronária, Via Verde Trauma e Via Verde Sepsis. Estes protocolos, elaborados pela Direção-Geral da Saúde (DGS), têm por objetivo acelerar o fluxo dos doentes com essas patologias para que se inicie o estudo de diagnóstico e o tratamento com a maior celeridade possível. Neste sentido, o EE torna-se de importância ímpar ao reconhecer, antecipar e aplicar as Vias Verdes. Os doentes que reúnam essas condições, bem como qualquer doente que se encontre em falência ou eminência de falência de uma ou mais funções

vitais, vindo do exterior que por instabilidade necessite de cuidados de emergência entra diretamente na sala de emergência (SE), para estabilizar a sua situação clínica.

Relativamente às SE, nem todos os enfermeiros do SU prestam cuidados nesse sala, pois é necessário ter formação específica, ser detentor de SAV, conforme está contemplado no Despacho n.º 10319/2014 do MS. Os cuidados à PSC podem derivar de uma situação de emergência, o que requer que a assistência seja realizada de forma imediata (OE, 2018). Assim, a admissão na SE é uma condição essencial para a estabilização desse doente, pela possibilidade de mobilizar uma série de meios humanos qualificados, equipamento altamente sofisticado e materiais diversos, bem como de uma abordagem sistemática através de algoritmos de atuação baseados e atualizados nas mais recentes evidências científicas e que são fundamentais para dar resposta adequada às necessidades que a situação exige (Martins, 2013).

Relativamente ao registo da informação clínica, desde 2016, que este SU passou a utilizar uma aplicação informática, acabando com os registos em papel. Este processo garante uma confidencialidade inequívoca aos registos efetuados, bem como, facilita a rapidez de acesso no futuro. Este serviço possui ainda um plano de emergência/catástrofe atualizado e bem definido, tendo em conta a localização geográfica e as infraestruturas limítrofes, que no decorrer do EC tive a oportunidade de o consultar, por forma a estar preparado para um evento desta natureza, pois é uma das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à PSC.

Em conformidade com a Lei nº 15/2014 de 21 de Março, onde garante a todos o direito de acompanhamento de uma pessoa por si indicada, é permitido a permanência de um acompanhante dentro do SU, geridas pelo enfermeiro responsável de turno. Neste âmbito, houve a necessidade de adequação dos circuitos pré-definidos com as orientações emanada pela DGS sobre o COVID-19.

O serviço de urgência caracteriza-se pela rapidez, a falta de tempo para uma colheita de dados completa e rigorosa, os rácios enfermeiros/cliente, por vezes, menor do que seria desejável, situações complexas de saúde que necessitam de uma intervenção rápida e eficaz. Estes fatores contribuem para dificultar a tomada de decisão, não se sabendo muitas das vezes, se os resultados das nossas intervenções terão sucesso ou não (Nunes, 2008).

O ambiente vivido dentro do SU remete-nos para um tipo de teoria de enfermagem que se classifica como a teoria das transições de Afaf Meleis, visto o SU caracterizar-se por uma panóplia de mudanças, que fazem com que os utentes/famílias estejam em constante mudança/transição. Meleis & Trangenstein (1994) citadas por Silva (2007) “definiram

Enfermagem como o processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar”. O autor refere ainda que “Esta definição apresenta num conceito central, o conceito de Transição. Assim o Enfermeiro interage com o ser humano numa situação de saúde/doença que é parte do contexto sócio-cultural e que vive, de alguma maneira, uma transição real ou por antecipação”.

1.2. ENSINO CLINICO - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O segundo contexto de Ensino Clínico decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos.

A unidade de cuidados intensivos de acordo com o descrito pela Direção Geral da Saúde (2013) é o serviço direcionado para a prestação de cuidados especializados e diferenciados na área do doente crítico, cuja situação clínica é potencialmente reversível com a utilização de recursos técnicos e profissionais específicos.

Urizzi et al (2008) caracterizam a unidade de cuidados intensivos como o serviço que apresenta melhor capacidade de resposta para a prestação de cuidados ao doente crítico. Para alcançar esse objetivo, tem como base a monitorização contínua, bem como a prestação de cuidados especializados e o recurso a técnicas complexas que permitem a estabilização e recuperação do doente. É considerado como um serviço potenciador de grande ansiedade pela incerteza do desfecho destas situações consideradas como emergentes.

O EC decorreu num hospital público, integrado na rede do SNS, enquanto prestador de cuidados de saúde diferenciados, integrado na rede de referência hospitalar e tem como missão a promoção e a prestação de cuidados à população dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira. Sendo um hospital gerido segundo o novo paradigma das parcerias público-privadas, no seu site institucional, anuncia ter como objetivo ser uma referência pela qualidade, eficiência e segurança, e obter um elevado grau de satisfação na população, estando acreditado pela *The Joint Commission* (JCI) com foco na qualidade da prestação de cuidados e da segurança do doente. É incutido nos seus profissionais o desenvolvimento de uma cultura forte com orgulho e satisfação dos seus colaboradores, procurando o desenvolvimento do capital intelectual da organização, numa busca permanente da excelência. Esta UCI obteve a classificação máxima em excelência clínica na área de cuidados intensivos segundo o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde da Entidade Reguladora da Saúde (2017), que vem avaliar a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal, de forma objetiva e consistente, com base em indicadores que permitem obter um rating dos prestadores. Os enfermeiros especialistas, com percurso

profissional em UCI, são chamados a desempenhar a chefia de equipa e gestão no serviço, simultaneamente com a prestação de cuidados, dada a escassez de enfermeiros. A maioria dos enfermeiros de cuidados gerais possui poucos anos de experiência neste contexto, embora a unidade cumpra as normas da OE para dotações seguras, segundo o Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro (2014).

Segundo o documento regulamentar das RRH de Medicina Intensiva de Paiva et al. (2017), para uma população de 244 377 habitantes na área de influência direta, dispõe atualmente em funcionamento as 8 camas de UCI, nível III e de 12 camas em nível II. Assim sendo, a UCI, ao contrário das unidades de referência dos hospitais escola, ainda não possui, nem participa em programas de formação avançada ou de prática tutelada. Certamente que pela formação dos profissionais, espírito de melhoria e com as experiências que surgem, alcançará a certificação de competências dos seus profissionais de enfermagem e a idoneidade formativa e acreditação para a formação de especialistas pela OE.

O método de trabalho nesta UCI, é o individual e o rácio de doentes/enfermeiro respeita na íntegra, o preconizado pela OE, contemplado no Regulamento N.º 743/2019 OE.

A diferenciação especializada dos profissionais dos Cuidados Intensivos, associada à disponibilidade de equipamentos de monitorização e ventilação invasivos, dão resposta a essa premissa, permitindo uma intervenção adequada nas situações críticas de vida e em processos complexos de doença, sendo exemplos as seguintes técnicas: depuração/substituição renal e plasmafiltração; permeabilidade da via aérea; reanimação cardiorrespiratória; monitorização cardíaca contínua e colocação de pacing cardíaco temporário; monitorização hemodinâmica; oximetria contínua; aferição de gases do sangue arterial, eletrólitos e metabolitos; intervenções terapêuticas com recursos a bombas e seringas infusoras que consolidam a segurança da administração da terapêutica.

Os registos de Enfermagem são realizados através do programa informático BSimple® onde consta o processo de enfermagem, o registo de terapêutica, os processos de trabalho e os diários clínicos de todos os doentes. Nesse mesmo programa também temos acesso a informação médica, resultados de análises, exames complementares de diagnóstico.

1.3. ENSINO CLINICO - ENFERMAGEM PRÉ-HOSPITALAR

O terceiro contexto de EC, em regime de opção, decorreu no INEM- Delegação Sul na área do pré-hospitalar. Esta é uma entidade que, em conjunto com a Polícia de Segurança Pública, a Guarda Nacional Republicana, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, os Hospitais e Centros de Saúde formam o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) que desde 1981, cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou

doença súbita. Concretamente, o INEM é o organismo do MS responsável por coordenar o funcionamento no território de Portugal Continental do SIEM e foi criado com a missão de dar resposta a uma necessidade nacional de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde (INEM, 2013).

O ambiente pré-hospitalar caracteriza-se por diversas intervenções de enfermagem com especificidades próprias que englobam uma multiplicidade de patologias e uma diversidade de ambientes inerentes ao cuidado da pessoa em situação crítica. O enfermeiro especialista que atua na emergência pré-hospitalar tem assim um papel fundamental com a sua resposta pronta e eficaz com base num raciocínio célere, assertivo e ético, envolto numa relação de ajuda, vendo a pessoa como um ser holístico e intervindo de uma forma precoce em conjunto com a equipa multidisciplinar para que seja garantida uma prática de excelência, de acordo com a evidência nesta área (Pinheiro, 2017).

A emergência pré-hospitalar consiste na disponibilização de um conjunto de recursos que assegurem a assistência a situações de risco de vida fora de uma instituição de saúde, a sua estabilização no terreno e o seu transporte para a unidade hospitalar (INEM, 2015).

A ativação destes recursos é sempre efetuada através do Número Europeu de Emergência Médica (112). O atendimento da chamada é realizado pelos operadores do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Após a triagem são definidos alguns fluxogramas/ tipificações de eventos e o grau de urgência/emergência. Simultaneamente, dependendo da gravidade da situação, acionam-se os meios de socorro mais indicados, para que a vítima seja abordada/tratada da forma mais eficaz e rápida possível.

Relativamente aos vários meios disponíveis no INEM, este EC realizou-se apenas em meio VMER e SIV da Delegação Região Sul do INEM.

De acordo com a legislação em vigor, a ambulância SIV integra uma equipa constituída por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH), concebida para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, tendo como objetivos a estabilização pré-hospitalar, o transporte de doente crítico, dispondo de equipamento de Suporte Imediato de Vida (Ministério da Saúde, 2014).

Neste meio, os seus profissionais (tanto os enfermeiros como os TEHP) estão integrados no INEM de Lisboa.

A VMER é um veículo de intervenção em emergência, tripulado por uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, com formação em emergência médica, encontrando-se dotada do equipamento necessário à reanimação e estabilização inicial de qualquer vítima de trauma ou doença súbita (Ministério da Saúde, 2014).

O seu funcionamento é assegurado 24 horas por dia, durante os 7 dias da semana, atuando na dependência exclusiva do CODU, sediada não no INEM mas sim base hospitalar. Pressupõe a extensão na comunidade do serviço de urgência, desempenhando várias funções no contexto do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), sendo a sua área de atuação a área de influência do Hospital. No entanto, a sua operacionalidade é sempre da responsabilidade do CODU, podendo, ser ativada para zonas limítrofes da área metropolitana de Lisboa. Em ambos os meios, o métodos de trabalho é o de Trabalho de Equipa apesar de funções e responsabilidades distintas.

A nível de gestão de recursos materiais todo o material de consumo clínico, bem como a medicação, ou seja, todo o material de suporte à operacionalidade da VMER, é suportado pelo Hospital conforme o Despacho nº 5561/2014 (Ministério da Saúde, 2014). O mesmo documento refere ainda que todos os aspetos relativos à gestão funcional, coordenação e logística, são desenvolvidos pelo INEM, bem como a disponibilização dos equipamentos.

Ambos os meios são ativados para as ocorrências através da emissão de uma mensagem de acionamento através do PC mobile, uma *Short Message Service* (SMS) no telemóvel do INEM e uma mensagem através do rádio SIRESP (Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal) em canal aberto. Desde a ativação das equipas, o CODU tem conhecimento da situação operacional através da emissão de status rádio pela rede SIRESP.

Relativamente à importância da sistematização de procedimentos, o EE torna-se naturalmente importante e diferenciador na identificação, abordagem e sistematização de procedimentos á PSC. Por exemplo, à chegada ao local, a abordagem da(s) vítima(s) é realizada seguindo protocolos muito bem definidos pelo Departamento de Emergência Médica que regulam e uniformizam toda a atuação dos seus intervenientes. A Metodologia ABCDE (*A-Airway; B-Breathing; C- Circulation; D-Disability e E-Exposure*), é uma regra imperiosa na abordagem das vítimas.

Na Equipa SIV, é adequado o protocolo e o procedimento, sendo transmitida a informação recolhida ao Médico Regulador (MR) do CODU, para validação das intervenções interdependentes.

Neste contacto é solicitado também ao MR apoio diferenciado, caso seja necessário. Caso não haja apoio diferenciado é o enfermeiro da SIV o responsável pela tomada de decisão e subsequentes intervenções de acordo com o estabelecido nos protocolos de atuação do INEM, solicitando validação ao MR sempre que necessário. É realizada a avaliação secundária da vítima de acordo com o protocolo utilizado, sendo que a decisão do destino,

tipo de transporte e acompanhamento será sempre uma tomada de decisão partilhada entre o enfermeiro SIV e o MR.

De forma a manter os padrões de qualidade, de excelência e de segurança, no processo de transição de cuidados, a transmissão de informação do doente é realizada de acordo com a Norma nº 001/2017 DEM com a metodologia ISBAR (*I-Identify; S-Situation; B-Background; A-Assessment; R- Recomendation*). No exercício de funções da VMER, o enfermeiro além de responsável pela condução da viatura médica em emergência, participa na avaliação da vítima (avaliação primária/secundária) sendo o “*team leader*” da equipa, o médico. A decisão final cabe sempre ao médico mas o processo de tomada de decisão é realizado em conjunto, em equipa.

Na SIV, a liderança e processo de tomada de decisão é realizado pelo Enfermeiro. Ele, eventualmente, poderá delegar tarefas básicas aos TEPH, sob supervisão mas nunca delegada a Liderança. É esta competência inerente ao EE à PSC que torna o Enfermeiro SIV, num interveniente impar em todo o processo de cuidar da PSC.

Esta ideia está expressa no Parecer 136/2007 que diz que os profissionais de saúde têm a responsabilidade de maximizar a utilização dos recursos disponíveis, incluindo os recursos humanos, e assegurar apropriada delegação de atividades e tarefas (OE, 2007).

De acordo com o REPE, “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem” (Decreto-Lei 161/96 de 4 de setembro, p.2961).terceiro contexto de estágio, em regime de opção, decorreu no INEM- Delegação Sul na área do pré-hospitalar.

Esta é uma entidade que, em conjunto com a Polícia de Segurança Pública, a Guarda Nacional Republicana, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, os Hospitais e Centros de Saúde formam o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), que existe desde 1981 e que no seu todo cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Concretamente, o INEM é o organismo do MS responsável por coordenar o funcionamento no território de Portugal Continental do SIEM e foi criado com a missão de dar resposta a uma necessidade nacional de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde (INEM, 2013).

O ambiente pré-hospitalar caracteriza-se por diversas intervenções de enfermagem com especificidades próprias que englobam uma multiplicidade de patologias e uma diversidade de ambientes inerentes ao cuidado da pessoa em situação crítica. O enfermeiro especialista

que atua na emergência pré-hospitalar tem assim um papel fundamental com a sua resposta pronta e eficaz com base num raciocínio célere, assertivo e ético, envolto numa relação de ajuda, vendo a pessoa como um ser holístico e intervindo de uma forma precoce em conjunto com a equipa multidisciplinar para que seja garantida uma prática de excelência, de acordo com a evidência nesta área (Pinheiro, 2017).

A emergência pré-hospitalar consiste na disponibilização de um conjunto de recursos que assegurem a assistência a situações de risco de vida fora de uma instituição de saúde, a sua estabilização no terreno e o seu transporte para a unidade hospitalar (INEM, 2015)

A ativação destes recursos é sempre efetuada através do Número Europeu de Emergência Médica (112). O atendimento da chamada é realizado pelos operadores do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Após a triagem são definidos alguns fluxogramas/ tipificações de eventos e o grau de urgência/emergência. Simultaneamente, dependendo da gravidade da situação, acionam-se os meios de socorro mais indicados, para que a vítima seja abordada/tratada da forma mais eficaz e rápida possível.

2. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA, NA UCI E NO PRE-HOSPITALAR.

Com este capítulo pretendo que seja desenvolvida uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências de acordo com os objetivos propostos durante os ECs, fundamentando-as, numa perspetiva de futuro enfermeiro especialista, e que vá ao encontro e defendido pela OE quando refere que “a definição de competência refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar (OE, 2008)

A enfermagem enquanto ciência, disciplina e profissão tem procurado responder aos desafios de uma sociedade em constante transformação. Para tal, tem vindo a desenvolver um corpo de conhecimentos capaz de dar respostas adequadas e em tempo útil às solicitações, permitindo tomar decisões cada vez mais complexas sobre os cuidados a prestar ao doente. Da mesma forma, as organizações de saúde têm-se destacado pela prestação de cuidados à pessoa/família em situações de saúde críticas, que necessitam de respostas individuais e complexas atendendo às suas necessidades.

Le Boterf (2005) refere que, a nível profissional, é exigido que o prestador vá mais além do que é prescrito e que, perante as eventualidades e os acontecimentos, o mesmo deve mostrar iniciativa, responsabilidade e investimento pessoal, demonstrando intuito de evoluir nas competências que já possui e desenvolver outras que possam estar em falta, o que vai ao encontro do ingresso neste percurso de desenvolvimento de competências especializadas.

O conceito de competência tem sido bastante discutido, existindo diversas conceções relativamente a uma definição universal, pelo que existem vários autores que se têm dedicado ao estudo das competências. Por exemplo, Perrenoud (2002), salienta a existência de uma relação entre a competência, os saberes e os contextos; afirmando que, para ter competência, é necessário saber mobilizar saberes e utilizá-los para agir numa determinada situação. Segundo o mesmo autor, não existem competências sem saberes. Já, Le Boterf (2003) refere que competência é a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos numa situação complexa. É um saber agir profissional, responsável e que requer saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto ocupacional determinado. Refere igualmente que a competência se situa ao nível de três eixos formados pela pessoa, pela formação e pela sua experiência profissional.

De acordo com Sapeta (2013), um profissional competente é capaz de agir com pertinência numa situação particularmente complexa e de saber igualmente fundamentar a sua ação.

Assim, torna-se imperativo a construção e renovação de saberes, quer da esfera teórica, da esfera prática e/ou da esfera pessoal. Os saberes práticos constroem-se e renovam-se a partir dos saberes teóricos e da experiência profissional e social, instruindo-se com a experiência (Le Boterf, 2005).

A OE (2003) define competência profissional como sendo um fenómeno multidimensional complexo, definido pela capacidade do enfermeiro praticar, de forma segura e eficaz, a sua responsabilidade profissional, utilizando a análise crítica e reflexiva na resolução de problemas, tomadas de decisão e habilidades essenciais à arte e ciência de Enfermagem.

Parece-me lógico e válido também pensar que as emoções e o domínio das mesmas poderão fazer a diferença num determinado momento da tomada de decisão. Damásio (2003) considera as emoções como organizadoras da nossa vida cognitiva, visto que influenciam tanto os nossos processos mais básicos como os mais complexos. Dessa forma, alargam o conjunto de respostas adequadas que cada um tem perante uma determinada situação. O mesmo refere que, de uma forma geral, as emoções permitem-nos “avaliar o ambiente que nos rodeia e reagir de forma adaptativa” (Damásio, 2003). Isto é, perante uma determinada situação é despoletada uma emoção, que faz com que a nossa atuação seja pré-organizada, mesmo que não seja necessária a avaliação consciente de tal situação, pois o organismo está preparado para reagir automaticamente. As reações emocionais podem reduzir o campo de alternativas, permitindo a tomada de decisões num curto espaço de tempo, na qual a improvisação e a intuição encontram uma explicação. Esta teoria de Damásio poderá ser aplicada por exemplo numa situação de Paragem Cardio-respiratória (PCR) ou falência vital iminente, perante a qual, irá ser ativada uma emoção, tornando o processo de tomada de decisão mais célere. Ou seja, neste contexto específico, a emoção faz com que o raciocínio e atuação sejam rápidos e quase automáticos.

Naturalmente, este leque de competências referidas pelos autores são cruciais para que o enfermeiro se torne num profissional competente, e possa dar resposta à complexidade de contextos aquando da intervenção junto da PSC e sua família.

Ferreira e Nunes (2019) reforçam a ideia de que as pessoas, para agirem com competência, terão que mobilizar um conjunto de saberes abrangente, desde os saberes cognitivos e profissionais, a esquemas de ação e atitudes contextualizadas. Sendo, para tal, a formação uma condição e parte integrante do processo de desenvolvimento profissional.

Também Benner (2005), para mostrar a evolução e aperfeiçoamento dos enfermeiros, desenvolveu um modelo de aquisição de competências baseando-se no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus. Este identifica cinco níveis de competências na prática

clínica de enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito; relatando as características e comportamentos em cada nível de desenvolvimento e identificando as necessidades em matérias de ensino/aprendizagem dos enfermeiros em cada um deles. Para a autora, o enfermeiro torna-se competente quando tem consciência dos seus atos e consegue analisá-los de forma crítica e reflexiva, planeando e priorizando as suas intervenções adequadamente, sendo a competência adquirida após dois a três anos de prática na mesma área de enfermagem (Benner, 2005).

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE) confere importância ao reconhecimento e certificação de competências com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril), que constitui um guia de referência na atuação do enfermeiro, permitindo a orientação de novos enfermeiros no início do seu percurso profissional.

O enfermeiro especialista deve desenvolver habilidades e competências especializadas num domínio específico da enfermagem. Ao encontro dessa afirmação, a OE estruturou as competências comuns e as competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica através do Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018). As competências comuns do Enfermeiro Especialista serão abordadas no capítulo a seguir de forma crítica e reflexiva, articulando com as vivências e aprendizados decorridos durante o EC, sendo elas: o domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A Ordem dos Enfermeiros define como competências comuns do enfermeiro especialista as competências partilhadas pelos diversos enfermeiros especialistas, independentemente da sua especialidade, “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional” na área da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista serão abordadas no capítulo a seguir de forma crítica e reflexiva, articulando com as vivências durante o EC, sendo elas: o

domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Em Portugal, com a publicação do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, diploma que aprovou o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a Profissão de Enfermagem está dotada de um Código Deontológico que constitui um documento jurídico, com função normativa e vinculativa, perante o qual os enfermeiros têm o dever de responder às promessas feitas e aos compromissos assumidos perante a sociedade, no respeito pela dignidade de cada pessoa. Este Decreto-Lei tem vindo a sofrer alterações, estando atualmente em vigor o Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.

Nunes (2008) salienta que, ao longo da construção da Enfermagem enquanto profissão, tornou-se premente que fossem identificados princípios e valores sobre a experiência ética de ser enfermeiro. A ética profissional enuncia princípios e valores, relacionados com um conjunto de deveres ou normas que obrigam um conjunto de profissionais de uma profissão a uma deontologia profissional (Nunes, 2011). A deontologia profissional surge assim como algo construído a partir do interior da profissão, resultante de uma reflexão sobre a prática (Nunes, 2008).

Segundo a OE (2005), deontologia profissional é o conjunto de normas referentes a uma determinada profissão baseadas no princípio da moral e do direito, procurando definir as boas práticas e, tendo em conta as características da própria profissão.

Segundo Nunes (2008), o enfermeiro “deve exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem” (p.17).

A promoção de uma prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019), permite oferecer à PSC e família a melhor resposta com cuidados de enfermagem de qualidade.

A interrogação quanto ao modo de agir em enfermagem perante problemas de natureza ética surge quando está em causa a proteção de uma pessoa e a defesa da dignidade humana, originando a construção de uma decisão que tem como fim a prática de uma ação tida como uma intervenção de enfermagem (Deodato, 2010).

Nos diferentes contextos de prática de enfermagem desenvolvi sempre a minha atividade de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro e respeito pelos princípios éticos nos cuidados prestados, em que os valores de compaixão, da competência, da justiça e da responsabilidade estiveram sempre presentes. O respeito pela dignidade humana, a preservação da privacidade/intimidade do doente/família, a confidencialidade da informação, as preferências e a autonomia do doente/família, o respeito pelas suas crenças e valores, bem como a responsabilidade dos meus atos, foram princípios fulcrais que delinearão a minha prestação, criando e fomentando uma relação terapêutica com o doente, família/cuidadores de forma assertiva e empática, independentemente do contexto de atuação.

Os sentimentos como dependência, de perda de controlo do seu corpo, a insegurança e sentimentos de impotência, podem potenciar a fragilidade e vulnerabilidade inerentes ao processo de transição saúde doença, pelo que a preservação da autonomia e dignidade humana, além de poder contribuir para o alívio desse sofrimento, são direitos fundamentais consagrados no compromisso deontológico que os enfermeiros devem respeitar (Vieira, 2017).

Deste modo, torna-se clara a ligação entre os direitos humanos e a deontologia profissional do enfermeiro, tendo esta uma relação de suporte ético centrada na responsabilidade que o enfermeiro assume pelo outro e pelos cuidados de que este necessita (Sousa, 2008). Assim sendo, o enfermeiro, ao estabelecer uma relação profissional, assume também valores e princípios universais, tais como: igualdade, altruísmo e solidariedade; liberdade responsável; verdade e justiça; competência e aperfeiçoamento profissional.

Nos vários contextos de prática clínica, onde desenvolvi a minha formação especializada, pude constatar, entre outros aspetos, o conforto, a preservação da privacidade/intimidade e a confidencialidade da informação em determinadas circunstâncias nem sempre foram de fáceis de atingir, pelas características físicas e/ou complexidade de cuidados prestados ao doente, família/cuidadores, apesar dos esforços e sensibilização dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, em respeitar estes princípios.

O SU sendo um serviço em que a elevada afluência, imprevisibilidade e multiplicidade de condições de saúde dos doentes, exige dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, um conjunto ímpar de conhecimentos, destreza e capacidade de resolução de problemas em tempo útil e de forma eficaz (Brazão, Nóbrega, Bebian, & Carvalho, 2016).

O nº 4 do Artigo 20.º do Despacho nº 10319/2014 do MS que alude à estrutura física e recursos materiais de um SU descreve que “devem ser respeitados a privacidade, o

conforto, a comunicação e a informação personalizada e humanizada, as condições de visualização e fácil acesso ao doente (...)” (p. 20677).

De uma forma geral, o SU, é um local cuja prioridade de saúde está focada no tratamento da doença, ficando a individualidade, a dignidade, os direitos dos doentes, bem como as suas preferências, valores, crenças, costumes, privacidade/intimidade e sentimentos para segundo plano (Pupulim & Sawada, 2012).

Tendo este conhecimento, a assistência focada no tratamento da doença, não pode minorar esses aspetos fundamentais da pessoa doente, na medida em que são essenciais para a satisfação dos doentes/família para com os serviços prestados, bem como para o respeito da dignidade humana, um valor absoluto intrínseco a todo o ser humano (Pupulim & Sawada, 2012).

Na reflexão realizada, pude comprovar que a importância da preservação da privacidade/intimidade dos doentes/família na prestação de cuidados de enfermagem no SU é uma realidade incontestável que os profissionais de saúde devem ter sempre em linha de conta, uma vez que constitui uma necessidade e um direito de todo ser humano, indispensável para a manutenção da sua dignidade e que contribui para o estabelecimento de um ambiente de confiança e de tranquilidade no processo de cuidar, vital para uma assistência de saúde de qualidade e eficiente. Apesar dos condicionalismos físicos e organizacionais do SU, que em determinadas situações acontecem, torna-se difícil cumprir com rigor o respeito pela privacidade e intimidade do doente/família, mas na prática, demonstrei sempre preocupação, ao adotar uma conduta proativa na prestação de cuidados que salvaguardem esse princípio e, sempre que possível, incentivei a restante equipa para o mesmo.

