



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **DE GENERALISTA A ESPECIALISTA**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Milene Alexandra Silva Carvalho

PORTO, Maio de 2011



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **DE GENERALISTA A ESPECIALISTA**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Milene Alexandra Silva Carvalho

Sob orientação de Amélia Ferreira

PORTO, Maio de 2011

## RESUMO

A realização deste relatório surge no âmbito da disciplina de Relatório do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. O mesmo corresponde ao culminar de um processo de aprendizagem/progresso e serve para documentar e reflectir a minha evolução e aprendizagem ao longo dos três Módulos do Estágio na Área da Enfermagem Médico - Cirúrgica realizados no Hospital Pedro Hispano E.P.E, no Instituto Nacional de Emergência Médica e no Hospital de S. João E.P.E, de 19 de Abril de 2010 a 28 de Janeiro de 2011, num total de 555,5 horas de contacto e de cerca de 210 horas de trabalho individual.

O desenvolvimento científico, técnico e tecnológico no sector da Saúde tem determinado alterações significativas na abordagem ao doente crítico, com recurso ao internamento nas Unidades de Cuidados Intensivos. As UCIs são caracterizadas pelo elevado nível de exigência técnica e científica, pela complexidade da situação clínica, exigindo uma capacidade de trabalho em equipa coesa. O aumento do transporte de doentes agudos e críticos entre hospitais e dentro das instalações dos próprios hospitais é hoje uma realidade. Desta forma surgiu a Proposta de uma Norma de Procedimentos para o Transporte Intra e Inter Hospitalar no Serviço Médico Intensivo do Hospital Pedro Hispano, reflectindo-se na melhoria das práticas dentro da equipa multidisciplinar.

O estágio de Opção realizado na Delegação Regional do Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica, foi fruto da minha escolha pela diversidade e imprevisibilidade das situações vividas. Os enfermeiros que trabalham em contexto Pré-Hospitalar diariamente enfrentam situações emocionalmente intensas, decidem muitas vezes sob pressão, com urgência e em condições de risco e limitação de recursos, estando desta forma susceptíveis ao *Burnout*. O projecto desenvolvido neste estágio visava estabelecer relações entre a prevalência de *Síndrome de Burnout* nos profissionais de enfermagem que trabalham na Emergência Pré-Hospitalar. Os efeitos positivos a salientar centram-se na reflexão dos profissionais neste problema de saúde, que possibilitou a fomentação de mecanismos de *coping* para a prevenção do mesmo, assim como o acompanhamento psicológico em situações emocionalmente difíceis.

As constantes alterações no atendimento ao doente que ocorre à Urgência são inúmeras e dependem da natureza de cuidados que os mesmos implicam e de muitas outras condições inerentes à condição humana. A proposta de um Guia de Acolhimento para Informação aos Familiares e Visitantes dos doentes foi objecto de reflexão no Serviço de Urgência do Hospital S. João. Destaco ainda, as actividades desenvolvidas no âmbito da prevenção da Infecção Nosocomial neste campo de estágio.

Concluo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica deve desenvolver competências ao nível de quatro domínios de actuação: Prestação de cuidados, Formação, Investigação e Gestão, construindo o seu próprio percurso e progresso profissional buscando desta forma a excelência em Enfermagem.

## ABSTRACT

The accomplishment of this Report appears in the scope of the discipline of the Course of Master's degree and Specialization in Medical-Surgical Nursing, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. The same corresponds to the arrive of a learning process/progress and serves to document and to reflect my evolution and learning along the three Modules of the Training in the accomplished Area of the Medical-Surgical Nursing in the Hospital Pedro Hispano E.P.E, of 19 of April of 2010 to 28 of January of 2011, in a total of 555,5 hours of contact and close to 210 individual working hours.

The scientific development, technological technician and in the sector of Health have determined significant modifications in the boarding to the critical sick person, with resource to the internment in the Units of Intensive Cares. The UCIs are characterized by the raised level of requirement scientific technique and, for the complexity of the clinical situation, demanding a capacity of work in cohesive team. The increase of the transport of acute and critical sick people between hospitals and inside of the installations of the proper hospitals is today a reality. In such a way it appeared the Proposal of a Norm of Procedures for Transport Intra and Inter Hospital in the Intensive Medical Service of the Pedro Hispano Hospital, reflected in the improvement of practices within the multidisciplinary team.

