

**PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO AO
DOENTE CRÍTICO NO TRANSPORTE INTER-
HOSPITALAR**

Vasco Costa Pereira

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde
do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre
em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Orientador – Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Dezembro de 2020

Pereira, V. C. & Veiga-Branco, M.A.R. (2020). Perfil de Competências do Enfermeiro ao Doente Crítico no Transporte Inter-hospitalar.

Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2020.

DEDICATÓRIA

A todos os doentes críticos com direito a um Transporte Inter-Hospitalar, digno, seguro e de qualidade.

A todos os enfermeiros que prestam cuidados de saúde à Pessoa em Situação Crítica com conhecimento, responsabilidade, estima e dedicação durante o Transporte Inter-Hospitalar.

AGRADECIMENTOS

Dedico os meus especiais agradecimentos à minha orientadora Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, pela disponibilidade, ensinamentos, REFLEXÕES E ANÁLISES e colaboração que em muito contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro – Unidade de Chaves serviço de urgência pela disponibilidade e cooperação.

À Senhora Enfermeira Chefe Fernanda Queiroga Pereira, pela sua generosidade e reconhecimento, que contribuiu em muito na conjugação do papel de trabalhador-estudante.

Aos colegas do Serviço de Urgência, pela cooperação, receptividade e apoio.

Ao meu filho, Afonso Pereira e à minha esposa Sónia Pereira, pela compreensão, encorajamento e apoio incondicional. Foram a minha verdadeira fonte de energia e inspiração.

RESUMO

A atual estrutura do Sistema Nacional de Saúde, organiza-se em unidades hospitalares a nível de prognóstico, diagnóstico e tratamentos diferenciados. Esta realidade, faz emergir um novo espaço de atendimento: a unidade inter-hospitalar, que procura a melhor resposta perante as diferentes situações, com vários graus de dificuldade, que exigem uma equipa eficaz e eficiente, na qual a Enfermagem se insere. É neste contexto que se torna emergente assegurar a vida dos doentes em transporte, a partir das suas competências específicas, exigíveis ao enfermeiro em geral, e ao especialista em particular, nomeadamente porque este trabalho, diz respeito à Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE,2018).

Objetivos: Reconhecer o perfil de competências do enfermeiro - através da perceção dos enfermeiros - no processo de acompanhamento do Doente Crítico (DC) na transferência inter-hospitalar, e identificar áreas prioritárias para a sua aplicação e desenvolvimento.

Métodos: Estudo exploratório e quantitativo descritivo, através da aplicação de um questionário (Sobreiro 2017), que permite avaliar o perfil de competências do enfermeiro para o acompanhamento do Doente Crítico na transferência inter-hospitalar, a uma amostra de 37 enfermeiros do Serviço de urgência de uma Unidade Hospitalar do Norte, que realizam transporte inter-hospitalar do DC via terrestre.

Resultados: O Perfil de Competências Global revela que os enfermeiros aplicam competências autónomas e interdependentes em três áreas de atuação, gerando quatro perfis parcelares: três Perfis de procedimentos e um quarto Perfil, relativo a conhecimentos. O primeiro, é relativo à Organização e Decisão do TDC, os segundo e terceiro, de Procedimentos durante, e à chegada do TDC, respetivamente. O último, é o Perfil de Conhecimentos científicos para fundamentar os anteriores. Os valores de frequência da execução dos procedimentos, revelam que estes só se aplicam “Por norma” e ou “Frequentemente” e não “sempre”.

Conclusão: Apresenta-se uma Proposta de formação nesta temática, de carácter analítico-reflexivo.

Palavras-chave: Doente Critico, Transferência inter-hospitalar, Competências autónomas e interdependentes de Enfermagem

ABSTRACT

Background: The current structure of the National Health System is organized in hospital units in terms of prognosis, diagnosis and differentiated treatments. This reality gives rise to a new service space: the inter-hospital unit, which seeks the best response to different situations, with varying degrees of difficulty, which require an effective and efficient team, in which Nursing is inserted. It is in this context that it is emerging to ensure the lives of patients in transportation, based on their specific skills, required of nurses in general, and of specialists in particular, namely because this work concerns the Nursing Area for People in Critical Situation (OE, 2018).

Aim: Recognize the profile of nurses 'competencies - through the nurses' perception - in the process of monitoring the CP in inter-hospital transfer, and identify priority areas for its application and development.

Methods: Exploratory and quantitative descriptive study, through the application of a questionnaire (Sobreiro 2017), which allows assessing the profile of nurses' skills for monitoring the Critical Patient in inter-hospital transfer, to a sample of 37 nurses from the emergency department of the unit of a Northern Hospital Unit, which perform inter-hospital transportation from DC via land.

Results: The Global Competence Profile reveals that nurses apply autonomous and interdependent skills, in three areas of activity, generating four partial profiles: three procedure profiles and a fourth profile, related to knowledge. The first concerns the Organization and Decision of the TDC, the second and third, Procedures during, and the arrival of the TDC, respectively. The latter is the Scientific Knowledge Profile to support the former. The values of frequency of the execution of the procedures, reveal that these only apply "As a rule" and or "Frequently" and not "always".

Conclusion: A proposal for training on this topic, of an analytical-reflective nature, is presented.

Keywords: Critical Patient, Interhospital transfer, Autonomous and interdependent nursing skills.

ABREVIATURAS E/OU SIGLA

CEEEEPSC - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica;

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro;

DC – Doente Crítico;

DP – Desvio Padrão;

ECG – Eletrocardiograma;

ExpP – Experiência Profissional;

FATDC - Formação na Área do Transporte do Doente Crítico;

FEATDC – Formação Específica na Área do Transporte do Doente Crítico;

HA – Habilitações Académicas;

IRD – Instrumento de Recolha de Dados;

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica;

M – Média;

NFETDC - Necessidade de Formação Específica no Transporte do Doente Crítico;

OE - Ordem dos Enfermeiros;

OM – Ordem dos Médicos;

RCEEEEPSC - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica;

SAT – Suporte Avançado em Trauma;

SAV – Suporte Avançado de Vida;

SIV – Suporte Imediato de Vida;

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos;

SPO2 – Saturação periférica de oxigénio;

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos;

TDC – Transporte do Doente Crítico;

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação;

Índice

INTRODUÇÃO	12
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO	18
1.1. DOENTE CRITICO	22
1.2. TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO	23
1.2.1. Monitorização do Doente Crítico Durante o Transporte	25
CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO	27
1. METODOLOGIA	28
1.1 Tipo de Estudo	28
1.2 População e Amostra.....	29
1.3 Instrumento de Recolha de Dados.....	29
1.4 Variáveis do Estudo.....	30
1.5 Procedimento de Recolha de Dados.....	31
1.6 Procedimento de Análise dos Dados	32
1.7 Considerações Éticas	32
1.8 Problemas e Constrangimentos.....	33
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	34
2.1 Perfil de Competências dos Enfermeiros no Transporte do Doente Crítico.....	37
2.1.1 Perfil de Competências do Enfermeiro na Participação da Organização e Decisão do Transporte do Doente Crítico.....	38

2.1.2 Perfil de Competências do Enfermeiro nos Procedimentos Durante o Transporte do Doente Crítico.	41
2.1.3 Perfil de Competências do Enfermeiro nos Procedimentos à Chegada do Doente Crítico.....	44
2.1.4 Perfil de Competências dos Enfermeiros nos Conhecimentos que Fundamentam os Procedimentos no Transporte do Doente Crítico.....	44
2.1.5 Perfis de Competências Autónomas e Competências Interdependentes do Enfermeiro, no TDC.....	45
3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	47
4. CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	61
Anexo I – Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências	62
Anexo II – Assentimento/Autorização à Solicitação para a Aplicação do IRD: “Perfil de Competências do Enfermeiro no TDC.....” (Sobreiro, 2017).....	68
Anexo III – Autorização da Comissão de Ética do CHTMAD para aplicação do questionário.....	70
Anexo IV – Submissão Artigo Científico	72
Anexo V – Instrumento de Recolha de Dados - Questionário.....	74

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Níveis de monitorização (OM & SPCI, 2008)	26
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Género.....	34
Tabela 2 – Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Idade.....	34
Tabela 3 – Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Habilitações Académicas.....	34
Tabela 4 – Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Experiência Profissional.....	35
Tabela 5 – Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Formação na Área do Transporte do Doente Crítico.....	35
Tabela 6 – Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Formação Especifica na Área do Transporte do Doente Crítico.....	35
Tabela 7 – Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Necessidade de Formação Específica no Transporte do Doente Crítico.....	36
Tabela 8 – Frequência de realização do Transporte do Doente Critico nos últimos 6 meses.	36
Tabela 09 – Frequência de realização do Transporte do Doente Critico no último mês.....	36
Tabela 10 - Distribuição dos valores das médias e desvios padrão de cada um dos Perfis Parcelares e do Perfil final de Competências do Enfermeiro relativamente ao Transporte do Doente Critico.....	37
Tabela 11 – Distribuição dos valores de frequência temporal, relativamente a cada procedimento, segundo a perceção da amostra, relativamente ao Perfil de Competências relativas às Decisão no Transporte do Doente Critico.....	40
Tabela 12 – Distribuição dos valores de frequência temporal, relativamente a cada procedimento, segundo a perceção da amostra, relativamente ao Perfil de Competências Durante o Transporte do Doente Critico.....	43
Tabela 13 – Distribuição dos valores de frequência temporal, de cada procedimento, segundo a perceção da amostra, relativamente ao Perfil de Competências relativas à chegada do	

Transporte do Doente Crítico.....	44
Tabela 14 – Distribuição dos valores de frequência temporal, relativamente a cada procedimento, segundo a perceção da amostra, relativamente aos Conhecimentos em Transporte do Doente Crítico.....	45
Tabela 15 – Diferenças entre os valores de frequência temporal, relativamente aos Perfis de Competências autónomas do Enfermeiro e Competências Interdependentes, no TDC.....	46

INTRODUÇÃO

O transporte de doentes críticos tem sido um tema abordado nos últimos anos em todos os contextos relacionados com a saúde, já que os espaços e tempos de transporte de doentes críticos, se tornaram também setores de prestação de cuidados, onde têm que ser asseguradas as mesmas práticas, mais ou menos invasivas, para manter a qualidade do estado de saúde do doente. Este pressuposto, plasmou a pertinência em refletir acerca de competências cuidativas neste contexto e tornou essencial as formações específicas que progressivamente tiveram de ser implementadas nesse sentido. Assim, todos os profissionais de saúde, nomeadamente em enfermagem, foram chamados ou chamaram a si, esta profunda responsabilidade de adquirir competências relativamente aos cuidados prestados aos doentes críticos, no espaço inter-hospitalar. Todo este processo adquiriu tal dimensão, no conjunto de procedimentos essencialmente necessários, para a sua eficácia e eficiência – que os mesmos se encontram atualmente fundamentados, no que a OE (2010) consignou, como o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (RCEEMCDC).

E faz todo o sentido, já que esta crescente necessidade de transportar doentes agudos em estado crítico, de modo a proporcionar um nível de assistência superior e uma realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, mobilizou os profissionais de saúde a refletirem na necessidade de dar respostas eficazes, a essa sua maior preocupação, no que respeita às condições em que esses transportes são efetuados. (Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, 2012).

De facto, na prática, este transporte é um momento de grande vulnerabilidade e instabilidade para o doente e dado o seu estado, podem ocorrer alterações hemodinâmicas rápidas, progressivas e evitáveis. Por este motivo, a decisão de transportar um doente nestas condições deve ser baseada nos riscos/benefícios reais existentes. (Almeida et al., 2012).

As recomendações existentes para o transporte inter-hospitalar pressupõem que os elementos da equipa de transporte sejam capazes de garantir a segurança de todos os envolvidos no transporte, assim como de assegurar todos os cuidados necessários ao Doente Crítico (DC) durante o mesmo. Sendo assim, o enfermeiro, enquanto elemento da equipa de transporte,

deverá possuir um determinado conjunto de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (CEEEEPSC), necessárias para conseguir lidar com as especificidades inerentes ao transporte inter-hospitalar de doentes críticos, de modo a que este ocorra em segurança e com os melhores resultados possíveis para o doente.

Os cuidados de enfermagem, perante o Doente Crítico, devem ser contínuos, de alta qualidade, uma vez que este tipo de doente apresenta uma, ou mais, funções vitais em risco, com necessidade de intervenções imediatas e emergentes; têm de ser prestados de uma forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, a fim de dar resposta às necessidades afetadas e permitir manter as funções básicas de vida. Tal como é descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Só assim será possível prevenir complicações e limitar incapacidades, tendo em vista recuperação total deste tipo de doente. Posteriormente, e com maior relevância, em 2018, o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, (que insere também a área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, peri operatória e em situação crónica), apresenta explicitamente no seu Artº 3, ponto 1, que as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica são: (a) Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; (b) Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; (c) 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, e que estas competências específicas estabelecidas são apresentadas com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação no anexo II (cf. DR, 2.^a série, N.º 135,16 de julho de 2018).

Assim, fica evidente como a profissão de enfermagem se encontra em constante evolução, acompanhando o avanço tecnológico e científico, o que exige dos enfermeiros a aquisição de saberes teóricos e práticos fundamentados em evidências científicas, para um cuidar de excelência. O desenvolvimento de competências e o aprofundamento de conhecimentos permitem a uniformização de procedimentos, contribuindo para uma prestação de cuidados

com qualidade e segurança.

Nestas concepções, insere-se o estatuto e responsabilidades do enfermeiro no transporte inter-hospitalar tem um papel de extrema importância desde a abordagem e estabilização inicial no hospital, passando pela decisão, planeamento e efetivação do transporte. Todas as fases que existem do Transporte do Doente Crítico (TDC) exigem do enfermeiro um desenvolvimento e um conjunto de competências específicas de modo a garantir um nível de cuidados adequado.

Para um desenho Metodológico

Partindo de todos estes pressupostos, e até de toda a bibliografia em que o tema já aparece disponível e teorizado, pareceu ser pertinente, criar uma consciência sobre esta experiência. Assim, foi considerado determinante que a verdadeira pertinência da metodologia selecionada para o desenvolvimento deste estudo, estivesse fundamentada na praxis, na observação e experienciação de contextos, nos lugares e tempos em que os enfermeiros vivem as dificuldades – ou não – relacionadas com esta prática de cuidados. Em suma, houve que criar uma base para poder aceder a como é estar e experienciar o cuidar, no transporte inter-hospitalar.

Com base neste *rationale teórico*, este estudo parte de um questionário que se oferece a uma amostra de enfermeiros, no sentido de ser assinalado, em verdade das práticas, o que fazem e como, no sentido de conhecer qual o perfil de competências do Enfermeiro no Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico.

Assim, procede-se a um estudo exploratório e quantitativo descritivo, através da aplicação de um questionário (Sobreiro 2017), que permite avaliar o perfil de competências do enfermeiro para o acompanhamento do Doente Crítico na transferência inter-hospitalar. Todavia, o que se pretende relevar neste estudo, é que a partir da análise feita das respostas, emerge uma análise de Perfil, delineada por áreas de exercício, e em cada uma, o conjunto de procedimentos hierarquizados, segundo o nível de praxis expresso pela amostra.

Ser um enfermeiro competente no transporte inter-hospitalar de doentes críticos, pressupõe que este seja capaz de recorrer, sempre que necessário, a um conjunto de atributos de conhecimentos (o que ele sabe), habilidades (o que sabe fazer) e atitudes (o que ele é, representado pelo querer fazer), de modo a evidenciar um desempenho competente. O enfermeiro, enquanto elemento da equipa de transporte, deverá ter a capacidade de mobilizar

um conjunto de competências necessárias, de modo a garantir cuidados de qualidade ao Doente Crítico (DC) e segurança durante o transporte.

Durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico, é essencial reconhecer quais os procedimentos técnico-profissionais que **assume mobilizar** na sua prestação de cuidados, e com que frequência, pelo que se coloca a seguinte questão de investigação:

Qual o perfil de competências do Enfermeiro no transporte inter-hospitalar do Doente Crítico (DC), segundo a perceção da respetiva praxis da amostra?

Para a realização deste estudo, foram definidos os seguintes objetivos Global e específicos:

Objetivo Global – Identificar o Perfil de competências do Enfermeiro, no transporte inter-hospitalar do Doente Crítico (DC), segundo a perceção da respetiva praxis da amostra.

Objetivos específicos:

- Analisar, segundo a perceção da amostra, a frequência da prática dos procedimentos na prestação de cuidados ao Doente Crítico, em contexto de transporte inter-hospitalar;
- Reconhecer o nível de atribuição de pertinência aos procedimentos, segundo a perceção da amostra, através da frequência das práticas, na prestação de cuidados ao Doente Crítico, em contexto de transporte inter-hospitalar.
- Identificar as áreas de atuação, que integram os procedimentos aplicados pelos enfermeiros, na prestação de cuidados ao Doente Crítico durante o transporte inter-hospitalar.
- Distinguir as Competências Autónomas e Competências Interdependentes, que inserem o Perfil de Competências do Enfermeiro perante o Doente Crítico, durante o transporte Inter-hospitalar.

Apresentação do relatório de trabalho

O trabalho desenvolve-se ao longo de duas partes distintas: a primeira parte, em três subcapítulos, apresenta o enquadramento teórico, baseado em pesquisa bibliográfica, onde se procede a uma análise elementar ao fenómeno de que na atualidade a reorganização dos serviços de urgências, com várias mudanças na organização e estrutura do Sistema Nacional de Saúde, com uma distribuição das unidades hospitalares a nível do tratamento e diagnóstico, contribuíram para a necessidade de transportar doentes entre as diferentes instituições, exigem competências para a melhor resposta perante as diferentes situações,

com vários graus de dificuldade. Aqui abordam-se as competências necessárias para os enfermeiros desenvolverem o seu acompanhamento ao doente, e nos outros sub-capítulos, aborda-se a contextualização da transferência inter-hospitalar do Doente Crítico.