A prestação de cuidados em locais privados, a utilização de barreiras físicas, o pedido de permissão e explicação ao doente de todos os procedimentos/tratamentos a realizar, bem como a utilização de um tom de voz adequado ao doente, tendo o cuidado de outras pessoas não estarem a ouvir informações importantes relativas ao mesmo, foram algumas estratégias utilizadas no meu percurso que contribuíram para um ambiente de confiança e conseqüentemente para uma maior satisfação dos doentes/família para com os cuidados prestados, um indicador de qualidade essencial para obtenção de ganhos em saúde.

A proteção dos direitos humanos, a segurança, a privacidade/intimidade e a dignidade da pessoa doente, família/cuidadores, foram princípios que estiveram sempre na base da minha atuação e que se enquadram nas competências comuns adquiridas fundamentais

para promover as melhores práticas, tendo em conta as preferências e a satisfação dos doentes, família/cuidadores.

A OE (2001), nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, define a tomada de decisão como um processo sistematizado em que este profissional efetua a identificação das necessidades dos cuidados de enfermagem à pessoa, família (grupo) ou comunidade, definindo as intervenções para com o problema identificado. Estas intervenções são prescritas como forma de evitar complicações, detetando precocemente potenciais riscos e resolvendo ou minimizando os reais problemas do utente. Segundo o mesmo autor, a tomada de decisão do enfermeiro é um processo que, no seu todo, orienta o exercício autónomo da enfermagem, sendo que na fase de execução das intervenções este profissional incorpora na sua prática clínica todo o resultado do seu estudo e investigação.

Segundo Nunes (2007), do profissional de enfermagem é esperado que seja capaz de tomar as decisões mais adequadas em relação às suas intervenções autónomas e interdependentes, para além do assumir da sua função de cuidar. Segundo o mesmo autor, a tomada de decisão adequada em situações de grande complexidade não é fácil, com vista à obtenção de resultados satisfatórios, sendo que a pouca disponibilidade de dados e a falta de tempo são fatores que influenciam essa mesma decisão.

A experiência e a aplicação de um sólido conjunto de conhecimentos são os fatores que mais contribuem para uma decisão consciente e com os melhores resultados. No ambiente da prestação de cuidados de enfermagem em emergência a tomada de decisão é uma situação complexa, que deverá ser rápida e por prioridades (Nunes, 2007).

Tanto no SU como na UCI, no que respeita a tomada de decisão, esta surge frequentemente no seio da equipa multidisciplinar, predominantemente com médicos e enfermeiros, que tendo por base sólidos conhecimentos éticos e deontológicos em relação a cada situação ou pessoa. Já no caso da SIV, esta tomada de decisão é realizada apenas pelo Enfermeiro enquanto líder, com posterior validação do Médico Regulador (MR).

Isto vai de acordo ao defendido por Nunes (2007), que refere que a maioria das intervenções são interdependentes, com a responsabilidade da implementação de atos prescritos por outros profissionais sobre os enfermeiros.

A prática profissional do EE deve demonstrar um profundo respeito pelos direitos do homem, promovendo o respeito, a confidencialidade, a privacidade, o direito à escolha e o respeito pelos valores, crenças e costumes conforme enunciado no Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011) e presentes na Declaração Universal dos Direitos Humanos, assim como no Código Deontológico do Enfermeiro.

Mantive a preocupação do melhor atendimento, da forma assertiva e disponível, instituindo uma boa relação terapêutica com os doentes, quer no SU, quer em contexto de UCI assim como no atendimento na VMER e SIV, conforme a Lei n.º 15/2014 de 21 de março 2014, que vem consolidar os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde e conforme o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (2015).

A privacidade, segurança e dignidade de doente na prestação de cuidados de enfermagem é de difícil alcance em contexto de serviço de urgência. O Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto (2014, p. 20677) referente à estrutura física e recursos materiais de um serviço de urgência descreve que “Devem ser respeitados a privacidade, o conforto, a comunicação e a informação personalizada e humanizada, as condições de visualização e fácil acesso ao doente, e deve ser facilitado o acompanhamento do doente por familiar (...)”.

No ensino clínico de urgência identifiquei que a elevada afluência de doentes exige uma gestão apropriada dos cuidados de enfermagem para evitar comprometer a segurança e privacidade do doente, tal como é definido na unidade de competência comum do EE. A passagem de dados clínicos verbalmente junto aos doentes alojados em macas, sem barreiras entre estes e ainda a presença de acompanhantes num espaço relativamente inadequado, traduz a necessidade de adoção de medidas de proteção de informações confidenciais a outros doentes e familiares, conforme o direito de sigilo sobre os seus dados pessoais, exposto na Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014, p. 2128) sendo que “os profissionais de saúde estão obrigados ao dever de sigilo relativamente aos factos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, salvo lei que disponha em contrário ou decisão judicial que imponha a sua revelação.” O acompanhamento do doente em serviços de urgência e de internamento é atualmente regulado pela Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014) que veio unir e uniformizar um conjunto de documentos dispersos sobre os direitos e deveres dos doentes e familiares.

O mesmo documento refere que em todos os SU do SNS é garantido e reconhecido o acompanhamento ao utente, sendo que este deverá indicar o individuo acompanhante, quando a situação clínica do utente o permita. Quando não é possível a livre escolha do acompanhante, os serviços deveram proporcionar o mesmo direito, obtendo o grau de parentesco ou de associação ao utente.

Na VMER/SIV, e no que diz respeito à legislação referida que permite o acompanhamento do doente, em contexto pré-hospitalar, o INEM através da Deliberação n.º 14/2011 (2011) reconhece o direito de acompanhamento dos doentes urgentes e/ou emergentes em ambulâncias de socorro, portanto na assistência pré-hospitalar, quer haja ou não intervenção da VMER. O mesmo documento ratifica as condições que o acompanhante

deve obedecer e salvaguarda a possibilidade de não acompanhamento pelo familiar, nas situações em que esse mesmo acompanhamento coloque em causa a eficácia dos cuidados de emergência médica.

Relativamente a outro aspeto ético e deontológico, O consentimento informado, esclarecido e livre da pessoa é uma manifestação do respeito pelo ser humano, doente ou não e pela sua autonomia, reconhecendo a sua capacidade em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos (DGS, 2013).

O artigo 84º do Código Deontológico dos Enfermeiros refere o “informar” como um dever, sendo que este assenta sobre bases sólidas, como o princípio da autonomia, da dignidade e da liberdade da Pessoa (OE, 2005).

Contudo, nos três locais onde estagiei, deparei-me com situações onde temos que prestar cuidados à pessoa em situação crítica com alteração do estado de consciência e, muitas vezes, incapacitada de dar o consentimento informado de forma expressa. Há que referir ainda que, nesses casos, onde a abordagem tem que ser rápida, os dados sobre o utente e sua história clínica por vezes é escassa, estando a sua capacidade para exercer o princípio da autonomia comprometida.

Nas situações onde a abordagem da equipa tem que ser rápida, prestando cuidados adequados e imediatos por forma a salvar a vida ou evitar uma grave deterioração da saúde utente, o consentimento presumido poderá assumir igualmente um papel de destaque, tal como descrito na Norma 015/2013 da DGS. Entende-se por consentimento presumido, aquele que permite supor que o utente teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado (DGS, 2013).

Ao longo deste percurso não surgiu nenhuma situação de testamento vital ou de diretivas antecipadas de vontade, reconhecidas pela Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, isto porque nunca fui informado por parte do utente ou familiar da existência do mesmo. As diretivas antecipadas de vontade, nomeadamente sob a forma de testamento vital, são o documento unilateral e livremente revogável pelo próprio que manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, relativamente aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade de forma pessoal e autónoma (DL n.º 25/2012). Em situações de emergência, os pensamentos e atos ocorrem de forma tão imediata que, frequentemente, quando acedemos ao processo do utente (quando disponível), muitas das intervenções já haviam sido executadas, como por exemplo num doente em PCR é iniciado o Suporte Avançado de Vida (SAV) o mais precocemente possível.

Nestas situações, o artigo 6 alínea 4 da Lei Nº 25/2012 de 16 de julho refere que “em caso de urgência ou de perigo imediato para a vida, a equipa responsável” não tem o dever de ter em consideração as diretivas antecipadas de vontade, no caso de o acesso às mesmas poder implicar uma demora que agrave previsivelmente os riscos para a vida ou a saúde do outorgante (p.3729).

Ao longo de todos os estágios, mas mais evidente e estruturado no contexto de Cuidados Intensivos, o doente nem sempre está apto, quer física, quer psicologicamente, para decidir, isto, porque, não só devido à gravidade do quadro clínico, mas também ao uso de fármacos que alteram o seu estado de consciência. Logo, torna-se assim importante saber qual a vontade prévia do mesmo, no que diz respeito ao seu estado de saúde ou se o mesmo referiu diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital.

Durante a evolução do conhecimento da disciplina de enfermagem desenvolveu-se o conceito de transição, dizendo respeito ao processo que leva à inclusão das mudanças na forma de viver, com conseqüente reorientação e redefinição da forma de ser e de estar do indivíduo que a vive (Meleis, 2012).

O papel do enfermeiro na vivência dos processos transacionais passa por reconhecer os momentos de crise e identificar os recursos disponíveis, por forma a facilitar todo o processo (Meleis, 2012).

O Código Deontológico dos Enfermeiros prescreve respetivamente nas alíneas a) do artigo 84º que é função do enfermeiro “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (OE, 2003, p.71).

Ao longo dos estágios, procurei acolher a família de forma tranquila e personalizada, de forma a diminuir a ansiedade dos familiares, estabelecendo uma relação terapêutica, escuta ativa e disponibilidade. Foi uma experiência enriquecedora uma vez que os resultados da minha abordagem foram positivos, proporcionando diminuição de stress e ansiedade por parte destes, permitindo, posteriormente, envolvê-los no processo de cuidar. Durante os estágios realizados procurei atuar demonstrando competências comunicacionais, usando diversos tipos de linguagem, estabelecendo uma relação terapêutica, demonstrando sempre sentido e responsabilidade ética na informação transmitida. Procurei estar disponível sempre que possível, tirei dúvidas, esclareci, aquietei corações, tentei sempre gerir a informação utilizando o protocolo de transmissão de más notícias, tentando saber qual a informação que já tinham e qual era a que precisavam de saber, sempre tendo em consideração a minha área de competência. Quando a informação extrapolava a minha área de atuação,

encaminhava-os para o profissional que os poderia ajudar, justificando-lhes o porquê dos meus atos.

Deixo de seguida um exemplo de conflito ético-legal que surgiu com alguma frequência ao longo do meu estágio na VMER e SIV, decorrente das ativações para situações de PCR.

Num dos acionamentos da VMER, fomos acionados para vítima masculina de 88 anos de idade vítima de PCR no seu domicílio, na presença de familiares e acionaram os meios através do 112.

À nossa chegada, cerca de 10 minutos após o alerta, os bombeiros encontravam-se em manobras de SBV com Desfibrilador Automático Externo (DAE) sem registo de choque recomendado. Após a nossa primeira abordagem e avaliação, verificou-se que o doente se encontrava em assistolia. Foi realizada uma colheita de informação sobre patologias e co morbilidades da vítima e, por decisão da equipa, foram suspensas as manobras de reanimação cardiopulmonar.

As PCR surgem, de forma inesperada, e as manobras de reanimação deverão ser iniciadas o mais precocemente possível e de forma eficaz. A ressuscitação cardiopulmonar é tida como o direito à vida e à saúde, um direito essencial de cidadania constitucionalmente consagrada. É princípio geral que se reanimem todas as situações em que não haja contra-indicações, assumindo que todo o cidadão tem direito a ser reanimado. Entende-se por “contra-indicações”, neste contexto, a presença de doença terminal e sem cura (o que exige conhecimento do diagnóstico e prognóstico), estados de *rigor mortis* ou putrefação ou decapitação (Carneiro, Albuquerque & Félix, 2010).

No entanto, a decisão de continuar ou suspender as manobras são tomadas com a chegada da equipa médica ao local e a Decisão de Não Reanimar (DNR) é clínica e, eticamente aceitável à luz do princípio da não maleficência. O princípio da não maleficência obriga a não causar dano de forma intencional. Na ética médica, este princípio está intimamente relacionado com a máxima *primum non nocere*: “Em primeiro lugar, não causar dano” (Garcia, 2018).

O *European Resuscitation Council* (ERC) (2015) refere igualmente que a reanimação cardiopulmonar não deve ser realizada em casos fúteis. Contudo, é difícil definir futilidade de uma maneira precisa, prospetiva e aplicável à maioria dos casos. Refere igualmente que, no que se refere à decisão de não reanimar, existem situações de não o fazer caso o doente tenha manifestado previamente a vontade de não ser reanimado e a existência de uma elevada probabilidade de a vítima não sobreviver mesmo instituídas manobras de reanimação. No que concerne à situação acima descrita, tratava-se de uma vítima com

comorbidades significativas, entre elas hipertensão arterial, diabetes, insuficiência cardíaca grave e respiratória terminal, sendo que esta última, uma patologia com critérios para acompanhamento em Cuidados Paliativos.

Também, é possível constatar que o Artigo N.º 87 do Código Deontológico dos Enfermeiros refere-se ao respeito pelo doente terminal. Considera-se que o estágio de evolução é “terminal”, quando a “morte é previsível a, mais ou menos, curto termo” (OE, 2003, p.91). Neste caso, cabe ao enfermeiro acompanhar o doente nas diferentes etapas da doença, assegurando o direito primordial da pessoa a morrer com dignidade, princípio consagrado em todas as cartas dos direitos dos utentes (OE, 2003). É igualmente dever do enfermeiro privilegiar a qualidade de vida, respeitando o direito a uma morte com dignidade, não sendo sujeito a tratamentos ou uso de terapia inútil, uma vez que a cura não é mais possível (OE, 2003).

Baseados em dados da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC), ERC e AHA, cada vítima em PCR não assistida, diminui 10% de hipóteses de sobrevivência a cada minuto que passa, ou seja, ao fim de cinco minutos sem assistência, a vítima tem apenas 50% de probabilidade de sobreviver. A mesma fonte afirma ainda que o cérebro apenas sobrevive 3 a 5 minutos sem oxigénio. Assim, no caso exposto, foi igualmente respeitado o princípio da dignidade humana. Segundo o artigo nº 78 do CDE, as intervenções de enfermagem devem ser realizadas “com a preocupação da defesa e da dignidade da pessoa e do enfermeiro” (OE, 2003 p.21), sendo assumido como um princípio moral. Desta forma, respeitei o doente terminal, proporcionando uma morte digna.

Outro aspeto marcante foi a presença da esposa durante a reanimação, sendo que várias questões éticas têm sido levantadas relativamente à presença de familiares durante a reanimação. O ERC apoia os familiares que têm a opção de estar presentes durante uma tentativa de reanimação (ERC, 2015). Segundo a mesma fonte, o fato dos familiares assistirem a todo o processo de reanimação pode trazer benefícios aos membros da família, reduzindo a culpa ou o desapontamento, permitindo tempo para aceitar a realidade da morte e ajudar o processo de luto (ERC, 2015). Ideia também defendida pela AHA, que prevê nas suas *guidelines* a presença de membro da família nas situações de reanimação de forma a apoiá-los e confortá-los desde que estes estejam preparados para assistir a situações de reanimação (Soares et al, 2016).

Esse apoio foi-lhe prestado através do estabelecimento de uma relação terapêutica, promovendo escuta ativa e utilizando a linguagem não verbal para a transmissão de informação. É importante ainda salientar que, no âmbito da Emergência Pré-Hospitalar (EPH), como profissionais, por vezes, sentimo-nos desprotegidos, pois é um momento que

requer um grande esforço físico e mental para atender à vítima em PCR. No entanto e, como referido anteriormente, nunca nos devemos esquecer que a família necessitará do nosso apoio, o que implica a necessidade de ter uma visão holística e integral atendendo às necessidades da mesma (Martínez & Liza, 2018).

Em suma, durante os diferentes contexto de prática clínica, a minha atuação, baseou-se nas as normas legais, nos princípios éticos e na deontologia profissional, bem como no respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais, adquirindo competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Encarei a pessoa como um ser único e indivisível, inserido numa família, numa cultura, com valores próprios. Promovendo a proteção dos direitos humanos e gerindo na equipa cuidados pautados pela segurança, privacidade e pela dignidade da pessoa.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados

O conceito de qualidade, no âmbito das instituições de saúde, é um conceito presente constituindo uma exigência e uma prioridade na assistência prestada ao doente e família/cuidadores, pelos ganhos em saúde que daí advêm.

Existem diversos modelos de acreditação da qualidade das organizações de saúde, que solicitam junto das instituições de saúde uma nova filosofia e a incorporação de normas e procedimentos que garantam a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A OMS e a JCI preconizam 6 Metas Internacionais de Segurança do Paciente, sendo elas: 1) Identificação correta dos pacientes; 2) Comunicação Efetiva; 3) Melhorar a Segurança dos Medicamentos de Alta Vigilância; 4) Cirurgia Segura; 5) Redução dos Riscos relacionados as IACS; 6) Prevenção de danos decorrentes de quedas (OMS, 2015).

Por exemplo o segundo Ensino clínico realizou-se num hospital acreditado pela *Joint Commission International* (JCI), por meio da implementação de uma política de gestão da qualidade e segurança do utente com padrões de qualidade e segurança bem definidos, assentes nessas em seis metas internacionais.

Estas metas fazem parte do meu contexto de prática atual desde a sua implementação e são transversais a todo o hospital. Refletindo acerca deste tema e tendo como termo de comparação os outros contextos de ensino clínico, considero que a acreditação da instituição de saúde, pela JCI, institui um clima de empenho nos profissionais de saúde tendo, em vista a melhoria contínua dos cuidados prestados, aumento da segurança e

redução dos riscos, o que me fez questionar sobre algumas práticas existentes no SMUC e na SIV, integrados em hospitais sem processo de acreditação em curso.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde (Despacho n.º 1400-A/2015: p.3882). Um dos objetivos estratégicos definidos neste despacho relaciona-se com a prevenção da ocorrência de quedas. As quedas estão na origem de uma significativa morbilidade ou mortalidade e, o seu impacto pode ser enorme e com consequências pessoais, familiares e sociais, para além das implicações financeiras para os serviços de saúde. Em Portugal, não existe uma política nacional consensualizada de intervenção nesta matéria, pelo que, segundo o Despacho n.º 1400-A/2015, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar estratégias de intervenção para a prevenção e redução de quedas e proceder à sua auditoria, de forma periódica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação (Despacho n.º 1400 – A/2015).

Segundo Oliveira (2005), os objetivos da gestão do risco (clínico e não clínico) são: desenvolver e implementar processos para identificar e hierarquizar os riscos; estabelecer sistemas que permitam lidar com os riscos identificados, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável; reduzir o efeito direto e conseqüente e o custo de incidentes que ainda possam ocorrer, através da criação de medidas de apoio efetivas; proteger o hospital e respetivo pessoal de responsabilidades legais” (p.13).

Entre eles encontra-se a monitorização das úlceras por pressão (UPP). Segundo a DGS (2011), as UPP são consideradas um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados, pelo que, a avaliação do risco de desenvolvimento das mesmas nos doentes, deve ser avaliado em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e das necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente num serviço. Em Portugal o instrumento validado para a avaliação do risco no adulto é a Escala de Braden (DGS, 2011). Deste modo, avaliei o grau de risco dos utentes para o desenvolvimento de UPP, na sua admissão e, de 24/24h, aplicando a Escala de Braden.

A criação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em 2001 pela OE já assumia a necessidade e preocupação com vista à melhoria da assistência prestada pelos enfermeiros, em linha com as Organizações Internacionais, pelo que o mesmo enquadramento concetual é reiterado para a prática especializada de enfermagem definido pelos respetivos colégios da especialidade, pelo reflexo que tem na melhoria dos cuidados de enfermagem especializados a fornecer aos cidadãos, por pressupor uma reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros especialistas.

Tendo em conta os padrões de qualidade dos cuidados especializados, bem como o estabelecimento de um ambiente terapêutico e melhoria contínua da qualidade, irei abordar as áreas e temáticas com recurso às atividades/reflexões vivenciadas nos contextos de estágio e fundamentada na evidência científica. O enfermeiro especialista, na assistência à PSC, família/cuidadores, mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, considerando a complexidade dos problemas de saúde e as respostas necessárias (OE, 2018), pelo que uma das suas características principais é identificar e responder de forma proativa a focos de instabilidade.

Estar preparado para o inesperado é uma condição inerente aos cuidados à PSC, que exige uma abordagem diferenciada e especializada. Em todos os contextos de estágio, a minha atuação esteve sempre baseada nesta premissa. No sentido de dar a melhor resposta às necessidades dos doentes/família. Pela minha experiência profissional no cuidar de doentes em situação crítica, em ambientes de elevada complexidade, com necessidades de cuidados diferenciados, estar atento e atuar antecipadamente a focos de instabilidade constitui uma característica que fui aprimorando ao longo dos anos, o que se revelou vantajosa para o meu melhor desempenho no desenvolvimento desta atividade nos ambientes de formação.

Contudo, em particular no contexto extra-hospitalar, apesar da minha experiência me ter proporcionado uma visão mais alargada dos cuidados diferenciados, permitindo uma atitude crítico-reflexiva mais aprofundada nos cuidados prestados à PSC, os fatores e condicionantes específicos que caracterizam a assistência no extra-hospitalar, uma vez que trabalham com equipas reduzidas em ambientes adversos, pouco controlados ou mesmo desconhecidos com recursos limitados, com a prestação de múltiplos cuidados em simultâneo (Ayub et al., 2017), são condições de trabalho totalmente diferentes do ambiente controlado de num hospital.

No EC pré-hospitalar, a prática avançada de enfermagem, requer intervenções imediatas e uma atuação mais célere e eficaz, pelo que a base de abordagem sistematizada permite identificar ou excluir situações de risco e estabelece prioridades no seu atendimento.

Nesse sentido, adotei a metodologia “ABCDE” pois como refere Silva (2015), esta forma sistematizada ajuda a identificar os cuidados iniciais da pessoa em situação crítica, bem como a focalizar as prioridades na sua abordagem para que nada escape na sua avaliação. Além disso no sentido de recolher o máximo de informação essencial acerca da pessoa e da situação, utilizei também uma mnemónica orientadora designada por “CHAMU” – (C) Circunstâncias da situação; (H) História do doente; (A) Alergias; (M) Medicação habitual; (U) Última refeição.

Esta técnica, de fácil utilização e memorização, foi de extrema utilidade para o meu desempenho, na medida em que facilitou a assimilação dos dados importantes do doente de forma sistemática, contribuindo assim para uma intervenção diferenciada mais eficaz, com estabelecimento de prioridades conforme a avaliação e a informação obtida.

Devo salientar que na metodologia sistematizada “ABCDE”, acrescentei sempre o “F” de família, uma vez que toda a assistência do enfermeiro deve focar-se não só no doente, mas também na família e grupos sociais a que pertence e que não pode ser dissociado, tal como refere o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que define a enfermagem como “a profissão da área da saúde que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano são ou doente ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado (...)” (n.º 1 do Artigo 4.º, do Decreto-Lei nº 161/96, p. 2960).

Esta exigência encontra-se igualmente reforçada na alínea a) do Artigo 110.º do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015), em que o enfermeiro no comprometimento pela humanização da assistência prestada, assume o dever de “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (p. 8080), condição indispensável para o cuidado holístico e essencial para a excelência do exercício profissional.

É na família, que independentemente de que tipo seja, que as pessoas crescem, quer a nível físico, psicológico, espiritual, social e culturalmente, cultivam crenças e valores acerca da vida e encontram o sentido de si de coletividade enquanto unidade familiar, além de ser o refúgio primordial para situações de stress e adversidades da vida, pelo que, pela relevância que assume ao longo do ciclo vital de cada pessoa, a família deve ser parte integrante de intervenção em saúde em qualquer fase da doença e em todos os contextos de assistência (Martins, Fernandes, & Gonçalves, 2012).

Também para alguns profissionais de saúde existem benefícios em manter a família presente, sendo o principal, a possibilidade de se recordar da PSC, não apenas como doente, mas também como uma pessoa que “pertence a alguém”, o que se traduz numa

maior humanização dos cuidados (Barreto, Peruzzo, Garcia-Vivar & Marcon, 2019) e consequente melhoria da qualidade. Nesta linha de pensamento, tendo em conta os ganhos que se obtêm pela presença da família nos cuidados prestados à PSC, comprovados na evidência científica e cumprindo o dever profissional, tive sempre o cuidado de envolver a família/pessoa significativa em todas as situações em que esteve presente, mediante a vontade do doente, não apenas como um recurso para ajudar o seu ente querido no processo terapêutico, mas como alvo de cuidados, pois a experiência vivenciada pela família em todo o processo de transição saúde/doença é única, intensa, de enormes incertezas, ansiedade e instabilidade emocional (Sá, Botelho & Henriques, 2015).

Ao contrário do que acontece em meio intrahospitalar, em que o doente/família recorre aos serviços de saúde e é acolhido pela equipa de assistência, no contexto extra-hospitalar é o doente, muitas vezes no seu domicílio, na presença da família ou até é a própria família que ativa e acolhe os profissionais no seu lar para prestar assistência ao seu familiar.

Esta realidade foi muitas vezes vivenciada ao longo do EC na área pré hospitalar, através da ativação das equipas de VMER ou SIV, o que possibilitou a prestação de cuidados especializados à PSC, tendo como parceiro e alvo de cuidados a respetiva a família/pessoa significativa em muitas situações. Demonstrei esta atividade em colaboração com a equipa de assistência através de recolha de informações, esclarecimento de dúvidas quando o doente não era capaz de responder, possibilidade de colaborar nos cuidados prestados ao seu familiar, apoio psicológico através de palavras de conforto e relação empática para a ajudar a ultrapassar os momentos de ansiedade, incerteza e angústia associados ao problema de saúde do seu familiar, tendo denotado que foi muito positiva, quando realizada, na medida em que contribuiu para a melhor atuação da equipa, bem como para a satisfação do doente/família para com o serviço prestado pela envolvência e importância que lhe foi concedida.

Contudo, em algumas situações, a equipa não teve possibilidade de integrar a família nos cuidados, ainda que estivesse sensibilizada e motivada para o fazer. Tal facto decorreu da necessidade da celeridade na resposta e exigência dos cuidados à pessoa doente, que se encontrava com falência ou eminência de falência de funções vitais, tendo sido colocado para segundo plano o apoio e acompanhamento da família/pessoa significativa, pela escassez de recursos humanos no local.