The training of Option accomplished in the Regional Delegation of the North of the National Institute of Medical Emergency, was fruit of my choice for the diversity and unpredictability of the lived situations. The nurses who work daily in Daily pay-Hospital context face emotionally intense situations, decide many times under pressure in such a way, with urgency and in conditions of risk and limitation of resources, being in such a way susceptible to the *Burnout*. The project developed in this training aimed at to establish relations between the prevalence of *Syndrome of Burnout* in the nursing professionals who work in the Daily pay-Hospital Emergency. The positive effects to point out are centered in the reflection of the professionals in this problem of health, that made possible the support of mechanisms of *coping*, as well as the psychological accompaniment in emotionally difficult situations.

The constant modifications in the attendance to the sick person who assists to the Urgency are innumerable and depend on the nature of cares that the same imply and many other inherent conditions to the human condition. The proposal of a Guide of Shelter for information the Relatives and Visitors of the sick people was object of reflection in the Service of Urgency of Hospital S. João. I still highlight, the activities developed in the scope of the prevention.

I conclude that the Expert Nurse in Medical-Surgical Nursing will develop abilities to the level of four dominions of action: Instalment of cares, Training, Investigation and Management, constructing to its proper way and professional progress searching in such a way the excellency in Nursing.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a algumas pessoas que contribuíram e possibilitaram a concretização deste projecto..

À minha orientadora, Professora Amélia Ferreira, pela sua disponibilidade para me ouvir, compreender e esclarecer as minhas dúvidas tendo um papel imprescindível para a realização deste trabalho;

Aos meus Enfermeiros Tutores, Rosa Jacinto, Adriana Machado e Beatriz Rodrigues pela tutoria, orientação, compreensão e disponibilidade demonstrada;

Aos colegas de trabalho pela força e compreensão que me ajudaram ao longo da realização deste curso;

Aos meus amigos pelo apoio, amizade, dedicação e ajuda;

Ao mano, à mãe e pai pelo seu amor, carinho e apoio incondicional, pois sem eles este projecto não seria possível;

A todos o meu muito Obrigado!

# ÍNDICE

	Pág.
0. Introdução.....	8
1. Estágio na Área de Enfermagem Médico-Cirúrgica.....	10
2. Campo de Acção dos Enfermeiros Especialistas.....	12
2.1. Prestação de Cuidados.....	12
2.1.1. Objectivos Específicos.....	13
2.1.2. Competências Desenvolvidas.....	31
2.2. Gestão.....	32
2.2.1. Objectivos Específicos.....	32
2.2.2. Competências Desenvolvidas.....	35
2.3. Investigação.....	35
2.3.1. Objectivos Específicos.....	36
2.3.2. Competências Desenvolvidas.....	39
2.4. Formação.....	39
2.4.1. Objectivos Específicos.....	40
2.4.2. Competências Desenvolvidas.....	43
3. Conclusão.....	44
4. Referências Bibliográficas.....	45

## ANEXOS

### Anexo I – Formação em Serviço “Proposta de Norma de Procedimentos – Transporte Intra e Inter Hospitalar”

- Enquadramento Teórico
- Planeamento da sessão
- Apresentação
- Avaliação da sessão
- Apresentação dos resultados

### Anexo II – Formação em Serviço “Síndrome de Burnout na Emergência Pré Hospitalar”

- Enquadramento Teórico
- Planeamento da sessão
- Apresentação
- Panfleto Informativo

### Anexo III – Panfleto Informativo “Infecção Nosocomial – Normas e Princípios”

### Anexo IV – Poster Ilustrativo “Precauções Empíricas a ter Além das Precauções Padrão perante Síndromes Clínicas sem Diagnóstico”

### Anexo V - Panfleto Informativo “Guia de Acolhimento aos Familiares e Visitantes”

## ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cit in – Citado em

DGS – Direcção Geral de Saúde

DRN – Delegação Regional do Norte

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

EF – Escala Faces

EVA – Escala Visual Analógica

Et. Al – entre outros

HPH – Hospital Pedro Hispano

HSJ – Hospital de S. João

ICN – *International Council of Nurses*

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento Exercício Profissional Enfermagem