A segunda, parte inclui o estudo empírico, onde se descreve a metodologia utilizada, a tipologia de estudo e o tipo de Instrumento selecionado para este estudo e como ele será usado no processo. Também se refere a tipologia de análise dos dados e seguidamente os dois últimos capítulos, faz-se a apresentação dos dados, seguida da análise e discussão dos resultados, e por fim, a conclusão que apresenta a síntese global do trabalho.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

O Transporte do Doente Crítico (TDC) deve ser realizado por equipas com competências, formação e treino direcionado, para além de experiência nesta área, devendo o Doente Crítico ser acompanhada por um enfermeiro e um médico. Para além disso, torna-se benéfico para o doente a existência de equipas especializadas para o Transporte do Doente Crítico. (Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (OM & SPCI), 2008; Intensive Care Society, 2011; India Society of Critical Care Medicine (ISCCM), 2017; Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA), 2015). Se, além das competências técnicas, for possível conjugar competências não técnicas, tais como atitudes e habilidades, que vão ao encontro das necessidades dos doentes, incrementa a probabilidade da ocorrência de um transporte adequado a cada pessoa, como ser único e individual (AACN, 2016).

A equipa que acompanha o Doente Crítico deve estar familiarizada com o equipamento utilizado e ter conhecimentos relacionados com a proteção da via aérea, ventilação, reanimação cardiopulmonar e outros procedimentos de emergência (ANZCA, 2015).

Deste modo, todos os profissionais envolvidos no transporte do Doente Crítico devem ter conhecimento sobre as limitações e funcionamento do equipamento que acompanha o doente, assim como sobre as possíveis complicações do transporte (ANZCA, 2015). Para reduzir eventos adversos, a existência de uma equipa dedicada exclusivamente ao transporte o Doente Crítico, com experiência e competências adequadas é fundamental e pode fazer a diferença, principalmente em doentes mais complexos, como os que estão submetidos a ventilação, que têm mais riscos associados (ANZCA, 2015).

Continuando nessa linha de ideias, Graça, Silva, Correia & Martins (2017), referem que “os recursos humanos que acompanham o doente durante o transporte são a base da tomada de decisão para a antecipação e resolução de intercorrências durante a transferência, contribuindo para um transporte bem-sucedido” (p. 134). Pese embora, esta autora, não ter tido como objeto de estudo as competências dos enfermeiros no processo, importa referir que o seu estudo revelou que nem sempre as equipas de saúde Enfermeiro-Médico (Graça, 2017, 2018) se mantinham em complementaridade, ao longo de todos os transportes estudados,

considerando a autora que o acompanhamento realizado exclusivamente por enfermeiros, era substancialmente mais frequente.

De acordo com a OM & SPCI (2008), em algumas situações o Doente Crítico é transportado, mas deve sempre ser ponderado, se o Doente Crítico não estará em risco, pela falta de conhecimentos e competências da equipa que o acompanha.

É fulcral que os profissionais que passam pelo processo de transporte do Doente Crítico, para além de experiência profissional, obtenham formação nesta área, por forma a fomentar e certificar a segurança durante o transporte (OM & SPCI, 2008; ANZCA, 2015, Intensive Care Society, 2011). Mesmo os profissionais com vasta experiência em Transporte do Doente Crítico devem obter formação específica nesta área, sendo que seria desejável que esses profissionais se formassem em SAV e Suporte Avançado em Trauma (OM & SPCI, 2008).

A Enfermagem, como ciência que é, apresenta-se em constante evolução. No seu passado recente, a Enfermagem tem apresentado um período especialmente fértil no desenvolvimento não só de novos conhecimentos teóricos como de saberes técnicos, consolidando o seu foco de atuação: o cuidar da pessoa como um ser holístico, nas diversas fases da sua vida.

A competência em Enfermagem, tal como defendeu inicialmente Benner (Benner, et al, 1996), é desenvolvida ao longo do tempo, enquanto o enfermeiro evolui de “principiante” a “perito”. Posteriormente a mesma autora define o conceito de competência em enfermagem como sendo a habilidade para desenvolver tarefas de enfermagem com a integração de conhecimento para alcançar os resultados desejados.

Segundo Altet (1996) e Perrenoud (1998) citado por Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009), o exercício da competência em Enfermagem passa por operações mentais complexas, suportadas por esquemas de pensamento que permitem escolher e realizar uma ação relativamente adaptada à situação em causa.

Perrenoud (1998), citado por OE (2009), refere ainda três elementos complementares: i) famílias de situações que reenviam a uma competência; ii) os recursos utilizados nos esquemas de perceção, avaliação, antecipação, decisão, atitudes e de competências mais específicas e iii) a natureza dos esquemas de pensamento que permitem essa mobilização.

Perrenoud (2000), citado por OE (2009) afirma que a evolução do conceito de competência leva a que hoje em dia se assuma como um conjunto de saberes adquiridos, que suportam inferências, antecipações, generalizações, e tomadas de decisão. O mesmo autor destaca

contudo que possuir conhecimentos ou capacidades não significa ser competente. Esta linha de pensamento é também defendida por Le Boterf (2002) citado por OE (2009), ao afirmar que a competência é saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta.

Segundo Bastien (1997) citado por OE (2009), exige-se que a pessoa domine com rapidez e segurança as situações mais comuns, saberes que podem entrar (automaticamente) em ação sem uma reflexão consciente. No entanto o mesmo autor defende que deve estar implícita uma capacidade para se esforçar e refletir, coordenar e diferenciar os conhecimentos sobre a ação e utiliza-los em situações novas ou em situações cujo contexto exija um maior controlo sobre a mesma.

Numa outra abordagem, Lenburg (1999) citado por Smith (2012), afirma também que a detenção de conhecimento não é o único elemento necessário para que um enfermeiro seja competente pois este tem de ser capaz de integrar esse mesmo conhecimento na sua prática. Por outro lado, considera-se que um enfermeiro competente não necessita de possuir todo o conhecimento, mas sim reconhecer as suas limitações e buscar a clarificação das suas dúvidas e do que desconhece (Ramritu e Barnard, 2001 citados por Smith, 2012).

Smith (2012) reforça que a Competência em Enfermagem deve incluir alguns atributos como sendo: integrar o conhecimento na prática, a experiência, pensamento crítico, habilidades profissionais, carinho, comunicação, ambiente, motivação e profissionalismo.

A SPCI (2009) refere que o enfermeiro deve inteirar-se do estado clínico da pessoa em situação crítica a transferir, para desta forma identificar de forma individualizada os cuidados necessários durante o processo de transferência inter-hospitalar.

Pedreira et al. (2014) corroboram da mesma opinião, referindo que os transportes devem ser realizados por enfermeiros devidamente treinados, sendo da competência dos mesmos transportar seguramente o doente desde a preparação do transporte à chegada ao local de destino. Sendo de extrema importância após a decisão de transportar o Doente Crítico o planeamento do transporte, para que este decorra sem riscos.

A OM e SPCI (2008) sugerem a existência de equipas com protocolos de atuação de modo a otimizar a abordagem do doente no processo de transferência inter-hospitalar. A equipa de transporte ao assumir a responsabilidade de transferir o doente em situação crítica, deve certificar-se que foram tomadas as medidas e as intervenções necessárias de forma a garantir

a estabilização hemodinâmica desses doentes.

Segundo Pires, Santos, Santos, Brasil e Luna (2015) o enfermeiro deve ter o cuidado de verificar se houve uma comunicação eficaz entre o local de origem e o de espera.

Martins e Martins (2010, p. 117) salientam ainda que “a estabilização prévia do doente, é um passo fundamental para evitar a grande maioria das complicações, visto ser, assim, mais fácil atuar durante o transporte.

Neves et al. (2000) reforçam a importância do enfermeiro ser capaz de prever complicações específicas para a condição do doente e selecionar terapêutica específica.

É também da competência e responsabilidade do enfermeiro que acompanha o doente, verificar as condições técnicas e materiais da ambulância, conhecer o material e equipamento disponível na célula sanitária, sua localização, assim como a experiência na sua manipulação (Cunha, 2000).

Gonçalves (2017) realizou uma revisão sistemática da literatura que permitiu compilar um conjunto de 13 competências e 55 critérios de avaliação, integrados em nove domínios (formação e experiência, planeamento e organização, promoção da segurança, prestação de cuidados, trabalho de equipa e cooperação, comunicação, gestão de eventos críticos, melhoria contínua da qualidade e compromisso ético).

De acordo com o autor supracitado, o enfermeiro que realiza o TDC deve ser detentor de 13 competências:

- Conhecimentos específicos;
- Experiência adquirida anteriormente;
- Formação contínua;
- Capacidade de planeamento e organização avançados;
- Capacidade de manter um ambiente de cuidados seguro;
- Capacidade de prestar cuidados de qualidade ao Doente Crítico;
- Capacidade de trabalhar em equipa;
- Gestão de comunicação interpessoal com os membros da equipa multidisciplinar;
- Bom nível de desempenho perante a necessidade de agir num curto espaço-tempo;
- Capacidade de resposta adequada aos imprevistos;
- Reflexão sobre o desempenho profissional após a realização de cada transporte;
- Colaboração com as entidades responsáveis pela avaliação do transporte;

- Responsabilidades éticas inerentes à prática profissional.

Formação e experiência são duas competências que caminham lado a lado, e são imprescindíveis para uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar. É através da acoplagem de ambas que o enfermeiro vai conseguir responder às exigências do transporte inter-hospitalar e otimizar os resultados do mesmo (Gonçalves, 2017).

Martins e Martins (2010), bem como OM e SPCI (2008), partilham a opinião de que, a formação específica em transporte, deve ser promovida e aplicada, não só para enfermeiros, mas até para profissionais que habitualmente prestam cuidados a este tipo de pessoas. O transporte inter-hospitalar exige um desempenho extremamente exigente, pelo que o enfermeiro deve manter uma atualização regular de conhecimentos, para uma prática de cuidados atualizada e baseada na evidência científica.

1.1. DOENTE CRITICO

Doente Crítico é definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010, p.1). A SPCI define-o como “aquele 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” (2008, p, 9). Cunha (2000, p. 42-43) refere que a definição de Doente Crítico implica necessariamente “um quadro clínico complexo, acompanhado nos casos mais graves, de falência respiratória, cardíaca e cerebral. Frequentemente a sua sobrevivência depende dos meios avançados de monitorização e terapêutica”.

O campo de atuação do enfermeiro é bastante amplo, e também lida com diferentes tipos de doentes e um deles é o Doente Crítico: “doente com falência de funções vitais eminentes ou estabelecidas” (Paiva et al., 2017, p. 18). Devido à sua condição, este doente carece de cuidados contínuos que lhe permitam “manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2010, p.1).

Portanto, o Doente Crítico é aquele que tem a vida em risco e a qual está sob a ameaça de falência efetiva ou eminente, de uma ou mais funções vitais (OE, 2010), sendo que atualmente o seu perfil é o de um doente com mais cronicidade e com mais comorbidades, com dificuldades de acesso a cuidados em instalações dignas (os hospitais estão superlotados com macas nos corredores e isso acontece quase todo o ano), com falta de recursos humanos para a prestação de cuidados adequados, em que tudo é permitido porque é o próprio estado o responsável por permitir e favorecer esta situação, e que segundo alguns autores, seria um dos argumentos para a justificação da transferência dos cuidados de saúde para os privados. (Lafuente, 2016, p. 3).

1.2. TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO

Os motivos que levam à decisão de efetuar o transporte podem ser por necessidade de assistência médica mais diferenciada, realização de exames complementares de diagnóstico ou procedimentos terapêuticos. Este pode ser realizado por via terrestre, marítima e aérea/helitransporte. Neves, Gomes, Moreira, Paisana, Luzio e Silva (2000), afirmam que a mudança de doentes em estado crítico bem como os estímulos provenientes das condições em que o transporte é efetuado pode promover a deterioração do seu estado.

Segundo Nunes (2007), o transporte do doente tem definições diferentes de acordo com o local de origem. Desta forma o transporte diz-se primário, quando o doente é transportado do local do acidente ou do domicílio para uma unidade de saúde e secundário quando o doente é transportado entre duas unidades de saúde ou entre serviços dentro da instituição. Independentemente do tipo de transporte, importa que se tenha em conta os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos.

O transporte secundário do Doente Crítico é composto por 3 fases: decisão, planeamento e efetivação. Esta divisão por fases ocorre na tentativa de se minimizarem os riscos que lhe estão associados, como forma de seguir passos e zelar pelo transporte seguro.

Quando se toma a decisão de realizar o transporte de um doente, este deve ser efetuado o mais breve possível. Segundo a OM e a SPCI (2008). A decisão de transportar um Doente

Crítico é um ato médico e devem ser considerados os riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte, nomeadamente nas situações de instabilidade clínica do doente e sempre que a deslocação possa contribuir para a deterioração do seu estado. Neves, Gomes, Moreira, Paisana, Luzio e Silva (2000), afirmam que a mudança de doentes em estado crítico bem como os estímulos provenientes das condições em que o transporte é efetuado pode promover a deterioração do seu estado.

A Intensive Care Society (2011) apresenta alguns aspetos a ter em consideração na avaliação do risco de transportar um doente crítico, como, por exemplo, a condição clínica atual do doente, os riscos específicos relatados acerca do transporte de um doente em determinada condição, os riscos associados ao movimento/transferência, a probabilidade de deterioração durante o transporte, a eventual potencialidade do doente necessitar de monitorização/intervenções adicionais e, por fim, a duração e o modo de transporte.

Aquando da decisão, deve existir uma particular atenção aos doentes com “hipoxia, hiper/hipocapnia, instabilidade hemodinâmica, hipertensão intracraniana e agravamento de lesão vertebro-medular, ou sempre que a deslocação contribua direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica sem a mais valia aparente” (OM & SPCI, 2008, p. 9). Atendendo a esta ponderação, as competências da equipa, necessárias para acompanhar o doente, podem ser determinadas recorrendo ao uso de um algoritmo, o *Risk assessment/Stratification prior to transfer*, conforme é apresentado pelos autores respetivos. Na fase do planeamento tanto o médico quanto o enfermeiro do serviço de origem do doente são intervenientes, devendo existir particular importância para os seguintes aspetos: “coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação” (OM & SPCI, 2008, p.9). Após a decisão de transportar o doente, o médico deve estabelecer o contacto telefónico inicial com o local para onde o doente vai ser transferido, por forma, a que estejam prontos a recebê-lo (ANZCA, 2015; OM & SPCI, 2008). Neste primeiro contacto é importante que sejam transmitidas informações referentes à situação clínica e intervenções previsíveis, para além de agendar a melhor hora para a chegada do doente.

O serviço de origem deve informar sobre a existência de possível transmissão de microrganismos, para que o local recetor possa agir em conformidade, tal como programar a realização de um procedimento ou de um exame desse doente para o fim.

No processo do doente deverão ficar registados os nomes e os contactos dos intervenientes desta transferência e, caso exista algum atraso no transporte do doente ou se esse for cancelado deve ser estabelecido novo contacto com o hospital recetor (OM & SPCI, 2008). Ainda durante esta fase, é essencial escolher a equipa que irá acompanhar o doente durante o transporte, assim como os meios de monitorização mais apropriados, definir os objetivos fisiológicos do doente, selecionar os equipamentos e a terapêutica mais adequados e prever as possíveis complicações.

A possibilidade de acidentes é um risco, pelo que a aposta na prevenção é fulcral (OM & SPCI, 2008). Caso se encontrem em condições de receber informações, o doente ou os seus familiares deverão ser informados sobre a necessidade do transporte e o local para onde vai ser transferido. Para além do mais, caso a sua situação o permita, o doente deve assinar o consentimento informado (OM & SPCI, 2008; ISCCM, 2017). Tanto as notas de transferência médicas quanto as de enfermagem e os exames complementares de diagnóstico devem ser preparados, para acompanhar o doente (OM & SPCI, 2008).

Por último, a fase da efetivação é da responsabilidade da equipa que acompanhará o doente durante o transporte propriamente dito, e que só termina quando o doente é devidamente entregue ao serviço recetor, ou, no caso de deslocação para exames de diagnóstico ou outros atos terapêuticos, seja através de transporte inter ou intra-hospitalar, quando o doente retorna ao serviço de origem. Deve ter-se sempre presente que os cuidados durante o transporte nunca devem decair em relação aos cuidados prestados no serviço de origem (OM & SPCI, 2008).

1.2.1. Monitorização do Doente Crítico Durante o Transporte

A monitorização durante um transporte secundário, do Doente Crítico deve estar monitorizada ao nível de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), sendo essa a chave para a segurança durante o transporte. No mínimo o doente deve ser monitorizado com eletrocardiografia contínua, oximetria de pulso e capnografia, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura e, caso do Doente Crítico esteja ventilado, o ventilador deve ter alarmes de desconexão, pressões elevadas ou falha de equipamento (ANZCA, 2015; Intensive Care Society, 2011).

De referir que, caso o doente tenha avaliação da pressão arterial por método não invasivo, os

enfermeiros devem estar conscientes de que os valores podem ser incorretos, influenciados pelo movimento inerente a qualquer tipo de transporte, mas mais evidente no transporte inter-hospitalar (Intensive Care Society, 2011). A OM & SPCI (2008) definem 3 níveis de monitorização, sendo o nível 1 de carácter obrigatório, o nível 2, com equipamento fortemente recomendado e o nível 3, com equipamento ideal em doentes seleccionados pelo seu estado clínico (Quadro 1).