Nos SU's, a possibilidade de um doente poder ser acompanhado por alguém por ele designado é reconhecido e garantido nos termos do nº 1 do Artigo 2.º da Lei n.º 33/2009 de 14 de julho, pelo que tendo em conta esse requisito legal e considerando que o acompanhamento do doente por um familiar/pessoa significativa pode ser considerado como

um fator facilitador no seu processo de restabelecimento de saúde, sempre que possível, tive a preocupação de incluir/envolver a família/pessoa significativa nos cuidados prestados. A presença da família/pessoa significativa em meio intra hospitalar é uma realidade que surgiu no desenvolvimento de uma lógica de humanização, no sentido de obter uma melhoria na prestação dos cuidados de saúde, pois a presença de um acompanhante durante toda a permanência no SU pode contribuir para a sensação de bem-estar, segurança, apoio emocional do doente, além de poder ter um papel preponderante como parceiro de cuidados, essencial neste ambiente muito vezes adverso face à multiplicidade e sobrelotação de doentes (Gordon, Sheppard & Anaf, 2010).

Contudo, a elevada afluência de doentes ao SU, pode contribuir por si só, à limitação desse direito; um facto que constatei no SU onde desenvolvi o EC I, mais concretamente em determinados setores pela falta de espaço suficiente para acolher os acompanhantes quando existia sobrelotação de doentes. Apesar da equipa ter consciência e estar sensibilizada para os direitos dos doentes neste âmbito, o elevado número de pessoas no mesmo local, a limitação dos espaços, a agitação e constrangimentos que daí podem advir, foram as razões que apontaram para essas restrições no atendimento aos doentes por considerarem que poderiam comprometer a qualidade e segurança dos cuidados prestados nestas situações em particular.

Ainda relativamente à presença da família no SU, no contexto atual de pandemia, houve necessidade de adaptação e ajuste tanto ao espaço físico bem como às orientações da DGS face à COVID-19.

Um outro aspeto, importante a mencionar, presente na enfermagem avançada à PSC, diz respeito com a demonstração de conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas e gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, por considerar uma prioridade no atendimento para uma prestação de qualidade, além de constituir uma competência do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à PSC (OE, 2018). Decorrente do processo patológico e/ou relacionada com os procedimentos invasivos e não invasivos a que a PSC está sujeita no processo de restabelecimento de saúde, a dor é uma experiência vivenciada por quase todos os doentes, com impacto mais acentuado no seu estado geral, quando pela dificuldade de comunicação não consegue expressar essa sensação de desconforto (Teixeira & Durão, 2016).

O *International Council of Nurses* na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem elucida a dor como: “Percepção, Prejudicada: Aumento de sensação desagradável no corpo; relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento autoprotetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo

de percepção, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação e perda do apetite” (2017, p. 76).

Daqui se depreende que a dor é multidimensional, de natureza subjetiva, única e particular de cada pessoa, que tem repercussões quer ao nível físico, psicológico e social e por consequência na sua qualidade de vida, podendo ser responsável pelo desencadeamento de processos fisiopatológicos e alterações orgânicas e emocionais que não só perpetuam o fenómeno doloroso, como podem contribuir para o aparecimento de co-morbilidades, dificultando a processo de terapêutico e a continuidade de cuidados (Silva, 2017).

Pela importância da sua repercussão na saúde das pessoas, a DGS estabeleceu a dor como 5.º sinal vital, contemplando que a mesma deve ser avaliada e registada ao mesmo tempo que os outros sinais vitais como norma de boas práticas, pelo que os enfermeiros devem sistematicamente valorizar, diagnosticar, avaliar e registar regularmente a presença e a intensidade da dor (OE, 2008) para a melhoria da qualidade e humanização dos cuidados.

Para tal, devem recorrer a escalas de monitorização da dor que têm por base os indicadores de dor, sejam escalas visual, numérica ou de comportamento, aliados a outros parâmetros fisiológicos, por forma a implementar intervenções diferenciadas, sejam autónomas ou interdependentes, tendo vista a gestão e controlo eficaz da dor, devendo incluir, sempre que possível a família/pessoa significativa como parceira de cuidados. A relevância atribuída à gestão e ao controlo da dor é de tal ordem fundamental, que faz parte integrante do processo de triagem nos serviços de Urgência. Mediante a presença e intensidade da dor, a mesma pode ter influência no nível de prioridade atribuído ao doente, pois uma gestão adequada da dor é um critério essencial para a satisfação da pessoa, que tem a expectativa de que a sua dor seja atenuada ou extinta (GPT, 2015).

A gestão e controlo da dor do doente, foi transversal aos três EC que se traduziu pela valorização e avaliação sistemática e regular da dor, recorrendo a escalas adequadas à capacidade de comunicação e condição clínica do doente disponíveis nos locais, por forma a agir adequadamente neste domínio. A par das medidas farmacológicas, sempre que possível, implementei medidas não farmacológicas como palavras de conforto, de tranquilidade, o toque, a distração, abertura para o diálogo, para a expressão de sentimentos e anseios, a possibilidade da presença da família/pessoa significativa, que se revelaram importantes no combate à dor e consequentemente na satisfação do doente/família. Tive sempre o cuidado de avaliar os resultados da minha intervenção através das respostas e comportamentos obtidos pelos doentes/família e o respetivo registo.

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista adequa os recursos às necessidades de cuidados, procurando promover a qualidade dos mesmos. Ideia corroborada pela OE (2019), que refere que, neste âmbito, cabe ao mesmo a otimização dos recursos por forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Segundo o Despacho n.º 5613/2015, a cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, assim e respeitando a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, surge como prioridade a segurança dos doentes e o empenho contra os incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

Compete assim à OE contribuir para a existência de um modelo de prestação de cuidados que reflita a capacidade de adequação dos recursos humanos face às características demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão, garantindo, em simultâneo, a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, através do reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais (OE, 2019, p.128).

O cálculo de dotações seguras em enfermagem, procura estabelecer de forma quantitativa e qualitativa o equilíbrio entre os recursos de enfermagem e as necessidades de cuidados, por forma a prestar melhores cuidados ao público-alvo. A forma como está organizada a prestação de cuidados, cuja responsabilidade é do enfermeiro gestor, reflete como são pensados e prestados os cuidados por toda a sua equipa, espelhando-se na qualidade da assistência prestada (Freitas, 2015).

O Parecer nº 15/2018 da Ordem dos Enfermeiros preconiza uma dotação segura de 50% de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, coerente com o cálculo da carga de trabalho calculada diariamente através de instrumentos validados e aceites (OE, 2018).

O enfermeiro supervisiona e organiza a prestação de cuidados de saúde, gerindo o número de elementos enfermagem e assistentes operacionais nas áreas mais sobrecarregadas; colabora com o diretor de serviço, chefe de equipa médico, gestor de camas na realização de transferências, otimização da gestão de recursos materiais/equipamentos, adotando medidas facilitadoras no controlo da funcionalidade, consumos e níveis bem como na necessidade de reparação de equipamentos. Relativamente a gestão de material do foro

medicamentoso, tem ainda um papel fundamental no que diz respeito à reposição de stock terapêutico, gerindo os pedidos efetuados à farmácia assim como a receção e distribuição dos fármacos pelos carros de apoio das diferentes áreas do serviço.

Um dos focos de atenção dos enfermeiros prende-se com a gestão de cuidados de enfermagem com qualidade e em tempo oportuno. Na UCI a gestão dos cuidados é realizada através da escala *Therapeutic Intervention Score System* (TISS), um instrumento que avalia a quantidade de tempo que cada profissional de enfermagem despende, dentro de um período de vinte e quatro horas, em atividades de assistência direta aos doentes, sem incluir tarefas administrativas. O TISS divide-se em 7 categorias de intervenções terapêuticas denominadas: atividades básicas; suporte respiratório; suporte cardiovascular; suporte renal; suporte neurológico; suporte metabólico e intervenções específicas (Padilha et al., 2005). Considero que este apenas dá enfoque aos procedimentos técnicos e não tem em conta o tempo dispensado à família, ou apoio ao doente. Em conversas informais com a equipa, notei que partilham a mesma opinião que eu e que apesar de fazerem o preenchimento do TISS, o tratamento e interpretação dos dados obtidos acaba por não ser realizado. Assim que a aplicação do *Nursing Activities Score* (NAS) seria mais vantajoso uma vez que integra o suporte e cuidados aos doentes e familiares. O NAS surge como uma ferramenta essencial na gestão de cuidados intensivos resultando de uma revisão e atualização do TISS.

O Regulamento n.º 743/2019 de 25 setembro (2019) define com base na classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos (SPCI) que o rácio enfermeiro/doente seja estabelecido de acordo com a tipologia da unidade.

Para desenvolver funções e cuidados seguros, foi preciso desenvolver competências na gestão dos cuidados, otimizando a minha capacidade de resposta, na tomada de decisão, bem como supervisionando as tarefas delegadas.

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata (p.19362).

O papel do enfermeiro no tratamento de situações emergentes é fundamental para a recuperação do doente, no entanto, perante esta situação e, para responder às necessidades do utente, foi necessário delegar algumas intervenções ao Técnico de Emergência Pré-hospitalar (TEPH).

Segundo o Parecer 136/2007 os profissionais de saúde têm a responsabilidade de maximizar a utilização dos recursos disponíveis, incluindo os recursos humanos, e assegurar apropriada delegação de atividades e tarefas (OE, 2007).

De acordo com o REPE, “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem” (Decreto-Lei 161/96 de 4 de setembro, p.2961).

Em relação a este domínio, considero-o como o mais importante e mais difícil de alcançar dada a sua abrangência. Realço por exemplo o papel do enfermeiro especialista em contexto da equipa SIV. Para uma adequada gestão dos seus cuidados este deve fazer uma correta avaliação da vítima de acordo com a abordagem ABCDE para a poder caracterizar em vítima crítica ou não crítica, e assim conseguir estabelecer prioridades de uma forma eficaz tendo em vista as necessidades da pessoa, de modo a permitir a sua recuperação máxima, minimizando complicações. Além da correta avaliação da vítima, receciona também os dados das equipas já presentes no local, não descurando de igual forma, as informações que o ambiente circundante lhe fornece. Foi importante para mim conseguir fazer uma correta gestão dos cuidados percebendo a aplicação dos protocolos SIV, pois muitas vezes o motivo para o qual eramos ativados nada correspondia ao avaliado no local. Assim, o meu conhecimento dos protocolos SIV revelou-se uma mais valia, pois conseguia adaptar-me e fazer uma correta gestão de cuidados aquando destas alterações.

Um aspeto a salientar neste domínio é o papel do enfermeiro enquanto *team leader*. Na equipa SIV, o enfermeiro assume sempre este papel, sendo o responsável pelos dados transmitidos ao MR de acordo com a metodologia ISBAR bem como na tomada de decisão da equipa. Neste momento é realizada uma gestão dos cuidados a prestar, validando os mesmos, a medicação, administrar e o encaminhamento da vítima tendo em conta as suas necessidades e os meios do SIEM. Na equipa VMER, é o médico que assume o papel de *team leader* apesar da tomada de decisão ser partilhada.

Desta forma, considero assim que a minha maior dificuldade foi o olhar para o todo, fazer a gestão não só dos cuidados a prestar à vítima, mas também a gestão do ambiente, integrando as famílias no processo do cuidar e gerindo a atuação das equipas extra-hospitalares.

A forma como a prestação de cuidados está organizada, cuja responsabilidade é do enfermeiro gestor, reflete como são pensados e prestados os cuidados por toda a sua equipa, refletindo-se na qualidade da assistência prestada (Silva, 2017).

A liderança está diretamente relacionada com a capacidade de inspirar e influenciar as pessoas, para o alcance dos objetivos desempenhando um papel fundamental para o sucesso e realização das metas e do propósito da instituição. Um bom líder deve possuir capacidades comunicacionais, favorecer o trabalho e o espírito de equipa, conhecer as habilidades e potencialidades da sua equipa e utilizá-las da melhor forma possível, e possuir capacidades para delegar responsabilidade e autoridade (Silva, Peixoto, et al., 2011), o que gera um impacto positivo no desempenho das equipas de enfermagem e a comunicação assume um papel crucial (Ntieku, 2014). Tanto o SU, a UCI ou SIV, são serviços dinâmicos em que a motivação e o envolvimento da equipa determina a competência funcional de resposta, na qual a liderança assume um papel fundamental, dado que permite a sincronia do trabalho em equipa, diminuição dos erros e garantia de melhores resultados para a PSC, sendo a liderança assumida pelo enfermeiro, um papel de extrema importância.

Em contexto hospitalar, muitos enfermeiros delegam tarefas aos assistentes operacionais, assumindo essa responsabilidade de acordo com a Lei nº 156/2015 de 16 setembro (2015).

Ao longo dos vários ensinamentos clínicos adquirir novos conhecimentos motivados pela observação, colocação de questões, reflexão e pesquisa bibliográfica realizada tendo em vista a prestação de cuidados adequados e baseados na evidência científica

A efetivação da gestão dos cuidados é também dependente do processo de enfermagem, é através deste que o enfermeiro sistematiza a sua assistência, identificando necessidades do utente e delineando os diagnósticos de enfermagem.

Em todos os contextos de atuação à PSC, a aplicação do processo de enfermagem melhora a gestão dos cuidados prestados, uma vez que possibilita uma assistência de cuidados de enfermagem de qualidade. Nas unidades de cuidados intensivos, esse cuidado sistematizado é imprescindível para uma assistência efetiva e de excelência.

Em Portugal, o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) é o único índice de avaliação validado de forma multicêntrica, todavia este foi revisto e modificado no ano de 2003 por Miranda e Colaboradores, tendo resultado o *Nursing Activities Score* (NAS).

As escalas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem são uma ferramenta de gestão importante em cuidados intensivos, sendo o TISS-28 a escala adotada na UCI onde decorreu o meu ensino clínico. Esta ferramenta torna-se num importante instrumento de gestão para o planeamento e avaliação das atividades de Enfermagem.

Colaborei com o chefe de equipa no preenchimento do score TISS-28, que se realiza no turno da noite, adequando os recursos humanos às necessidades de cuidados, permitindo a excelência do exercício profissional, otimizando o trabalho da equipa, adequando os

recursos às necessidades de cuidados, segundo a unidade de competência enunciada no Regulamento 140/2019.

No estágio realizado na SIV, relativamente à gestão dos recursos materiais, colaborei na verificação da operacionalidade do veículo e dos dispositivos eletrónicos nele alocados, bem como as cargas e respetivas baterias. Verifiquei o material das malas seguindo a check-list, promovendo cuidados seguros e garantindo a qualidade dos cuidados. Durante as situações de emergência, tive um papel ativo, assumindo funções específicas na gestão dos cuidados.

Segundo Oliveira (2017), a primeira etapa inicia-se a caminho do local da ocorrência após acionamento dos meios, em que a equipa analisa a informação recebida, por forma a gerar linhas orientadoras de atuação perante os diversos cenários possíveis. Sendo assim, a preparação permitirá maior celeridade e segurança da equipa durante o processo de socorro. Baseado no descrito, foi minha preocupação gerir com o meu tutor a abordagem inicial e o estabelecimento de prioridades perante os vários eventos.

A abordagem ABCDE, é aplicável em todas as emergências clínicas para avaliação e tratamento imediatos, sendo esta uma abordagem amplamente aceite por especialistas em emergência, pois ao aplica-la há melhoria dos resultados e ajuda os profissionais de saúde a direcionar o seu foco para os problemas clínicos que resultaram maior risco de vida (Thim, Krarup, Grove, Rohde & Lofgren, 2012).

Por conseguinte, e atendendo à sua importância e ao explanado anteriormente, foi esta a abordagem utilizada por mim ao longo do estágio, fazendo com que a gestão de cuidados se tornasse sistematizada e uniforme, otimizando o trabalho da equipa e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados. Desta forma, considero ter atingido os objetivos para a competência do domínio da gestão dos cuidados, realizando uma gestão de cuidados efetiva e otimizando a resposta de enfermagem perante cada contexto, sempre com a máxima garantia da qualidade dos cuidados.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens

No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista fundamenta os processos de tomada de decisão, juízo crítico e as suas intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, bem como desenvolve um autoconhecimento e gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda com vista a prestar cuidados de modo assertivo (OE, 2019).

Numa sociedade em que cada vez mais os cuidados de saúde estão muito dependentes de recursos humanos qualificados, a formação especializada de enfermagem independente do contexto de intervenção é uma realidade incontornável em todos os setores da saúde, na melhoria das respostas aos problemas de saúde das populações, através da diferenciação de cuidados, resultando em ganhos em saúde.

A Enfermagem, à semelhança de outras disciplinas, necessita de produção e de renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimentos, pelo que a investigação é um requisito indispensável e uma mais valia para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, contribuindo assim para a mudança no desempenho, para o desenvolvimento de competências e consequentemente para a melhoria da prática profissional, além de proporcionar maiores sentimentos de realização e valorização profissional e pessoal.

A formação desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes, indispensáveis para uma prática autónoma e responsável (Collière, 1999).

Segundo Benner (2001), o enfermeiro é um profissional em que as suas práticas clínicas são construídas por competências e conhecimentos adquiridos, tornando-se necessário o desenvolvimento da teoria. A prática clínica por ser mais complexa, contempla outras realidades que não se observam na teoria. Assim, o enfermeiro especialista é dotado de conhecimento “aprofundando num domínio específico da enfermagem”, tendo em vista as respostas humanas decorrentes dos processos de vida e dos problemas de saúde, auxiliando-se do julgamento clínico e da toma de decisão (OE, 2019).

É com base nesses pressupostos que a motivação e a prioridade em aprofundar, fomentar e assimilar novos saberes para adquirir competências relacionais, técnico-científicas, crítico-reflexivas e de tomada de decisão, tendo como referência os aspetos éticos e legais para o exercício da profissão diferenciada e especializada, foram determinantes e impulsionadores em todo o percurso de aprendizagem.

Uma vez que o processo de tomada de decisão já abordado no primeiro domínio de competências, importa neste contexto, referir alguns pressupostos para este processo.

Nunes (2007) refere que a tomada de decisão pode ser definida com uma escolha entre duas ou mais opções de atuação que conduzam a um determinado resultado. Para decidir é requerido racionalidade, competência e consciência, para que se escolha a alternativa que resulte no objetivo desejado. Segundo Nunes (2007), no exercício das suas funções o enfermeiro é confrontado com a necessidade de justificar e responsabilizar-se pelas

decisões que toma, para com os seus doentes. Estas decisões devem ser baseadas no desenvolvimento de decisões claras, racionais e baseadas no conhecimento.

Segundo o mesmo autor, apesar de existirem várias teorias sobre o processo de tomada de decisão, a teoria descritiva é a mais influente, baseando-se na recolha de informação, na equação de hipóteses (sendo umas mais plausíveis que outras) e o processo de raciocínio interpretativo.

O desenvolvimento de competências assente numa tomada de decisão baseadas numa prática responsável, refletida e equitativa, em vista à melhoria contínua da qualidade e segurança dos doentes, paralelamente com recurso à investigação como garantia de validação da minha intervenção, foram componentes transversais ao longo de todos os contextos de prática clínica.

Ao longo dos diferentes estágios, a riqueza e diversidade de situações vivenciadas no âmbito da enfermagem avançada à PSC, permitiram-me desenvolver um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades fulcrais para a aquisição de competências específicas nesta área de especialidade. As experiências vividas, pela complexidade e exigência dos cuidados, tive a oportunidade de ampliar os meus conhecimentos e desenvolver uma reflexão crítica em cada situação por forma a aperfeiçoar permanentemente o meu desempenho profissional com vista à excelência dos cuidados diferenciados. Tomei consciência dos meus limites pessoais e profissionais. Até a discussão de alguns casos e temas pertinentes relacionados a prestação de cuidados de enfermagem à PSC, foi extremamente enriquecedor para a minha formação e crescimento profissional e pessoal pela possibilidade de esclarecimento de dúvidas e troca de informações, saberes e experiências.

O avanço no conhecimento requer que o enfermeiro especialista em EMC baseie a sua prática nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e desenvolva projetos de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências (OE, 2018). É com base neste princípio, que guiei todo o meu processo de aprendizagem.

A prática baseada na evidência é uma forma de contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, na medida em que permite aos enfermeiros basear as suas tomadas de decisão na prática baseados num referencial teórico válido, atual e pertinente essencial para uma assistência diferenciada devidamente fundamentada (OE, 2019).

O facto de apenas sermos detentores de conhecimento acaba por ser insuficiente pois, o que permite enaltecer a nossa prática é a reflexão que fazemos sobre situações. Segundo Zeichner (1993) “Não é a prática que ensina é a reflexão sobre a prática”.

A constante necessidade de atualização bibliográfica, para a aquisição de conhecimentos e competências na prática clínica foi fundamental para poder decidir e fundamentar as minhas intervenções.

Outro aspeto importante referir, é o ambiente de suporte nos campos de estágio. É essencial na supervisão clínica dos estudantes, sendo a partilha, a confiança e a abertura para a expressão e gestão emocional, fatores fundamentais para o desenvolvimento das competências emocionais e o desempenho do trabalho emocional. O desenvolvimento de competências emocionais revela-se como capacidade crucial para gerir situações emocionalmente intensas presentes no exercício da enfermagem, tendo repercussões na qualidade dos cuidados e na equipa multiprofissional (Diogo et al, 2016).

Outro exemplo do desenvolvimento desta competência, foi a realização de um trabalho como proposta de alteração sobre gestão e organização de medicamentos segundo a nomenclatura LASA no ensino clínico -Enfermagem pré-hospitalar.

Durante os ensinamentos clínicos, e apesar das várias limitações impostas em tempo de pandemia, frequentei formação específica na área PSC, nomeadamente: o curso de Transporte do Doente Crítico, Curso de atualização do curso de Hemodialise para enfermeiros, SAV segundo a AHA. Em 2021 voltei a integrar o grupo de Formação contínua em Serviço, participei em formações de serviço, nomeadamente Ventilação não Invasiva. monitorização dos parâmetros ventilatórios na Ventilação Invasiva.

Todas as atividades desenvolvidas, contribuíram para a promoção da autoaprendizagem, assertividade e autoformação bem como facilitaram a formação dos pares e equipa multiprofissional, através dos processos de formação, a prática sustentada em evidência científica com a realização e divulgação de resultados das investigações e ainda a reflexão do contributo das aprendizagens realizadas para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, foram competências especializadas adquiridas no decorrer dos EC.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A Ordem dos Enfermeiros através do Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro (2011) conceptualiza os cuidados de Enfermagem à PSC como cuidados prestados de forma

continuada à pessoa com pelo menos uma função vital em risco, dando resposta às necessidades identificadas, mantendo as funções básicas de vida, prevenindo riscos e complicações, procurando a recuperação total e limitando a incapacidade da pessoa.

Segundo o Regulamento N.º 429/2018 de 16 de julho, “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” (p.19362).

As competências específicas do enfermeiro especialista são resultantes das competências comuns, num campo de atuação definido por cada especialidade, através de um elevado nível de adequação às necessidades de saúde das pessoas. Neste ponto de vista, o enfermeiro especialista deve aprofundar conhecimentos e adquirir competências num domínio específico da enfermagem, de forma a obter uma profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde e doença dessa área de atuação (Fernandes, 2015).

Compete ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica: cuidar da pessoa e da família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento N.º 429/2018 de 16 de julho).

No mesmo regulamento, é definido que os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem: Observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

As competências para a perfeição das práticas dos cuidados surgem quando se ganha perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial, podendo afirmar que “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p.54).

Seguidamente, passo a abordar cada uma das competências na forma como foram desenvolvidas e adquiridas ao longo dos EC.

2.2.1. Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Segundo o Despacho n.º 18459, de 12 Setembro 2006, a “emergência e urgência médica é definida como sendo a situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais” (p.18611).

Segundo o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, cabe ao enfermeiro especialista nesta área maximizar o bem-estar dos clientes na gestão diferenciada e eficaz da dor. Para tal, utilizando instrumentos de avaliação da dor e implementando medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da mesma (OE, 2017).

No ensino clínico realizado na UCI, prestei cuidados a doentes com disfunção multiorgânica, além da gestão de toda esta panóplia de equipamentos e medicações, que exigem, por parte do profissional, uma atenção redobrada e conhecimento suportado na evidência científica.

A dor é considerada um dos principais focos da prática de enfermagem, sendo definida como uma experiência subjetiva de sofrimento com impacto nas várias dimensões do bem-estar da pessoa (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010).

A gestão e controlo da dor nestes doentes implica a vigilância e monitorização, o que requer o uso de escalas de monitorização da dor, tendo por base os indicadores de dor. Em doentes conscientes e colaborantes, a autoavaliação do doente é considerada o gold-standard, sendo as Escala Visual Analógica e a Escala Numérica de Dor, as mais válidas e fiáveis, visto que são os doentes que comunicam e escalam a dor (Ferreira, Miranda, Leite et al, 2014).

Existem outras situações, que embora os utentes não estejam inconscientes, não apresentam capacidades cognitivas para compreender o funcionamento das escalas, nestas, são considerados critérios subjetivos, como expressão facial, movimento no leito, bem como parâmetros fisiológicos, tais como pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, lacrimejo ou sudorese (Ferreira, Miranda, Leite et al, 2014).

São exemplos dessas escalas de monitorização de dor a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e a *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT). No entanto, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, após a realização de um diagnóstico de situação, em que procurou conhecer como se avaliava a dor do doente crítico internado nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) Portuguesas, através do seu Plano Nacional de Avaliação da Dor, recomenda que “a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser

avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a BPS” (SPCI, s.d., p.40), visto esta ser avaliada através de indicadores comportamentais e fisiológicos.

A implementação de escalas de dor em UCI melhora os outcomes clínicos, incluindo o menor recurso a agentes analgésicos e sedativos, bem como menor duração de ventilação mecânica e duração de internamento em UCI. As consequências físicas e psicológicas deletérias da experiência de dor não tratada são significativas e duradouras.

O enfermeiro especialista deve estar, cada vez mais, atento para a problemática da dor e para a sua dimensão, refletindo sobre a mesma na sua prática diária, visto esta estar presente em muitas intervenções de enfermagem. Porém, não é só a pessoa em situação crítica que sofre de dor. Essa pessoa está inserida numa família, na qual a dor extrapola o físico, surgindo a dor emocional. Conforme Benner, Kyriakidis e Stannard (2011), a família deve ser vista como uma “extensão do doente” sendo que, na maioria das situações críticas, é a família que vivencia de forma muito intensa e emocional todas as horas e todas as alterações subtis no estado clínico do seu familiar.

Assim, outra competência do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, é assistir a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica, dimensão que atendi ao longo dos estágios, quer na vertente da pessoa em situação crítica, quer na vertente da família.

Segundo a OE (2017), perante uma situação crítica, o EEMC gere o impacto emocional imediato decorrente da mesma vivenciada pela pessoa/família. Na fase aguda, a doença é sentida como uma situação de urgência, na qual visualizam um grande sofrimento emocional vinculado pelo medo da morte e da invalidez, assim como da depressão, angústia, medo e incerteza, decorrentes da transição para uma nova condição de saúde (Ferreira, 2012).

Todo este turbilhão de emoções pode comprometer o quadro clínico, deteriorando o prognóstico do utente, pelo que cabe ao enfermeiro especialista ser capaz de gerir a ansiedade e medo destes utentes e prepará-los para a transição pela qual estão a passar. Esta transição é assumida como uma passagem de um estado, condição ou lugar para outro, na área da saúde, um exemplo tradicional são as transições de saúde-doença (Santos, Marcelino, Abrantes et al., 2015). Sendo esta relacionada com a mudança súbita da condição de saúde (Meleis, 1994).