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço Médico Intensivo

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIn – Unidade de Cuidados Intermédios

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

## 0. INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório surge no âmbito da disciplina de Relatório do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. O mesmo serve para descrever e reflectir o meu processo de evolução e aprendizagem ao longo dos três Módulos do Estágio na Área da Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Adquirimos consciência que a necessidade em cuidados de saúde por parte da população tornou-se complexa, exigindo que os cuidados prestados pelos enfermeiros sejam cada vez mais adequados, dirigidos e especializados. Como forma de espelhar este processo de pensamento surge o Estágio na Área da Enfermagem Médico – Cirúrgica. Saliendo que os princípios que orientaram a minha aprendizagem durante o decorrer do mesmo estiveram em consonância com os do paradigma emergente, onde a ênfase é colocada na capacidade de reflexão crítica da pessoa que recebe a informação e a interpreta e constrói. O paradigma emergente, tendo por base uma abordagem holística, prima pela reflexão e formação da interioridade, do conhece-te a ti mesmo — do autoconhecimento (ARAÚJO, 1999).

Numa área da saúde em que constantemente se abordam os conceitos de emergência, urgência e medicina intensiva, estes acabam por ser empregues devido à sua interligação prática.

Em termos teóricos a medicina de emergência e urgência tem vindo a ganhar especial relevo no nosso quotidiano, tendo em conta que as suas acções sempre foram de “vanguarda”. Mas nem sempre foi este o seu lugar de destaque. O conceito de urgência médica mudou. Há cerca de 20 anos atrás era entendido como toda a situação clínica que a demora no diagnóstico ou terapêutica pode trazer graves riscos ou prejuízos ao doente (MATEUS, 2007). Actualmente devido ao aumento das taxas de doença súbita e à complexidade dos vários acidentes que exigem socorro imediato, alteraram-se as medidas de actuação, assumindo a ideia de prestação de apoio no local do acidente. A medicina intensiva acompanha os dois conceitos referidos anteriormente pelo assegurar do tratamento eficaz a doentes com uma ou mais funções vitais em risco imediato.

Este Relatório descreve o meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional ao longo dos três campos de estágio: serviço de urgência, unidade de cuidados intensivos e emergência pré-hospitalar. Destaco como objectivos específicos para a sua elaboração: descrever o meu progresso, as minhas aprendizagens, os meus pensamentos e reflexões, bem como as conclusões a que fui chegando ao longo dos diferentes módulos de estágio, que foram tradutoras da aquisição de competências especializadas no atendimento ao doente urgente, emergente e crítico.

Para a elaboração deste Relatório optei por uma metodologia descritiva, uma vez que procurei descrever, caracterizar todos os aspectos gerais e específicos abordados através da pesquisa bibliográfica. Para facilitar a sua organização e leitura, pareceu-me pertinente fazer a sua divisão em duas partes. Na primeira parte referenciei os aspectos formais relacionados

com o Estágio na Área da Enfermagem Médico – Cirúrgica, e na segunda parte, fiz uma abordagem reflexiva sobre quais as competências da Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica ao nível da prestação de cuidados, da formação, da investigação e da gestão, adquiridas através da reflexão crítica sobre as actividades desenvolvidas para atingir os objectivos específicos delineados por mim para os diferentes módulos de estágio.

Com a realização deste Relatório pretendo, também, desenvolver a capacidade de reflexão e de pensamento crítico, aliado ao desenvolvimento da capacidade, quer de abstracção, quer de aplicação dos conceitos teóricos e práticos no contexto da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Como refere Marcel Proust "*Para fazer mudanças não é preciso buscar novas paisagens. Basta apenas olhar com novos olhos.*" Este Relatório espelha o meu imaginar, idealizar e concretizar de projectos que mudaram realidades, e por isso a sua construção tornou-se valiosa.