Quadro 1 – Apresentação dos Níveis de monitorização e respetivos procedimentos (OM & SPCI, 2008)

Nível	Equipamento
Nível 1 - Obrigatório	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência respiratória • Saturação periférica de oxigénio (SpO2) • Eletrocardiografia (ECG) contínua • Frequência cardíaca • Pressão arterial (não invasiva) • Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente) • Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente)
Nível 2 - Fortemente recomendado	<ul style="list-style-type: none"> • Medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes potencialmente instáveis) ECG com deteção de arritmias
Nível 3 - Ideal (em doentes seleccionados pelo seu estado clínico)	<ul style="list-style-type: none"> • Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central • Medição da pressão da artéria pulmonar • Medição da pressão intracraniana • Temperatura Corporal

Durante o transporte deve também ser monitorizado o nível de consciência através da avaliação da Escala de Comas de Glasgow e da reacção pupilar, e o nível de dor do Doente Crítico. Para além disso, é recomendado a monitorização contínua e registo frequente dos parâmetros vitais, em intervalos fixos, com recurso a um monitor com capacidade de memória (Intensive Care Society, 2011; ISCCM, 2017; ANZCA, 2015).

Após toda esta abordagem à bibliografia, será agora apresentado todo o percurso metodológico que irá ser desenvolvido de forma a dar consecução aos objetivos formulados.

CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO

1. METODOLOGIA

O conceito de Competências dos Enfermeiros em transporte inter-hospitalar, aqui assumido como variável dependente em estudo, e operacionalizado, através dos itens de um IRD, foi considerado, a partir da questão de investigação:

Qual o perfil de competências do Enfermeiro no transporte inter-hospitalar do Doente Crítico (DC), segundo a percepção da respetiva praxis da amostra?

Esta questão encontra-se agora refletida no respetivo objetivo geral e objetivos específicos, apresentados já na Introdução.

Para operacionalizar a consecução a estes objetivos, será agora apresentado o contexto do desenvolvimento metodológico, tipologia de estudo, amostra, Instrumento de recolha de dados, aplicação do IRD, análise de dados e algumas considerações éticas relativas ao processo. Durante o transporte inter-hospitalar de doentes críticos, é essencial reconhecer quais os procedimentos técnico-profissionais que os enfermeiros **assumem e aplicam**, na sua prestação de cuidados, e com que frequência, pelo que se tomará esta orientação como base metodológica.

A investigação científica é um processo sistemático, que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que reconhecemos como merecedoras de ser investigadas, devendo ser organizado e rigoroso de forma a levar à aquisição de novos conhecimentos (Fortin, Côté & Filion, 2009).

1.1 Tipo de Estudo

A partir dos Objetivos atrás expostos, foi desenhado um tipo de estudo de natureza exploratória, transversal e quantitativa descritiva.

A análise quantitativa aqui desenvolvida, procurou ir ao encontro do que Fortin, (2009) considerou, como um processo sistemático de tratamento de dados observáveis – neste caso só pelos sujeitos respondentes – e quantificáveis, em que, percorrendo um conjunto de etapas, desde a definição do problema até à observação dos resultados, o investigador procura obter respostas para a questão de investigação formulada inicialmente, contribuindo para o desenvolvimento e validação de conhecimentos.

1.2 População e Amostra

A população em estudo refere-se ao “conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição (...) com uma ou mais características comuns (...) que os diferenciam de outros conjuntos de elementos” (Carmo & Ferreira, 2008, p. 209).

A amostra, que neste caso é a população de enfermeiros, constitui-se por 37 enfermeiros que realizam o transporte de doentes críticos dentro de um Centro Hospitalar do Norte do País, já que estes tipos de transportes podem realizar-se entre as unidades que integram esta ou e outras unidades de saúde, nomeadamente outros hospitais.

Trata-se de uma amostra não probabilística, por conveniência.

Os critérios de inclusão definidos foram: ser enfermeiro e realizar transporte de doentes críticos. Como critérios de exclusão, definiram-se: não ser enfermeiro; não ser enfermeiro do serviço de urgência dessa Unidade Hospitalar e não realizar transporte de doentes críticos.

Neste sentido, a população em estudo abrange todos os enfermeiros que realizam transporte inter-hospitalar de doentes críticos e que cumprem os seguintes critérios de seleção:

- São incluídos os enfermeiros que experienciam TDC.
- Ficam excluídos os enfermeiros que não experienciam TDC.

1.3 Instrumento de Recolha de Dados

Para a recolha de dados foi selecionado um Questionário auto preenchível, elaborado a partir de outros resultados havidos em investigações prévias, considerando todavia, para este estudo, que será tida também em conta, a “...análise do sentido que os atores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais são confrontados” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 192) que é também o que se pretende através deste estudo. Para efeitos de estudo global, este IRD é constituído por:

- Uma componente inicial onde se apresentam as variáveis para o estudo sociodemográfico da amostra;
- Uma segunda componente para estudo da variável dependente: **O Questionário do Perfil de Competências do Enfermeiro em Transporte do Doente Crítico,**

desenvolvido por Sobreiro (2017) e que operacionaliza a variável em estudo, através de um conjunto de 35 questões, por sua vez operacionalizadas através de uma escala de Likert de frequência temporal de 5 celas – entre 1=Nunca, 2= Raramente, 3=Às vezes, 4= Frequentemente e 5= Quase Sempre.

A razão da seleção deste IRD, prende-se com 4 factos importantes:

- 1) Na sua matriz conceptual os autores tomarem como orientação subjacente, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica OE (2010), e que em 2018 se apresentam no Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, e que estas competências específicas estabelecidas são apresentadas com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação no anexo II (cf. DR, 2.^a série, N.º 135,16 de julho de 2018), e que neste estudo fazem todo o sentido, adaptadas ao contexto do Transporte Inter-Hospitalar do DC.
- 2) O IRD já ter sido utilizado e validade em estudos anteriores da autora (Sobreiro 2017), para a mesma população profissional, e com finalidade semelhante, o que cumpria completamente os pressupostos dos Objetivos traçados para este estudo;
- 3) Estar desenvolvido em língua portuguesa, pela autora (Sobreiro 2017), o que assegurava à partida, a correspondência semântica para a compreensão dos respondentes, no sentido de aceder ao que se quer estudar.
- 4) A disponibilidade da autora do questionário (Sobreiro 2017), para a permissão da sua utilização, bem como para qualquer esclarecimento específico.

1.4 Variáveis do Estudo

As variáveis são unidades de base da investigação, e irão ser usadas com o intuito de facilitar a caracterização e descrição do fenómeno em estudo, procurando identificar as variáveis mais pertinentes e fundamentais em todo o processo, como sejam:

Variável dependente

O perfil de competências, auto percebido pelos enfermeiros, no acompanhamento do Doente Crítico, na transferência inter-hospitalar.

Esta variável será estudada, a partir dos 35 itens que inserem o IRD, onde, cada um deles, é por sua vez operacionalizado através da escala de Likert de frequência temporal, entre 1=*Nunca* e 5=*Quase Sempre*.

O Instrumento permite assim, obter a frequência temporal, com que cada elemento da amostra se reconhece a executar cada um dos procedimentos ou técnicas de enfermagem, que se apresentam nas afirmações, e ou se até não os aplica. No final, através das médias de frequência obtidas, poderemos aceder quais os itens (ações, habilidades, conhecimentos, ou seja, procedimentos) que emergem mais frequentemente executados.

Variáveis independentes

- Idade;
- Género;
- Habilitações académicas;
- Habilitações profissionais;
- Categoria profissional;
- Formação profissional;
- Experiência profissional no Serviço de Urgência;
- Número de transferências efetuadas nos últimos 6 meses.

1.5 Procedimento de Recolha de Dados

Após a autorização para a recolha de dados concedida pela instituição e pela autora do questionário (Sobreiro 2017), efetuou-se o contacto inicial com os enfermeiros do serviço, momento no qual se lhes explicaram os objetivos da investigação e lhe foi solicitada a sua colaboração na participação do estudo.

Garantiu-se-lhe o anonimato, confidencialidade das informações obtidas, liberdade de participação e a possibilidade de abandono do estudo, através de um formulário de consentimento informado.

1.6 Procedimento de Análise dos Dados

Os resultados encontrados a partir das respostas aos 37 questionários foram tratados informaticamente no programa estatístico - Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 21, através de técnicas de estatística descritiva.

Para a análise descritiva, utilizaram-se frequências absolutas e relativas, médias, desvio padrão (DP), scores mínimos e máximos, sempre que considerado útil, não só para melhor caracterizar a amostra em estudo, como também poder compreender com mais clareza a distribuição dos valores das variáveis independentes e dos itens que operacionalizaram a variável dependente.

1.7 Considerações Éticas

Para o trabalho de investigação proposto decorrer de forma adequada e correta é necessário ter em conta vários procedimentos formais e éticos.

O Objeto de estudo, o método de colheita e de análise de dados e a apresentação e posterior divulgação dos resultados da investigação, é expectável que contribuam para o desenvolvimento do conhecimento técnico e científico, sem todavia lesar os direitos fundamentais das pessoas envolvidas. A partir da Declaração de Helsínquia em 1964, emerge a obrigação do investigador respeitar a essência dos códigos de ética e regulamentos de investigação com seres humanos, em que se destacam os princípios do Código de Nuremberga em 1949 (Fortin et al., 2009; Albuquerque, 2013).

E nomeadamente, este estudo desenvolveu-se em consideração ao facto de a World Medical Association (WMA) ter desenvolvido e aplicado a Declaração de Helsínquia com base em princípios éticos para a investigação clínica em seres humanos, incluindo nessa protecção conceptual, a investigação dos dados e quaisquer materiais humanos identificáveis.

Tendo por base os princípios da Declaração de Helsínquia, foi elaborado um pedido de

autorização para execução do estudo á Comissão de Ética da unidade hospitalar, com parecer favorável do diretor respectivo, anexando-se a Declaração de Responsabilidade da orientadora científica do estudo. Após o parecer positivo da Comissão de Ética da referida instituição, o Conselho de Administração deu autorização para a execução (Anexo 3). Em todo o processo foram garantidos o anonimato e a confidencialidade das respostas. Os inquiridos preencheram os questionários de forma voluntária e informada do âmbito e objetivos do trabalho.

1.8 Problemas e Constrangimentos

Este estudo foi desenvolvido em contexto de sobrecarga de trabalho, com sentimento de exaustão, por estar em processo cuidativo de COVID19, e de como a pandemia fez desencadear diferenças de turnos, horários e saturação.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo tem por objetivo apresentar os principais resultados obtidos neste estudo. Para uma melhor interpretação dos resultados realizámos tabelas que permitem uma análise mais direta dos dados.

A amostra é constituída na sua maioria por enfermeiras (59,5%), correspondendo os enfermeiros a 40,5% da amostra total (Tabela 1).

Tabela 1 Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Género

Género	Nº	%
Feminino	22	59,5
Masculino	15	40,5
Total	37	100,0

No que se refere à variável idade, constatamos que, a média de idades na amostra (Tabela 2) é de aproximadamente 44,75 (DP=7,50). A idade dos participantes variou entre os 34 e os 63 anos.

Tabela 2 Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Idade

	Nº	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade	36	34	63	44,75	7,50

M - Média; DP- Desvio Padrão

No que se refere às habilitações académicas (Tabela 3), verificamos que 100% (37) dos participantes têm a licenciatura, seguindo-se 5,4 % (2) com o grau de mestrado.

Tabela 3 Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável Habilitações Académicas

Habilitações Académicas	Nº	%
Licenciatura	37	100
Mestrado	2	5,4

No que se refere à experiência profissional (Tabela 4), constata-se que é o serviço de urgência que mais se destaca, no que diz respeito à experiência profissional, com 13.73 anos (DP=7.37), seguida da experiência no serviço de INEM-VMER com 10.07 anos (DP=6.70). O serviço onde os enfermeiros obtiveram menor tempo de experiência foi em Unidades de cuidados intensivos, com tempo médio de 2,33 anos de experiência e DP=2,52. Mais se deve referir que de entre os 37, só há 3 enfermeiros que trabalharam em Cuidados Intensivos, só 2 enfermeiros trabalharam em INEM-SIV. Todavia, importa aqui verificar que a totalidade

da amostra experienciou este tipo de trabalho em acompanhar doentes no transporte inter-hospitalar em urgência e 15, teve estas experiências em INEM-VMER.

Tabela 4 - Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável áreas de experiência profissional

Experiência profissional (ExP)	Nº	Mínimo	Máximo	M	DP
ExP Urgência	37	1,00	30,00	13,72	7,38
ExP em Cuidados Intensivos	3	0,00	5,00	2,33	2,52
ExP em INEM-SIV	2	0,00	6,00	3,00	4,24
ExP em INEM-VMER	15	1,00	17,00	10,07	6,70
ExP em INEM-HELICOPTERO	2	0,00	8,00	4,00	5,66

M - Média; DP- Desvio Padrão

Observa-se na (Tabela 5) que (35,1%) dos enfermeiros respondeu que possui formação na área do Doente Crítico. A formação na área inclui entre outras: Pós-Graduação na área da urgência/emergência, curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Tabela 5 Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável FATDC

Formação na Área	Nº	%
Sim	13	35,1
Não	24	64,9
Total	37	100,0

Observa-se que na formação específica (Tabela 6), cerca de 75,7% (28) apresentam formação no Transporte de Doente Crítico e 21,6% (8) apresentam formação em SAV, 13,5% (5) apresentam formação em VMER, 10,8% (4) apresentam formação em SAT e 2,7% (1) apresentam formação e SIV.

Tabela 6 – Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável FEATDC

Formação Específica	Nº	%
Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico	28	75,7
Suporte Avançado de Vida	8	21,6
VMER	5	13,5
Suporte Imediato de Vida	1	2,7
Suporte Avançado em Trauma	4	10,8

Constatamos que uma percentagem grande (89,2%) dos participantes deste estudo, (Tabela

7), revela sentir necessidade de fazer formação específica, para realizar o transporte do Doente Crítico, havendo apenas 10,8% dos casos que manifesta uma opinião contrária.

Tabela 7 – Apresentação das frequências absolutas e relativas da variável NFETDC

Necessidade de Formação	Nº	%
Sim	33	89,2
Não	4	10,8
Total	37	100,0

Através da (Tabela 8) constata-se que, a frequência do transporte do Doente Crítico, é feito o acompanhamento com a média de 7,70 (DP= 6,59%) no período de 6 meses, o mínimo de transportes efetuados foi de 0 e o máximo de 25.

Tabela 8 – Frequência de realização do TDC nos últimos 6 meses

	Nº	Mínimo	Máximo	M	DP
Frequência de transporte Doente Crítico nos últimos 6 meses?	37	0,00	25,00	7,70	6,59

M - Média; DP- Desvio Padrão

De acordo com os dados da (Tabela 9), podemos constatar que 45,9 %, quase metade dos enfermeiros realizam TDC mais de uma vez por mês.

Tabela 09 – Frequência de realização TDC no último mês

Frequência de Transporte do Doente Crítico no último mês	Nº	%
Menos de 1 vez	11	29,7
Cerca de 1 vez	8	21,6
Mais de 1 vez por mês	17	45,9
Total	37	100,0

Após este reconhecimento da amostra em estudo, serão apresentados os valores de estatística descritiva, relativamente à variável dependente.

2.1 Perfil de Competências dos Enfermeiros no Transporte do Doente Crítico

A apresentação que se segue diz respeito à construção do perfil de competências do enfermeiro, a partir da análise desenvolvida às frequências com que os procedimentos são aplicados, durante o transporte inter-hospitalar. Como a seguir será descrito, a partir das análises efetuadas, serão desenvolvidas as descrições para as 4 áreas de reflexão/ atuação encontradas, e que darão corpo a 3 Perfis Parciais de Procedimentos e um final de reflexão. Esta componente do trabalho pretende assim, encontrar respostas para o objetivo específico de analisar, segundo a percepção da amostra, a frequência da prática dos procedimentos na prestação de cuidados ao Doente Crítico, em contexto de transporte inter-hospitalar.

Assim, serão apresentados os quatro perfis encontrados, como se apresenta na (Tabela 10): o primeiro, é o Perfil de Procedimentos na Organização e decisão do TDC, seguido do Perfil de Procedimentos durante o TDC e finalmente o Perfil de Procedimentos à Chegada do TDC. O último destes Perfis parcelares, diz respeito ao Perfil de Conhecimentos para fundamentar os Procedimentos no TDC. Como se verifica, e segundo as frequências atribuídas a cada uma das celas da Escala de Lickert no IRD, os enfermeiros, conseguem estes perfis com uma frequência média de *frequentemente*.

Tabela 10 – Distribuição dos valores das médias e desvios padrão de cada um dos Perfis Parcelares e do Perfil final de Competências do Enfermeiro relativamente ao TDC

PERFIL DE COMPETENCIAS DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE DO DC	Méd	SD
Perfil de Procedimentos na Organização e Decisão do TDC	4,03	0,65
Perfil de Procedimentos durante o TDC	4,03	0,65
Perfil de Procedimentos à Chegada do TDC	4,18	0,60
Perfil de Conhecimentos para fundamentar os Procedimentos no TDC	4,33	0,68
Média do perfil de competências do enfermeiro no transporte do DC	4,03	0,69

Seguidamente serão apresentados os estudos descritivos dos valores de frequências para cada um dos itens apresentados no Questionário, sua atribuição de pertinência e agregação em áreas respetivas.