A PSC depara-se com uma situação de emergência médica, manifestando ansiedade e medo de morrer, pelo que coube ao enfermeiro detentor de conhecimento especializado, reconhecer e caracterizar a natureza da transição que o mesmo estava a vivenciar, detetando

as condições facilitadoras e inibidoras e verificar os padrões de resposta, utilizando a comunicação terapêutica.

Segundo Sequeira (2014), a comunicação terapêutica é um tipo de comunicação utilizada por profissionais de saúde para apoiar, informar, educar e capacitar as pessoas no processo de transição de saúde doença, e/ou na adaptação a dificuldades. Esta é orientada para um objetivo específico, tendo um propósito dirigido para a situação da pessoa e, requerendo determinadas competências do profissional.

Assim sendo, informei a PSC e a família sobre o seu estado clínico, questionando-lhes sobre os seus medos e receios, proporcionando uma escuta ativa. Mantive-os informados, relativamente a todos os procedimentos que estavam a ser realizados, utilizando uma linguagem clara, simples e com um tom de voz adequado. No decorrer da minha abordagem e contacto com o doente, estabeleci sempre contacto visual, utilizando o toque como elemento de conforto pois, ao estabelecer esta relação terapêutica, tanto com o utente como com a família, consegui minimizar as condições inibidoras deste processo de transição.

Esta relação terapêutica com a pessoa e a família/cuidador, face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde, pois a transmissão de informação no processo de transição de cuidados de enfermagem, através de uma comunicação eficaz, é fundamental na caracterização da situação, assim como na definição dos cuidados a prestar ao doente, tornando-se, como abordado anteriormente, numa condição facilitadora no decurso do processo transicional saúde-doença, vivido pelo mesmo. A comunicação desempenha assim um papel fulcral no desenvolvimento da atividade profissional dos enfermeiros, sendo que a grande maioria das intervenções assentam na comunicação com o doente, alvo dos cuidados e com a sua família.

Gomes, Amendoeira e Martins (2012), referem que o enfermeiro deve garantir o sucesso da comunicação que utiliza no âmbito da prestação de cuidados, uma vez que níveis de comunicação eficazes conduzem a resultados mais positivos.

Neste contexto, surge a comunicação terapêutica, que é considerada como um método de comunicação através do qual o cuidador responde às necessidades explícitas e implícitas da pessoa (Fuller, 2007). É um processo consciente e deliberado, usado para agrupar informações relacionadas com o estado de saúde da pessoa como um todo e responder com uma abordagem verbal ou não verbal que promova o seu bem-estar, melhorando a forma como este entende os cuidados prestados (Wold, 2013) e permitindo estabelecer uma relação terapêutica (Williams & Davis, 2005).

A comunicação de informação à família de uma pessoa em estado crítico pode tornar-se difícil e complexa para o enfermeiro, pois este sabe que vai enfrentar as reações físicas e emocionais da mesma ao transmitir más notícias. O enfermeiro, além de ter que gerir esta situação, depara-se com os seus próprios medos e receios face à doença e à morte, sentindo a “sensação de espelho”, isto é, imagina-se a si próprio naquela situação (Fonseca, 2012). A comunicação de más notícias está quase sempre associada à morte, sendo que se esta ocorrer de forma súbita, imprevisível e inusitada assume uma dimensão ainda maior (Pereira, 2005).

Segundo o parecer da OE (2007), no que respeita à comunicação de más notícias, a intervenção dos profissionais de saúde deve ser terapêutica e deve ter sempre em conta a dignidade do doente e dos seus familiares. Todavia, em ambiente de urgência, as relações interpessoais tornam-se, regularmente, desgastantes para os profissionais de saúde nos quais a responsabilidade profissional, a intensidade do trabalho e a confrontação com situações de doença inesperada e morte são muito frequentes (Vaz & Catita, 2000), pelo que poderá haver um comprometimento da comunicação.

Serra e Albuquerque (2006), reforçam que “a comunicação não deve ser um ato improvisado e o profissional de saúde deve ter conhecimentos sobre a abordagem comunicacional e todas as formas de expressão” (p.76). Os mesmos autores apontam a importância da utilização da comunicação assertiva com a finalidade de diminuir o stress e os conflitos de emoções, sendo esta uma ferramenta terapêutica essencial para os profissionais de saúde na relação com o doente/família.

Segundo Fonseca (2012), é importante demonstrar apoio e compreensão (toque), o choro e o silêncio devem ser respeitados. Respostas simples devem ser dadas com clareza, direta e honestamente. Por fim, mostramo-nos disponíveis para a ajudar futuramente se necessitasse, pelo que a mesma se demonstrou agradecida pela nossa disponibilidade e pela nossa intervenção no socorro do marido. Embora não fosse possível aplicar na íntegra o protocolo *SPIKES*, desenvolvido por Buckman (1992) em contexto PH, este demonstra ser uma boa escolha para a transmissão de más notícias neste contexto.

O sucesso da comunicação enfermeiro/doente/família tem de ser garantido por este profissional, pelo que é primordial que o mesmo conheça e utilize as estratégias e técnicas mais adequadas a cada situação. Ao mudar de ambiente de prestação de cuidados, o enfermeiro também defrontará novos desafios relativamente à comunicação.

Assim, a relação terapêutica será mais eficaz, promovendo ao doente a vivência de um processo de transição o mais positivo possível e tornando o cuidado mais humanizado.

Quando se cuida de doentes com “barreiras” na comunicação atribui-se outro valor à comunicação como intervenção de enfermagem e reflete-se sobre o quão importante é o facto de o enfermeiro desenvolver capacidades pessoais, atitude de empatia e respeito pelo doente, aplicando-o no domínio da relação terapêutica com a pessoa cuidada. Ao longo dos estágios, desenvolvi e aperfeiçoei competências comunicacionais, demonstrando disponibilidade, compreendendo o doente, reconhecendo as suas limitações, tendo conhecimento de estratégias e técnicas de comunicação alternativas/aumentativas, no sentido de contornar as dificuldades com que me deparei.

A avaliação da dor no SU é um processo que exige perícia e treino, havendo algumas ressalvas neste ambiente, que podem refletir a natureza da urgência da situação da pessoa e da falta de tempo para avaliação, sendo por isso fundamental a inclusão precisa da dor, de maneira a ser prestados cuidados de qualidade direcionados a esta (Grupo Português de Triage, 2010).

O primeiro contato da pessoa com dor, é feito na triagem, em que através da queixa (intensidade e características da dor) do doente, o enfermeiro responsável pela triagem, seleciona o fluxograma mais adequado seguidamente do discriminador. Posteriormente existe uma reavaliação e registo durante a permanência da pessoa no SU. Um aspeto importante na avaliação da dor é para além das manifestações verbais, ostenta uma coletânea de manifestações de carácter fisiológico tais como: taquicardia, hipertensão arterial, dilatação pupilar, taquipneia, palidez cutânea, podendo agravar de grosso modo a PSC (Freitas, Vieira e Torres, 2009).

No primeiro EC, observei que a avaliação e registo da intensidade da dor é realizada de forma sequencial, regular, sendo as escalas mais utilizadas no SU a escala numérica e a de faces; recorri a medidas farmacológicas e não farmacológicas como o posicionamento, crioterapia para o alívio da dor.

Tive oportunidade de prestar todos cuidados quer farmacológicos como não farmacológicos, dando por exemplo ênfase à alternância de posicionamento quando possível, promovendo o conforto, a diminuição da intensidade da luz de maneira a promover o bem-estar contribuindo para a redução da ansiedade.

Outra competência relacionada com este domínio é a comunicação interpessoal fundamental no estabelecimento de um ambiente e relação terapêutica com a pessoa/cuidador/família face à complexidade do estado de saúde da PSC.

Para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, há que conhecer em primeira instância as entidades clínicas subjacentes à situação de doença. Só assim,

poderemos planear a intervenção especializada da pessoa e/ou da família a vivenciar os processos complexos de adaptação, auxiliando nas suas transições com vista ao restabelecimento do seu bem-estar.

A monitorização hemodinâmica invasiva é uma realidade no UCI, onde enfermeiro têm a responsabilidade de fazer uma correta avaliação dos parâmetros resultantes da monitorização hemodinâmica invasiva, analisando todos os fatores que possam contribuir para leituras erradas, estando sensibilizado para sinais de alarme e de maneira a sistematizar a informação recolhida recorre à observação sistematizada e imediata da pessoa. Assim, através da interpretação, análise de dados e observação da pessoa asseguram a melhoria do ato de cuidar da PSC, possibilitando a sua melhoria (Venturi, et al., 2016). Tive a possibilidade de desenvolver competências técnicas e científicas associadas à monitorização da pressão venosa central e na pressão arterial invasiva.

A ventilação mecânica invasiva caracterizada pela substituição da respiração espontânea do doente por meio da ação de um ventilador conectado a uma via artificial, ao tubo orotraqueal (TOT) (Cruz & Martins, 2019). É uma realidade no SU, UCI e VMER, tendo sido um dos focos da minha atenção. Foi possível intervir diretamente na manutenção dos cuidados à pessoa com ortótese ventilatória, antecipando problemas e exposição a riscos, através da correta higienização oral, utilizando a técnica asséptica na aspiração de secreções pelo tubo orotraqueal (TOT), o correto posicionamento, identificação de sinais de esforço ventilatório e desadaptação à ventilação instituída, mantendo uma constante monitorização da função respiratória e avaliação das intervenções instituídas na otimização da ventilação, bem como na suspensão de ventilação de suporte, passando para ventilação espontânea.

A pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, necessita de uma intervenção mais direcionada, maximizando os resultados e promovendo a sua recuperação total. Diversas situações foram surgindo ao longo do estágio nas quais me fui apercebendo do espírito de equipa que existia nos diversos meios, o que muitas vezes se tornava num aspeto chave para o sucesso. Equipas experientes, treinadas e conhecedoras dos protocolos de atuação, são primordiais no cuidar da PSC.

Faz parte do papel do enfermeiro especialista perante a pessoa/família em situação crítica a gestão do impacto emocional; da relação terapêutica e da comunicação interpessoal/informação à pessoa/família (OE, 2018). À luz destas premissas tentei, sempre que possível, envolver a família na prestação de cuidados. Com o decorrer do EC, tentei e consegui melhorar o domínio das situações, promovendo o envolvimento da família nos cuidados, pois a mesma era não só uma fonte de recolha de informação como, também, essencial na manutenção da tranquilidade da vítima.

A dor segundo a DGS (2008) é considerada como um dos principais motivos de entrada nas estruturas de saúde, nomeadamente SU, sendo um dever dos profissionais e um direito das pessoas, o controlo da dor. Por ser subjetiva, multidimensional torna-se difícil obter uma definição, acabando por ter um grande impacto na PSC e no seu cuidador ou família. Definida pela OE citando McCaffey (2008) como sendo “aquilo que a pessoa diz, a experiência, e existindo sempre que ela diz que existe”, podendo contribuir para o aparecimento de complicações no momento de estabilização da PSC, reduzindo o conforto e o bem-estar da pessoa OE,2018).

A avaliação da dor é um processo que exige perícia e treino, havendo algumas ressalvas neste ambiente, que podem refletir a natureza da urgência da situação da pessoa e da falta de tempo para avaliação, sendo por isso fundamental a inclusão precisa da dor, de maneira a ser prestados cuidados de qualidade direcionados a esta (GPT, 2010). O primeiro contato com a pessoa com dor com o profissional de saúde é feito na triagem, em que através da queixa (intensidade da dor e suas características) do doente, o enfermeiro triador seleciona o fluxograma mais adequado. Um aspeto importante na avaliação da dor é para além das manifestações verbais, ostenta uma coletânea de manifestações de carácter fisiológico tais como: taquicardia, hipertensão arterial, dilatação pupilar, taquipneia, palidez cutânea, podendo agravar de grosso modo a PSC (Freitas, Vieira & Torres, 2009).

Outra competência relacionada com este domínio é a comunicação interpessoal fundamental no estabelecimento de um ambiente e relação terapêutica com a pessoa/cuidador/família face à complexidade do estado de saúde da PSC. Tive oportunidade de acompanhar o enfermeiro responsável pela comunicação de informações, onde constatei que o enfermeiro desenvolve ações de forma autónoma, informa o acompanhante sobre o estado de saúde do doente, podendo acompanhá-lo até à área que estiver alocado de maneira em proceder em conformidade com a Lei nº 15/2014, em que “todo o cidadão admitido no serviço de urgência tem direito a ser acompanhada por uma pessoa por si indicada” se o serviço assim o comportar. Todo o acompanhante tem direito a ter “informação adequada em tempo razoável sobre o doente, salvo se houver indicação expressa em contrária pelo doente”.

A avaliação da profundidade da sedação pelo índice BIS (Índice Bispectral) nos doentes sujeitos a sedoanalgesia e curarização foi uma experiência nova tendo despertado a curiosidade pela pesquisa sobre a sua utilização em cuidados intensivos. A sua pertinência é descrita por Queiroz, Holanda, Maia e Morais (2012), pela informação que disponibiliza sobre o nível de sedação nos pacientes críticos especialmente nos estados de bloqueio

neuromuscular, sendo uma medida objetiva de sedação para o ajuste de doses da medicação sedativas.

Em relação à técnica de substituição renal (TSR) é uma das respostas disponíveis na unidade de cuidados intensivos para doentes com falência multiorgânica, com necessidade de dialise e/ou hemofiltração.

Os cuidados prestados ao doente ventilado consolidaram conceitos adquiridos, complementando-os na vertente prática. A implementação da *bundle* para o doente ventilado no SMI, cujas estratégias e intervenções baseadas em evidência são as recomendadas pelo PNCI (2004), é uma linha de orientação estruturada para todos os profissionais para a prevenção do risco de ocorrência de complicações associadas à ventilação. Dentro das orientações desta *bundle*, as direcionadas à prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), fazem parte intervenções autónomas de enfermagem, pelo que estão inseridas no plano de cuidados ao doente. A PAV foi uma das minhas grandes preocupações, uma vez que tem sido descrita em 8-28% dos doentes ventilados. Segundo o PNCI (2004) a sua incidência varia com o tipo de unidade e com as afeções e gravidade dos doentes admitidos, chegando a atingir mais de 70% nos doentes com Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto (ARDS).

Outro aspeto importante é o vivenciar do internamento de um familiar numa unidade de cuidados intensivos. Requer dos familiares, a capacidade de compreensão os seus próprios sentimentos e elaborar estratégias para enfrentar o problema (Félix, Ferreira, Oliveira, Gomes & Eloia, 2014). Assim a interação da equipe de enfermagem com os familiares deve ser estabelecida através do diálogo e da busca dos significados que as experiências de doença geram em cada pessoa.

Considero ter fomentado a comunicação com a família e o seu envolvimento no processo de cuidados, nomeadamente através de chamadas telefónicas dando-lhes oportunidade de exprimir os seus medos e anseios. Devido às limitações por causa da COVID-19, a presença física dos familiares na UCI, estava desaconselhada, mas, nunca de forma radical, sendo muitas vezes chamada a família para um último adeus e momento com o seu familiar, promovendo o início de um processo de luto menos complexo.

Outra competência relacionada com este domínio é a comunicação interpessoal fundamental no estabelecimento de um ambiente e relação terapêutica com a pessoa/cuidador/família face à complexidade do estado de saúde da PSC. Tive oportunidade de estar, algumas vezes, no gabinete de informações, constatei que o enfermeiro especialista desenvolve ações de forma autónoma, informa o acompanhante

sobre o estado do doente, podendo acompanhá-lo até à área que estiver alocado de maneira a proceder em conformidade.

Considero que as competências desenvolvidas neste âmbito são essenciais para o sucesso e para a qualidade dos cuidados prestados. Este estágio permitiu-me a aquisição de novos conhecimentos teórico-práticos, que me ajudaram a compreender a importância de uma correta avaliação, da priorização de cuidados, do reconhecimento de necessidades sentidas pelo doente, de modo a identificar, o mais precocemente possível, possíveis complicações com o objetivo principal, a promoção da sua recuperação total.

2.2.2. Dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Após pesquisa sobre os conceitos de catástrofe, foi possível encontrar por exemplo, três definições importantes. A OMS (2009), define catástrofe “como um acontecimento natural ou provado pelo homem, cuja ameaça pode justificar a necessidade de socorro de emergência, nos quais grandes danos são acompanhados de trágicas perdas de vidas humanas e grande número de vítimas”.

A Lei de Bases da Proteção Civil – Decreto Lei N.º 27/2006) define Catástrofe como “acidente grave, ou a série de acidentes graves (de origem natural ou tecnológica), suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.”

Já o INEM (2012), define as catástrofes e as situações de exceção como sendo acontecimentos imprevisíveis que levam à procura súbita dos cuidados de saúde urgentes, podendo originar um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, impondo para tal uma atuação, coordenada e criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis.

Perante estas situações, e tendo em conta que as unidades de saúde funcionam diariamente no limite das suas capacidades, é fundamental a existência de um plano de emergência nas instituições, que seja dinâmico, alvo de treino e de avaliações constantes, para uma resposta adequada com o mínimo de dados possíveis.

Nesse sentido, a DGS (2010), definiu no seu manual os princípios de elaboração do Plano de Emergência das Unidades de Saúde (PEUS), cujo objetivo principal é permitir a qualquer

unidade de saúde fazer face a uma situação excecional, mantendo uma continuidade de cuidados de saúde, preservando, simultaneamente a segurança dos doentes e profissionais.

Em linha com essa exigência, as instituições de saúde onde desenvolvi os meus, possuem um plano de resposta a situações de exceção, acessível a todos os colaboradores, cujos objetivos principais são: organizar os meios e recursos e clarificar cadeias de responsabilidade que permitam uma capacidade de resposta, pronta e eficaz para qualquer situação de emergência.

Todos os enfermeiros e os demais serviços devem conhecer esse plano para uma resposta cabal no caso de ocorrência de alguma eventualidade inesperada. O enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC, desempenha um papel preponderante nesta esfera de ação, na medida em que, pelos seus conhecimentos, habilidades e competências adquiridas, participa ativamente na conceção dos planos de catástrofe ou emergência, bem como no planeamento da resposta e na colaboração da coordenação da equipa de enfermagem em articulação com os restantes profissionais no caso de uma situação dessa natureza. Nesta linha de raciocínio, por forma a alcançar as competências específicas neste domínio, durante o período de EC tive a preocupação de consultar o plano de emergência vigente do serviço/instituição, de modo a estar preparado para qualquer acontecimento, além de sensibilizar a equipa para o fazer nos casos em que não estavam tão bem familiarizados com o mesmo.

Relativamente à preservação dos vestígios de indícios de prática de crime, o enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem da PSC no SU, pelos seus conhecimentos na preservação de provas forenses, assume um papel essencial nos casos em que há suspeita de atos ilícitos.

Frequentemente, os enfermeiros são os primeiros profissionais a contactar com os doentes que se dirigem aos serviços de saúde, tendo muitas vezes como porta de entrada o SU (Silva, 2012), pelo que muitas vezes nos casos de suspeita de prática de crime, a primeira oportunidade para a recolha de provas decorre no hospital, daí ser fundamental o conhecimento neste domínio para garantir a preservação dos vestígios.

A vivência desta experiência foi bastante enriquecedora, na medida em que pude perceber os procedimentos nestas situações, incluindo o cuidado que se deve ter por forma a preservar os vestígios de indícios de crime, uma competência específica do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à PSC. Assim, tendo em conta as atividades desenvolvidas, adquiri competências no cuidar PSC, família/pessoa significativa em situação de emergência.

Através das atividades realizadas, tive a possibilidade de adquirir competências específicas em EMC na área de enfermagem à PSC, nomeadamente cuidar da pessoa, família/pessoa significativa a vivenciar processos complexos de falência orgânica ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais, numa preocupação constante de otimização do ambiente e dos processos terapêuticos adequados, tendo em conta a gestão diferenciada da dor e a comunicação interpessoal com o doente, família/pessoa significativa, salvaguardando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, em tempo útil e de uma forma holística.

É da competência do enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à PSC, dinamizar a sua resposta em situação de emergência, exceção e catástrofe, devendo participar ativamente na conceção, em articulação com o nível estratégico, dos planos de catástrofe ou emergência, bem como no planeamento da resposta concreta perante as pessoas em emergência, situação de exceção ou catástrofe e na gestão dos cuidados em emergências e/ou catástrofe, e ainda, a preservação dos indícios de prática de crime.

“Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata” (OE, 2018, p. 19362).

Uma PCR é uma situação de emergência máxima que exige dos profissionais de saúde uma resposta imediata e organizada. A prestação de cuidados neste contexto exige uma formação estruturada e atualizada, para que se desenvolvam competências específicas que possibilitam o agir rápido e eficiente nesta situação. No decorrer do processo formativo, nos dois contextos, tive a oportunidade de vivenciar algumas situações de emergência, em particular situações de PCR. Apesar de, ao longo da minha vida profissional já ter presenciado e colaborado em situações semelhantes, as vivências destas experiências constituem sempre momentos de enorme ansiedade e stress, pela necessidade de uma atuação o mais célere e eficaz possível. Contudo, o facto de estar atualizado e familiarizado com o protocolo de atuação de suporte avançado de vida do Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC) permitiu-me uma atuação mais segura, com a resiliência necessária que o momento exige.

Uma prática baseada na evidência com atualização contínua dos procedimentos e protocolos, foram premissas que ao longo do estágio tive sempre presente, pois considero que uma abordagem sistematizada constitui uma melhor forma de proporcionar boas práticas aquando do surgimento de uma situação imprevista e complexa, promovendo uma atuação eficiente, eficaz e segura. Em qualquer intervenção realizada, independentemente do local de atuação, salvaguardar as condições de segurança é o primeiro passo a ter em

conta e, portanto, nunca descuidado. No contexto extra-hospitalar, esta regra básica torna-se mais relevante pelas condições diversas, acrescidas de eventuais riscos que a equipa pode estar sujeita, pelo que antes da mesma se aproximar de alguém que possa eventualmente estar em perigo de vida, deve assegurar-se primeiro de que não irá correr nenhum risco: Ambiental (ex. choque elétrico, derrocadas, explosão, tráfego); Toxicológico (como exposição a gás, fumo, tóxicos); Infecioso (como tuberculose, hepatite) (INEM, 2017).

As ativações que tive no decorrer do estágio, na sua maioria decorreram no próprio domicílio das vítimas, ou em espaços públicos, sendo que em todas as situações as condições de segurança estiveram sempre garantidas para a nossa atuação. Todos estes cuidados, ainda que sejam condições básicas de atuação, são práticas de qualidade que vão ao encontro das competências comuns que um enfermeiro especialista nunca deve negligenciar, com vista à melhoria contínua da qualidade ao desenvolver uma atitude proativa para um ambiente terapêutico e seguro.

Em qualquer meio de assistência, quer intra ou extra-hospitalar, cuidar da pessoa, família/cuidadores que se encontram a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, concretamente na gestão da ansiedade e o medo decorrentes dessa situação, revela-se uma competência de extrema importância para a prestação de cuidados especializados em EMC.

Em ambos os contextos de aprendizagem, a possibilidade de os enfermeiros vivenciarem situações envolvidas numa carga emocional muito grande, geradores de stress e potenciadoras de reações de medo, negação, desespero e por vezes até agressividade por parte dos doentes, família/cuidadores é muito elevada. Por outro lado, em muitas situações, dada a gravidade da condição clínica do doente, a prontidão na resposta e a necessidade de assegurar uma intervenção precisa, concreta e eficiente à pessoa em risco de vida, leva a que a comunicação com o doente, o apoio e acompanhamento prestado à família/pessoa significativa seja colocado para segundo plano.

Contudo, os profissionais de enfermagem nesta área de urgência/emergência devem ter uma boa capacidade de gestão de conhecimentos, procedimentos e emoções, pois as suas intervenções vão muito para além do tratamento sintomático do doente, ao englobar a vertente humana e a dimensão ética implícita no cuidar não só ao doente, mas também à sua família/pessoa significativa, isto é, cuidar numa vertente holística (Oliveira & Martins, 2013).

2.2.3. Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta rápida e adequada

Segundo a DGS (2007) a Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um problema de saúde pública de extrema importância, e constituem uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde pois a sua prevalência oscila entre os 5 a 10%, acarretando elevados custos. As IACS são infeções adquiridas pelos doentes em resultado dos cuidados de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante a sua atividade profissional (DGS, 2007). Estas constituem uma preocupação à escala mundial, estando na origem de todo um movimento levado a cabo por várias entidades de saúde internacionais, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde, no sentido de identificar e reduzir o risco de transmissão de infeção entre doentes, profissionais e visitantes (DGS, 2018).

A abordagem à PSC, implica procedimentos invasivos em que a não execução das boas práticas podem levar ao aumento significativo do aparecimento de IACS. Em qualquer contexto de atuação, o enfermeiro com competências específicas de EMC tem um papel de relevo na área do controlo da infeção e gestão do risco, dado o “(...) o elevado risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) decorrente da doença aguda ou crónica, do ambiente e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos de que a pessoa é sujeita (...)” (OE, 2018, p.19364).

O cuidar da PSC exige cada vez mais o uso de tecnologia, e com isso de técnicas e procedimentos invasivos, que, se por um lado são o suporte vital do doente, por outro aumentam em muito o risco de infeção e resistência a antimicrobianos.

Este controlo das IACS está também associado à prevenção da resistência aos antimicrobianos, uma vez que o seu uso excessivo e inadequado no tratamento das infeções tem contribuído exponencialmente para o aumento das resistências bacterianas (Loureiro, Lopes, Rodrigues, Herdeiro & Ramalheira, 2016). Os antimicrobianos são cada vez mais o método favorito no combate às bactérias, todavia estes métodos podem representar uma forte ameaça para os seres humanos, na medida em que uma desajustada e desmedida administração pode contribuir para o aumento da resistibilidade bacteriana (Baysari et al., 2016).

Atendendo a esta realidade, também presente em Portugal, para combater esta problemática foi criado pela DGS em 2013 o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (Despacho n.º 2902/2013 do MS), com o

intuito de priorizar este problema e reduzir a taxa de IACS, bem como promover o uso correto de antimicrobianos com vista a diminuir a taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos.

A existência de um sistema de vigilância e controlo de infeção adequado é fundamental na medida em que a taxa de infeção constitui um indicador importante para qualquer unidade prestadora de serviços de saúde. Apesar de ter havido uma redução, o relatório da DGS (2018) demonstra, através dos resultados atingidos pelo PPCIRA, ainda uma prevalência de 7,8% de IACS nos doentes internados, pelo que continua a ser um problema muito preocupante.

Pela sua importância na melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados, a prevenção e o controlo das infeções e as resistências aos antimicrobianos está contemplado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, como um dos objetivos estratégicos a atingir, uma vez que é reconhecido que as IACS agravam o prognóstico do doente, prologam os internamentos, associando morbilidade, aumentam os custos na saúde e aumentam a mortalidade, quando, cerca de um terço, são evitáveis (Despacho n.º 1400-A/2015 do MS). As medidas de prevenção e controlo de infeção assentam em bases essenciais, nomeadamente em precauções básicas, no isolamento e no uso racional de antimicrobianos (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

As precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) são um conjunto de boas práticas que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infeção e a transmissão cruzada, bem como garantir a segurança dos cidadãos, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde, pelo que deve ser aplicado a todos os doentes independentemente de se conhecer o seu estado infeccioso (DGS, 2018).