## 1. ESTÁGIO NA ÁREA DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

De acordo com o Plano de Estudos do Curso, o Estágio na Área de Enfermagem Médico-Cirúrgica encontra-se dividido por três Módulos, cada um dos quais com 10 ECTS, num total de 30 ECTS. A estes correspondiam um total de 750 horas de trabalho, das quais 540 horas eram de contacto, sendo as restantes 210h horas para trabalho individual do aluno. A cada Módulo de Estágio correspondiam 180 horas de contacto que se deveriam distribuir pelas 8 semanas do período em que era realizado, o que equivalia a 3 a 4 turnos por semana. No que se refere às 210 horas para trabalho individual do aluno, a cada módulo de estágio correspondiam cerca de 70 horas. Ao longo do estágio estas horas foram cumpridas, tendo atingido 555,5 horas de contacto e, seguramente as 210 horas de trabalho individual que englobaram a pesquisa bibliográfica, a realização de trabalhos e reflexões e preparação de formações realizadas durante os diferentes módulos de estágio.

O Estágio na Área de Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolveu-se ao longo de três Módulos:

- Módulo I – Serviço de Urgência, realizado no Serviço de Urgência Adultos, no Hospital de S. João, E.P.E, de 29 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011;
- Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos, realizado no Serviço Médico Intensivo, no Hospital Pedro Hispano da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, de 19 de Abril de 2010 a 19 de Junho de 2010;
- Módulo III – Emergência Pré-Hospitalar, realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica, Delegação Regional do Norte, de 6 de Outubro de 2010 a 26 de Novembro de 2010.

Os locais de estágio acima mencionados eram ambos serviços de enfermagem protocolados com a UCP-ICS propostos como campos de estágio que poderiam proporcionar um maior e melhor nível de aprendizagem, tal como se veio a verificar ao longo da minha experiência que neles decorreu, que será relatada posteriormente.

Os enfermeiros tutores que acompanhei tinham ambos experiências profissionais distintas e as suas actualizações em termos formativos foi um facto que contribuiu para potenciar as minhas aprendizagens e, por conseguinte, o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A minha avaliação de estágio esteve ao cargo dos enfermeiros tutores. A avaliação intermédia foi feita sensivelmente a meio de cada módulo de estágio, tendo sido útil para fazer um ponto de situação do meu processo de aprendizagem. As avaliações finais realizaram-se na presença de cada enfermeiro tutor e na presença das Professoras: Amélia Ferreira, Irene Oliveira e Amélia Rego. Em cada um destes momentos formais foi-me requerida uma auto-

avaliação e foi feita a minha avaliação pelos enfermeiros tutores, bem como foi preenchido o Documento de Avaliação de Estágio que ficou ao cuidado da professora.

Os objectivos gerais para os diferentes módulos de Estágio consistiam em:

- Aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a área de EEMC;
- Desenvolver capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialista quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

Os objectivos específicos serão analisados posteriormente.

## **2. CAMPO DE ACÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS**

O Processo de Bolonha reorganizou o Sistema de Educação. O paradigma de ensino baseado num modelo de passividade associado à transmissão de conhecimentos, deu lugar a um ensino baseado no desenvolvimento de competências.

O aprofundamento do conhecimento e aquisição de competências num domínio específico de Enfermagem resulta em profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está mais exposta, num amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas e em intervenções de elevado nível de actuação às necessidades do indivíduo, potenciando os ganhos em saúde (LEITE, 2006).

Segundo a OE o Enfermeiro Especialista é *“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”* (OE, 2007:15). Tendo por base esta definição, procurei atingir o *“conjunto de competências clínicas especializadas”* dentro do *“campo de intervenção especializado”* da Enfermagem Médico-Cirúrgica, dentro dos diferentes contextos de estágio.

As Competências do Enfermeiro Especialista foram definidas pela OE de acordo com as recomendações do ICN, e apresentam um elevado nível de exigência, abrangendo os domínios da Prática Profissional, Ética e Legal, Prestação e Gestão de Cuidados e Desenvolvimento Profissional (OE, 2007).

A equipa coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem do ICS da UCP definiu quais as competências a desenvolver para que seja possível obter o Grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Médico - Cirúrgica, pelo que foram estas que procurei atingir ao longo dos diferentes módulos de estágio.