2.1.1 Perfil de Competências do Enfermeiro na Participação da Organização e Decisão do Transporte do Doente Crítico.

Esta componente do texto, - segundo a percepção da amostra, - diz respeito à frequência das práticas, na prestação de cuidados ao Doente Crítico, bem como a identificação de áreas de atuação em que se integram os procedimentos aplicados. Todavia, e como a seguir se apresentará progressivamente, esta recolha de dados, terá como atenção, não só o que se faz, enquanto procedimentos cuidativos, mas apresenta também, a atenção projetada para as frequências assumidas em que estes procedimentos são executados. A partir desta descrição estatística, acedemos a um perfil de frequências que apresenta um fluxo de praxis específico, mas que, e curiosamente, nem sempre apresenta as execuções cuidativas, tal como são consignadas nos protocolos, ou nas aprendizagens teóricas formativas.

Além da obtenção deste perfil executório de frequências de práticas, também se vai aceder ao fluxo competencial de frequências da aplicação de procedimentos que têm o estatuto de competências autónomas ou de competências interdependentes.

Partindo destes pressupostos, e no sentido de ir ao encontro dos objetivos que foram formulados, poderemos observar, tal como a seguir se apresenta (Tabela 11), que nesta primeira sequência de procedimentos, 7 deles, são assumidos no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros, com o estatuto de competências autónomas e 4 destes procedimentos, com o estatuto de competências interdependentes. Para diminuir o ruído visual, na sequência da Tabela 11, as primeiras, estão assinaladas a **negrito** e com os algarismos 6, 8, 7, 12, 11, 10, 13, 14 e 4; e as segundas, estão assinaladas com os algarismos 3, 2, 9 e 1.

Para esta compreensão, verifica-se que a amostra assume que os procedimentos envolvidos neste primeiro grupo deste perfil, são executados com diferentes frequências e em diferentes áreas de aplicação.

Os procedimentos executados Frequentemente (entre 4 e 4,95 da Escala), no primeiro Perfil de Competências - e por ordem hierárquica de frequência – dizendo respeito á Participação da Organização, do transporte, como: “*ter em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico do DC*” ($x=4,32$, $sd=0,74$), apesar de haver alguma parte da amostra que só faz isto raramente (Min=2); seguido de “*verificar... (o equipamento e terapêutica necessário para o transporte) antes da realização...*” ($x=4,27$, $sd=0,65$), “*Verifica o material existente*

na célula sanitária e a sua funcionalidade antes de...” ($x=4,21$, $sd=0,67$), seguidos de se assegurar que *“leva toda a informação clínica relativa ao doente...”* ($x=4,18$, $sd=0,7$). Também com execução Frequente, está a *“avaliação da estabilidade do doente (...) na metodologia ABCDE”* ($x=4,0$, $sd=0,91$), apesar de haver uma parte da amostra que não executa este procedimento (Min=1=nunca).

Ainda dentro deste Perfil, mas com execução menos frequente, pelos enfermeiros, estão os procedimentos que só são executados *Às Vezes*, e destes há 3, que Nunca são executados por alguma parte da amostra. Ou seja, os enfermeiros, só *às vezes* é que *“confirmam se existiu contato por parte do médico (...) no local de destino”* ($x=3,83$, $sd=0,89$), e alguns enfermeiros nunca o fazem, bem como só *às vezes* é que *“Confirmam se foi informada a família do doente (...)”* ($x=3,67$, $sd=0,70$).

Mas verifica-se que há dois procedimentos específicos, que além de serem só executados às vezes, há também parte da amostra que nunca os faz, e que dizem exatamente respeito aos recursos humanos: ou seja, o primeiro é a verificação se são *“cumpridas as exigências ao nível de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do DC”* ($x=3,64$, $sd=0,97$), e o segundo diz respeito à *“Participação no preenchimento de alguma escala que defina os recursos humanos necessários ao transporte...”* ($x=3,48$, $sd=5,11$). Mais se verifica, que este último procedimento, ninguém o faz sempre, (Max=3) e alguns destes enfermeiros não o fazem nunca.

Os procedimentos executados com menor frequência, ou seja, *raramente*, dizem respeito ao momento de decisão propriamente dita, mas apresentam semântica diferenciada: por exemplo, só raramente os enfermeiros participam no *“preenchimento de alguma escala que defina o tipo de ambulância necessária ao transporte...”* (X=2,35, $sd=1,13$), bem como é raro *“Participar na decisão de transferir o doente crítico”* (X=2,27, $sd=1,09$), e há mesmo uma parte da amostra que nunca o fizeram, apesar de haver enfermeiros que fazem *sempre* (Max=5) estes dois procedimentos.

Em suma, estão representadas neste Perfil de Competências relativas às Decisão no TDC, 9 competências autónomas e 3 interdependentes. Verifica-se que as médias de execução das primeiras se encontram entre 4,02, ou seja, *“Frequentemente”*, por oposição ao conjunto de Competências Interdependentes (4 itens) que só são aplicadas em média, *“raramente”* (X=2,06, DP=1,34). Os enfermeiros da amostra percecionam que aplicam em Média, os

procedimentos relativos ao Perfil parcelar de Competências Autônomas (9 itens), “Frequentemente”, por oposição à frequência de raramente, obtida na aplicação de Competências Interdependentes. Esta diferença temporal para as aplicações das competências, é sugestiva de que as competências autônomas do enfermeiro, são assumidas por estes profissionais como mais relevantes ou pertinentes, para a qualidade dos cuidados.

Tabela 11- Distribuição dos valores de frequência temporal, relativamente a cada procedimento, segundo a percepção da amostra, relativamente ao Perfil de Competências relativas às Decisão no TDC.

Apresentação Hierárquica de Auto percepção dos Procedimentos de Participação na Decisão do TDC	Mín	Máx	Méd	DP
6.No planeamento do transporte tem em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico do (DC)?	2,00	5,00	4,32	0,74
8. Verifica a Mala de Transferências (equipamento e terapêutica necessário para o transporte) antes da realização do mesmo?	3,00	5,00	4,27	0,65
7.Verifica o material existente na célula sanitária e a sua funcionalidade antes de efetuar o transporte do DC?	3,00	5,00	4,21	0,67
12. Confirma que leva toda a informação clínica relativa ao doente antes de efetuar o transporte?	3,00	5,00	4,18	0,70
11. Conhece o histórico do doente e a sua situação clínica atual no planeamento da transferência?	3,00	5,00	4,02	0,60
10. Avalia a estabilidade do doente antes da realização do transporte tendo em conta a metodologia ABCDE?	1,00	5,00	4,00	0,91
13. Confirma se existiu contato por parte do médico da transferência do doente no local de destino?	1,00	5,00	3,83	0,89
14. Confirma se foi informada a família do doente acerca da sua transferência?	2,00	5,00	3,67	0,70
4.Certifica-se que são cumpridas as exigências ao nível de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do DC?	1,00	5,00	3,64	0,97
3.Participa no preenchimento de alguma escala que defina os recursos humanos necessários ao transporte do DC?	1,00	3,0	3,48	2,11
2.Participa no preenchimento de alguma escala que defina o tipo de ambulância necessária ao transporte do doente crítico?	1,00	5,00	2,35	1,13
9.Transfere doentes que não se encontrem devidamente estabilizados no hospital de origem?	1,00	4,00	2,32	1,10
1.Participa na decisão de transferir o doente crítico?	1,00	5,00	2,27	1,09
Média do Perfil de Participação na Decisão do TDC (13 Itens)			3,58	0,85
Média do Perfil de Competências Autônomas (9 itens)			4,02	0,76
Média do Perfil de Competências Interdependentes (4 itens)			2,06	1,34

Curiosamente, o procedimento de saber se “*Transferem doentes que não se encontrem devidamente estabilizados*”, além de em média apresentarem uma frequência de que é raro os enfermeiros fazerem isto ($X=2,32, sd=1,10$), é também observável, que uma parte da amostra não o faz nunca ($Min=1.00$), e nenhum enfermeiro o faz sempre, já que o score Max é 4 (frequente). Estes valores indicam a pertinência que tem para os enfermeiros o seu

conhecimento acerca da estabilidade hemodinâmica e a importância desta para a sobrevivência do doente.

2.1.2 Perfil de Competências do Enfermeiro nos Procedimentos Durante o Transporte do Doente Crítico.

Como a seguir se apresenta (Tabela 12), estão apresentadas 12 competências autónomas e 3 interdependentes, sendo as primeiras assinaladas a negrito e com os algarismos 18, 19, 17, 16, 23, 29, 28, 24, 15, 27, 25 e 30; e as segundas, assinaladas com os algarismos 20, 21 e 22. A amostra assume que os procedimentos envolvidos no segundo grupo deste perfil, são executados com diferentes frequências.

Os procedimentos executados frequentemente (entre 4 e 4,95 da Escala), no segundo Perfil de Competências - e por ordem hierárquica de frequência - dizem respeito ao Procedimento Durante o Transporte. No global, o procedimento **considerado mais pertinente**, tendo em conta a frequência com que é assumido e executado (Min=4,0, Max=5,0), é a *“Realização da monitorização hemodinâmica do doente durante todo o transporte”* (x=4,59, sd=0,49), e, por oposição os procedimentos **considerados menos pertinentes** - por serem executados com menor frequência - relativamente ao doente, são: *“Avaliar novamente o DC segundo a metodologia ABCDE (...) já na ambulância?”* e *“...garantir a qualidade de vigilância e de intervenção (...) idêntica à verificada no serviço de origem”*, já que para ambos os procedimentos, só são feitos *raramente* (Min=2,00), e (Min=2,00), e respetivamente, por alguma parte da amostra, e, em média só o fazem *às vezes* (X=3,81, sd=0,90); e (x=3,78, sd=0,75). Neste contexto de menor pertinência, está o procedimento *“consegue estabelecer um clima de confiança e segurança do DC durante o transporte...”* já que apesar de os enfermeiros o considerarem nas suas atividades frequentemente, (x=4,13, sd=0,71), alguma parte da amostra só se preocupa *raramente* (Min=2) com o clima de confiança, algo que é muito importante para o doente.

Além destes, há, curiosamente, uma competência de carácter emocional, à qual os enfermeiros apresentam alguma necessidade formativa: Pese embora uma parte da amostra só raramente (Min=2,00) o sinta, o facto é que há outra parte que o sente sempre (Max=5,00), além de que em média estes enfermeiros sentem às vezes (x=3,24, sd= 0,79 *“...ansiedade, medo, stress*

no decurso do transporte”. Este pormenor, é indicador da necessidade de alguma atenção sobre este tipo de equipas de saúde.

Mais especificamente, os outros procedimentos considerados neste perfil de competência, e executados *frequentemente*: são a “*avaliação de sinais vitais do doente de forma continua durante o transporte...*” (x=4,56, sd=0,55), a “*verificação da correta fixação do equipamento de monitorização e perfusão...*” (x=4,51, sd=0,55), a “*verificação da correta acomodação do doente na célula sanitária...*” (x=4,40, sd=0,64).

Além destes, também são considerados pertinentes, já que são efetuados *frequentemente*, os restantes procedimentos técnicos como “*monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados...*” (x=4,10, sd=0,61), e “*gerir as medidas de alívio da dor do doente durante o transporte...*” (x=4,08, sd=0,64), “*ser capaz de tomar decisões e estabelecer prioridades de intervenção...*” (x=4,05, sd=0,70), bem como “*estabelecer uma comunicação calma e tranquilizadora com o doente crítico...*” (x=4,00, sd=0,66).

Ainda dentro deste Perfil, mas com execução menos frequente, pelos enfermeiros, estão os procedimentos que só são executados *às vezes*, e destes, há três, que só *raramente* (Min=2) são executados por alguma parte da amostra, porque há enfermeiros *que só raramente* (Min=2,00) “*avaliam novamente o DC segundo a metodologia ABCDE após a passagem do DC para a maca de transporte, e com este já na ambulância...*”); e *raramente* “*conseguem garantir a qualidade de vigilância e de intervenção terapêutica durante o transporte, idêntica à verificada no serviço de origem...*” apesar de ambos os procedimentos, serem executados *às vezes*, em média (x=3,81, sd=0,90. (x=3,78, sd=0,75), respetivamente, pela amostra. Como atrás foi já verificado, os enfermeiros, consideram pertinentes os procedimentos técnicos, já que além de serem realizados *às vezes*, *também o seu score mais baixo* (Min=3) *é nesta frequência*: a amostra “*Consegue identificar prontamente focos de instabilidade no doente durante transporte...*” (x=3,86, sd=0,58), além de que “*efetua registos adequados acerca da evolução clinica do doente crítico e intervenções efetuadas...*” (x=3,72, sd=0,60), e “*consegue responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade durante transporte do doente crítico...*” (x=3,59, sd=0,59), além de que parte da amostra *procede sempre assim*.

Os enfermeiros da amostra percebem que aplicam em Média, os procedimentos relativos a este Perfil parcelar de Competências Autónomas (com 12 itens),

“Frequentemente”, com média de $X=4,07$, ($DP=0,66$), por oposição à frequência obtida na aplicação de Competências Interdependentes (3 itens), que foi “às vezes” ($X=3,80$, $DP=0,60$).

Tabela 12 - Distribuição dos valores de frequência temporal, relativamente a cada procedimento, segundo a percepção da amostra, relativamente ao Perfil de Competências Durante o TDC.

Apresentação Hierárquica de Auto percepção dos Procedimentos Durante o TDC	Mín	Máx	Méd	DP
18. Realiza a monitorização hemodinâmica do doente durante todo o transporte?	4,00	5,00	4,59	0,49
19. Avalia sinais vitais do doente de forma continua durante o transporte?	3,00	5,00	4,56	0,55
17. Verifica a correta fixação do equipamento de monitorização e perfusão?	3,00	5,00	4,51	0,55
16. Verifica a correta acomodação do doente na célula sanitária?	3,00	5,00	4,40	0,64
23. Consegue estabelecer um clima de confiança e segurança do DC durante o transporte?	2,00	5,00	4,13	0,71
29. Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados?	3,00	5,00	4,10	0,61
20. Consegue gerir as medidas de alívio da dor do doente durante o transporte?	3,00	5,00	4,08	0,64
28. É capaz de tomar decisões e estabelecer prioridades de intervenção durante o transporte inter-hospitalar?	3,00	5,00	4,05	0,70
24. Consegue estabelecer comunicação calma e tranquilizadora com o DC?	3,00	5,00	4,00	0,66
21. Consegue identificar prontamente focos de instabilidade no doente durante transporte?	3,00	5,00	3,86	0,58
15. Avalia novamente o DC segundo a metodologia ABCDE após a passagem do DC para a maca de transporte, e este já na ambulância?	2,00	5,00	3,81	0,90
27. Consegue garantir qualidade d vigilância e de intervenção terapêutica durante o transporte, idêntica à verificada no serviço de origem?	2,00	5,00	3,78	0,75
25. Efetua registos adequados acerca da evolução clinica do doente crítico e intervenções efetuadas?	3,00	5,00	3,72	0,60
22. Consegue responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade durante transporte do doente crítico?	3,00	5,00	3,59	0,59
30. Sente ansiedade, medo, stress no decurso do transporte?	2,00	5,00	3,24	0,79
Média do Perfil de Procedimentos durante o TDC			4,03	0,65
Média do Perfil de Competências Autónomas (12 itens)			4,07	0,66
Média do Perfil de Competências Interdependentes (3 itens)			3,80	0,60

Esta diferença temporal para as aplicações das competências, e tal como se observou na tabela anterior, também aqui parece ser percecionado que os enfermeiros colocam as suas competências autónomas, com maior nível de execução e repetição do que as interdependentes.

2.1.3 Perfil de Competências do Enfermeiro nos Procedimentos à Chegada do Doente Crítico

A (Tabela 13), que só insere competências autónomas, apresenta a organização Hierárquica dos dois Procedimentos – segundo a Autoperceção da amostra – que integra o perfil de Competências à Chegada do TDC, e conforme se pode constatar, e corroborando o alinhamento de pertinência dispensado aos procedimentos anteriores, os enfermeiros assumem, que todos sem exceção, colocam estas técnicas em prática, sendo que, e em média, o cuidado de “*verificar a fixação e permeabilidade dos acessos, drenos, tubos e sondas do doente à chegada ao local de destino*”, apresenta sensivelmente uma frequência média mais elevada ($x=4,27$, $sd=0,65$) do que a “*reavaliação dos padrões hemodinâmicos do doente á chegada ao local de destino*” ($x=4,08$, $sd=0,54$). Todavia, em ambos os cuidados prestados à chegada há uma parte da amostra que só tem esta prática às vezes, e outra parte faz estes procedimentos sempre.

Tabela 13 - Distribuição dos valores de frequência temporal, de cada procedimento, segundo a perceção da amostra, relativamente ao Perfil de Competências relativas à chegada do Doente Crítico.

Apresentação Hierárquica dos Procedimentos à Chegada do TDC	Mín	Máx	Méd	DP
32. Verifica a fixação e permeabilidade dos acessos, drenos, tubos e sondas do doente à chegada ao local de destino?	3,00	5,00	4,27	0,65
31.Reavalia padrões hemodinâmicos do doente á chegada ao local de destino?	3,00	5,00	4,08	0,54
Média do Perfil de Procedimentos à Chegada do TDC			4,18	0,60
Média do Perfil de Competências Autónomas (2 itens)			4,18	0,60

2.1.4 Perfil de Competências dos Enfermeiros nos Conhecimentos que Fundamentam os Procedimentos no Transporte do Doente Crítico.

A apresentação hierárquica de auto-perceção dos Procedimentos executados, relativamente aos Conhecimentos que Fundamentam esses Procedimentos durante o TDC, na (Tabela 14), além de só inserir competências autónomas, também demonstra que a amostra atribui esta importância frequentemente, já que as médias se situam neste valor da escala (4=frequentemente), mas também é observável que atribui mais frequentemente ($x=4,56$, $sd=0,55$) relevância à “*experiencia profissional é essencial para o transporte seguro e estável do DC...*”, do que à “*à formação especializada e essencial para o transporte seguro e estável*

do DC” ($x=4,37$, $sd=0,79$), além de que nesta formação, especificamente, há alguns enfermeiros da amostra que *raramente* ($Min=2,00$) a consideram.