A avaliação individual do risco de infeção na admissão do doente e respetivo isolamento, a higienização das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de equipamento de proteção individual, a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies, o manuseamento seguro da roupa, a gestão adequada dos resíduos, as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho, são os dez padrões de qualidade em que se baseiam as PBCI definidas pela DGS (2013) e que devem ser sempre garantidas em todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde. Considerando o risco de infeção que a PSC está sujeita, face à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos, nomeadamente a necessidade de recurso a múltiplas intervenções invasivas, quer de diagnóstico, quer de terapêutica para assegurar a

manutenção da vida, é da competência do enfermeiro especialista em EMC garantir os cuidados realizados, tendo por base o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no plano de prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos. O mesmo deve ser uma referência na equipa de cuidados, assegurando que o cumprimento desses procedimentos é realizado pelos demais profissionais de saúde que contactam com o doente de modo a estabelecer um ambiente seguro e de qualidade na assistência prestada (OE, 2018).

Assim, transversalmente aos contextos de estágio, desenvolvi a minha atividade em colaboração com a restante equipa multiprofissional, tendo sempre por base o respeito e a preocupação pelo cumprimento rigoroso das PBCI, de acordo com as diretrizes constantes do PPCIRA e orientações locais das unidades respetivamente e preocupei-me sempre com o cumprimento escrupuloso da restante equipa, realizando ações informais de formação e sensibilização, sempre que necessárias, nas situações possíveis de melhorar, para garantir esse cuidado de forma rigorosa também pelos restantes profissionais. Atendendo a determinados condicionalismos dos locais, como situações de ativações seguidas de emergência, no caso do contexto extra-hospitalar, em que a desinfeção dos materiais fica comprometida ou a sobrelotação de doentes no SU, com espaços insuficientes para acolher os doentes, alguns com necessidade de isolamento, limitando a sua concretização da forma mais adequada, foram algumas situações que presenciei nos diferentes contextos de estágios e que dificultaram o cumprimento rigoroso das PBCI, embora pude constatar a consciencialização das equipas para estas limitações e o esforço que estava ao seu alcance em minimizar o impacto no doente.

A adoção de medidas eficazes de prevenção e controlo de infeção, tendo em conta o cumprimento rigoroso das diretrizes das entidades competentes, a sensibilização da restante equipa para esta temática, bem como a prática baseada na mais recentes evidências científicas contribuíram para maximizar a minha intervenção neste âmbito, em tempo útil e de forma segura e adequada à PSC e/ou falência orgânica, uma competência específica do enfermeiro especialista em EMC e, em particular, na área de enfermagem à PSC, essencial para a prestação de assistência de enfermagem avançada assente na segurança e melhoria contínua da qualidade.

A existência do GLC PPCIRA em todos os hospitais torna-se insuficiente uma vez que o papel do controlo das IACS não depende só destes, mas de todos os profissionais de saúde da instituição, contribuindo para diminuição da taxa de prevalência. As medidas simples como a higienização das mãos, o uso e seleção correta dos equipamentos de proteção individual são fundamentais na mudança de comportamentos (Costa, 2011).

De maneira a contribuir para melhoria da prestação de cuidados, pesquisei ao longo do EC sobre as *bundles* para os diferentes procedimentos. Muitas das vezes nos SU's existem dificuldades no cumprimento das precauções básicas do controlo de infeção por dois fatores essenciais: a sobrelotação dos doentes e a sua constante mobilização entre sectores (Figueira, 2013).

Em ambiente pré-hospitalar, uma das dificuldades verificadas é a lavagem das mãos, pois nem sempre dispomos de um local para a lavagem das mesmas, sendo, no entanto, preocupação das equipas de ambos os meios a higienização das mãos com SABA, que de acordo com os novos estudos deve ser a primeira escolha para a higienização das mãos.

Um dos aspetos a realçar no âmbito do controlo da infeção em meio pré-hospitalar é a adequada desinfeção do material após cada utilização. Foi minha preocupação em conjunto com a equipa multidisciplinar proceder a desinfeção do material utilizado pois este ao não ser desinfetado pode se tornar um veículo de transmissão de microrganismos.

Perante o cenário pandémico vivenciado, foi também preocupação de ambas as equipas multidisciplinares a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) de uma forma racional de acordo com a Norma 007/2020 da DGS.

A prestação de cuidados de saúde está cada vez mais associada ao aparecimento de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Se por um lado se prolonga a sobrevivência de doentes, por outro verifica-se que estes se tornam vulneráveis às múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados, sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes (PNCI, 2007).

A preocupação dos profissionais pelo controlo da infeção é evidente em todos os procedimentos de risco, havendo protocolos de rastreio séptico, para os doentes que iniciam síndromes febris e para todos os que são admitidos na unidade. O controlo de infeção foi assim uma das minhas principais preocupações pelos aspetos inerentes às inúmeras técnicas invasivas utilizadas no diagnóstico, na monitorização e tratamento do doente com falência multiorgânica.

PARTE II- PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/AÇÃO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. O TRANSPORTE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Ao longo dos anos, os Serviços de Urgência transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Têm sido uma preocupação constante do SNS pois são responsáveis por grande parte das despesas em recursos humanos e financeiros, condicionando, em muitos hospitais, o funcionamento regular de todos os outros Serviços de Ação Médica, do Ambulatório e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. (Rede de Referência Hospitalar, 2001)

Sendo a hiper-utilização das urgências um fenómeno multifatorial, importa que a sua abordagem também seja em frentes múltiplas: organização e responsabilização dos cuidados primários, aumento de oferta de cuidados programados, incentivos ao recurso a cuidados programados e penalizações ao recurso inadequado a cuidados de urgência, melhoria da acessibilidade às consultas hospitalares, desenvolvimento dos cuidados continuados da saúde, alargamento dos serviços de apoio telefónico, reestruturação das urgências hospitalares, implementação de modelos de triagem de prioridades que hierarquizem o tempo e local do atendimento clínico (RRH, 2001).

O serviço de urgência existe para tratar doentes em situações urgentes e emergentes, oferecendo tratamento eficaz, eficiente e equitativo”. A mesma, refere ainda que: Urgências, “são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” e Emergências “são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito ou eminente, ou compromisso de uma ou mais funções vitais” (RRH, 2001, p6).

Segundo a mesma rede e ministério da saúde, os serviços de urgência são classificados em:

Serviço de Urgência básica (SUB): representa o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência constitui o nível de cariz médico (não cirúrgico, à exceção de pequena cirurgia no SU), Serviço de Urgência médico-cirúrgica (SUMC): corresponde ao segundo nível de acolhimento das situações de urgência, que deve localizar-se estrategicamente de modo que, dentro das áreas de influência/atração respetivas, os trajetos terrestres não excedam sessenta minutos entre o local de doença ou acidente e o hospital e o Serviço de

Urgência Polivalente (SUP) que representa o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localiza-se em regra num hospital geral central/centro hospitalar.

Dado o volume de pessoas no SU, a complexidade, a necessidade de meios diferenciados de tratamento e diagnóstico, é necessário implementar medidas para garantir a segurança da PSC durante o transporte.

O despacho nº 10319/2014 determina, entre outros, o nível de responsabilidade dos Serviços de Urgência, bem como padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade, definindo o processo de monitorização e avaliação.

O transporte do doente crítico é frequentemente requisitado pelas unidades de cuidados intensivos e pelos serviços de urgência, para outros departamentos hospitalares, de forma a realizar procedimentos médicos ou exames complementares de diagnóstico (ECD's), ou para outro hospital para cuidados mais especializados (Droogh et al., 2012).

Naturalmente, a decisão de transportar um doente crítico deve ter sempre consideração, o nível de risco e benefício, considerando sempre que o doente alvo do transporte incorre de um aumento do risco de morbilidade e mortalidade (Graça, 2017).

A rede diferenciada é gerida de acordo com a disponibilidade de valências médicas e de meios complementares de diagnóstico em cada unidade hospitalar, implicando muitas vezes a necessidade de transporte inter-hospitalar de doente nos mais diversos estados clínicos (Graça, 2017; Despacho nº 10319/2014 de 30 de Junho).

Relativamente ao SU onde foi realizado o nosso trabalho de investigação, é classificado como um Serviço de Urgência médico-cirúrgica (SUMC), integra as atividades decorrentes da prestação de cuidados clínicos no âmbito das valências de: Medicina Interna, Medicina Intensiva, Cirurgia Geral, Ortopedia, Cardiologia, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Anestesiologia, Imunohemoterapia, Imagiologia, Patologia Clínica. E conta com o apoio, em tempo parcial, das valências de: Urologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Gastrenterologia, Neurologia, Oftalmologia e Psiquiatria.

1.2. TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO

Podemos considerar doente crítico, todo aquele doente em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (SPCI, 2008).

A principal indicação para transferência inter-hospitalar é a inexistência de recursos humanos e técnicos, na instituição de origem para tratar ou dar continuidade ao tratamento inicial, incluindo a possibilidade de transporte secundário para a realização de exames complementares não disponíveis no hospital de origem (SPCI, 2008).

O doente crítico implica regularmente um quadro clínico complexo, acompanhado nos casos mais graves, de falência respiratória, cardíaca e cerebral onde a sua sobrevivência depende dos meios avançados de monitorização e terapêutica” (Cunha, 2000).

O Transporte do Doente Crítico pode ser classificado como Primário, que corresponde ao transporte do doente do local da ocorrência de doença súbita ou acidente - sendo o mesmo, em Portugal Continental, da responsabilidade do INEM enquadrado nas responsabilidades do SIEM; ou Secundário, em que, é da responsabilidade da instituição de saúde onde se encontra o doente, ficando a cargo da mesma o pedido de vaga na unidade recetora, requerimento do meio de transporte, dos equipamentos e da equipa médica que acompanhará o doente (Vasconcelos, 2019). O transporte do doente em situação crítica também poderá ser definido de acordo com as seguintes três circunstâncias, nomeadamente: pré-hospitalar, intra-hospitalar e inter-hospitalar (ANZCA, 2015).

O transporte pré-hospitalar é referente ao conjunto de atividades desenvolvidas para a realização do TDC do local de ocorrência até ao hospital de referência. O transporte intra-hospitalar é chamado de transferência do doente para a realização de exames complementares de diagnóstico ou terapêutica, ou transferência do doente para unidades/serviços especializados do mesmo hospital. É habitual envolver movimentos de doentes entre unidades de cuidados intensivos, serviços de urgências e blocos operatórios. A redução ou mudança do tipo de cuidados e o movimento por si só poderá tornar-se, no doente crítico, a causa de complicações e colocar a vida do doente em risco (Alamanou, 2014).

De acordo com Lacerda et al. (2011) o transporte inter-hospitalar de doentes consiste na transferência de um doente entre dois hospitais, sendo atualmente uma necessidade crescente de forma a oferecer aos doentes cuidados mais especializados.

Por vezes, o hospital onde o doente se encontra internado ou em ambiente de urgência não permite a realização de certos exames complementares de diagnóstico e /ou terapêutica, ou ainda, é necessário um nível assistencial superior que a instituição não consegue fornecer por insuficiência de recursos humanos e/ou técnicos, o que obriga à realização do transporte do doente para outra unidade hospitalar. Consciente de que este

mesmo transporte envolve riscos, é necessária uma avaliação rigorosa dos riscos /benefícios do transporte para o doente.

Sensibilizados para esta realidade a SPCI investiu na sistematização da boa prática em relação ao transporte secundário de pacientes e em 1997 elaborou e divulgou o Guia de Transporte de Pacientes Críticos, documento que sofreu atualizações em 2008, numa parceria entre essa sociedade e a Ordem dos Médicos (OM).

O transporte de doente crítico envolve 3 fases: a Decisão, o Planeamento e a Efetivação. Referem ainda que a decisão de transportar um doente crítico é um ato médico. (SPCI, 2008) Como tal, a responsabilidade é, não só do médico que assiste o doente, mas também do chefe de equipa médico e do diretor de serviço. Deve ser equacionado “o risco de possíveis acidentes e tomadas medidas para a respetiva prevenção, especialmente nas fases de maior risco” (SPCI,2008).

A SPCI e OM propõem um algoritmo e uma tabela (adaptação de Etxebarria et al) para auxiliar a tomada de decisão e fundamentação objetiva.

Segundo a mesma fonte, na fase do planeamento as decisões são tomadas pela equipa médica e de enfermagem do serviço ou unidade referente, e tomará em consideração os seguintes problemas: Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação. Este planeamento deverá incluir a escolha e contacto com o serviço de destino; Escolha da equipa de transporte; Escolha do meio de transporte e dos meios adequados de monitorização, Seleção adequada de equipamento e terapêutica; Recomendação de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte e Previsão das complicações possíveis.

Por último, a efetivação do transporte fica a cargo da equipa de transporte, cujas responsabilidades técnica e legal só cessam no momento da entrega do doente ao médico do serviço destinatário, ou no regresso, ao serviço de origem (no caso da deslocação ser justificada pela realização de exames complementares ou atos terapêuticos). Idênticas responsabilidades cabem aos médicos, que decidiram o transporte.

Assim, embora a responsabilidade da transferência seja do Médico, a responsabilidade médica do transporte é partilhada com a equipa que transporta o doente. A equipa, que transporta o doente crítico, deve verificar que se encontra assegurada toda a logística adequada, não devendo, portanto, aceitar transportar o doente se não verificarem essas condições de segurança.

A participação do enfermeiro de urgência pode ter lugar ao nível do transporte em si, ou na preparação e estabilização do doente antes do transporte” (Lazear, 2001, p.104).

O transporte do doente para outra unidade de saúde deve ser considerado como uma extensão de cuidados do hospital que envia o doente e como tal a SPCI e OM (2008, p. 16), enfatizam que o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar.

Em Portugal, o transporte de doentes assenta num enquadramento legal bem definido, respetivamente:

a) Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de março, na sequência do disposto no n.º 2 da Base XXIII da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, estabeleceu as normas básicas de enquadramento da atividade de transporte de doentes, efetuado por via terrestre, como atividade complementar da prestação de cuidados de saúde;

b) Portaria n.º 439/93, de 27 de abril, aprovou o Regulamento do Transporte de Doentes, o qual, para além do procedimento de concessão de alvarás, definiu os tipos, características e equipamento das ambulâncias, bem como os requisitos dos seus tripulantes;

c) Lei n.º 12/97, de 28 de maio, veio regular a atividade de transporte de doentes por Corpos de Bombeiros e Cruz Vermelha Portuguesa;

d) Com atualização da Portaria n.º 439/93, de 27 de Abril, foi publicada a Portaria n.º 1147/2001, de 28 de Setembro;

e) A necessidade de atualização contínua do Regulamento do Transporte de Doentes conduziu a três alterações significativas de regime, operadas pela Portaria n.º 1301-A/2002, de 28 de setembro, pela Portaria n.º 402/2007, de 10 de abril, pela Portaria n.º 142-A/2012, de 15 de maio e pela Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro;

A Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro, foi concebida com o objetivo de rever de forma global o Regulamento do Transporte de Doentes definindo, por um lado, o exercício da atividade de transporte de doentes urgentes e emergentes e, por outro, o exercício da atividade de transporte de doentes não urgentes. Para além da legislação anteriormente referida, o transporte do doente crítico obedece também ao Despacho nº 10109/2014 de 6 de Agosto, que regula o transporte regional de doente crítico e pelo Despacho nº 5058-D/2016 de 13 de abril, que regula o transporte integrado do doente crítico.

Para Brunsveld-Reinders et al. (2015), através da aplicação de protocolos entre instituições, o transporte secundário do doente crítico deve ser realizado com um nível de cuidados igual

ao disponível no serviço de origem, sendo muitas vezes os protocolos instituídos no transporte inter-hospitalar desenvolvidos de acordo com *guidelines* que têm também aplicação no transporte intra-hospitalar.

No TDC, para segurança do doente, é uma prioridade “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (DGS, 2011, p.14).

Tendo em conta que o transporte do doente é considerado um momento que provoca ansiedade, o mesmo deve ser realizado apenas quando todos os equipamentos de monitorização e intervenção se encontram disponíveis e devidamente adaptados, na presença de profissionais de saúde formados, treinados e familiarizados com o tipo de doente, com o seu processo e os equipamentos de transporte (Knight et al., 2015; Ringdal et al., 2015).

Como tal, para Benner (2001), o enfermeiro é perito pelas competências desenvolvidas, revelando um pensamento estruturado e desenvolvido, que contribui decisivamente para as intervenções que o enfermeiro deve adotar nestas situações.

O transporte inter-hospitalar difere com base na sua modalidade e urgência. Para transferências de longa distância, o transporte pode ser efetivado pelo ar. Além de que existem veículos adequados para cada tipo de transporte de doentes, de acordo com a Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro. As equipas de transporte devem ser formadas por enfermeiros e médicos com experiência e formação na área de urgência/emergência ou cuidados intensivos (Feazel et al., 2015).

Existem ainda transportes inter-hospitalares que devem ser realizados por equipas altamente especializadas e treinadas, como por exemplo, é o caso do transporte inter-hospitalar neonatal, pediátrico ou o transporte de doentes em técnica de suporte vital através de oxigenação por membrana extra-corporal (ECMO) mas que não vão ser alvo de estudo nesta investigação (ANZCA, 2015).

1.3. A QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A implementação de sistemas de melhoria contínua e a procura da qualidade dos cuidados de saúde é uma tarefa multiprofissional apoiada tanto por organizações internacionais

(Organização Mundial de Saúde e Conselho Internacional de Enfermeiros) como por organizações nacionais (Conselho Nacional da Qualidade e OE), (DGS, 2015).

Segundo Saturno et al. (1990), a Qualidade em Saúde pode ser definida como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão”, implicando também o melhor desempenho possível dos profissionais e a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas de cada cidadão. Neste contexto é da responsabilidade dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, a implementação de uma prática baseada na evidência científica, com vista à melhoria constante dos cuidados de enfermagem. Esta ideia vai ao encontro do definido pela OE no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Artigo 8º, que refere que o enfermeiro especialista “baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2011).

O conhecimento em Enfermagem tem a sua base numa fundamentação científica da disciplina incorporando o resultado da interseção com outras áreas do saber, como a ética, a moral e a legislação que regulamenta a profissão (OE, 2015), nomeadamente o REPE.

Tal como consta no artigo 4º do REPE: “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2015). O REPE define ainda os conceitos de enfermeiro, enfermeiro especialista e cuidados de enfermagem. Como tal, enfermeiro é o profissional habilitado com o curso de enfermagem e título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. O enfermeiro especialista é aquele que detém curso de especialização em enfermagem, que o habilita a prestar cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade, para além de cuidados de enfermagem gerais (OE, 2015). Os cuidados de enfermagem baseiam-se na relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa/comunidade tendo em consideração o projeto de saúde de cada indivíduo ao longo de todo o ciclo vital procurando “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores” (OE, 2012). Na sua prática diária, o enfermeiro deve incorporar os princípios éticos de beneficência, autonomia, justiça e

equidade e ainda o respeito pela privacidade e confidencialidade, enunciados integrantes do Código Deontológico da profissão. O enfermeiro assume as responsabilidades inerentes às intervenções de enfermagem que realiza, independentemente de serem autónomas ou interdependentes. Como tal, no decorrer do processo de tomada de decisão e na implementação dos cuidados planeados, o enfermeiro deverá incorporar na sua prática os resultados da investigação, e ainda reconhecer que a produção de guias orientadoras baseadas na evidência constitui uma das bases fundamentais para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2012). Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem constituem as premissas orientadoras para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Foram, assim, definidas seis categorias para os padrões de qualidade: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto cuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. É com base nestas seis categorias que o enfermeiro deve assentar a sua prática, com o intuito de atingir a máxima qualidade dos cuidados prestados (OE, 2012). A prestação de cuidados de qualidade, para além de uma responsabilidade institucional para com a população, para os profissionais de saúde e em particular para os enfermeiros, trata-se de uma responsabilidade para com o cidadão (OE, 2012). Os enfermeiros devem desempenhar um papel crucial na promoção da qualidade de cuidados através da identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados, tendo particular atenção à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade (OE, 2006) como é o caso da pessoa em situação crítica durante o processo de transição de cuidados.

Da Deontologia Profissional destaca-se (artigo 97º, alínea a), o dever do enfermeiro “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar da população adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem” (OE, 2015 a, p.78). Para tal, o enfermeiro deve procurar “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” (OE, 2015 a, p.86).

1.4. TOMADA DE DECISÃO E RESPONSABILIDADE NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

A decisão de transporte do doente crítico, é defendida pela SPCI (2008) como um ato médico, dividindo as suas responsabilidades entre o médico assistente, o chefe de equipa e o diretor de serviço. Pressupõe também que tenha sido avaliada a relação risco/ benefício,

entre outros fatores. A decisão de transferir um doente baseia-se principalmente na condição clínica do doente e na necessidade de tratamento (Droog et al., 2015).

Para a OE (2017), o transporte do doente críticos envolve alguns riscos, mas a sua realização justifica-se entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível de cuidados mais diferenciado, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não efetuáveis no serviço ou na instituição onde o doente se encontra internado, considerando-se fundamental refletir sobre o risco/benefício desse transporte.

Para Nunes (2009), os profissionais de saúde, e neste caso os enfermeiros, têm sido responsabilizados por decisões que tomam, sendo cada vez mais as más decisões que levaram a más práticas, mais questionadas e menos aceites, pelos utentes, outras estruturas prestadoras de cuidados ou entidades reguladoras. Todos os profissionais de saúde deverão tomar decisões claras, racionais e sedimentadas, sempre baseadas na evidência e nos domínios do saber-saber, saber-fazer e saber-ser, levando a uma redução do stress no processo de decisão e de ação.

Os enfermeiros vivenciam muitas vezes situações em que lhes é proposta a realização do acompanhamento no transporte secundário de um doente sem estarem reunidas as condições mínimas de segurança para o doente e para a equipa. Depois de realizar uma correta avaliação do doente, dos fatores envolvidos e de ter acesso a todas as informações, para benefício do doente, o enfermeiro poderá recusar o acompanhamento do mesmo enquanto não estiverem reunidas as condições mínimas de segurança para o doente e para a equipa. Esta decisão poderá implicar a permanência do doente durante mais tempo do hospital de origem, mas onde, pelo mesmo naquele momento, estão reunidas as melhores condições disponíveis. Esta decisão poderá ser mal compreendida e até condenada, mas levará à procura de soluções mais eficazes nos vários domínios em questão (Nunes, 2009).

A tomada de decisão sobre o sistema de transporte mais adequado pode ser processo desafiador e este assenta na análise risco - benefício para o doente, através do seu status e pelos meios de transporte disponíveis, considerando questões como a urgência de um diagnóstico ou tratamento adicional imediato, disponível noutra instituição ou hospital (Droog et al., 2015; Erler et al., 2015).

As condições sob as quais as transferências são realizadas têm um impacto direto no prognóstico do doente e exigem uma coordenação entre hospitais e as equipas de transporte, de forma a que o transporte do doente decorra com a maior segurança. Deste modo, para a SPCI (2008), é fundamental refletir sobre o risco/benefício que um exame

adicional possa ter no tratamento e no resultado do internamento do doente. Deste modo, a SPCI, em parceria com a OM, recomenda a utilização do algoritmo de decisão para o transporte secundário.

Para Teixeira (1999, p.65) “O processo de tomada de decisões de forma racional envolve quatro etapas: a identificação do problema, desenvolvimento de alternativas de solução, avaliação das alternativas selecionando a melhor e implementação da alternativa escolhida.”

A OE (2003) define de maneira concisa, a tomada de decisão do enfermeiro, na elaboração das Competências do enfermeiro de cuidados gerais. A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa. Após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

“Os enfermeiros decidem baseados em duas perspetivas, uma posição objetiva, a decisão reduzida a factos e uma intuitiva, pela intuição. Os enfermeiros para decidirem podem ainda, acudir a fontes de informação (pragmáticos), focados no processo de decisão como um esquema (sistemáticos) e utilizando um processo diagnóstico. Cada vez mais o processo de tomada de decisão é entendido como uma combinação entre o processo racional e a intuição” (Jesus, 2006, p.28).

O processo de tomada de decisão do enfermeiro vem marcado por um agir que responda às necessidades das pessoas e na sequência do processo de tomada de decisão, o enfermeiro pode escolher agir desta ou daquela forma (incluindo a escolha de não agir) (Nunes et al., 2005, p.78).

“O decisor possui não só a capacidade de antever as consequências da decisão (...) como também a faculdade de atribuir valores exatos à importância a cada uma de essas consequências” (Ferreira et al.,2001, p.407).

“Do processo de decisão clínica de enfermagem fazem parte basicamente, cinco grandes categorias de estratégias inerentes ao pensamento dos participantes - interagir, intervir, conhecer o utente, resolver problemas e avaliar, as quais ocorrem do modo contínuo, inter-relacionado e dinâmico. Este processo baseia-se num pensamento crítico, reflexivo e necessário para obter cuidados de qualidade. A utilização do pensamento crítico será a

ferramenta para a resolução de problemas e ajuda aos enfermeiros a tornar-se autónomos e efetivos” (Margato 2010).

É necessário avaliar bem as situações para evitar problemas secundários. Perante urgências, existe o risco de agir cedo de mais e o risco de esperar tempo de mais e agir tarde. Não podemos esperar por uma decisão ótima e sim uma equilibrada que incorra no melhor tratamento para o doente e assegure a sua estabilidade clínica e hemodinâmica.

A tomada de decisão é um processo complexo, requer um desenvolvimento crítico e reflexivo e acontece em ambientes com características diferentes para cada momento. “Acontece no dia-a-dia dos enfermeiros, onde tem que mobilizar conhecimentos para realizar um juízo adequado” (Ribeiro, 2009, p.63).

A tomada de decisão, esta ligada à capacidade e à obrigação profissional dos enfermeiros. Há uma grande facilidade para passar da autonomia ao controlo autoritário da decisão na prática profissional, criando um ambiente burocratizado, onde exercer a autonomia profissional ou o poder de decisão é incompatível. Se a tomada de decisão de enfermagem fosse centrada na execução autónoma e numa prática que permita pensar e agir aos enfermeiros; se fossem reconhecidas as competências e as responsabilidades de enfermagem; tal provocaria ganhos em saúde, derivados das ações da enfermagem, exercida com autonomia e controle do seu trabalho.

“Neste sentido, a conquista da autoridade requer exercer com responsabilidade. A nossa profissão, historicamente tem dificuldade na obtenção de autoridade e sente desconforto em assumir essa autoridade. Os enfermeiros têm dificuldade de se justificar e descrever as suas tomadas de decisões, perante os seus colegas e outros elementos da equipa. Esta postura, prejudica a visibilidade das intervenções de enfermagem, provocando a transferência do processo decisório e da responsabilidade para outros profissionais, o que contribui para a desvalorização da profissão da enfermagem” (Ribeiro, 2009, p.63).

“O acesso ao poder de decisão e à autonomia, influenciam o comportamento do indivíduo na tomada de decisão e na tomada de ação”(Ribeiro, 2009, p.64).