As ditas competências foram divididas por quatro domínios: Prestação de Cuidados, Gestão, Investigação e Formação.

Aos quatro domínios foram associados objectivos específicos por mim delineados para cada módulo de estágio, e aos quais associei as actividades que desenvolvi para os atingir. A reflexão crítica das actividades permitir-me-á chegar a conclusões relativas às competências que adquirir com a aprendizagem vivida de estágio.

### **2.1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

BENNER (1984) declarou que os domínios da prática de enfermagem envolvem competências e responsabilidades que devem ser adquiridas na formação inicial dos enfermeiros, mas desenvolvidas ao longo da vida profissional num caminho de iniciado, passando a iniciante avançado, a competente, a proficiente e perito.

A enfermagem, para além dos saberes de vária natureza que requer e do seu tecnicismo próprio, abrange uma imensidão de *outras coisas*, digamos, de *pequenas coisas*. Os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através dos actos praticados mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma melhor saúde e qualidade de vida (HESBEEN, 1998).

A prestação de cuidados insere-se no seio de uma junção de fenómenos e acontecimentos. As características da maioria das instituições de saúde e das múltiplas fontes de poder tornaram-se, com a marcha do tempo inadaptados ao crescimento e ao desenvolvimento da organização dos cuidados de saúde (COSTA, 2004).

Ao nível das relações sociais, o processo de cuidados é olhado pelos enfermeiros como uma situação que confere complexidade, visto ser em simultâneo um espaço de formação, no sentido de promover neste, a capacidade de negociação para o compromisso e desenvolvimento de uma visão estratégica da situação de saúde dos cidadãos e das comunidades.

Em seguida enuncio os objectivos específicos por mim delineados dentro da Prestação de Cuidados, com as actividades que foram desenvolvidas, com vista a atingi-los.

### **2.1.1. Objectivos Específicos**

- **Actuar de acordo com a Dimensão Ética e Legal da Profissão de Enfermagem.**

#### Actividades Desenvolvidas

- Aplicação dos fundamentos éticos do regime jurídico da saúde e da enfermagem em Portugal;
- Integração das diferentes dimensões da responsabilidade jurídica em enfermagem;
- Fundamentação do ponto de vista jurídico, da tomada de decisão complexa em enfermagem;
- Informação ao doente e sua família sobre os cuidados de saúde;
- Requerimento do Consentimento Livre e Esclarecido para os Cuidados de Saúde ao doente e sua família.

A Ética da Enfermagem “...reflecte não só sobre o que nós, enfermeiros, devemos fazer no exercício da Enfermagem mas também sobre o que devemos ser na relação com os nossos utentes.” (VIEIRA, 1995: 115)

A Ciência de Enfermagem, disciplina do campo da saúde em plena fase de desenvolvimento e aquisição de maturidade, tem demonstrado uma preocupação constante por

todos os aspectos que se relacionam com o respeito integral da pessoa humana, estando muitas vezes na vanguarda no que se refere à defesa desta.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros consagra um conjunto de normas de especial importância para o exercício da enfermagem, e integra no capítulo da Deontologia Profissional o Código Deontológico do Enfermeiro, cuja publicação em diploma legislativo vincula todos os enfermeiros. O seu conhecimento, reconhecimento e implementação é essencial para a prática de enfermagem a caminho da excelência, não só por uma obrigação legal mas pelo reconhecimento da sua importância no respeito pela Dignidade Humana, que considero ser o núcleo essencial dos direitos humanos fundamentais e constitui um princípio estruturante da nossa ordem jurídica, por força do disposto no Artigo 1º da Constituição da República Portuguesa, que enuncia que “*Portugal é uma Republica Soberana, baseada na Dignidade da Pessoa Humana*”.

Os enfermeiros devem assumir o compromisso pela protecção da pessoa enunciado no Código Deontológico do Enfermeiro de que “*as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*”(Artº. 78, nº 1), e igualmente seguir um dos princípios orientadores da prática profissional de enfermagem “*o respeito pelos direitos humanos, na relação com os clientes*” (Artº. 78, nº 3, alínea b).