Curiosamente, estes enfermeiros, consideram que na sua praxis, conseguem “...transmitir informação sobre o doente crítico de forma adequada e pertinente no local de destino” mas só frequentemente ($x=4,29$, $sd=0,61$) e não sempre, além de que alguns enfermeiro só fazem este procedimento às vezes ($Min=3,00$), “tem a experiência necessária para a manipulação do material e equipamento ao acompanhamento do DC...” ($x=4,24$, $sd=0,64$), mas há uma parte da amostra que só às vezes ($Min=3,00$) considera que tem esse nível de experiência. Importa aqui verificar que a amostra tem a auto-perceção de que frequentemente ($x=4,18$, $sd=0,77$) sente que “quando se prepara para efetuar o transporte do DC, considera que tem a experiência e treino (em reanimação) necessários”, mas há uma parte da amostra que assume *nunca* ($Min=1,00$) ter esse nível de experiência necessária para fazer este tipo de acompanhamento.

Tabela 14 - Distribuição dos valores de frequência temporal, relativamente a cada formação, segundo a perceção da amostra, relativamente à fundamentação dos Conhecimentos em TDC

Apresentação Hierárquica de Conhecimentos que fundamentam os Perfis relativos ao TDC	Mín	Máx	Méd	DP
35. A experiencia profissional é essencial para o transporte seguro e estável do DC?	3,00	5,00	4,56	0,55
34.A formação especializada e essencial para o transporte seguro e estável do DC?	2,00	5,00	4,37	0,79
33. Consegue transmitir informação sobre o doente crítico de forma adequada e pertinente no local de destino?	3,00	5,00	4,29	0,61
26.Tem a experiência necessária para a manipulação do material e equipamento ao acompanhamento do DC?	3,00	5,00	4,24	0,64
5.Quando se prepara para efetuar o transporte do DC, considera que tem a experiência e treino (em reanimação) necessários?	1,00	5,00	4,18	0,77
Perfil de Conhecimentos para fundamentar os Procedimentos no TDC			4,33	0,68
Média do Perfil de Competências Autónomas (5 itens)			4,33	0,68

2.1.5 Perfis de Competências Autónomas e Competências Interdependentes do Enfermeiro, no TDC

Após a análise das 4 tabelas anteriores, foram determinados os valores das médias de perfis parcelares, estabelecendo as diferenças entre as frequências com que os enfermeiros aplicam as suas competências autónomas e as interdependentes. Como a

Tabela 15 apresenta, os enfermeiros da amostra percebem que aplicam em Média, os procedimentos de Competências Autônomas relativos aos quatro Perfis parcelares (9, 12, 2 e 5 itens), “*Frequentemente*”, com médias de X=4,02, (DP=0,76), X=4,07, DP=0,66), X=4,18, (DP=0,60), e X=4,33 (DP=0,68), sendo que a Média de Aplicação de Competências Autônomas (28 itens) apresenta-se em Frequente, (X=4,05; DP=0,71), por oposição à frequência obtida na aplicação de Competências Interdependentes (7 itens), que foi entre “*raramente e às vezes*” (X=2,57, DP=0,97), tendo sido a Média de Competências Interdependentes do 1º Perfil (4 itens), ao nível “*raramente*” (X=2,06, DP=1,34) e “*às vezes*” aplicam os procedimentos de Competências Interdependentes do 2º Perfil (3 itens), (X=3,08, DP=0,60). Esta diferença temporal para as aplicações das competências coloca as competências autônomas do enfermeiro, com maior nível frequencial de execução e repetição do que as interdependentes.

Tabela 15 – Diferenças entre os valores de frequência temporal, relativamente aos Perfis de Competências autônomas do Enfermeiro e Competências Interdependentes, no TDC

Diferenças de médias entre os perfis de Competências autônomas e interdependentes durante o TDC		Méd	DP
Média de Competências Autônomas (9 itens) do 1º Perfil		4,02	0,76
Média de Competências Autônomas (12 itens) do 2º Perfil		4,07	0,66
Média de Competências Autônomas (2 itens) do 3º Perfil		4,18	0,60
Média de Competências Autônomas (5 itens) do 4º Perfil		4,33	0,68
Média de Aplicação de Competências Autônomas (28 itens)		4,05	0,71
Média de Competências Interdependentes (4 itens) do 1º Perfil		2,06	1,34
Média de Competências Interdependentes (3 itens) do 2º Perfil		3,08	0,60
Média de Aplicação de Competências Interdependentes (7 itens)		2,57	0,97

Após esta apresentação sequencial dos resultados encontrados, e como foram observados e organizados dentro dos quatro perfis parcelares gerados, a partir da sua distribuição nessas respectivas áreas de atuação, será agora apresentada a organização de alguma comparação entre estes resultados e os anteriormente obtidos, em outros estudos, por outros autores, apresentados em construto teórico.

3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a apresentação de resultados, da análise e tratamento estatístico, torna-se imperioso realizar uma análise crítica dos mesmos, partindo do tema do estudo, pelo que se apresenta agora discussão dos resultados. Esta discussão passa por refletir acerca dos principais resultados obtidos, confrontá-los com a fundamentação teórica que deu suporte ao estudo e tentar responder à questão de investigação. A amostra total final do estudo, é a população total encontrada e são 37 enfermeiros.

A grande maioria dos participantes (59,5%) é do género feminino, sendo esta também a distribuição característica do universo da enfermagem em Portugal (OE, 2018). Segundo dados estatísticos publicados pela OE (2018), no final do Ano de 2018, 82,17% dos enfermeiros (60737) são do género feminino e apenas 17,82% (13175) são do género masculino. A idade dos participantes está entre os 34 anos e os 63 anos, e a média aproximada é de 44,75 anos (DP=7,50).

Estes profissionais, exercem funções no serviço de urgência (100%), e com uma vasta experiência profissional noutros serviços, tal como – e expressivamente - nos Cuidados Intensivos (8,1%), INEM-SIV (5,40%), INEM-VMER (40,54), INEM-HELICOPTERO (5,40%), bem como em outros serviços, como serviços de internamento de Medicina, Cirurgia, Ortopedia, Pneumologia e Bloco Operatório (83,8%).

No que respeita à formação, mais de um terço dos enfermeiros da amostra (35,1%) respondeu que possui formação na área do Doente Crítico. Estes dados revelam-nos a preocupação presente nos enfermeiros em adquirir e desenvolver competências acrescidas nesta área do Doente Crítico.

As habilitações profissionais acrescidas mais direcionadas na área do Doente Crítico auto reportadas incluem a Pós-Graduação na área da Urgência/Emergência, Curso de pós-licenciatura e especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica ou Mestrado à Pessoa em Situação Crítica.

Relativamente à formação profissional específica na área do transporte do Doente Crítico, podemos constatar que destes enfermeiros com formação específica, cerca de 75,7% (28) possuem formação no Transporte de Doente Crítico, 21,6% (8) apresentam formação em SAV, 13,5% (5) apresentam formação em VMER, 10,8% (4) apresentam formação em SAT

e 2,7% (1) apresentam formação e SIV, o que explica porque esta população se dedica frequentemente á prática dos cuidados durante o transporte e à chegada do TDC, tal como foi explicado por Sobreiro (2017), ao verificar que são os enfermeiros com formação na área e formação específica na área do DC, os que autorelatam uma participação mais efectiva no planeamento e decisão do transporte do doente crítico. Estes resultados apontam para a importância que o transporte do Doente Crítico tem vindo a ter ao longo dos tempos e a crescente necessidade procurar otimizar a prestação de cuidados em situações de maior gravidade.

Relativamente à **experiência profissional** no serviço de urgência é de 13.72 anos (DP=7.37) seguida da experiência profissional em INEM-VMER que é de 10.06 anos (DP=6.70).

Uma percentagem grande (89,2%) dos participantes deste estudo, demonstrou sentir necessidade de fazer formação específica, para realizar o transporte do Doente Crítico, havendo apenas 10,8% dos casos que manifesta uma opinião contrária. Este facto corrobora a OM e SPCI (2008) que assumem que deve ser promovida formação específica no transporte do Doente Crítico para todos os profissionais, mesmo para aqueles que já possuem experiência nesta área; e Nunes (2007), quando alerta para o facto da formação ministrada no curso base não ser suficiente, nem dar as competências necessárias para atuar com o Doente Crítico em situação de urgência/emergência.

Na grande maioria das vezes o transporte do Doente Crítico é efetuado por profissionais com pouca experiência na área da urgência e sem formação específica nesta área. Faia e Silva (2008) corroboram da mesma opinião fazendo mesmo referência ao transporte secundário de Doente Crítico, que não deveria ser realizado por profissionais recém-licenciados, pois estes não possuem as competências nem a experiência necessária.

Importa relevar que, o transporte do Doente Crítico, é assegurado em média por 7,70 (DP= 6,59%) de acompanhamentos no período de 6 meses, com o mínimo de 0 (zero) e o máximo de 25 transportes efetuados. Em suma, verifica-se que 45,9 %, quase metade dos enfermeiros, realizam transporte do Doente Crítico mais de uma vez por mês, sem expressão deste transporte ser na ausência do elemento médico, por oposição ao verificado por Graça, (2017, 2018), em que este acompanhamento de TDC, nem sempre era realizado simultaneamente, por médico e enfermeiro. Pese embora esta autora não ter como variável focal as competências de enfermagem no processo, importa que foi nesse trabalho verificado, que a

grande maioria, 77,2% dos doentes transportados, foram acompanhados por enfermeiro e a minoria pela equipa médico-enfermeiro, ou seja, 22,8% dos DC transportados.

Neste estudo, e no que ao **contexto do transporte propriamente** dito diz respeito, verificou-se que 45,9 %, ou seja, quase metade dos enfermeiros realizam transporte do Doente Crítico mais de uma vez por mês, facto considerado como uma mais-valia nesta investigação já que as experiências vividas estabeleceram um nível de consciência, expressa na construção do Perfil de competências autónomas e interdependentes aplicadas, sua frequência e oportunidade, como por exemplo, o cuidado “*no planeamento do transporte tem em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico ...*” e as verificações de “*...equipamento e terapêutica necessário para o transporte, antes da realização do mesmo*”; ou até a “*...a monitorização hemodinâmica do doente durante todo o transporte*” ($x=4,59$, $sd=0,49$).

Todavia, os exemplos de cuidados que só raramente (Min=2) são executados por alguma parte da amostra, - porque há enfermeiros que só raramente “*avaliam novamente o DC segundo a metodologia ABCDE após a passagem do DC para a maca de transporte, e com este já na ambulância...*”); e raramente “*conseguem garantir a qualidade de vigilância e de intervenção terapêutica durante o transporte, idêntica à verificada no serviço de origem...*” apesar de ambos os procedimentos, serem executados às vezes, em média ($x=3,81$, $sd=0,90$. ($x=3,78$, $sd=0,75$), por parte destes respondentes, permite verificar que este transporte nem sempre é efetuado nas melhores condições, e que nem todos os procedimentos foram sempre aplicados, durante o TDC e à chegada ao local do doente, mas esta população de enfermeiros, tinha também desse facto a consciência.

Este assumir consciente, não corrobora, por um lado, os pressupostos publicados pela SPCI, (2008), quando expressa que “... o doente em estado crítico é transportado, frequentemente, por equipas inexperientes, que conhecem mal o doente e o equipamento de suporte de vida que o acompanha, muitas vezes em ambulâncias com condições deficitárias”, mas por outro lado, esta noção de consciência, que emerge da formação e da experiência, vem ao encontro do verificado por Sobreiro (2017), ao constatar que um enfermeiro com formação na área do doente crítico auto percebe-se mais seguro e efetivo na participação na decisão e planeamento do transporte de doentes críticos, já que, e no global da amostra, os resultados indicam de que os enfermeiros, têm de alguma forma alguma formação na área do Doente

Crítico, e que conseguem, frequentemente, de uma forma segura participar na fase de decisão e planeamento do transporte de doentes críticos.

Foi verificado que as **competências autónomas, ao nível do Planeamento** do TDC, tal como “*preparar o planeamento do transporte, tendo em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico*” ou “*verificar o equipamento e terapêutica necessário para o transporte, antes da realização do mesmo...*” ou verificação do “*material existente na célula sanitária e a sua funcionalidade*” ou ainda “*...a informação clínica*” ou “*o histórico do doente e a sua situação clínica atual...*”, bem como a avaliação da “*...estabilidade do doente ... tendo em conta a metodologia ABCDE...*”, foram aplicadas frequentemente, - pese embora não tenha sido pela totalidade dos respondentes - o que vem corroborar Martins e Martins (2010), assumindo, estar comprovado que o transporte de doentes críticos, pode ser efetuado com segurança, se for planeado e organizado, se os enfermeiros tiverem conhecimento da situação clínica do doente e se for efetuado por uma equipa experiente e material adequado. Estes resultados também corroboram o pressuposto teórico do que Nunes (2009), assume, ao dizer que os imprevistos/riscos podem ser minimizados quando um planeamento cuidadoso é considerado, quando é selecionada uma equipa adequadamente preparada, quando existem os meios de transporte adequados e existem disponíveis os meios de monitorização e eventuais procedimentos de emergência necessários no meio de transporte a utilizarem.

Relativamente ao **valor dos conhecimentos e da experiência**, a distribuição dos valores de frequência temporal, em cada uma destas variáveis, conforme se vê na Hierarquia de Conhecimentos que fundamentam os Perfis relativos ao TDC, associam os conhecimentos dando ênfase à experiência para a sua segurança, assinalando que “*... experiência profissional é essencial para o transporte seguro e estável do DC*” e ainda, as questões que se auto colocam, como: será que tenho “*experiência necessária para a manipulação do material e equipamento... (...)*”, ou “*...experiência e treino (em reanimação) necessários*” vêm corroborar que as competências em Enfermagem, - como de resto em qualquer outra área laboral, e tal como defendeu já a autora clássica, a citada Benner (1996) - são desenvolvidas ao longo do tempo, enquanto o enfermeiro evolui de “*principiante*” a “*perito*”. Além desta autora, as perspetivas desta população em estudo, também corroboram Martins e Martins (2009, p. 117), bem como Gonçalves (2017). No seu estudo mais recente, os autores

Martins e Martins (2010), são aqui corroborados, quando referem que “a formação e a experiência profissional são essenciais para o sucesso das transferências inter-hospitalares dos doentes críticos”. Também estes resultados, vão ao encontro da relação positiva entre formação e auto-realização dos enfermeiros, verificada por Sobreiro (2017) neste contexto. Além desta comparação, a preocupação consciente destes enfermeiros com a “experiência de perito” também corrobora Bastien (1997) citado por OE (2009), quando defende que deve estar implícita uma capacidade para se esforçar e refletir, coordenar e diferenciar os conhecimentos sobre a ação e utiliza-los em situações novas ou em situações cujo contexto exija um maior controlo sobre a mesma.

A OM e a SPCI reforçam esta ideia (2008, p. 11) dizendo: “a experiência clínica constitui um dos aspetos mais importantes para a promoção e para a garantia da segurança durante o transporte”, pelo que há aqui uma consonância de sentido e de responsabilidades.

Os procedimentos relativos às **competências autónomas e interdependentes**, nas Competências Durante o TDC, e no Perfil de Competências Autónomas à chegada do Doente Crítico vêm corroborar Bastien (1997) citado por OE (2009), ao defenderem que se exige que a pessoa domine com rapidez e segurança as situações mais comuns, saberes que podem entrar (automaticamente) em ação sem uma reflexão consciente, bem como o defendido por Nunes (2009), afirmando que o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem. No entanto nem sempre isso se verifica.

Os resultados relativos às **áreas de experiência profissional**, apresentam que 35,1% dos enfermeiros possui formação na área do Doente Crítico, e que 75,7% apresentam formação no Transporte de Doente Crítico e 21,6% em SAV, 13,5% em VMER, 10,8% em SAT e ainda 2,7% terem formação em SIV, mas que para além de toda esta formação, há 89,2% dos participantes deste estudo, que revela sentir necessidade de fazer formação específica, para realizar o transporte do Doente Crítico, é um forte indício do nível de consciência profissional por parte da população de enfermagem. Somando esta evidência e auto-perceção, aos valores de frequência temporal, com que aplicam os procedimentos das competências autónomas, nos Perfis parcelares de Competências Durante o TDC, e à chegada do TDC, podemos considerar que a população de enfermagem em estudo oferece frequentemente, e com consciência de segurança, ao doente crítico transportado, o que vem corroborar o preconizado

por Neves et al. (2000) quando salientam que o risco de transporte de doentes críticos diminui bastante, se a transferência for realizada por profissionais experientes e com formação.

No global, e **tomando as competências dos enfermeiros no TDC, como a variável dependente em estudo**, e tomando como comparação o estudo de Gonçalves (2017), verifica-se que embora não sejam usadas as mesmas expressões, foram corroboradas a maioria das competências identificadas por este autor no seu estudo em 2017: verificou-se que estão presentes os Conhecimentos específicos e a Experiência adquirida anteriormente, bem como a Formação contínua. Os perfis de procedimentos na preparação, durante e à chegada do TDC, comprovam que de forma frequente, a maioria da população em estudo, apresenta a Capacidade de planeamento e organização, a capacidade de manter um ambiente de cuidados seguro, e a Capacidade de prestar cuidados de qualidade ao Doente Crítico. O facto de terem sido envolvidos em múltiplas experiências de acompanhamento, e com sucesso, ficou clara a Capacidade de trabalhar em equipa. As competências de Gestão de comunicação interpessoal com os membros da equipa multidisciplinar, o Bom nível de desempenho perante a necessidade de agir num curto espaço-tempo, e ainda a Capacidade de resposta adequada aos imprevistos, não foram variáveis inerentes ao Instrumento de Recolha de Dados aplicado (Sobreiro, 2017). Todavia as competências autónomas expressas no perfil de competências à chegada do TDC, expressaram ir ao encontro do significado que Gonçalves (2017) atribuiu à Colaboração com as entidades responsáveis pela avaliação do transporte. O último perfil, vai de encontro às Responsabilidades éticas inerentes à prática profissional, nomeadamente à Reflexão sobre o desempenho profissional após a realização de cada transporte, nomeadamente quando estes enfermeiros refletem na mais valia da Formação e experiência como competências imprescindíveis para uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar.