O poder de decisão obtém-se da autonomia, que acontece através das competências, que a proporcionam. O enfermeiro competente consegue ser autónomo, o que permite ter poder de decisão.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - REPE (1996), descrito no Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro define que “enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem lhe foi atribuído

um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária [enquanto que] cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”.

A definição de responsabilidade é abordada por vários autores. como “a obrigação de se empenhar da melhor forma possível, na realização das funções que a essa pessoa foram atribuídas.” (Teixeira, 1999, p.83) outro autor define responsabilidade como “a capacidade e obrigação de assumir os atos e as respetivas consequências. Falamos de responsável como traço de uma pessoa, como característica de uma ação, da responsabilidade como uma categoria legal e como dever associado a uma função o papel” (Nunes, 2006, p.4).

No transporte inter-hospitalar do doente cabe ao serviço referente as responsabilidades técnica e legal, durante as duas primeiras fases (Decisão e Planeamento). Na etapa da Efetivação, a responsabilidade caberá à equipa que assegura o transporte. Como tal nesta área o enfermeiro tem uma alta cota de responsabilidade pois a ele cabe, juntamente com o médico, decidir a equipa que acompanha o doente, Cabe ainda ao enfermeiro decidir dentro da equipe de enfermagem, qual é o enfermeiro que acompanha o doente.

De acordo com o artigo 91º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro como membro da equipa de saúde, assume o dever de:

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

Nunes (2003) refere que o enfermeiro guia a sua atividade no sentido do bem presumido para as pessoas..., mas também não é o profissional que age por indicação de outrem. A interdependência configura-se simplesmente em relação ao início do processo prescritor e mesmo quando outro profissional prescreve é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelos seus próprios atos (e pelas decisões que toma).”

Os enfermeiros do Serviço de Urgência, e não só, decidem e responsabilizam-se pelos seus atos. "O ato de não agir é uma tomada de decisão, e como tal, tem a sua responsabilidade. O agir aparece como processo fundado na autonomia e responsabilidade" (Nunes, 2006, p.2).

Como o principal motivo para o transporte secundário ou inter-hospitalar é a inexistência de recursos humanos e técnicos para tratar ou dar continuidade ao tratamento já iniciado, deparamo-nos diariamente a acompanhar doentes críticos, sem formação prévia, acarretando riscos associados a uma série de fatores que nos levou a priorizar este tema.

A SPCI refere que a transferência de doentes, só por si já envolve riscos, quer para a pessoa e/ou para a equipa que o transporta, por isso, recomenda que todas as medidas sejam realizadas antes da sua efetivação, pois se surgir alguma alteração, que seja inerente à patologia e não decorrente ao transporte em si. Para que a taxa de complicações do transporte de doente crítico seja reduzida, as instituições hospitalares devem promover esquemas organizativos de transporte secundário, para que a esta seja benéfica e que a qualidade dos cuidados prestados no transporte, sejam considerados como uma extensão da unidade de saúde (SPCI & OM, 2008).

1.5. RECURSOS HUMANOS E O TRANSPORTE

O grande diferencial das organizações está cada dia mais centrado na qualidade pessoal e no desempenho profissional dos seus recursos humanos. A tecnologia e a estrutura das organizações podem significar muito pouco se as pessoas não forem educadas para um trabalho responsável e não se sentirem comprometidos com a qualidade dele (Mezomo, 2001, p.53). Segundo o autor, qualidade das pessoas é que faz a qualidade dos serviços da organização e garanti-la é criar bases para a sua sobrevivência. É preciso "fortalecer" as pessoas pelo treino e motivá-las pelo desenvolvimento do seu potencial e pela criação de elevados standards de desempenho (Mezomo, 2001, p.55).

Segundo a SPCI (2008), quem deve realizar o transporte é o enfermeiro responsável pelo doente, que o recebeu na urgência e o acompanhou desde a sua admissão. Mas, na prática isso quase nunca acontece pois o serviço de urgência continua a receber doentes todos eles potencialmente críticos e a equipa de enfermagem é muito heterogénea a nível de competências para tratamento e acompanhamento do doente crítico.

“As equipas de transporte de doentes críticos deverá ser constituída habitualmente pela tripulação da ambulância e quando se justificar, por enfermeiro e/ou médico, ambos com experiência em reanimação, com formação diferenciada no mínimo em SAV bem como experiência no manuseamento e manutenção do equipamento. (SPCI & OM 2008, p.18)

A formação e experiência clínica dos profissionais que constituem a equipa de transporte é um dos aspetos mais importantes para a promoção e garantia da segurança durante o transporte.

“É preciso atender com competência, delicadeza, rapidez e respeito... tal atitude supõe que as pessoas sejam treinadas não só para executar suas tarefas, mas também para descobrir oportunidades para a prática da excelência” (Mezomo, 2001, p. 90).

O Artigo 21º do Despacho nº 10319/2014 de 30 de Junho descreve a importância de que pelo menos 50% dos profissionais nas equipas de atendimento da rede, nos SUB, no SUMC e no SUP devem deter formação em Transporte de Doentes Críticos (TDC). Já em 2008, A SPCI fazia referência que cada instituição adotasse uma política clara e formal sobre o transporte de doentes, onde constasse a responsabilidade e a organização de equipas dedicadas de transporte (com treino específico e experiência regular), o investimento na formação (emergência em geral e no transporte aéreo) e a implementação de programas de acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico (com o envolvimento e o compromisso das instituições intervenientes).

A OE (2017) recomenda a valorização da formação dos enfermeiros em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC), reforçando junto das instituições de saúde que dotem as suas equipas com pessoal qualificado para que os cuidados prestados beneficiem os doentes. Para a Mesa do Colégio de Especialidade Médico-Cirúrgica, o profissional de enfermagem com melhor formação para integrar equipas de transportes de doentes críticos ou equipas de Emergência Intra-Hospitalar é o enfermeiro especialista em EMC na vertente da Pessoa em Situação Crítica (PSC).

Neste contexto em concreto, o transporte inter-hospitalar é realizado pelos enfermeiros do serviço de origem não havendo nenhuma equipa dedicada ou exclusiva para esta função. A responsabilidade de identificar o enfermeiro que realiza o transporte, é do enfermeiro responsável chefe de equipa. Este nomeia o elemento que realiza o transporte e reajusta o resto da equipa à necessidades do serviço. E quando há necessidade de realizar um transporte, esses enfermeiros são retirados do seu posto de trabalho para acompanharem o doente, sendo os seu doentes atribuídos depois a outros enfermeiros.

Não havendo nenhum critério definido, esta escolha assenta no juízo e raciocínio do enfermeiro chefe de equipa, perante uma avaliação prévia do contexto e equipa.

Baseado nesta realidade, e tendo em conta os critérios mencionados pela OE, pela SPCI e os autores, penso ser fundamental a realização deste trabalho de investigação/ação para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem no transporte do doente em situação crítica, definindo assim estratégias para sistematizar a tomada de decisão em relação à pessoa que necessita de ser transferida.

Assim o investigador começa a desenhar o estudo, partindo para as interrogações.

Neste sentido dizemos que as questões de investigação, são interrogações explícitas relativas a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações.

Uma questão de investigação é uma pergunta explícita, respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. (Fortin (2009, p.72-73)

Neste sentido, naturalmente surge como ponto de partida a questão de investigação é:

“Na fase de planeamento do transporte inter-hospitalar do doente crítico como participam os enfermeiros no processo de tomada de decisão? Que critérios utilizam e que formação específica têm?”

2. ENQUANDRAMENTO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE ESTUDO

A escolha do método depende da orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho, das suas crenças e, sobretudo, da natureza da questão colocada (Fortin, 2009, p.35).

A Investigação/ação (IA) procura unir teoria e prática, entre investigador e enfermeiros do contexto da prática clínica, mediante um processo de natureza cíclica. A IA procura unir teoria e prática, entre investigador e enfermeiros do contexto da prática clínica, mediante um processo de natureza cíclica (Marshall & Mckay, 2002).

Podemos definir quatro fases neste tipo de investigação. A primeira fase em que é caracterizada a problemática em estudo junto dos enfermeiros; esta etapa, assenta numa revisão da literatura e desenho da estrutura concetual do tema permitindo perceber o interesse do objeto de estudo para a investigação. A segunda fase tem por objetivo, planear a estratégia para a resolução do problema e planear e desenhar o projeto, de acordo com as necessidades da investigação. São definidas e planeadas estratégias de ação que visavam dar resposta às oportunidades de mudança identificadas e dar resposta às questões de investigação. A terceira fase teve por objetivo implementar a mudança no contexto, viabilizando a mudança na organização dos cuidados, no modelo de cuidados em uso e na documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros. A quarta fase tem por objetivo avaliar o impacto da mudança sobre as oportunidades identificadas e avaliar o efeito da intervenção nas questões de investigação.

Poderão emergir duas possibilidades, face aos resultados da avaliação sobre o problema e sobre as respostas às questões de investigação. A primeira possibilidade, associada à necessidade de melhorar o planeamento e o desenho do estudo, para obter as mudanças desejadas e/ou mais explicações para as questões de investigação.

Este trabalho, foi realizado sob o paradigma de investigação quantitativa e qualitativa, onde pretendi descrever, interpretar e analisar como é que os enfermeiros participam no processo de tomada de decisão na fase de planeamento do transporte inter-hospitalar. “Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, na medida em que, tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis” (Gil, 1991).

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios, suscetíveis de fornecer dados à consecução de um trabalho de investigação. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida (Fortin, 2009, p.310).

A amostra deste estudo é constituída pela totalidade dos enfermeiros do Serviço de Urgência onde exerço a minha atividade principal, uma vez que todos vivenciam a realidade na qual se encontra a problemática em estudo. População=65 enfermeiros.

“A amostra é uma fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa dessa população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos (...) é preciso que a amostra represente fielmente a população.” (Fortin, 2009)

A nossa amostra é do tipo não probabilístico intencional. Neste estudo optamos por escolher todos os enfermeiros do serviço de Urgência que exerçam prestações de cuidados diretos aos utentes, são os elementos que têm posse de conhecimento e experiência requerida, tendo o papel de decisão na equipa de enfermagem. Esta população, é a mais adequada ao nosso estudo pois, e concordando com Fortin (2009, p.322), “são indivíduos escolhidos suscetíveis de representar o tema em estudo e compreendê-lo... são estes os indivíduos que partilham de um traço característico comum.” Desta população apenas ficou excluída a enfermeira chefe, que não se enquadra na prestação direta aos utentes e também excluiu-se o investigador, logo n=65 enfermeiros.

2.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O processo de colheita de dados consiste em recolher, de forma sistemática, a informação desejada junto dos participantes, com ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para esse fim, tais como: inquéritos; questionários; formulários; entrevistas; observações e escalas.

Segundo Fortin (2009, p.368), “O investigador deve questionar-se se o instrumento que ele pensa utilizar para recolher a informação juntos dos participantes é o mais conveniente para responder às questões de investigação ou verificar hipóteses.”

Face aos constrangimentos da Pandemia que vivemos e por limitações da DGS em aplicar determinados métodos de colheita de dados, considerei que o instrumento mais adequado para a primeira fase do estudo seria a aplicação de um questionário. Este

questionário via *GoogleForms* (**ANEXO I**), visou a colheita de dados para caracterização demográfica da população, bem como o nível de conhecimentos, formação e competências específicas na área da abordagem e transporte do doente crítico, nomeadamente formação na área do TDC por forma a poderem ser desenvolvidas e implementadas estratégias de melhoria na área em estudo.

Enquanto técnica de recolha de dados, o questionário é bastante adequado para obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram assim como das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes. Pode ainda, contribuir para contrariar determinados enviesamentos próprios da observação participante (Werner [et al] in Lessard-Hébert [et al], 1990).

O questionário foi enviado via email interno do serviço, onde constava um link de acesso a um questionário online, onde cada enfermeiro participante teria de responder a um conjunto de perguntas após aceitar livremente colaborar no preenchimento do referido questionário.

Devido ao atraso na autorização por parte da comissão de ética, a colheita de dados só foi possível ser realizada no mês de dezembro de 2021.

2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Segundo Teixeira (1999, p.212) “Ética é a disciplina do conhecimento acerca do que é bom e mau, certo e errado, dever moral ou obrigação.” A exigência de uma conduta ética pode parecer chocante, como algo demasiado evidente para exigir comentário, mas o facto é que as considerações de ordem ética nem sempre recebem a atenção devida.

Quando se planeia elaborar um trabalho de investigação é fundamental ter em conta os aspetos éticos, preservando os direitos fundamentais das pessoas. Irei focar a atenção principalmente no direito ao anonimato e confidencialidade, uma vez que os alvos da investigação são enfermeiros.

Durante a realização deste estudo e aquando da colheita de dados, imperou a presença clara dos direitos fundamentais dos indivíduos, bem como, as implicações éticas subjacentes, nomeadamente:

Direito à autodeterminação – Baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e determinar o seu próprio destino. Em relação a este aspeto, o questionário continha um preambulo onde o participante, após informado acerca da temática e objetivo do estudo, aceitaria ou não o seu preenchimento de forma livre e voluntária;

Direito ao anonimato e à confidencialidade – Os resultados devem ser apresentados de tal forma, que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação. Relativamente a este aspeto, as respostas dadas por cada participante, eram automaticamente gravadas numa base de dados associada à plataforma permitindo assim, ao investigador o acesso aos mesmos sem poder ou conseguir reconhecer o seu autor;

Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo – Corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de a prejudicarem;

Direito a um tratamento justo e equitativo – Refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitada a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo.

Como refere Fortin (2003, p.117), “O direito ao anonimato e à confidencialidade é “respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador”, o que implica que os resultados “devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação.”

A confidencialidade “reporta-se à organização da informação íntima e privada. (...)” A quebra de confidencialidade acontece quando “o investigador, por acidente ou ação voluntária, permite a uma pessoa não autorizada o acesso aos dados brutos do estudo, levando à identificação do respondente e à violação do direito de anonimato.” (Fortin, 2003 p.117).

Para garantir, que estes princípios éticos sejam cumpridos e dado que o meu instrumento de colheita de dados é um questionário, foram elaborados dois documentos:

- Carta dirigida ao Conselho de Administração do Hospital solicitando autorização para realizar o estudo de investigação no Serviço de Urgência (**ANEXO II**);
- Documento dirigido aos enfermeiros participantes do questionário realizado para o estudo, onde serão informados sobre o instrumento de colheita de dados utilizado, que consiste num questionário online, salvaguardando os seus direitos e qual a finalidade do estudo. Será requerida a autorização individual de cada respondente (**ANEXO III**).

2.5. TRATAMENTO DOS DADOS

As informações adquiridas ao longo da pesquisa não respondem, por si só, ao problema de investigação. Elas precisam de ser codificadas e classificadas de alguma forma, de

modo a que se possa detetar, interpretar e avaliar os dados, para que se chegue a conclusões interessantes face ao problema em estudo.

Relativamente aos dados obtidos, estes foram recolhidos e realizado tratamento estatístico via SPSS e posteriormente realizada uma análise de conteúdo.

2.6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

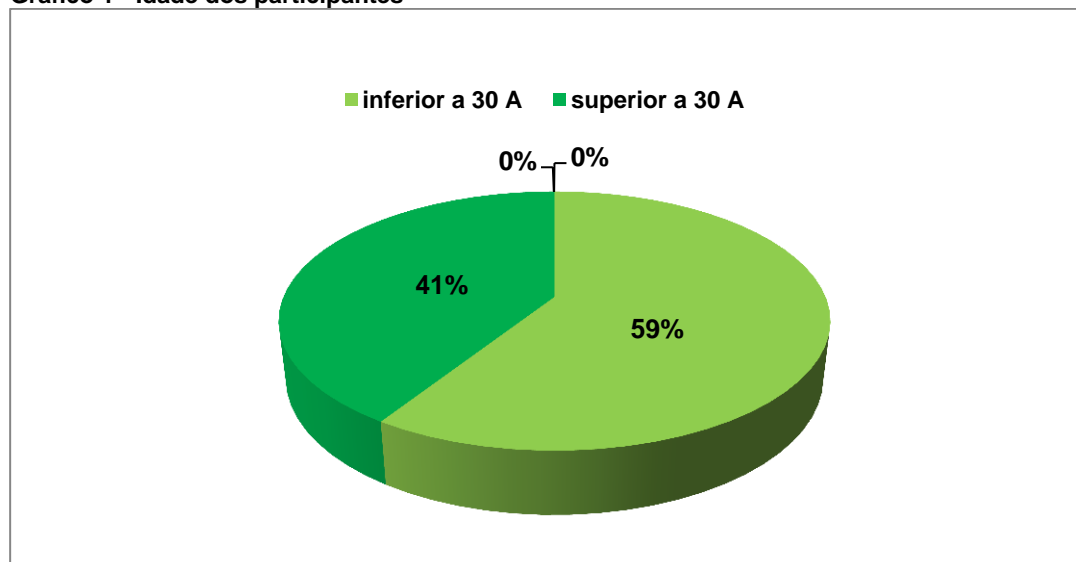
Após tratamento dos dados, na sua generalidade, houve necessidade de quantificar os dados obtidos nas questões fechadas e categorizar e qualificar as respostas das questões abertas.

O questionário estava dividido tendo por base 3 grandes focos, o primeiro com uma caracterização sociodemográfica dos participantes, o segundo com a caracterização das habilitações e formação avançada da população em estudo e o terceiro relativo ao conhecimento sobre TDC e estratégias sugeridas de futuro.

Relativamente à adesão e participação no questionário, obteve-se 65 respostas válidas e que correspondem a 100% de adesão.

Relativamente à idade dos participantes, os dados podem ser observados no gráfico em baixo.

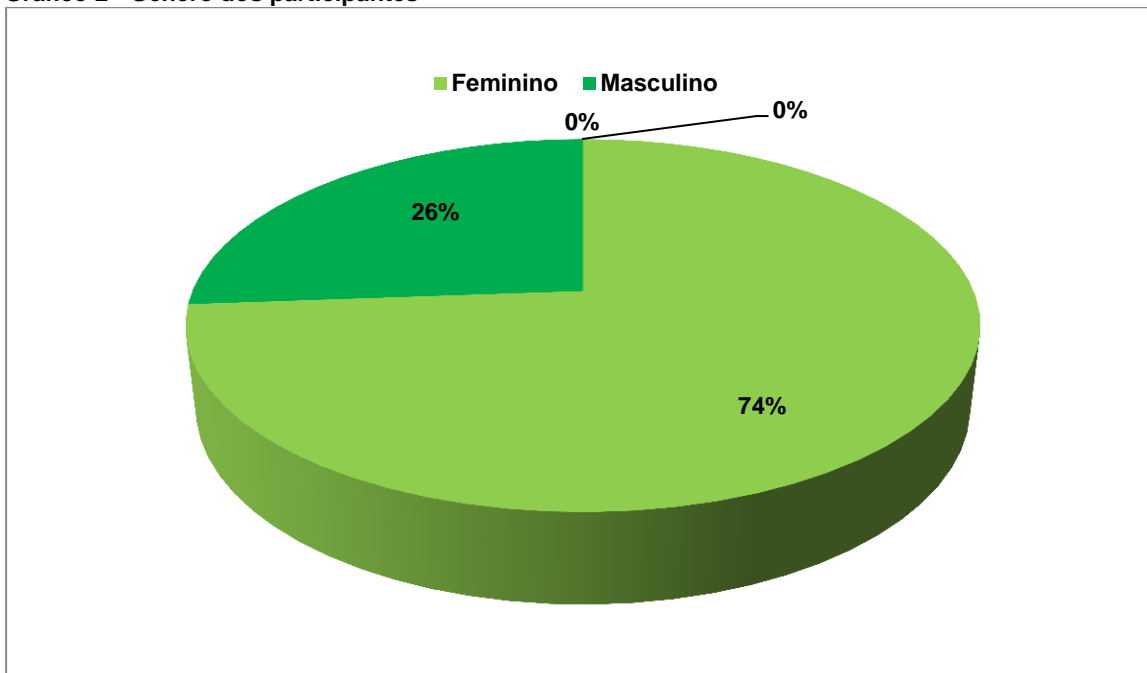
Gráfico 1 - Idade dos participantes



Na caracterização demográfica da população, pode-se aferir que 59% dos enfermeiros têm idade inferior a 30 anos de idade contra 41% de Enfermeiros com mais de 30 anos demonstrando assim o caracter jovem da equipa mas que não segue a linha nacional que ronda os 45,5% na faixa etária dos 30-40Anos (OE, 2019).

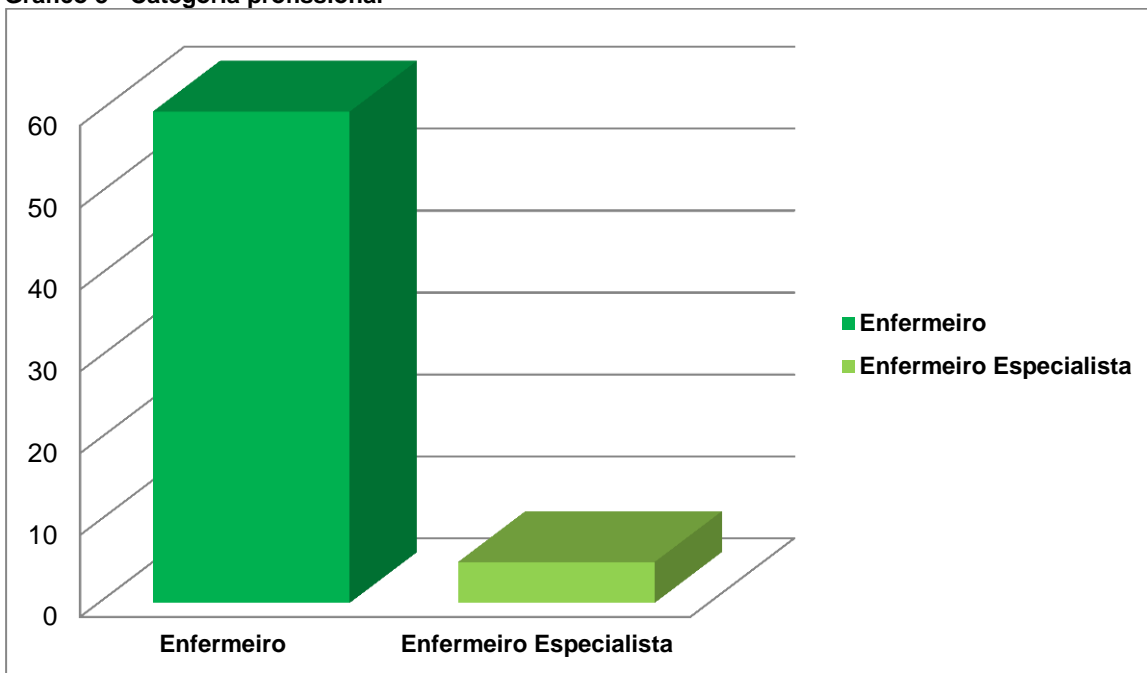
No gráfico 2, podemos ver a distribuição por género.

Gráfico 2 - Género dos participantes



Relativamente a esta característica, 48 enfermeiros (74%) são do género feminino contra 17 enfermeiros (26%) masculino, o que vai em linha com o que diz a OE (2019) num estudo intitulado: “Caracterização dos SU- Conhecer para Intervir”.

Gráfico 3 - Categoria profissional

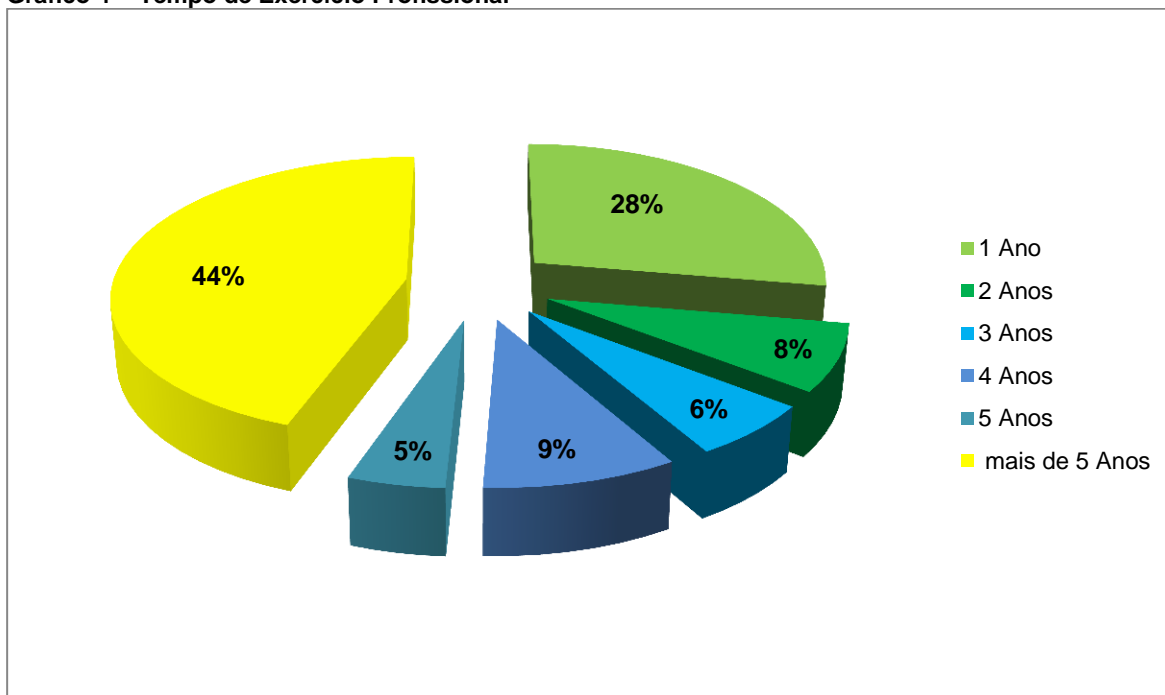


Em termos de Categoria Profissional, 60 (92.3%) são Enfermeiros, 5 (7.7%) são enfermeiros especialistas sendo que apenas 1 é Enfermeiro Especialista em EMC à PSC.

No Despacho nº 10319/2014, publicado em Diário da República, 2ª série – nº153 – 11 de agosto de 2014, na alínea c) do nº3 do artigo 21º, preconiza-se que, pelo menos 50% dos enfermeiros devem contemplar competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica, logo uma percentagem muito inferior ao esperado e admissível contrariando os normativos legais definidos.