Após esta reflexão comparativa, mantem-se ainda **a pertinência da questão da formação**: mesmo com a formação verificada em resultados, na Área do Doente Crítico, os enfermeiros também corroboraram a OM e SPCI (2008) que destacam a necessidade de promover-se formação específica em transporte de doentes críticos para todos os profissionais envolvidos, mesmo para aqueles que habitualmente têm experiência com este tipo de doentes.

Estes enfermeiros corroboram não só os autores que referem a relação entre a qualificação técnica, a formação e experiência clínica, como também corroboram Machado (2010) que

considera que a experiência profissional do enfermeiro no que diz respeito ao número de anos de exercício profissional e experiência na realização de transportes, são fator positivo no transporte de doentes críticos.

Em conclusão, a formação deve ser contínua, sistemática e ser sempre atualizada, transformadora, aprendente.

4. CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem, perante o Doente Crítico, devem ser contínuos, de alta qualidade, uma vez que este tipo de doente apresenta uma, ou mais, funções vitais em risco, com necessidade de intervenções imediatas e emergentes, através de competências específicas, tal como é descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (RCEEEEPSC), priorizando o desenvolvimento de competências e o aprofundamento de conhecimentos permitem a uniformização de procedimentos, contribuindo para uma prestação de cuidados com qualidade e segurança.

Nestas conceções, insere-se o estatuto e responsabilidades do enfermeiro no transporte inter-hospitalar com um papel de extrema importância desde a abordagem e estabilização inicial no hospital, passando pela decisão, planeamento e efetivação do transporte. Em todas as fases que existem do transporte do Doente Crítico exigem do enfermeiro um desenvolvimento e um conjunto de competências específicas de modo a garantir um nível de cuidados adequado. Durante o transporte inter-hospitalar de doentes críticos, é essencial reconhecer quais os procedimentos técnico-profissionais, que assume mobilizar na sua prestação de cuidados, e com que frequência, pelo que foram formulados objetivos para operacionalizar este trabalho. Em relação ao objetivo geral, conheceu-se o perfil de competências do Enfermeiro no transporte inter-hospitalar do Doente Crítico (DC), segundo a perceção da respetiva praxis da amostra em estudo. Este perfil global, é constituído por dois tipos de perfil: um relacionado com as áreas de atuação e outro, o perfil quatro perfis parcelares: o Perfil de Competências relativas à Decisão no TDC, o Perfil de Competências Durante o TDC, o Perfil de Competências à Chegada do TDC e o Perfil de Conhecimentos que fundamentam os Perfis relativos ao TDC.

Iniciando, e para dar consecução ao objetivo de Analisar, segundo a perceção da amostra, a frequência da prática dos procedimentos na prestação de cuidados ao Doente Crítico, em contexto de transporte inter-hospitalar, verificou-se que o Perfil de Conhecimentos para fundamentar os Procedimentos no TDC, foi o que foi sinalizado mais frequentemente, seguido do Perfil de Procedimentos à Chegada do TDC, e que em cada um dos quatro Perfis parcelares, as competências autónomas foram aplicadas mais frequentemente do que as

competências interdependentes.

No que respeita a reconhecer o nível de atribuição de pertinência aos procedimentos, segundo a percepção da amostra, através da frequência das práticas, na prestação de cuidados ao Doente Crítico, em contexto de transporte inter-hospitalar, considera-se que os enfermeiros atribuem maior nível de pertinência aos procedimentos que devem ser aplicados à chegada do doente crítico. No que respeita ao Perfil da Participação na Decisão do TDC, o procedimento mais frequentemente aplicado, tem em conta os riscos e implicações do transporte no estado hemodinâmico do Doente. Durante o Transporte, o procedimento considerado mais pertinente, tendo em conta a frequência com que é assumido e executado, é a monitorização hemodinâmica do doente.

No sentido de identificar as áreas de atuação em que se integram os procedimentos aplicados pelos enfermeiros, na prestação de cuidados ao Doente Crítico em contexto de transporte inter-hospitalar, foram encontradas quatro áreas de desenvolvimento de competências, mas somente três em que se aplicam Procedimentos: a primeira é na Organização e decisão do TDC, a segunda é nos Procedimentos durante o TDC e finalmente os Procedimentos à Chegada do TDC. A última área diz respeito aos Conhecimentos para fundamentar os Procedimentos anteriormente expostos.

Foram distinguidas as Competências Autónomas e Competências Interdependentes, que inserem o Perfil de Competências do Enfermeiro perante o Doente Crítico, durante o transporte Inter-hospitalar. Os enfermeiros da amostra percecionam que aplicam 28 procedimentos de Competências Autónomas ao longo de todas as áreas de atuação, e 7 procedimentos que dizem respeito a Competências Interdependentes, e que só inserem as primeiras duas áreas de atuação. Além disto também se verificou que as primeiras são mais frequentemente aplicadas do que as segundas. Considera-se pertinente continuar a estudar este tipo de práticas, nomeadamente no que concerne à diferença de frequência com que os enfermeiros aplicam as competências autónomas e interdependentes, nos diferentes locais ou áreas de trabalho da enfermagem.

Para uma Proposta no Futuro...

Concluindo, e considerando todo este percurso, além da divulgação e análise destes resultados, por parte da população em estudo, considera-se essencial, em breve futuro, investir numa organização e desenvolvimento de formação estruturada em Competências do

Enfermeiro perante o Doente Crítico, durante o transporte Inter-hospitalar, respeitando alguns pormenores, emergentes destes resultados:

1. Fazer compreender aos enfermeiros a necessidade/ obrigação do cumprimento dos procedimentos sempre;
2. Manter um tipo de formação que pudesse ser selecionada, ou indicada pelos enfermeiros, no que respeita a que tipologias de procedimentos;
3. Integrar a Educação Emocional como ponto de formação, para colmatar o resultado encontrado, acerca de uma competência de carácter emocional, à qual os enfermeiros apresentam alguma necessidade formativa: há uma parte desta população que sente sempre, e em média, média estes enfermeiros sentem às vezes “...ansiedade, medo, *stress* no decurso do transporte”. A expressão deste resultado é indicador da pertinência senão necessidade de alguma atenção sobre este tipo de formação nestas equipas de saúde;
4. A formação poderia e deveria desenvolver-se dentro das metodologias ativas, em que as análises e reflexões partiriam da prática para as abordagens teóricas;

Considera-se assim, que este conjunto de resultados e o percurso decorrido, teriam servido concretamente a melhoria da qualidade formativa dos enfermeiros e como consequência, a melhoria da qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Australian and New Zealand College of Anaesthetists (2015). *Guidelines for Transport of Critically Ill Patients*. Victoria: Australasian College for Emergency Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetics, and College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand. Retirado de : http://www.anzca.edu.au/documents/ps52-2015_guidelinesfor-transport-of-critically-i
- Benner, P., Tanner, C., Chesla, C. (1996). *Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgement and ethics*. New York : Springer
- Coelho, A. C. C. (2014). Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra hospitalar do paciente crítico. *Rev. enferm. UERJ*, 22(4), 533-539.
- Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012). *Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU)*. Retrieved from <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia.pdf>
- Cunha, M. (2000). Actuação do enfermeiro no transporte do doente politraumatizado. In: *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN: 0872-8844. N° 33. p. 42-47.
- De Almeida, A. C. G., Neves, A. L. D., De Souza, C. L. B., Garcia, J. H., De Lima, L. J., & De Barros, A. L. B. L. (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. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300024>
- Decreto-Lei nº 13427/2015 de 20 de Novembro (2015). Rede de Referência de Urgência/Emergência. *Diário da República* II série, N° 228 (15-11-20), 33814-33816.
- Decreto-Lei nº 5058-D de 13 de Abril (2016). Estabelece disposições sobre. O transporte integrado do Doente Crítico. *Diário da República* IIª série N°72 (16-04-13), 12164 (5).
- Decreto-Lei nº n.º 429/2018. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário do DR*, 2.ª série, N.º 135,16 de julho de 2018.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures:

- Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.
- Gonçalves, A. C. S. (2017). Competências do Enfermeiro no Transporte Inter-hospitalar de Doentes Críticos. *Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Graça, A., Silva, N. A. P., Correia, T. I. G. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Dissertações de Mestrado Alunos. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. ESSa – Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/14621>
- Graça, A., Silva, N. A. P., Correia, T. I.G.; Martins, M. (2018). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: realidade dum hospital do Nordeste de Portugal. In V Encontro de Investigadores do *Instituto Politécnico de Bragança: livro de resumos*. Bragança: Instituto Politécnico. ISBN 978-972-745-235-4
- Hertzum, M., & Holmegaard, K. D. (2013). Thinking aloud in the presence of interruptions and time constraints. *International Journal of Human Computer Interaction*, 29(5), 351-364.
- India Society of Critical Care Medicine (2017). *To develop guidelines for intrahospital and interhospital Transport Critically ill Patients*. Retirado de <https://isccm.org/pdf/Section4.pdf>
- Intensive Care Society (2011). *Guidelines for the transport of the critically ill adult* (3rd ed.) London: Intensive Care Society.
- Lafuente, E. (2016). O Doente Crítico no Serviço de Urgência. *Conference Paper*. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/290440605_O_DOENTE_CRITICO_NO_SERVICO_DE_URGENCIA.
- Maroco, J. (2014). *Análise estatística com SPSS Statistics*. 6a ed. Pêro Pinheiro Report Number.
- Magalhães, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo.
- Martins, R. & Martins, J. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*. Coimbra. ISSN 0874-0283. Vol. 3, nº 2, 111-120.
- Neves, A. (2000). Transporte de doentes em estado crítico. *Nursing*. Lisboa. ISSN0871-6196.
- Neves, A., Gomes, V., Moreira, AP., Paisana, AM., Luzio, P. & Silva, B. (2000). Transporte

- de doentes em estado crítico. *Nursing*, 144 (12), 37 -40.
- Nunes, F. (2007). A tomada de decisão de Enfermagem de Emergência. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº219. Março. p. 7-11. Acedido a 01 de fevereiro de 2020 em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/2802-tomadade-decisao-de-enfermagem-em-emergencia#.V6tQ9ZpTFhg>
- Nunes, F. M. F. (2009). Tomada de decisão do enfermeiro no transporte do Doente Crítico. *Nursing*, 246. Acedido em 01 de fevereiro 2020 em http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3526-tomadade-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico#.UxmBiT9_tDo.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE); Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem; Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 45.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas Em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. *Ordem dos Enfermeiros – Caderno Temático*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 4 de fevereiro de 2020 em <http://www.ordemdosenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Acedido em 05 de Janeiro de 2020 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em 05 de Janeiro de 2020 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos: recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos

Médicos.

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Retrieved* May 6, 2020, from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento nº 140/2019. *DR, 2.ª série, N.º 135,16 de julho de 2018.* Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., Vaz, J. & Coutinho, P. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva*. Lisboa: República Portuguesa.
- Pedreira, L. C., Santos, I. D. M., Farias, M. A., Sampaio, E., Barros, C. S. M. A., & Pires, A.F., Santos, B.N., Santos.P.N., Brasil,V.R. & Luna, A.A. (2015). Transporte seguro de pacientes críticos. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. Volume 9, nº2. ISSN- 1982-6451. Rio de Janeiro.
- Sobreiro, J. R. (2017). Perfil de Competências do Enfermeiro no Transporte Inter Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica. *Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Escola Superior de Saúde de Leiria, Leiria
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos- Recomendações*. Acedido em 15 de Julho de 2016 em http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf.
- Smith, S. A. (2012). Nurse Competence: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 172-182

ANEXOS

Anexo I – Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Nome do Aluno: Vasco Costa Pereira Nº - a41336

Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Setembro/Fevereiro 2019/2020

Relatório de Estágio do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Bragança; Unidade de Queimados do Centro Hospitalar Universitário São João; Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro -Unidade de Chaves.

Nome do Aluno: Vasco Costa Pereira a:41336

Orientadores:

Filomena Branco - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Unidade de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Bragança.

Luís Carlos Almeida Pires - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Unidade de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Bragança.

Bruno José Teixeira da Costa - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Unidade de Queimados do Centro Hospitalar Universitário São João.

Eula Karina Vieira Pinto - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Unidade de Queimados do Centro Hospitalar Universitário São João.

Jorge Cunha - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro – Unidade de Chaves.

Elizabete Calejo - Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro – Unidade de Chaves.

Setembro/fevereiro de 2019/2020

AGRADECIMENTOS

Não podia começar este relatório de estágio sem fazer um sincero agradecimento a todos aqueles que me ajudaram a ultrapassar mais uma etapa da minha vida, difícil, mas concretizada graças a estas pessoas.

Agradeço aos meus orientadores de estágio, Enfermeiros/as Filomena Branco, Luís Pires, Eula Pinto, Bruno Costa, Jorge Cunha e Elizabete Calejo

Agradeço aos orientadores/coordenadores de estágio, Enfermeiro Norberto Aníbal Pires da Silva e à Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins.

Agradeço a todos os elementos das equipas dos serviços de SMI, UQCHSJ, serviço de urgência do CHTMAD – Unidade de Chaves.

Aos Colegas do serviço de urgência do CHTMAD – Unidade de Chaves, pela colaboração e apoio para a realização deste estágio e do estudo científico por mim realizado.

Agradeço ao meu colega de curso e companheiro desta viagem, Francisco Alves, pois sem ele seria certamente muito mais difícil.

Em especial ao meu filho, Afonso Pereira e Sónia Pereira, minha esposa, pela compreensão, encorajamento e apoio condicional. Foram a minha verdadeira fonte de energia, coragem e inspiração.

E a todos aqueles que, ainda que omissos, de alguma forma contribuíram para levar a bom porto este trabalho.

Um sincero obrigado a todos

Setembro/fevereiro de 2019/2020

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

APA – American Psychological Association

DRC – Doença Renal Crónica

HD – Hemodiálise

OE – Ordem dos Enfermeiros

TSFR – Terapia de Substituição da Função Renal

SNS – Sistema Nacional de saúde

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

HTA – Hipertensão Arterial

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

SU – Serviço de Urgência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

UQCHUSJ – Unidade de Queimados do Centro Hospitalar Universitário do São João

CHTMAD – Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro

CVC – Cateter Venoso Central

CA – Cateter Arterial.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	6
2.	ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	13
3.	SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....	20
4.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	22
5.	ANEXOS	24
	Anexo 1:Cronograma de Estágio.....	24
	Anexo 2: Declaração de tempo de Serviço no Serviço de Urgência.....	25

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, aprovado em Diário da República, 2.ª série — N.º 57 — 22 de março de 2016, despacho n.º 4155/2016, IV Curso de Mestrado em enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, prevê no 2º ano, uma Unidade Curricular Semestral, Estágio com Relatório/Trabalho de Projeto, sendo proposto desenvolver competências que permitam cuidar do doente em situação crítica, do adulto com doença crónica e a sua família em contexto hospitalar na área específica de intervenção, cuja componente é dedicada à prática clínica e à investigação.

A Unidade Curricular está estruturada de forma a assegurar a aquisição de competências comuns e estabelecidas pela OE para os Enfermeiros Especialistas e competências específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica, conforme os regulamentos n.º 122 e n.º 429/2018 da OE.

Daí surgir a realização de um conjunto de estágios articulados entre si, tendo como objetivo principal o de proporcionar um espaço de aprendizagem que conduza à aquisição destas competências acima descritas. Aprendizagem ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em procedimentos associados à Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, melhorando assim as boas práticas e a qualidade dos cuidados prestados em contexto de trabalho.

De acordo com a coordenadora do Curso de Mestrado e regente da unidade curricular e previamente planeado sobre regência dos estágios, os três campos desenvolveram-se no serviço de Medicina Intensiva da ULS do Nordeste, na UQCHUSJ e Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do CHTMAD – Unidade de Chaves, respetivamente:

1º Serviço de Medicina Intensiva da ULS - Bragança;

2º Serviço de Unidade de Queimados do Centro Hospitalar Universitário São João;

3º Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do CHTMAD – Unidade de Chaves.

Todos estes campos são destinados ao atendimento e tratamento do Doente Crítico.

Tendo já uma vasta experiência como enfermeiro e principalmente como enfermeiro na urgência Médico-Cirúrgica decidi agora complementar esta experiência com formação académica através da componente de especialização e mestrado do respetivo ciclo de estudos, dando assim, continuidade ao meu projeto de desenvolvimento profissional.

Cada bloco específico de estágio correspondeu a 168 horas de contacto, sendo que, este semestre de prática clínica com 540 horas de contacto, contou em todos os campos de estágio, com orientação e supervisão tutorial por Enfermeiro Especialista em EMC, em exercício de funções nesse serviço e, em articulação com a docente da Escola Superior de Saúde de Bragança também especialista em EMC.

Ao longo dos vários campos de estágio adotei uma metodologia de análise crítico-reflexiva dos objetivos definidos, ajustando-os em função das oportunidades e necessidades que foram surgindo.

Empenhei-me sempre em participar ativamente no processo ensino/aprendizagem com vista ao desenvolvimento das competências preconizadas para os estágios, à prestação de cuidados de Enfermagem especializados de excelência à pessoa em situação clínica crítica, por mim prestados enquanto trabalhador/estudante, de forma a enriquecer as boas práticas e a qualidade dos cuidados.

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Os Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa, com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua total recuperação.

Consideramos cuidados enfermagem aqueles que exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prevendo e detetando precocemente as complicações e de forma a assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

A avaliação diagnóstica e a monitorização constantes na pessoa em situação crítica, são de

importância máxima, mas, não menos importante é, o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, o que representa uma competência das competências clínicas especializadas - considerando-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação.

Este relatório escrito tem como objetivos:

- Descrever as etapas do estágio;
- Descrever as competências adquiridas, ao longo dos estágios, comuns do Enfermeiro Especialista e as específicas para o Enfermeiro Especialista da área da Médico-Cirúrgica, concretamente no cuidado especializado da pessoa em situação crítica, seguindo as regras definidas pela comissão científica, conforme layout e normas APA;

CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio constitui uma componente prática que promove a aquisição de conhecimentos e experiências adequadas à formação do enfermeiro especialista quer ao nível das competências comuns quer a nível das específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica.

A prática clínica foi definida por dois campos de estágio obrigatórios, SUMC e SMI, e um campo de estágio opcional. As minhas componentes obrigatórias decorreram no SMI da ULS Nordeste – Bragança e SMUC do CHTMAD – Unidade de Chaves. Enquanto a opcional decorreu na UQCHSJ.

O Primeiro estágio foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente/Serviço de Medicina Intensiva da ULSNE da Unidade de Bragança, entre os dias 16 de setembro e 30 de outubro de 2019.

Num espaço completamente renovado de cerca de 600m² de área global com uma equipe de seis médicos intensivistas, dez assistentes operacionais e 26 elementos de enfermagem, (5 dos quais especialistas em EMC), em laboração contínua com turnos de 8 horas:

Manhã – 8h/16h; Tarde – 16h / 24h; Noite – 0h /8h. Em cada turno há quatro enfermeiros, sendo que nos dias úteis, turno da manhã, se encontra sempre a enfermeira responsável em supranumerário.

Este serviço é constituído por dez camas/unidades, mas apenas oito autorizadas e a funcionar, e sendo uma delas de isolamento. Cada unidade tem capacidade para dez seringas elétricas e bombas perfusoras, ventilador, monitor, cama articulada com colchão elétrico anti-escaras, caixotes de recolha e triagem de lixos e carro de apoio.

O SMI atua de forma integrada, recebendo doentes adultos referenciados da sala de emergência, das vias verdes, sépsis, AVC e Trauma, do Bloco Operatório, de serviços de internamento hospitalar, assim como de outras unidades, quer da ULSNE (através da emergência interna), quer do SNS (referenciação de emergência extra-hospitalar).

Atualmente o SMI recebe em média mais de 200 doentes por ano, garantindo-se assim a evidência do relatório de Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - de aumentar a capacidade de resposta de ULSNE, para estes cuidados, com elevado grau de diferenciação, pudessem ser prestados na região, com igual garantia de segurança e de confiança à de outros hospitais dos grandes centros, mas mantendo os doentes na área de residência e junto das suas famílias, numa ótica de proximidade.

O meu objetivo principal neste campo de estágio foi adquirir as competências necessárias relacionadas com o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem, face á complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Como objetivos específicos uma vez que exerço funções no serviço de Urgência, área do Doente Crítico, tive o cuidado de aprofundar conhecimentos sobre:

- Ventilação assistida, nomeadamente:

- Perceber o funcionamento dos vários tipos de ventiladores;
- Perceber os diferentes modos ventilatórios mais utilizados no serviço;
- Identificar necessidades alteradas nos doentes ventilados;
- Identificar os diferentes tipos de ventilação mecânica utilizados no serviço;
- Vigiar parâmetros hemodinâmicos do doente ventilado.

➤ Controle de infeção:

- Aquisição de competências para responder eficazmente na prevenção e controlo da infeção considerando o risco especial de infeção, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas técnicas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção da vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

A realização deste estágio na Unidade de Cuidados Intensivos de Bragança, foi de encontro com um dos meus objetivos e as minhas expectativas para a conclusão deste mestrado com especialidade, pois permitiu-me assegurar novas experiências, até então escassas, quer nas áreas acima descritas quer com doentes em Terapia de Substituição da Função Renal. Experiência muito enriquecedora.

O segundo estágio realizado foi o de opção. Este foi realizado na Unidade de Queimados do Hospital de São João no período entre 04 de novembro e 20 de dezembro. E porquê esta escolha? Por ser um objetivo pessoal já há alguns anos, pois tinha a curiosidade de conhecer um serviço como este quer pelo grau de complexidade dos doentes, quer pelo reconhecimento deste serviço a nível nacional pela qualidade prestada aos doentes, quer por ser uma área em que a minha experiência apenas era de passagem dos doentes pelo serviço de urgência, ou seja, primeira estabilização, e depois a curiosidade de quais os cuidados clínicos que recebem a seguir. O principal objetivo atingido durante este estágio de 168 horas, foi a aquisição de conhecimentos específicos na área do doente queimado evidenciando o papel do Enfermeiro Especialista em EMC na área do Doente Crítico, inserido numa equipa multidisciplinar na prestação de Cuidados de Enfermagem.

A distância geográfica não constituiu obstáculo pois pelo contrário foi uma motivação pois iria realizar um desejo pessoal de longa data.

O serviço localiza-se no sétimo piso do hospital. É dividido por 5 unidades individualizadas, com uma cama cada unidade e com todo o equipamento necessário para atender este tipo de doentes, desde ventilador a colunas com várias seringas e bombas infusoras, caixotes de lixo para triagem do lixo, oxigénio televisão, wc e carro de apoio. Estas unidades são isoladas e as visitas apenas têm acesso através de um vidro de isolamento para manter o doente e menos vulnerável possível à infeção. O serviço é ainda dotado de um quarto para o médico de urgência, vestiário próprio (os profissionais têm fardamento próprio e calçado e cada vez que se ausentam do serviço são obrigados a mudar de fardamento), sala de stock, sala de passagem de turno e de trabalho, gabinete do chefe de enfermagem, copa, sala de reuniões, sala de balneoterapia, bloco operatório próprio e circuito de sujos e lixos bem definidos. O Bloco operatório é dotado de luz natural e possibilita uma visão paisagística muito agradável. O ambiente do serviço é adaptado a este tipo de doentes.

Para prestação de cuidados aos doentes aqui internados, esta unidade dispõe de 21 enfermeiros (o chefe é o mesmo do serviço de plástica), 7 médicos anestesistas, 1 médico-cirurgião plástico, 8 assistentes operacionais, 1 administrativo e o serviço ainda é apoiado por assistente social e psicóloga.

O funcionamento da Unidade é assegurado pelas respetivas equipas multiprofissionais distribuídos da seguinte forma:

Turno da manhã: 7 enfermeiros (1 para cada unidade, 1 para o bloco, 1 para a balneoterapia), 1 médico anestesista, 1 cirurgião plástico, 3 assistentes operacionais, 1 administrativo distribuídos com o horário das 8H às 15h30;

Turno da Tarde – 3 enfermeiros, 1 médico anestesista, 1 cirurgião plástico e 2 assistentes operacionais num horário das 15 às 22h30;

Turno da Noite – 3 enfermeiros, 1 médico anestesista e 1 assistente operacional com o horário das 22h às 8h30.

Os objetivos para este campo de estágio vêm de encontro aos anteriores delineados para o estágio anterior e seguinte e que vão de encontro aos domínios e unidades de competências estabelecidos pela OE para ao Enfermeiros Especialistas em EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, conforme regulamentos nº 122 e nº 422/2018 e que foram os seguintes:

- Aquisição de conhecimentos relativamente ao doente queimado a fim de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade do processo de doença e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas em situação de emergência, da conceção à ação;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro na entrada, permanência e alta dos doentes na unidade;
- Estimular o meu crescimento pessoal e profissional, gerindo os cuidados e otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional;
- Basear a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos na área da balneoterapia, bloco operatório e unidade de queimados desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade nestas áreas.

O terceiro estágio, desenvolveu-se no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do CHTMAD – Unidade de Chaves de 06 de janeiro a 20 de fevereiro de 2020. Este serviço abrange toda área de influência do alto Tâmega e barroso e está inserido no Centro hospitalar de trás os Montes e Alto Douro, sendo a Diretora de Serviço a Doutora Sandra Tavares e a Enfermeira Chefe Fernanda Queiroga.

Possui uma equipe com 40 enfermeiros, mais a enfermeira chefe, em laboração contínua, que de acordo com o plano de trabalho, cumprem e asseguram os seguintes postos de trabalho: Triagem adultos, triagem pediátrica, Sala de medicina e clínica, Sala Ortopedia e Cirurgia dando apoio à sala de emergência e SO. Neste serviço os turnos são: Manhã – 8h/15h15; Tarde – 15h/22h15; Noite – 22h/8h15.

A sua estrutura física inclui: Área de admissão e registo, sala de triagem de prioridades adultos, sala de triagem de prioridades pediátrica, salas de espera, gabinetes de avaliação clínica, zona de curta permanência, área de emergência/críticos (1 maca adultos e 1 maca pediátrica) com condições para suporte avançado de vida, área de orto traumatologia e cirurgia, e o Serviço de Observações com 11 camas de internamento. Possui um circuito de Urgência pediátrico com área completamente independente da urgência de adultos.

Existem ainda fluxos de doentes pré-estabelecidos e absolutamente claros, diferenciados por tipo de patologias e/ou prioridade de avaliação/observação, definindo-se claramente que atividades se realizam em cada uma das áreas e como se relacionam com as restantes, favorecendo a organização e alocação de recursos materiais e a sua sinergia com os recursos humanos com grande defeito e já comunicado para o atendimento dos verdes, amarelos e laranjas que são todos vistos e tratados no mesmo local, que segundo as normas da DGS não devia acontecer.

O SU da Unidade de Chaves integra ainda a Viatura Médica de Emergência e Reanimação cuja equipe é constituída por colaboradores da urgência da unidade de Chaves. Existem em funcionamento 4 Vias Verdes: Sépsis, AVC, Trauma e Coronária, as quais permitem que doentes com determinada patologia possam ser prontamente tratados.

Este estágio decorreu com objetivos muito clarificados, dada a minha experiência de Urgência (Anexo 2):

- Refletir sobre as competências do Enfermeiro Especialista em EMC na dinâmica organizacional deste Serviço de Urgência;
- Perspetivar o papel do Enfermeiro Especialista em EMC, na formação da equipa de Enfermagem do SU;
- Promover a troca de experiências nos diferentes contextos laborais objetivando a especialidade na área do Doente Crítico, de acordo com os meus objetivos;

2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo desta fase de aprendizagem, os estágios, deste mestrado serviu para adquirir novos conhecimentos e realidades que irão enriquecer os cuidados de enfermagem por mim prestados refletindo e analisando todos os processos nos quais estive envolvido.

No decorrer destes estágios procurei uma maior responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Quer no primeiro estágio, realizado na unidade de medicina intensiva de Bragança, quer no segundo, realizado na unidade de queimados do hospital de São João, a integração no serviço foi feita através do contato prévio com os Enfermeiros chefe/responsáveis, bem como a interação, diálogo e cooperação com toda a equipa multidisciplinar. Para o desenvolvimento de competências nestes estágios, tive acesso às normas técnicas, procedimentos e protocolos das respectivas unidades, entre os quais destaco:

- Cateterização venosa periférica (arterial/venosa);
- Apoio no tratamento da pessoa com DRC em programa de Hemodiálise;
- Ligar e desligar o doente portador de CVC e CA ao dialisador, para HD;
- Execução de pensos (cuidados de enfermagem ao local de inserção do cateter);
- Utilização e manutenção do carro de emergência;
- Administração da terapêutica oral e endovenosa prescrita para cada sessão de diálise;
- Colheita de sangue para análises;
- Cuidados ao doente em situação crítica em cuidados intensivos;
- Cuidados ao doente queimado;
- Controle de infeção, etc.

Cada técnica efetuada nas Unidades, foi de encontro à promoção e desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, tão importantes nesta área de cuidados, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica.

Todos os cuidados aplicados foram de encontro ao estado clínico do doente sempre visando os cuidados ao Doente Crítico.

No terceiro estágio a integração não foi obstáculo uma vez que é o serviço onde trabalho e já está ultrapassada.

Quanto aos cuidados, esses foram sempre de encontro ao doente em situação crítica e respeitando as funções do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, por forma a prestar os melhores cuidados possíveis.

Ao longo de todo o estágio colaborei na prestação de cuidados de acordo com as

responsabilidades e competências da Enfermeira Especialista e orientadores, que em dupla, pudemos maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil respeitando e participando com os protocolos existentes nos vários serviços de acordo com os objetivos de estágio.

Como análise a estes estágios, quero lembrar que os objetivos foram alcançados percebendo as dinâmicas dos serviços bem como a complexidade dos doentes sempre com a visão de prestar os melhores cuidados e aprender.

Sabemos que há doenças irreversíveis e o tratamento tem como objetivos corrigir os desequilíbrios hidro-electrolíticos, bem como atenuar/eliminar os sinais e sintomas que possam retirar qualidade de vida à pessoa.

Percebi a dinâmica e o funcionamento dos serviços e a prestação de cuidados de Enfermagem gerais e específicos, tendo oportunidade de:

- Aprofundar conhecimentos relativamente ao Doente Crítico a fim de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolver uma prática profissional e ética no campo de intervenção, a par de um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.

Tive sempre em mente as competências estabelecidas pela OE para ao Enfermeiros Especialistas em EMC Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, conforme regulamentos nº 122 e nº 422/2018 e que foram de encontro aos meus objetivos, e assentaram num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do Doente Crítico, nomeadamente:

- Fazer o acolhimento do Doente Crítico, desempenhando um papel dinamizador e promovendo o diálogo e a empatia numa prática profissional e ética no meu campo de intervenção;
- Entender quais as alterações sociais, psicológicas e físicas do doente submetido a tratamentos específicos, promovendo práticas de cuidados que respeitam os

direitos humanos e as responsabilidades profissionais, analisando e interpretando cada situação específica de cuidados especializados, assumindo assim a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os doentes;

- Perceber quais as rotinas dos turnos, de modo a colaborar com os enfermeiros nos cuidados de enfermagem e em programas de melhoria contínua de qualidade, reconhecendo sobretudo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados e avaliar a qualidade da Unidade;
- Pesquisar normas e protocolos das Unidades, visando a sua compreensão e aquisição a fim de adaptar a liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Perceber o funcionamento/manuseamento do material e equipamento indispensáveis na monitorização do Doente Crítico, considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente e promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco;
- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;
- Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde e ainda, gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.
- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta a situações de emergência em doentes internados no serviço e no transporte até, e desde o Bloco Operatório, serviço de hemodiálise,

imagiologia e outros serviços;

- Desenvolver uma prática profissional e ética adequada ao meu campo de intervenção;
- Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Juntamente com a minha orientadora de estágio, desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais;
- Colaborar dentro do possível com a equipe, em programas de melhoria contínua de qualidade;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro não só na unidade do doente como no serviço como um todo;
- Observação na gestão dos cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade nesta área tão específica;
- Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos adquiridos ao longo do percurso profissional e do Curso de Mestrado.

Ao longo dos estágios nos vários Serviços pude desenvolver a capacidade em:

- Identificar prontamente focos de instabilidade no doente, responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade detetados e executar cuidados técnicos de alta complexidade;
- Identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, pondo em prática conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades dos doentes em atendimento, garantindo a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor de acordo com os meus conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor;

- Estabelecer uma comunicação eficaz perante a pessoa/família em situação crítica que recorreram a este tipo de serviços, aplicando técnicas e estratégias facilitadoras da comunicação às pessoas/família com “barreiras à comunicação”, como estrangeiros e doentes com muita baixa acuidade auditiva, adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa.

O estágio neste Serviço de Urgência permitiu-me aprofundar o conhecimento do Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência e o modo como ocorre a sua sistematização, no sentido de responder eficaz e prontamente em situação de múltiplas vítimas e em situação crítica.

Estabeleci sempre uma relação de interajuda com a equipa de saúde no atendimento ao Doente Crítico que recorre a estes serviços.

Empenhei-me sempre por aprender cada vez mais por formar e aprofundar os meus conhecimentos prestando assim agora e no futuro melhores cuidados de enfermagem.

Todos os estágios foram enriquecedores, na medida em que me permitiu um leque muito variado de experiências na área da pessoa em situação crítica, operacionalizando:

- Um plano de prevenção e controlo da infeção, existentes nos serviços, para dar resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, conhecendo o Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção da ULSNE, CHTMAD e Unidade de Queimados do Hospital de São João permitindo diagnosticar as necessidades dos serviços em matéria de prevenção e controlo de infeção;
- A intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas;
- Estratégias pró-ativas implementadas no serviço visando a prevenção e controlo da infeção do serviço, verificando e auditando com regularidade o Plano de Prevenção e Controlo de Infeção do Serviço com base na evidência;
- O desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas dos serviços, de prevenção das Infeções Associadas à Prestação de

Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica, que nos serviços de medicina intensiva de Bragança e na unidade de queimados do hospital de São João são criteriosamente cumpridas por todos os profissionais.

Adorei ter estagiado nos vários serviços, Medicina Intensiva de Bragança, na unidade de queimados do São João e Urgência de Chaves, mas aquele que mais me realizou, talvez por ser uma ambição antiga, foi o da unidade de queimados. Era uma experiência que à muito desejava e tinha curiosidade e que correspondeu às minhas expectativas, embora também os outros dois estágios me realizassem, mas como já conhecia um pouco a realidade pela minha experiência não me tocaram tanto. Pelo que levo o sentimento de dever cumprido e satisfação pessoal. Vou mais rico nos meus conhecimentos para uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem por mim prestados.