Quanto ao tempo de Exercício Profissional, podemos ver o Gráfico 4 e constatar o seguinte:

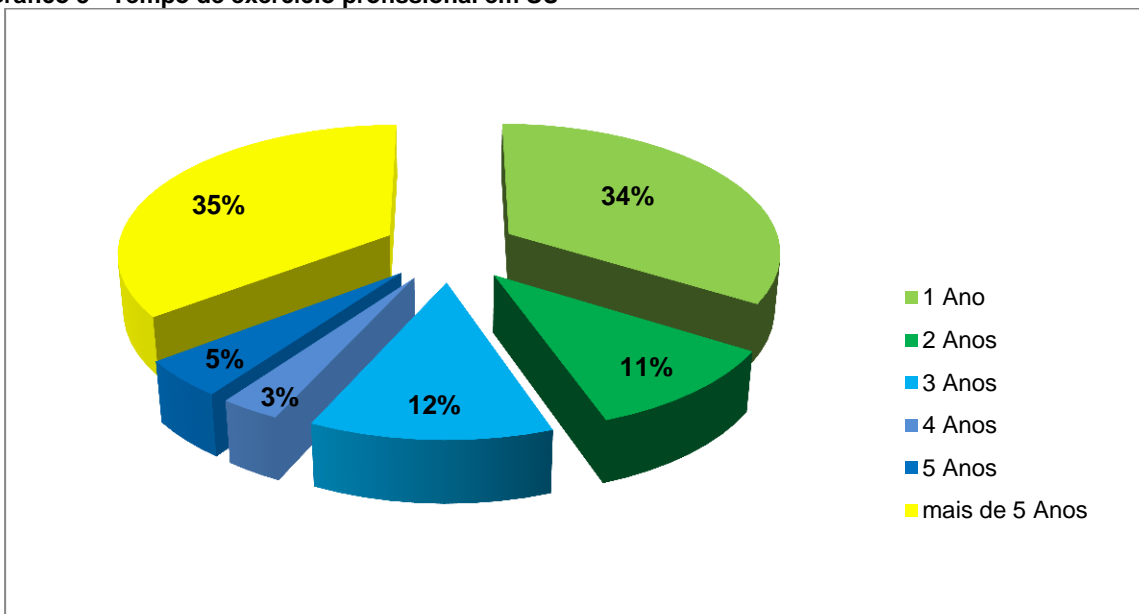
Gráfico 4 - Tempo de Exercício Profissional



Relativamente ao tempo de exercício profissional, 55% da equipa tem menos de 5 anos de experiência profissional efetiva, e destes 28% tem menos de 1 ano de experiência profissional.

Na questão: *“Há quanto tempo trabalha no Serviço de Urgência”*, obteve-se os seguintes resultados:

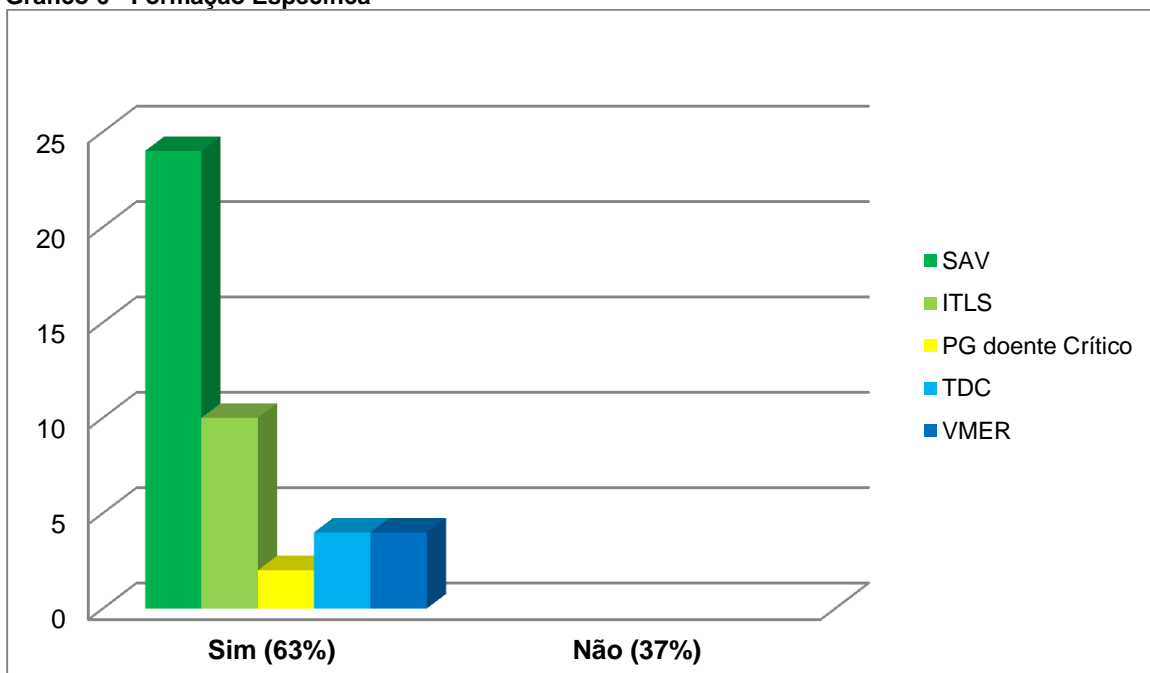
Gráfico 5 - Tempo de exercício profissional em SU



Face ao exercício de enfermagem concretamente no serviço de Urgência, 45% tem menos de 2 anos de experiência e 64.6% da equipa tem até 5 anos de experiência no SUMC, o que também vai em linha com as características dos SU a nível nacional (OE,2019) já para Benner (2005) o enfermeiro só se torna competente quando tem consciência dos seus atos e consegue analisá-los de forma crítica e reflexiva, planeando e priorizando as suas intervenções adequadamente, sendo a competência adquirida após dois a três anos de prática na mesma área de enfermagem.

Na questão: “*Tem formação específica na área do doente crítico?*”

Gráfico 6 - Formação Específica



Verifica-se que 63% dos inquiridos, diz ter formação específica na área do doente crítico, nomeadamente 48% em SAV, 20% em ITLS, e 14% em PG na área do doente crítico, 8% em TDC, 8% em VMER.

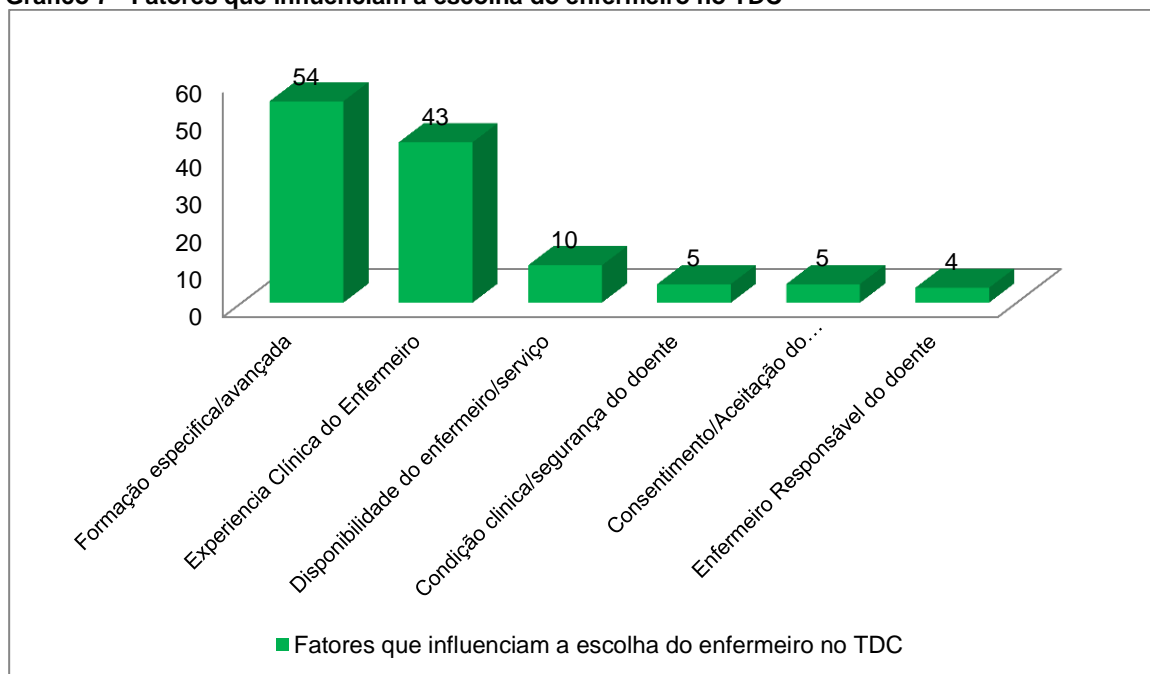
Segundo o Despacho n.º 10319/2014, publicado em Diário da República, 2ª Série – nº153, de 11 de agosto – nº 2, do artigo 21 - A formação dos enfermeiros do SU (SUB, SUMC e SUP) deve contemplar obrigatoriamente formação em SAV. A média dos enfermeiros com formação diferenciada em SAV em SUMC situa-se nos 60.7%, (OE,2019), valor muito acima dos 48% obtidos neste estudo.

Na questão: “*Conhece algum protocolo/guideline sobre transporte de doentes críticos?*”, 46 enfermeiros (70.9%) desconhece protocolos/*guideline* sobre TDC e destes apenas 57.9% associa ao que está emanado pela SPCI.

Quanto à questão: “*Conhece alguma norma orientadora para o transporte de doentes críticos?*” 40 enfermeiros (61.5%) dizem conhecer, mas destes apenas 78.8% diz utilizar no serviço de Urgência.

Em relação à pergunta: “*Que fatores considera influenciar a decisão da escolha do enfermeiro para a equipa de transporte?*” dos 65 inquiridos, foram apresentadas 121 respostas e estas foram categorizadas em 6 grupos como descrito no gráfico abaixo.

Gráfico 7 - Fatores que influenciam a escolha do enfermeiro no TDC



a) Formação específica/avançada com 54 respostas (44.6%); b) Experiência Clínica do Enfermeiro com 43 respostas (36.4%); c) Disponibilidade do enfermeiro/serviço, com 10 respostas (8.3%); d) Condição clínica/segurança do doente, com 5 respostas (4.1%); e)

Consentimento/Aceitação do Enfermeiro, com 5 respostas (4.1%) e f) Enfermeiro Responsável do doente, com 4 respostas (3.3%).

As respostas estão de acordo com o definido pela SPCI (2018) onde diz que Idealmente, um dos acompanhantes deve ser o enfermeiro responsável pelo doente, com experiência em reanimação e com treino em transporte de doentes críticos.

Na pergunta: “*Numa situação de transporte inter-hospitalar, selecione quais os critérios que considera importantes na seleção do enfermeiro que realiza o transporte,...*” as respostas obtidas foram categorizadas 4 grupos:

a) **Formação avançada na área**, nomeadamente SAV, TDC, SIV, PHTLS, ATLS, ACLS, VMER (com 43 respostas), Estas respostas estão de acordo com alguns autores que realçam o carácter obrigatório e desejável das equipas de transporte diferenciado nomeadamente a (SPCI, 2018);

b) **Anos de Serviço** (23 respostas);

c) **Ser o enfermeiro responsável do doente** (22 respostas);

d) **Outros fatores** (20 respostas), aqui os resultados obtidos foram subdivididos em 5 categorias: I) Experiencia em TDC; II) Características da equipa /serviço; III) Enfermeiro (características pessoais, segurança/emocional); IV) Enfermeiro chefe de equipa; V) Condição clínica/segurança do doente, fatores estes também mencionados pela SPCI,2018, bem como expressos no Regulamento n.º 743/2019 – Ordem dos Enfermeiros – Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem regulamentados pela OE, 2014, “As dotações seguras têm sido uma preocupação constante para a Ordem dos Enfermeiros, na medida em que a falta de recursos nas instituições coloca em causa a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à população”.

Quando colocada a questão: “*Concorda sempre com a decisão do médico na escolha do tipo de transporte interhospitalar?*”, aferiu-se que 57% dos inquiridos, refere não concordar com o tipo de transporte inter-hospitalar escolhido pelo médico contra 16.9% que diz concordar sempre com a decisão do médico. Além destas duas respostas há também 26.2% de inquiridos que não sabe responder, pois não têm formação na área para alicerçar uma opinião válida e objetiva sobre o tema.

Para resolução deste conflito, a solução foi assente em: a) Comunicação/diálogo entre chefe de equipa médico e de enfermagem (62.5%) e b) Argumentação sustentada na SPCI (37.5%). O aspeto da comunicação assertiva entre os enfermeiros é defendido por vários autores nomeadamente Gomes, Amendoeira e Martins (2012), quando referem que o

enfermeiro deve garantir o sucesso da comunicação que utiliza no âmbito da prestação de cuidados, uma vez que níveis de comunicação eficazes conduzem a resultados mais positivos. Outro autor que corrobora é Nunes (2007), que no exercício das suas funções o enfermeiro é confrontado com a necessidade de justificar e responsabilizar-se pelas decisões que toma, para com os seus doentes. Estas decisões devem ser baseadas no desenvolvimento de decisões claras, racionais e baseadas no conhecimento.

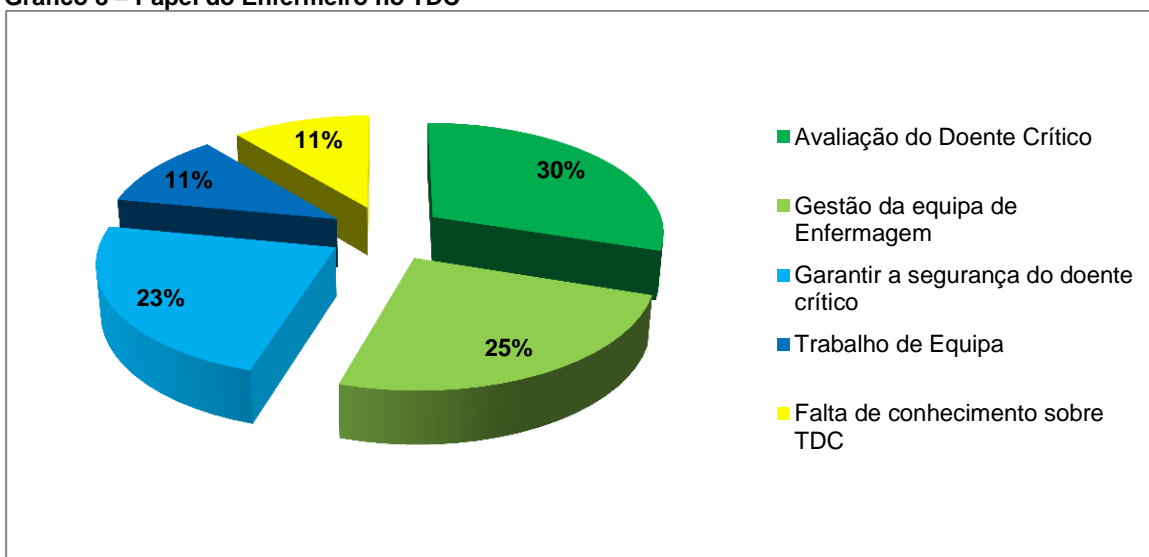
Nos enfermeiros que responderam que não concordavam sempre com o médico na decisão do tipo de transporte, as respostas foram categorizadas em 4 grupos:

- a) Alteração/manipulação do score de TDC (32.5%);
- b) Score de TDC vs o risco potencial agravamento clínico do doente (25%);
- c) Instabilidade do doente (22.5%);
- d) Avaliação multidisciplinar (20%).

Ou seja, os Enfermeiros, baseiam as suas decisões no seu conhecimento e intuição bem como nas recomendações da SPCI onde refere que as condições sob as quais as transferências são realizadas têm um impacto direto no prognóstico do doente e exigem uma coordenação entre hospitais e as equipas de transporte, de forma a que o transporte do doente decorra com a maior segurança. Deste modo, para a SPCI (2008), é fundamental refletir sobre o risco/benefício.

Relativamente à questão: *Qual é na sua opinião, o papel do enfermeiro no planeamento do transporte inter-hospitalar?* Obtiveram-se 65 (73 Tipos) respostas, com o reconhecimento de (96.9%) da importância do Enfermeiro no planeamento do TDC, sendo categorizadas em 5 categorias, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 8 – Papel do Enfermeiro no TDC



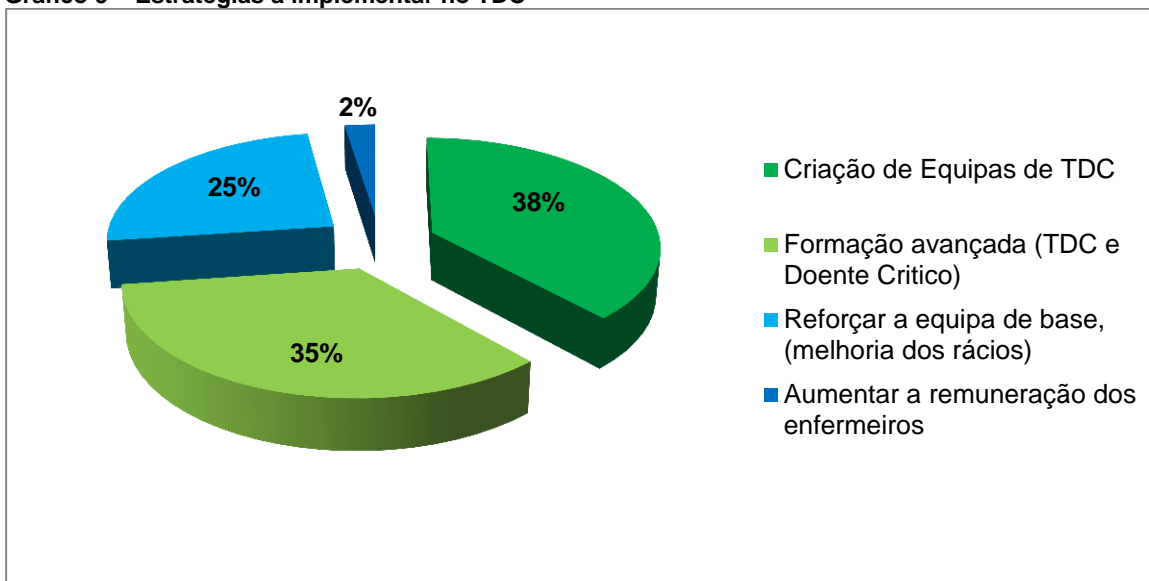
De forma a saber a prática atual dos enfermeiros no SU, foi questionado como é reorganizada a equipa de enfermagem pelos postos de trabalho com a ausência de um enfermeiro no serviço.

Nesta questão obtiveram-se 65 (75 Tipos) respostas, sendo categorizadas em 4 categorias:

- a) Redistribuição da equipa de Enfermagem (37.3%);
- b) Sobrecarga de outro colega (30.7%);
- c) O chefe de Equipa assume o posto de trabalho (21.3%);
- d) Depende do Chefe de Equipa (10.7%).

Na última questão colocada, *“Que estratégias considera pertinentes implementar, de futuro, para uma melhor gestão da equipa de enfermagem no transporte inter-hospitalar?”*, obtiveram-se 81 tipos de respostas, sendo categorizadas em 4 grupos conforme o gráfico seguinte:

Gráfico 9 – Estratégias a implementar no TDC



Deve existir uma equipa de profissionais dedicada, para o transporte do doente crítico. Essa equipa deve ser sujeita a formação específica, treino regular, de modo a estar qualificada para o transporte destes doentes.... (SPCI, 2018) A rentabilização da formação dessas equipas pode ser assegurada por esquemas de formação regional ou institucional. É necessário ter em consideração o mencionado no Regulamento n.º 743/2019 (OE) “As dotações seguras têm sido uma preocupação constante para a Ordem dos Enfermeiros, na medida em que a falta de recursos nas instituições coloca em causa a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à população”.

3. REFLEXÕES FINAIS

Chegando à etapa final deste estudo surgem as reflexões sobre todo o processo de investigação e sobre os importantes dados adquiridos ao longo do mesmo.

Segundo a SPCI (2008), um dos principais objetivos do transporte de qualquer doente deverá ser sempre a segurança do mesmo e dos profissionais envolvidos, pelo que não é aceitável que, associado ao processo de transporte, ocorra a deterioração do estado de saúde do doente.

Apesar de Valentin e Schwebel (2016) referirem que nunca será possível reduzir o risco ao nível zero, propõem-se que sejam feitas algumas questões antes do transporte do doente de forma a minimizar os riscos, tais como: a definição do objetivo do transporte; a avaliação do doente; a tomada de decisão de efetivar o transporte; a preparação e efetivação do transporte, nos quais se deve ter em atenção os equipamentos, a equipa de transporte, o meio de transporte e a lista de verificação.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 estabeleceu vários objetivos estratégicos, entre os quais aumentar a cultura de segurança do ambiente interno e aumentar a segurança da comunicação. Este plano realça também a importância da melhoria da segurança dos doentes, vista como uma das responsabilidades das equipas que mobilizam as suas competências individuais e de gestão de todas as atividades. Em suma, é da responsabilidade do Enfermeiro desenvolver estratégias para melhoria da segurança do doente no meio em que se insere.

Após análise dos dados obtidos no questionário, salienta-se como mais importantes os seguintes achados:

- 59% dos enfermeiros têm idade inferior a 30 anos de idade;
- 74% dos inquiridos são do género feminino contra (26%) masculino;
- O título profissional predominante no SUMC, é o Título de Enfermeiro com 92,3%, seguido de Enfermeiro especialista com 7.7%, sendo que apenas 1 é Enfermeiro Especialista em EMC à PSC.
- 55.4% da equipa tem menos de 5 anos de experiência profissional efetiva, e destes 27.7% tem menos de 1 ano de experiência profissional;
- 44.4% tem menos de 2 anos de experiência em contexto de SUMC.
- 63% dos inquiridos, têm formação específica na área do doente crítico,;

- os fatores que influenciam a decisão da escolha do enfermeiro para a equipa de transporte são: Formação específica/avançada, Experiência Clínica do Enfermeiro, Disponibilidade do enfermeiro/serviço, Condição clínica/segurança do doente, Consentimento/Aceitação do Enfermeiro e ser o Enfermeiro Responsável do doente;
- os fatores considerados importantes na seleção do enfermeiro para o TDC, são: Formação Avançada, Experiência profissional, Ser o enfermeiro responsável do doente;
- 56.9% dos enfermeiros não concorda com a decisão médica de transporte inter-hospitalar;
- o enfermeiro tem um papel importante e determinante no planeamento do TDC nomeadamente na Avaliação do Doente, na Gestão da equipa de Enfermagem, Na segurança do doente crítico, no Trabalho de Equipa.
- as estratégias futuras para resolução do problema de Investigação passam pela Criação de Equipas dedicadas de TDC, Formação avançada (TDC e Doente Critico), Reforçar a equipa tendo por base as dotações seguras para os SUMC e Aumentar a remuneração dos enfermeiros.

Com a elaboração deste trabalho de investigação foi possível dar início à construção e constituição de uma equipa dedicada de transporte inter-hospitalar do doente crítico, e apesar deste percurso ter iniciado há pouco mais de 1 ano, a verdade é que foi criada no serviço, uma Instrução de trabalho sobre os transportes inter-hospitalares do Doente Crítico bem como a definição de critérios da ativação e a sua constituição.

Da análise e interpretação dos resultados é objetivo: rever e reformular a Instrução de trabalho existente; salientar a necessidade da formação específica em SAV, ITLS e TDC e contribuir para a definição e requisitos dos enfermeiros da Equipa de TDC contribuído assim para garantir a segurança e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

Com a elaboração do presente relatório refleti sobre as competências comuns e específicas adquiridas e aprofundadas nos contextos da prática no âmbito dos cuidados especializados em EMC, evidenciei as competências de Mestre e, demonstrei o desenvolvimento de competências de análise crítico-reflexiva das situações decorrentes da prática profissional, bem como sobre o contributo das mesmas para a prática de enfermagem. Assim sendo, baseei a minha análise mediante o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro e Regulamento n.º 140/2019 de 06 de fevereiro), no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018, 16 de julho) e no Decreto-Lei n.º 65 de 16 de agosto de 2018 (Competências de Mestre).

Com a realização deste relatório, constatei que o meu crescimento se processou em diversos níveis, desde o profissional ao pessoal. Isto pois considero que me superei na constante demonstração de capacidades técnico-científicas, sociais e humanas, que me edificaram enquanto enfermeiro e enfermeiro especialista. Segundo Fonseca (2015), o enfermeiro EEMC presta cuidados de enfermagem em contextos onde se encontra a pessoa em situação crítica, isto é, desde o pré-hospitalar, passando pelo intra-hospitalar e, até no momento da alta, potenciando a transição saúde/doença, tendo em vista a sua recuperação.

Consegui, através do empenho e dedicação, adquirir um conjunto de saberes inerentes ao cuidar da pessoa em situação crítica, como nunca havia experienciado e que me possibilitaram o desenvolvimento da autonomia necessária para a prestação de cuidados altamente qualificados e de forma contínua, conjuntamente com a equipa multidisciplinar.

A especificidade de cada campo de estágio, bem como a relação estabelecida com os utentes, famílias e equipa multidisciplinar, foram fatores determinantes para alcançar com sucesso esta etapa profissional. Naturalmente a existência nos diferentes contextos de estágio, de diversas equipas de enfermagem e multidisciplinares, detentoras de uma base de conhecimentos sólidos e de um rigor técnico, com capacidade de adaptação, criatividade e flexibilidade, foram determinantes para o sucesso de todo este meu percurso especializado.

Os locais de EC pretendidos e escolhidos, foram atempadamente ponderados. Todos eram caracterizados por boas condições físicas e humanas, no que diz respeito a enfermeiros com elevado corpo de conhecimentos e competências na sua área de atuação. Estes motivos foram essenciais na aquisição e consolidação de conhecimentos para o desenvolvimentos de competências como enfermeiro especialista em enfermagem à PSC. Todos os EC

mostraram-se aliciantes, contudo, a PSC em contexto pré-hospitalar foi sem dúvida a mais desafiante, pela sua especificidade. Concluo que os três EC permitiram o desenvolvimento de capacidades e competências inerentes à prestação de cuidados à PSC, e que me permitiram adquirir autonomia na prestação de cuidados de excelência. A reflexão constante ajudou-me a reformular comportamentos e assim contribuir para a evolução dos cuidados prestados. A rigorosa crítica reflexiva sobre a prática desenvolvida durante os EC dão resposta ao objetivo deste relatório.

Penso que este relatório não reflete a imensidão de cuidados prestados de forma complexa, bem como todos os conhecimentos que foram adquiridos no decorrer da prática dos EC. Considero ter alcançado o sucesso na aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista e Mestre em Enfermagem à PSC, chegando a esta conclusão pelos vários momentos de avaliação dos EC, culminando na evolução de enfermeiro de cuidados gerais para Enfermeiro Especialista.

Em suma, cada objetivo, atividade e competência, neste meu processo de aprendizagem, são correspondentes a processos multidimensionais, que enquadram conceptualmente e tecnicamente os domínios das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na vertente PSC.

Do EC em Urgência, destaco o desenvolvimento das relações comunicacionais, gestão de processos complexos de doença e comunicação de más notícias. No EC em UCI, destaco o desenvolvimento na área da gestão da dor e da gestão de processos complexos de doença assentes em padrões de qualidade e dotações seguras para os doentes. No EC em Enfermagem pré-hospitalar, destaco o desenvolvimento das competências na área da Liderança e na Tomada de decisão à PSC.

Na minha opinião, cada saber em Enfermagem, constitui uma vertente indissociável do todo, não sendo passível de ser dividido em partes isoladas de aprendizagem.

A minha identidade profissional é decorrente de dezassete anos de experiência em diversos contextos de urgência e emergência médico-cirúrgico e toda a envergadura de experiência e saber, alicerçado no plano teórico lecionado, ao longo do ano letivo do mestrado. Tudo isto, será projetado, refletido, melhorado e acomodado conceptualmente, numa identidade, certamente, mais dotada de capacidades em vigilância, diagnóstico, decisão e intervenção profissional, sendo esta, à priori, a minha expetável e intenta convicção ideológica enquanto mestrando.