Não posso deixar de referir que a Medicina Intensiva é uma área multidisciplinar e diferenciada que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente (s) ou estabelecida (s), representando uma percentagem cada vez mais importante das camas de cuidados agudos e um dos pilares fundamentais da estrutura de avaliação e tratamento do doente agudo grave, quer dentro dos seus espaços físicos quer através da colaboração em outro tipo de atividades tais como vias de acesso preferencial. Tem ainda um papel cada vez mais importante nas Equipas de Emergência Intra-Hospitalares (Ministério da Saúde, 2013).

Assim sendo, no final deste estágio adquiri plenas capacidades para poder exercer a minha profissão como Enfermeiro Especialista de acordo com as seguintes competências:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Gestão da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- Competências específicas na área Médico-Cirúrgica.

3. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Concluída esta etapa de prática clínica, admito que as expectativas e objetivos iniciais foram superadas. Todos os estágios foram muito particulares dada a especificidade e complexidade dos doentes na área do Doente Crítico. Tive necessidade de recorrer a pesquisa bibliográfica para aprofundar os meus conhecimentos principalmente e relativamente a técnicas dialíticas. Foram estágios onde aprendi muito e pude colocar em prática novos conhecimentos e competências adquiridas que até então estavam pouco clarificados, pois a minha experiência principalmente na área do doente renal era muito escassa.

Sensibilizou-me os doentes da unidade de queimados pelos tratamentos a que são sujeitos e pela forma como estão expostos. Tive a oportunidade de falar com um doente que tinha saído desta unidade e que deu entrevistas recentes na televisão e que me referiu que via toda a equipa como a sua família e a sua vida, pois agradece-lhe a todos eles o ainda estar entre nós. Foram estágios muito gratificantes a nível pessoal e profissional pois permitiu-me desenvolver o autoconhecimento e a assertividade em doentes com necessidades tão específicas.

Assentar esta praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos, tornou-se o mais importante dos objetivos, sabendo que estes, assentam nos processos de tomada de decisão e nas intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos da minha aprendizagem.

Contribuí de alguma forma para promover uma melhor qualidade de vida aos doentes aos quais prestei cuidados.

O diálogo com os diferentes elementos das equipas dos campos de estágio, permitiu esclarecer dúvidas, especificamente na área do Doente Crítico, bem como a partilha de experiências, quer da minha prática profissional quer da elevada experiência destes profissionais, sobre os diferentes domínios das unidades e do doente com necessidades de cuidados especializados.

Os conhecimentos adquiridos ao longo deste período englobam saberes recolhidos da pesquisa bibliográfica decorrente da necessidade de informação, bem como pela partilha de experiências com os pares e esclarecimentos de dúvidas.

Os recursos utilizados foram os protocolos e normas existentes em cada serviço.

Uma das ferramentas importantes que utilizei foi o trabalho em equipa e a participação/observação ativa e atenta nas rotinas, o que me permitiu compreender os papéis e funções de todos os membros das equipas, promovendo um ambiente positivo e favorável à minha prática especializada.

Como referi anteriormente, todas as experiências foram enriquecedoras para a prática clínica mas da que mais gostei foi na área dos cuidados ao doente queimado, onde a formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por este serviço/unidade podendo ver a realidade do bloco operatório e como é tratado este tipo de doente. Também a unidade de Medicina é idêntica mas como já tinha algum conhecimento pela minha experiência profissional, a unidade de queimados foi aquela que, a par das outras, me fez dizer que valeu a pena este esforço e dedicação.

Daí resulta que a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimento.

Durante estes estágios participei ativamente no processo ensino/aprendizagem com vista ao desenvolvimento das competências inicialmente preconizadas; desenvolvi as devidas competências que visaram a prestação de cuidados de enfermagem especializados de excelência ao doente em situação crítica ou falência orgânica;

Para finalizar, considero que os objetivos delineados foram atingidos com sucesso, devido à evolução gradual dos conhecimentos e prática clínica especializada ao longo desta prática, elevando positivamente a minha realização pessoal e profissional. O meu desempenho foi essencial para alargar e estimular novos conhecimentos, bem como práticas seguras dentro da equipa, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A partilha de experiências e de conhecimentos em diversas situações vivenciadas permitiram uma parceria com o doente e família durante a prestação de cuidados.

É uma etapa que contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal. Muitos foram os esforços realizados durante este período para que pudesse conciliar os estágios com o meu horário de trabalho e também com a minha vida pessoal e familiar num período difícil da minha vida. Foi um período de grande exigência e dedicação pessoal, mas todo o esforço

valeu a pena pois teve uma compensação positiva em termos de desenvolvimento pessoal e profissional de forma a ter conseguido dar resposta à sua exigência.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ACSS. (2011). Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos. Ministério da Saúde. 2 a Ed. 285.

DGS (2011). Norma nº 017/2011 de 28/09/2011 (atualizado a 14/06/2012): Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. Departamento da Qualidade na saúde.

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.

Intranet ULSNE; Microsites; Gestão da Qualidade.

Intranet Hospital de São João.

Intranet CHTMAD

Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos. Governo de Portugal.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION - Diabetes e Insuficiência Renal Crónica, Nova Iorque. [Consulta 02 fev. 2015]

OE. (2011). Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011, 8648-8653. Acedido a 17/12/2019.

Disponível:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf

PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceito e Prática clínica. Vol. II 6ª ed. Loures: Lusociência. 2003. 1283-1346 p. ISBN 972-8383-65-7.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de setembro.

Regulamento 429/2018, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16 – Ordem dos enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf

ULCHAKER M. – Enfermagem Médico-Cirúrgica. 6ªed. Lisboa: Lusociência, 2003. 2700 p. GID- Gestão integrada da Doença – [. Em linha]. Portugal. [Consulta 9 fev. 2015]. Disponível em: <http://gid.min-saude.pt>

5. ANEXOS

Anexo 1: Cronograma de Estágio



4º CURSO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

2º ANO 1º SEMESTRE

CRONOGRAMA DOS ESTÁGIOS 2019-2020

Meses		setembro		outubro				novembro				dezembro				janeiro				fevereiro			
Número de semanas		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18	19	20	21
Dia da semana		16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	6	13	20	27	3	10	17
		20	27	4	11	18	25	31	8	15	22	29	6	13	20	4	10	17	24	31	7	14	21
Nº Mec.	Nome dos Alunos	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3	3
41339	Abel Alves Botelho	Nordial				SMI Bragança				FÉRIAS DE NATAL				SU Mirandela									
24462	Gil Fernando Costa Alves Angélico	SU Bragança				SU Vila Real																	
22029	Andreia Filipa Fidalgo Fernandes	BO Bragança				SMI Bragança																	
11294	Andreia Cristina Pimparel Guerreiro	SU Bragança				SU Vila Real																	
21809	Daniela Filipa Pereira Pires	BO Bragança				SU Bragança																	
13566	Susana Raquel Pinto Garcia	SMI Bragança				Nordial																	
41350	Diana Raquel Rodrigues Parente	SU Chaves				UAVC Macedo																	
41362	Emiliana Rogao Uvaldo	BO Bragança				SU Bragança																	
41507	Eramilde Santos Lima	SU Bragança				BO Bragança																	
41513	Nilton dos Santos Miranda	SU Penafiel				UCIP Penafiel																	
41347	Lúcia Filomena Macedo Amorim	SMI Bragança				U. Queimados S. João			SU Chaves														
41337	Francisco José Ferreira Alves					Hemodiálise Bragança			SU Bragança														
41336	Vasco Costa Pereira					SU Bragança			BO Vila Real														
17984	Ricardo Francisco Martins Neves					BO Bragança			SMI Bragança														
17313	Daniela Rosa da Silva Pires	SU Bragança				SU Bragança			Nordial														
26790	Tânia Martins Pais	SMI Bragança				SU Chaves			UCIP Viseu														
41334	Anabela Martins Ferreira	SU Vila Real				UCIP Viseu			U. Queimados Coimbra														
41391	Teresa Augusta Jaime Meireles	SU Vila Real				UCIP Viseu			Hemodiálise Régua														
43183	João Carlos Bastos Pina					Hospital da Luz - Aveiro BO			Hospital da Luz - Aveiro UCIP			Centro Hospitalar do Baixo Vouga - Aveiro SU											
41344	Nuno Duarte Pinto																						
43191	Vitor Hugo Nunes Valente Alves																						
	João Lindo Simões																						

A Diretora do Curso

A Coordenadora de Departamento

Anexo 2: Declaração de tempo de Serviço no Serviço de Urgência

DECLARAÇÃO

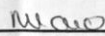
Declaro para os devidos efeitos que **Vasco Costa Pereira**, exerce a sua atividade profissional, neste Centro Hospitalar, como Enfermeiro e em regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado (LTFP).

Mais se declara que tem vindo a desempenhar a sua atividade no Serviço de Urgencia desde 2009-08-01 até à presente data.

Por ser verdade e me ter sido pedido, passo a presente que assino e autentico com o carimbo em uso nesta Instituição.

CHTMAD em 02 de outubro 2018

A Coordenadora Técnica


Isilda Maio

Serviço de Gestão
de Recursos Humanos
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes
e Alto Douro, E.P.E.

Anexo II – Assentimento/Autorização à Solicitação para a Aplicação do IRD: “Perfil de Competências do Enfermeiro no TDC.....” (Sobreiro, 2017)

08/10/2019

RE: Enfermeiro Vasco Pereira Hospital de Chaves

Data: Ter, 8 Out 2019 [15:36:39 WEST]
De: Joana Sobreiro <joanaenfermeira@hotmail.com>
Para: Vasco Pereira <vascocosta@sapo.pt>
Assunto: RE: Enfermeiro Vasco Pereira Hospital de Chaves

Olá boa tarde.

Sim. Pode utilizar o meu questionário no seu trabalho de investigação. Desculpe a demora na resposta.

Cumprimentos

Joana Sobreiro

De: Vasco Pereira <vascocosta@sapo.pt>
Enviado: sexta-feira, 4 de outubro de 2019 11:06
Para: joanaenfermeira@hotmail.com <joanaenfermeira@hotmail.com>; vascocp@chtmad.min-saude.pt <vascocp@chtmad.min-saude.pt>
Assunto: Enfermeiro Vasco Pereira Hospital de Chaves

Bom dia colega.

Sr Enf Joana Sobreiro.

O meu nome é Vasco Pereira, sou enfermeiro no Hospital de Chaves e encontro-me a realizar o curso de Mestrado em Enfermagem Medico Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Bragança, estive a ler o seu trabalho sobre o perfil do enfermeiro no transporte inter-hospitalar do doente crítico que adorei, queria desenvolver um trabalho semelhante e precisava da sua autorização para o uso do questionário que elaborou.

Já enviei um Mail a pedir a sua autorização, gostava de obter uma resposta positiva da sua parte ao meu pedido.

Cumprimentos do colega.

Vasco Pereira

Enviado do meu iPhone

Anexo III – Autorização da Comissão de Ética do CHTMAD para aplicação do
questionário



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exat*(o). Senhor(a):

Diretora do Instituto Politécnico de Bragança
Escola Superior de Saúde
Prof. Drª Clávia Pereira
Av. D. Afonso V

5300-121 Bragança

ASSUNTO: *Ensaio Clínico/Projeto de Investigação*

V) EXPERIÊNCIA

Após Parecer emitido pela Comissão de Ética em reunião de 04.03.2020, o Conselho de Administração em 05.03.2020, aprovou o pedido do aluno Vasco Costa Pereira, para a realização do projeto de investigação intitulado "Transporte Inter-Hospitalar".

Com os melhores cumprimentos,

Via Real: 13.03.2020

Doc nº: 91/2020 - C.A.

A PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO


Rita Carneiro

HW

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro E.P.E
Avenida Nossa Senhora, Lousado | 5000-508 Vila Real

TEL: +351 259 300 500 FAX: +351 259 300 505 EMAIL: geral@chtrasmad.pt www.chtrasmad.pt

CIVTMAC

Anexo IV – Submissão Artigo Científico

Anexo V – Instrumento de Recolha de Dados - Questionário

Chamo-me **Vasco Costa Pereira**, estudante no Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Estou a desenvolver uma investigação, submetida à temática: Perfil de competências dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar do Doente Crítico, sob orientação da Professora Doutora Maria A. Veiga Branco. Assim, solicito a sua colaboração, para o preenchimento do questionário, que a seguir se apresenta. Para o efeito, considere:

1. Será garantida a confidencialidade e o anonimato das informações.
2. A todo o momento pode desistir.
3. As suas respostas serão estatisticamente tratadas com o rigor que o método de análise naturalmente impõe.
4. Os resultados serão apresentados em momento próprio, a designar pelos responsáveis do estudo, em concertação com os responsáveis da Instituição

Obrigado.

[\(vascocosta@sapo.pt\)](mailto:vascocosta@sapo.pt)

1. Idade: _____

2. Género: Fem. Mas

3. Habilitações académicas: Bacharelato
Licenciatura
Mestrado
Outro

4. Habilitações Profissionais: - Pós graduação na área da urgência / Emergência.
Médico-cirúrgica: - Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem
 - Mestrado em Enfermagem A Pessoa em Situação Crítica
 - Outra _____

5. Experiência Profissional: - Serviço de Urgência Anos _____ Meses _____.
 - Cuidados Intensivos Anos _____ Meses _____.
 - INEM - SIV Anos _____ Meses _____.
 - INEM - VMER Anos _____ Meses _____.
 - INEM - Helicóptero Anos _____ Meses _____.
 - Outro _____.

6. Quantas vezes (valor aproximado) realizou o transporte inter-hospitalar do Doente Crítico nos últimos 6 meses? _____.

7. Com que frequência realizou o transporte inter-hospitalar do Doente Crítico no último mês?

- Menos de 1 vez - Cerca de 1 vez - Mais de 1 vez por mês

8. Possui formação específica para o transporte inter-hospitalar do Doente Crítico?

- Não - Sim

Qual _____.

9.Sente necessidade de formação especializada na área do transporte do Doente Crítico?

- Não - Sim

10.Na sua opinião, a formação do curso base é suficiente para a realização do transporte do Doente Crítico?

- Não - Sim

Responda a cada uma das questões de forma a caracterizar da forma mais fidedigna a sua atuação em cada uma das situações expostas

		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Quase Sempre
1	Participa na decisão de transferir o Doente Crítico?					
2	Participa no preenchimento de alguma escala que defina o tipo de ambulância necessária ao transporte do Doente Crítico?					
3	Participa no preenchimento de alguma escala que defina os recursos humanos necessários ao transporte do Doente Crítico?					
4	Certifica-se que são cumpridas as exigências ao nível de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do Doente Crítico?					
5	Quando se prepara para efetuar o transporte do Doente Crítico considera que tem a experiência e treino (em reanimação) necessários?					
6	No planeamento do transporte tem em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico do Doente Crítico?					
7	Verifica o material existente na célula sanitária e a sua funcionalidade antes de efetuar o transporte do Doente Crítico?					
8	Verifica a Mala de Transferências (equipamento e terapêutica necessário para o transporte) antes da realização do mesmo?					
9	Transfere doentes que não se encontrem devidamente estabilizados no hospital de origem?					
10	Avalia a estabilidade do doente antes da realização do transporte tendo em conta a metodologia ABCDE?					
11	Conhece o histórico do doente e a sua situação clínica atual no planeamento da transferência?					
12	Confirma que leva toda a informação clínica relativa ao doente antes de efetuar o transporte?					
13	Confirma se existiu contato por parte do médico da transferência do doente no local de destino?					
14	Confirma se foi informada a família do doente acerca da sua transferência?					
15	Avalia novamente o doente segundo a metodologia ABCDE após a passagem do doente para a maca de transporte e com este já na ambulância?					

16	Verifica a correta acomodação do doente na célula sanitária?					
17	Verifica a correta fixação do equipamento de monitorização e perfusão?					
18	Realiza a monitorização hemodinâmica do doente durante todo o transporte?					
19	Avalia sinais vitais do doente de forma contínua durante o transporte?					
20	Consegue gerir as medidas de alívio da dor do doente durante o transporte?					
21	Consegue identificar prontamente focos de instabilidade no doente durante transporte?					
22	Consegue responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade durante transporte do Doente Crítico?					
23	Consegue estabelecer um clima de confiança e segurança do Doente Crítico durante o transporte?					
24	Consegue estabelecer uma comunicação calma e tranquilizadora com o Doente Crítico?					
25	Efetua registos adequados a cerca da evolução clínica do Doente Crítico e intervenções efetuadas?					
26	Tem a experiência necessária para a manipulação do material e equipamento necessário ao acompanhamento do Doente Crítico?					
27	Consegue garantir uma qualidade de vigilância e de intervenção terapêutica durante o transporte idêntica à verificada no serviço de origem?					
28	É capaz de tomar decisões e estabelecer prioridades de intervenção durante o transporte inter-hospitalar?					
29	Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados?					
30	Sente ansiedade, medo, stress no decurso do transporte?					
31	Reavalia padrões hemodinâmicos do doente à chegada ao local de destino?					
32	Verifica a fixação e permeabilidade dos acessos, drenos, tubos e sondas do doente à chegada ao local de destino?					
33	Consegue transmitir informação sobre do Doente Crítico de forma adequada e pertinente no local de destino?					
34	A formação especializada e essencial para o transporte seguro e estável do Doente Crítico?					
35	A experiência profissional e essencial para o transporte seguro e estável do Doente Crítico?					

MUITO OBRIGADO