A prática baseada em evidências consiste em integrar as melhores evidências de pesquisa à habilidade clínica do profissional e à preferência do utente; de acordo com Fortin (1999) a

investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidados, assim este trabalho de Investigação/Ação, mostrou-se muito importante pois além para responder à nossa questão de investigação e perceber a importância do papel do enfermeiro no planeamento do transporte inter-hospitalar permitiu ser o impulsionador na construção e constituição da uma Equipa de Transporte Inter-hospitalar bem como na definição dos requisitos, competências e formação necessária para a constituição das mesmas.

Apesar da procura pelo maior rigor metodológico possível na elaboração deste estudo, estou consciente das possíveis limitações que possam estar implícitas.

Uma vez que se trata do primeiro trabalho de investigação em que apliquei uma abordagem quantitativa, a minha inexperiência poderá ter sido uma limitação para este estudo.

A aplicação de um questionário *online*, facilitou a colheita de dados uma vez que permitiu, a cada enfermeiro, decidir quando responder ao *link* que lhe foi enviado.

Realizar um trabalho de investigação/ação em tempo de pandemia mundial, com todas as limitações e restrições impostas pela DGS face à evolução diária da COVID-19, obriga ao investigador a optar e mudar de estratégias nomeadamente nos instrumentos de colheita de dados. Se inicialmente eu tinha planeado realizar uma entrevista, rapidamente optei por uma questionário online, mostrando-se muito prático e eficiente na colheita de dados para o estudo.

Tendo em conta que este estudo foi realizado no meu serviço e onde a problemática em estudo faz parte da minha vivência diária, também senti alguma dificuldade inicial em me distanciar e colocar na posição de investigador. Contudo, essa dificuldade foi ultrapassada, através de uma constante postura reflexiva e imparcial.

Relativamente a projetos futuros, pretendo reajustar a Instrução de trabalho já criada e garantir que todos os elementos da equipa de TDC, sejam detentores de formação específica atualizada nomeadamente, SAV, ITLS e TDC.

Para finalizar, este percurso académico trouxe e obrigou a muitos sacrifícios quer pessoais, familiares e profissionais mas o desafio ao qual me propus, demonstrou-me que o caminho é mesmo este, ser enfermeiro especialista e mestre é estar em constante crescimento pessoal, basear a sua prática na evidência científica, desenvolvendo competências na área da Investigação, na Liderança, na Gestão. É ser-se Perito na prática clínica e Líder da prática clínica atendo sempre à excelência da Profissão de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alamanou, D. G. &, Brokalaki, H. (2014). Intrahospital transport policies: The contribution of the nurse. *Health Science Journal*, (8) 166-178. Retrieved September 20, 2021, from <https://www.hsj.gr/medicine/intrahospital-transport-policies-the-contribution-of-the-nurse.php?aid=2749>
- Baraãno, A.M. (2004). Métodos e técnicas de investigação em gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação. Lisboa: Edições Sílabo
- Beckmann, U., Gillies, D. M., Berenholtz, S. M., Wu, A. W. & Pronovost, P. (2004) Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients: An analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care. *Intensive Care Medicine*. 30(8),1579– 1585. Retrieved August 2, 2020, from <https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-004-2177-9>
- Bello G., Pascale G. & Antonelli M. (2013) Noninvasive ventilation: practical advice. doi 10.1097/MCC.0b013e32835c34a5
- Bergman, L. M., Pettersson, M. E., Chaboyer, W. P., Carlström, E. D. & Ringdal, M. L. (2017) Safety Hazards During Intrahospital Transport: A Prospective Observational Study. *Critical Care Medicine*. 45(10), e1043-e1049. doi 10.1097/CCM.0000000000002653
- Blakeman, T. C. & Branson, R. D. (2013). Inter- and Intra-hospital Transport of the Critically Ill. *Respiratory Care*. 58 (6). 1008-1023. doi: 10.4187/respcare.02404
- Cerullo, J., Cruz, D. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino americana de Enfermagem*, 18(1), 1-6.
- De Almeida, A. C. G. de, Neves, A. L. D., Souza, C. L. B. de, Garcia, J. H., Lopes, J. de L., & Barros, A. L. B. L. de. (2012). Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 471–476.
- DECRETO-LEI N.º 161/96 DE 4 DE SETEMBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I-A série, N.º 205 (1996). Acedido a 11 nov. 2021. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- DECRETO-LEI Nº 38/92 DE 28 DE MARÇO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I-A série, Nº 74 (1992). Acedido a 11 nov. 2021. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- DESPACHO N.º 10109/2014 DE 6 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO DA SAÚDE. Diário da República. II série, N.º 150 (1992). Acedido a 11 nov. 2021.. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- DESPACHO N.º 10319/2014 DE 11 DE AGOSTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO DA SAÚDE. Diário da República. II série, N.º 153 (2014). Acedido a 11 nov. 2021, Disponível em <http://www.dre.pt>.
- DESPACHO N.º 1400-A/2015 DE 10 DE FEVEREIRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO DA SAÚDE. Diário da República. II série, N.º 28 (2015). Acedido a 11 nov. 2021. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- DESPACHO N.º 5058-D/2016 DE 13 DE ABRIL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO DA SAÚDE. Diário da República. II série, N.º 72 (2016). Acedido a 11 nov. 2021, Disponível em <http://www.dre.pt>.
- DESPACHO Nº 5414/2008 DE 28 DE FEVEREIRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: II Série, nº 42 (2008). Acedido a 16 fev. 2020. Acedido a 11 nov. 2021. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- DESPACHO N.º 5613/2015, DE 27 DE MAIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO DA SAÚDE. Diário da República. II série, N.º 102 (2015). Acedido a 11 nov. 2021. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- DIÁRIO DA REPUBLICA Nº 181/2015 DE 16 DE SETEMBRO. ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da República, I série, Nº 181 (2015). Acedido a 11 nov. 2021. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- Direção Geral de Saúde (2011). Relatório Técnico. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa: Ministério da Saúde. Retrieved September 9, 2021, from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-dodoente-png.asp>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma n.º 15/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015. Retrieved September 10, 2021, from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>

- Direção-Geral da Saúde (2016). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Retrieved September 25, 2021, from <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dosdoentes.aspx>
- Droogh, J. M., Smit, M., Hut, J., de Vos, R., Ligtenberg, J. J., & Zijlstra, J. G. (2012). Inter-hospital transport of critically ill patients; expect surprises. *Critical Care*, 16(1) 1-6. doi 10.1186/cc11191
- Droogh, J. M., Smit, M., Absalom, A. R., Ligtenberg, J., & Zijlstra, J. G. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Critical Care*, 19(1), 62. doi 10.1186/s13054-015-0749-4
- Erler, C., Edwards, N. E., Ritchey, S., Pesut, D. J., Sands, L., & Wu, J. (2013). Perceived Patient Safety Culture in a Critical Care Transport Program. *Air Medical Journal*, 32(4), 208–215. doi 10.1016/j.amj.2012.11.002
- Etxebarria, M. J., Serrano, S., Ruiz, R., Cía, M., Olaz, F., & López, J. (1998). Prospective application of risk scores in the interhospital transport of patients. *Eur J Emerg Med*, Mar, 5(1), 13-7. Retrieved setembro 22, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10406413/>
- Fanara, B., Manzon, C., Barbot, O., Desmettre, T., & Capellier, G. (2010). Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*, 14(3), 1-10. doi 10.1186/cc9018
- Fortin, M. (2000). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M. F., Côte, J. & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta.
- Graça, A. et al. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência, série IV*(15), 133-144. Retrieved setembro 13, 2021, from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIvN15/serIvN15a14.pdf>
- Infopédia (2020). Dicionários Língua Portuguesa. Porto Editora. Retrieved Setembro 15, 2021, from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Transporte do doente crítico. Lisboa, Portugal. Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Manual de abordagem à vítima. Lisboa, Portugal.
- Intensive Care Society (2002). Guidelines for the transport of the critically ill adult. Standards and Guidelines. Retrieved novembro 10, 2021, from http://anaesthesiaconference.kiev.ua/downloads/ICU_transport_2002.pdf
- Intensive Care Society (2011). Guidelines for the transport of the critically ill adult (3rd edition). Retrieved August 02, 2020, from <https://static1.squarespace.com/static/595276205016e1a5826a3dee/t/59cb93baf09ca4f1e7f8eb2f/1506513856050/Transport+of+Critically+Ill+Adults+2011.pdf>
- Intensive Care Society (2019). Guidance On: The Transfer Of the Critically ill Adult Retrieved setembro 01, 2021, from https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf
- Jia, L., Wang, H., Gao, Y., Liu, H., & Yu, K. (2016). High incidence of adverse events during intrahospital transport of critically ill patients and new related risk factors: a prospective, multicenter study in China. *Critical Care*, 20(1), 1-13. doi 10.1186/s13054-016-1183-y
- Lacerda, M., Cruvinel, M., & Silva, W. (2011). Transporte de pacientes: Intra-hospitalar e interhospitalar. (5). 105-123. Retrieved Setembro 20, 2021, from <https://www.pilotopolicial.com.br/Documentos/Artigos/Transportehospitalar.pdf>
- LEI N.º 156/2015 DE 16 DE SETEMBRO. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República: I série*, N.º 181 (2015), 8059-8105. Acedido a 05 novembro. 2021. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- LEI N.º 12/97 DE 21 DE MAIO. *Diário da República: I-A série* I-A, N.º 117 (1997). 2511. Acedido a 12 jul. 2019. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- LEI N.º 25/2012 DE 16 DE JULHO. *Diário da República: I-A série*, N.º 136 (2012). 3728-3730. Acedido a 01 ago. 2019. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- LEI N.º 48/90 DE 24 DE AGOSTO. *Diário da República: I série*, N.º 195 (1990). 3452-3459. Acedido a 15 jul. 2019. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- Massada, S., & Grupo de Trauma do Hospital de São João. (2002). Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave. Normas de Orientação Clínica e Administrativa. Retrieved September 05, 2021 from <http://files.jvilelas.webnode.pt/200000147-5cb905db2e/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20Ressuscita%C3%A7%C3%A3o%20do%20doente%20com%20trauma.pdf>
- Mendes, J. & Ponce, P., (2015). Manual de medicina intensiva. Lisboa: Lidel. Muniz, E. C. S., Thomaz, M. C. A., Kubota, M. Y., Cianci, L., & Sousa, R. M. C. de. (1997). Utilização da Escala de Coma de Glasgow e

- Escala de Coma de Jovet para avaliação do nível de consciência. Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 31(2), 287–303. doi 10.1590/s0080- 62341997000200010
- Neto, A. J. (2003). Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. Revista Servir, 5(51) 214-228.
- Nunes, F. (2009). Tomada de decisão do enfermeiro no transporte do doente crítico. Revista Nursing, 246, 40-46. Retrieved september 08, 2021, from [http://www.forumenfermagem.org/dossiartecnico/revistas/nursing/item/3526-tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do--doen te-critico#.WNrGmRLytsM](http://www.forumenfermagem.org/dossiartecnico/revistas/nursing/item/3526-tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do--doen-te-critico#.WNrGmRLytsM)
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Sistema de Informação de Enfermagem - Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnicos–funcionais. Retrieved Setembro 11, 2021, from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Retrieved September 11, 2021, from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadreesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer n.º 09/2017. Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Retrieved September 09, 2021, from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_trans portepessoasituacacritica.pdf
- Ordem dos médicos. (2008). Grupo de Trabalho (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Recomendações-Transporte de Doentes Críticos, Retrieved August 10, 2021, from <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Ordem dos médicos. (2009). Grupo de Trabalho de Trauma. Normas de boa pratica em trauma. Retrieved September 10, 2021, from http://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2008). Emergency Medical Services Systems in the European Union. Relatório da Organização Mundial de Saúde. Retrieved August 30, 2021, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107916/E92038.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.
- REGULAMENTO Nº 124/2011 DE 18 DE FEVEREIRO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da república: II série, Nº 35 (2011), 8656-8657. Acedido a 10 julho. 2021. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- REGULAMENTO N.º 140/2019 DE 6 DE FEVEREIRO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS.
- REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA. Diário da República: II série. N.º 26 (2019), 4744-4750. Acedido a 10 julho. 2021. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- REGULAMENTO Nº 161/1996 DE 4 DE SETEMBRO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diário da República: I série, Nº 205 (1996), 2959-2962. Acedido a 22 out. 2020. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- REGULAMENTO N.º 429/2018 DE 16 DE JULHO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICOCIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. Diário da República: II série. Nº 135, 19359-19370. Acedido a 11 jul. 2021. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- REGULAMENTO N.º 361/2015 DE 26 DE JUNHO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Diário da República. II série, N.º 123, 17240-17243. Acedido a 22 jul. 2021. Disponível em <http://www.dre.pt>.
- Ribeiro, G. da S. R., Silva, R. C. da, & Ferreira, M. de A. (2016). Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 69(5), 972–980. doi 10.1590/0034-7167.2016690505
- Santos, E. (2004). Investigação social: da problemática à recolha de dados. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2014). Circular informativa nº 5/2014 de 24 de junho de 2014. Retrieved September 1, 2021 from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload2013/rentev-circular-pdf.aspx>
- Santos, E. e Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. Referência, (11), 59-62.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Servir, 55(1-2), 11-20.
- Skulmoski, G., Hartman, F. & Krahn, J. (2007). The Delphi method for graduate research. Journal of information technology education, 6. Retrieved May 18, 2020, from <http://www.jite.org/ documents/Vol6/JITEv6 p001-021Skulmoski212.pdf>

- Soares, J. L. D. (2007). Simiologia médica. Princípios, métodos e interpretação. Lisboa: Lidel Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Retrieved May 5, 2020, from de: https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf
- Stearley H.E. (1998). Patients' outcomes: intrahospital transportation and monitoring of critically ill patients by a specially trained ICU nursing staff. *Am J Crit Care*. 7(4), 282-7. Retrieved July 20, 2021 from <https://aacnjournals.org/ajconline/article-abstract/7/4/282/6311/Patients-outcomes-intrahospital-transportation-and?redirectedFrom=fulltext>
- Tanner (2006) Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Education*, 45(6), 204-211.
- Valentin, A. & Schwebel, C. (2016). Into the out: safety issues in interhospital transport of the critically ill. *Intensive Care Med* (42). 1267-1269. doi 10.1007/s00134-016-4386-4
- Vasconcelos, P. et al. (2019). Abordagem, Transporte e Segurança do Doente Crítico. Lisboa: Ocean Medical
- West Yorkshire Critical Care & Major Trauma Operational Delivery Networks (WYCCODN) (2017). Adult Critical Care Transfer Guidelines. Retrieved September 09, 2021, from https://www.wyccn.org/uploads/6/5/1/9/65199375/wyccodn_transfer_guideline_2017_.pdf

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário Online (*GoogleForms*)

11/04/22, 22:27

Participação dos Enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do Doente Crítico no Serviço d...

Participação dos Enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do Doente Crítico no Serviço de Urgência.

Informação ao participante:

O presente questionário insere-se no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica- Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Leiria.

Considerando os cuidados de saúde à pessoa em situação crítica aliado ao fato do transporte inter-hospitalar ser uma realidade cada vez mais comum no nosso serviço, surge a necessidade da realização deste estudo que tem como principal objetivo responder à pergunta:

"Na fase de planeamento do transporte inter-hospitalar do doente crítico como participam os enfermeiros no processo de tomada de decisão?"

Desta forma o enfermeiro especialista deverá contribuir para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, identificando oportunidades que sejam relevantes para a investigação em saúde nomeadamente na área do doente crítico.

Deste modo, venho convidá-lo(a) a participar, no estudo "A participação dos enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do doente crítico no Serviço de Urgência", através do preenchimento do questionário que se segue, onde a demora média de resposta é de 10 minutos.

O público alvo deste estudo são todos enfermeiros que exercem funções no serviço de

A recolha de dados será efetuada através desta plataforma online (Goggle Forms). Os resultados obtidos serão utilizados exclusivamente para o presente estudo e publicações científicas que dele possam decorrer.

Será salvaguardado sempre o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações transmitidas pelos mesmos.

A sua participação no estudo é voluntária, podendo recusar-se a participar ou podendo retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer justificação e sem quaisquer implicações.

O presente questionário encontra-se dividido em duas partes:

- 1.ª parte- Caracterização da Equipa de Enfermeiros do Serviço de Urgência;
- 2.ª parte- Conhecer e compreender o conhecimento dos enfermeiros sobre a autonomia e capacidade de decisão na fase de planeamento do transporte inter-hospitalar.

Prevê-se terminar o estudo em dezembro 2021. Caso seja do seu interesse saber informações adicionais ou sobre os resultados obtidos pode contactar o investigador através do email: marco.gaspar@hvf.min-saude.pt

Agradeço desde já a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,
Marco Gaspar

https://docs.google.com/forms/d/1_0kNgWR_F4rRa_faKL1VslPFXQEO_fJbY11TJNPtW0/edit

1/11

11/04/22, 22:27

Participação dos Enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do Doente Crítico no Serviço d...

***Obrigatório**

1. Email *

Consentimento

Ao preencher este questionário o participante declara que:

- Compreende a informação disponibilizada sobre o estudo;
- Aceita participar no estudo de livre vontade;
- Sabe que pode abandonar o estudo, sem qualquer prejuízo ou inconveniente;
- Sabe que as respostas recolhidas são anónimas e confidenciais, destinadas apenas a fins de investigação;
- Sabe que não será possível a identificação dos participantes, nem os locais de exercício profissional;
- Sabe que na divulgação dos resultados será salvaguardada qualquer informação que permita a ligação entre as respostas e os participantes;
- Compreende que se tiver necessidade pode solicitar esclarecimento adicional sobre o estudo ou sobre a sua participação, através do e-mail do investigador responsável: marco.gaspar@hvfx.min-saude.pt

2. Aceito participar depois de ter lido e entendido a informação acerca do estudo, fornecida pelo investigador. *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Parte I

Caracterização da Equipa de Enfermeiros do Serviço de Urgência

11/04/22, 22:27

Participação dos Enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do Doente Crítico no Serviço d...

3. Idade: *

Marcar apenas uma oval.

- 20-22
- 23-25
- 26-28
- 29-31
- 32-34
- 35-37
- 38-40
- 41-43
- 44-46
- 47-49
- 50-52
- 53-55
- 56-58
- 59-60
- +60

4. Género: *

Marcar apenas uma oval.

- Masculino
- Feminino

5. Título profissional: *

Marcar apenas uma oval.

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista

https://docs.google.com/forms/d/1_0kNgWR_F4rRa_faKL1VslPFXQEo_fJbY11TJNPfW0/edit

3/11

11/04/22, 22:27

Participação dos Enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do Doente Crítico no Serviço d...

6. Se Especialista, qual especialidade?

7. Anos de Serviço : *

Marcar apenas uma oval.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- +25

11/04/22, 22:27

Participação dos Enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do Doente Crítico no Serviço d...

8. Há quanto tempo trabalha no Serviço de Urgência: *

Marcar apenas uma oval.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- +25

https://docs.google.com/forms/d/1_0kNgWR_F4rRa_faKL1VsiPFXQEO_fJbY11TJNPfW0/edit

5/11

11/04/22, 22:27

Participação dos Enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do Doente Crítico no Serviço d...

9. Desempenha funções como chefe de Equipa?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. Se sim, há quantos anos?

Marcar apenas uma oval.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

+10

11. Tem formação específica na área do doente crítico? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. Se SIM, qual/quais?

https://docs.google.com/forms/d/1_0kNgWR_F4rRa_faKL1VsiPFXQEo_fJbY11TJNPftW0/edit

6/11

11/04/22, 22:27

Participação dos Enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do Doente Crítico no Serviço d...

Parte II

Conhecimento dos enfermeiros sobre a autonomia e capacidade de decisão na fase de planeamento do transporte inter-hospitalar.

13. Conhece algum protocolo/guideline sobre transporte de doentes críticos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

14. Se SIM, qual/ quais?

15. Conhece alguma norma orientadora para o transporte de doentes críticos? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

16. Se Sim, utiliza alguma no "seu" serviço?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

https://docs.google.com/forms/d/1_0kNgWR_F4rRa_faKL1VslPFXQEo_fJbY11TJNPrW0/edit

7/11

11/04/22, 22:27

Participação dos Enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do Doente Crítico no Serviço d...

17. Que fatores considera influenciar a decisão da escolha do enfermeiro para a equipa de transporte? *

18. Numa situação de transporte inter-hospitalar, seleccione quais os critérios que considera importantes na seleção do enfermeiro que realiza o transporte, enumerando por ordem crescente da importância, sendo "1" o mais importante e "6" menos importante. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5	6
Anos de Serviço do enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formação Avançada (SAV, SIV, PHTL, ATLS, ACLS, VMER,...),	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermeiro responsável do doente;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermeiro que se voluntaria;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermeiro por escolha aleatória;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11/04/22, 22:27 Participação dos Enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do Doente Crítico no Serviço d...

19. Na resposta anterior, se mencionou "outros", mencione qual/ quais critério(s)

20. Concorda sempre com a decisão do médico na escolha do tipo de transporte interhospitalar?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sei

21. Se NÃO, porquê?

22. Já teve alguma situação de conflito com a equipa médica acerca dos elementos escolhidos para a equipa de transporte? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

11/04/22, 22:27 Participação dos Enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do Doente Crítico no Serviço d...

23. Se Sim, como resolveu?

24. Qual é na sua opinião, o papel do enfermeiro no planeamento do transporte inter-hospitalar? *

25. No seu entender o enfermeiro tem um papel importante no planeamento do transporte de doente crítico? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sei

26. Se SIM, porquê?

11/04/22, 22:27 Participação dos Enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do Doente Crítico no Serviço d...

23. Se Sim, como resolveu?

24. Qual é na sua opinião, o papel do enfermeiro no planeamento do transporte inter-hospitalar? *

25. No seu entender o enfermeiro tem um papel importante no planeamento do transporte de doente crítico? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Não sei

26. Se SIM, porquê?

https://docs.google.com/forms/d/1_0kNgWR_F4rRa_faKL1VsiPFXQEo_fJbY11TJNPftW0/edit 10/11

O questionário online pode ser acedido na íntegra através do link:

https://docs.google.com/forms/d/1_0kNgWR_F4rRa_faKL1VsiPFXQEo_fJbY11TJNPftW0/edit?usp=sharing

Apêndice II – Pedido e respectiva Autorização do Conselho de Administração do Hospital XXXXX para realização do estudo de Investigação.

Ex.mo Senhor Director

do Conselho de Administração
do Hospital [REDACTED]
Comissão de Ética

Assunto: Pedido de autorização para realizar um questionário como instrumento de colheita de dados para um estudo de investigação no Serviço de Urgência do [REDACTED]

Ex.mo Senhor Director:

Eu, Marco Gaspar, Enfermeiro a realizar o Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica- Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica 8ª edição ano letivo 2020/2021 e para cumprimento do plano de estudos, foi proposto a realização de um Projeto de Investigação, na área de interesse. O tema selecionado foi "A participação dos enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte interhospitalar no doente crítico no Serviço de Urgência".

Com o objetivo de utilizar o instrumento de colheita de dados elaborado para o estudo, que consiste num questionário, dirigida aos enfermeiros que exercem funções no Serviço de Urgência deste hospital, venho por este meio solicitar a autorização para a sua aplicação. Informo que estamos cientes do cumprimento dos princípios éticos salvaguardando os mesmos.

Comprometo-me a respeitar o anonimato e a confidencialidade dos dados, além do que, toda a colheita de dados será efetuada com base na autorização dos inquiridos.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 10 de Abril de 2021

Marco Gaspar



Estudo - Enfº Marco Gaspar - ... transporte inter-hospitalar...

3 mensagens

Conselho de Administração

26 de novembro de 2021 às 17:43

Para: [Redacted]

Boa tarde
Enfº Marco Gaspar,

Serve o presente para informar que o estudo/projecto de investigação abaixo identificado foi aprovado, em sede de Comissão Executiva, no dia 28/10/2021.

Estudo - A participação dos enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do doente crítico no serviço de urgência

A Comissão Executiva solicita o preenchimento do documento que se envia em anexo, o qual deve ser remetido ao secretariado do Conselho de Administração, aquando da conclusão do estudo/projecto de investigação em apreço.

Com os melhores cumprimentos,



Minuta - Conclusões Estudo-Projeto de Investigação.docx
50K

Apêndice III – Consentimento Informado aos Participantes no Estudo

Informação ao participante:

O presente questionário insere-se no âmbito Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica- Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Leiria.

Considerando os cuidados de saúde à pessoa em situação crítica aliado ao fato do transporte inter-hospitalar ser uma realidade cada vez mais comum no nosso serviço, surge a necessidade da realização deste estudo que tem como principal objetivo responder à pergunta: *“Na fase de planeamento do transporte inter-hospitalar do doente crítico como participam os enfermeiros no processo de tomada de decisão?”*.

Desta forma o enfermeiro especialista deverá contribuir para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, identificando oportunidades que sejam relevantes para a investigação em saúde nomeadamente na área do doente crítico.

Deste modo, venho convidá-lo(a) a participar, no estudo “A participação dos enfermeiros no processo de tomada de decisão do transporte inter-hospitalar do doente crítico no Serviço de Urgência”, através do preenchimento do questionário que se segue, onde a demora média de resposta é de 10 minutos.

O público alvo deste estudo são os enfermeiros que exercem funções no serviço de Urgência do Hospital [REDACTED]

A recolha de dados será efetuada através desta plataforma online (*Google Forms*). Os resultados obtidos serão utilizados exclusivamente para o presente estudo e publicações científicas que dele possam decorrer.

Será salvaguardado sempre o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações transmitidas pelos mesmos. A sua participação no estudo é voluntária, podendo recusar-se a participar ou podendo retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer justificação e sem quaisquer implicações.

O presente questionário encontra-se dividido em duas partes:

- 1.ª parte- Caracterização socio-demográfica da Equipa de Enfermeiros do Serviço de Urgência;
- 2.ª parte- Conhecer e compreender o conhecimento dos enfermeiros sobre a autonomia e capacidade de decisão na fase de planeamento do transporte inter-hospitalar.

Prevê-se terminar o estudo em setembro 2021. Caso seja do seu interesse saber informações adicionais ou sobre os resultados obtidos pode contactar o investigador através do email: [REDACTED]

Agradeço desde já a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Marco Gaspar

Ao preencher este questionário o participante declara que:

- Compreende a informação disponibilizada sobre o estudo;
- Aceita participar no estudo de livre vontade;
- Sabe que pode abandonar o estudo, sem qualquer prejuízo ou inconveniente;
- Sabe que as respostas recolhidas são anónimas e confidenciais, destinadas apenas a fins de investigação;
- Sabe que não será possível a identificação dos participantes, nem os locais de exercício profissional;
- Sabe que na divulgação dos resultados será salvaguardada qualquer informação que permita a ligação entre as respostas e os participantes;
- Compreende que se tiver necessidade pode solicitar esclarecimento adicional sobre o estudo ou sobre a sua participação, através do e-mail do investigador responsável:

[REDACTED]

Aceito participar depois de ter lido e entendido a informação acerca do estudo, fornecida pelo investigador

SIM