Todas as pessoas têm direitos, sendo estes indiscutíveis e inalienáveis. Quando alguém necessita de assistência no tratamento à doença, não perde nem vê diminuídos os seus direitos como cidadão. Assim, a circunstância de estar doente atribui maior importância a alguns desses direitos e confere características pontuais a certos direitos fundamentais, dadas as suas consequências para o doente. Tudo isto está presente na *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, na *Constituição da Republica Portuguesa*, na *Lei de Bases da Saúde* (LEI 18/90 de 24 de Agosto), no *Estatuto Hospitalar* (Decreto-Lei 48357 de 27 de Abril de 1968), no *Regulamento Geral dos Hospitais* (Decreto-Lei 48358 de 27 de Abril de 1968) e se encontra exposto com pormenor na *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*, da Direcção Geral da Saúde.

Todos os pressupostos acima referidos foram respeitados ao longo dos diferentes módulos de estágio em todas as intervenções executadas, planeadas e avaliadas, e consideradas como fundamentais para assegurar a dimensão ética e legal da profissão de enfermagem.

O consentimento livre e esclarecido é proteger a autonomia do paciente e dada a potencialidade dos procedimentos de Enfermagem infringirem a autonomia do paciente, o consentimento é claramente um conceito central em enfermagem (AVEYARD, 2002).

O consentimento informado tornou-se um elemento necessário na assistência à saúde/doença. Trata-se de um direito do doente e um dever moral e legal do profissional de saúde. Assim, para decidir se prefere manter-se no estado de saúde em que se encontra ou submeter-se ao tratamento, o doente deve ser devidamente esclarecido pelo profissional que o

assiste, sendo um consentimento não apenas formal mas sim informado, prestado sobre o conhecimento, compreensão e aceitação dos riscos inerentes ao procedimento em causa.

O consentimento informado representa uma manifestação expressa da autonomia da vontade do doente, deve ser isento de dúvidas, em que o profissional de saúde deve fornecer informação acerca das vantagens e inconvenientes e os riscos do tratamento/intervenção. A capacidade de autodeterminação do doente é respeitada face ao direito de decidir relativamente ao que lhe é fornecido e colocado como forma de tratamento. Torna-se assim um processo de informação que atinge o seu final com a concordância do doente relativa ao tratamento que lhe é ministrado.

O aprofundamento e divulgação do conhecimento médico na sociedade, a consciencialização da população relativa aos Direitos Humanos, provocou o abandono da heteronomia, em que prevalecia a decisão médica e passou a vigorar a autonomia do doente, que se manifesta com o poder de decidir esclarecidamente acerca de qualquer concordância com o tratamento ou a respeito do diagnóstico médico.

A obtenção do consentimento do doente para a realização de um determinado procedimento/intervenção deve traduzir uma concordância, revogável (a qualquer momento), precedida de uma informação com clareza, referindo-se a um determinado procedimento e momento, abrangente e satisfatória para o entendimento da sua real condição de saúde. É necessário que a informação fornecida se adapte ao quadro psicológico do doente, ou às alterações que venham a ocorrer, naquele determinado momento.

Torna-se necessário que na informação fornecida, o enfermeiro tenha um conjunto de competências comunicacionais para que o doente assimile os dados disponibilizados, para a formação de uma vontade esclarecida. Naturalmente, não é fácil de atingir e faz apelo a múltiplos aspectos, desde a posição central do doente nos serviços de saúde, que deve condicionar o relacionamento, todas as decisões e toda a actividade dos profissionais de saúde, até à compreensão, pelo doente, de que ele próprio é agente activo e não meramente passivo dos cuidados de saúde.

O direito de informação só é superado e desobrigado pelo direito da pessoa a, se o pretender, não ser informada.

Em suma, a função do consentimento livre e esclarecido é proteger a autonomia do paciente e dada a potencialidade dos procedimentos de enfermagem infringirem a autonomia do paciente, o consentimento é claramente um conceito central em enfermagem (AVEYARD, 2002).

Assim, é importante que os enfermeiros compreendam os elementos éticos e legais associados ao consentimento informado, para que este seja aplicado de forma correcta aos contextos particulares da prática profissional de cada um.

- **Conhecer a Estrutura Física e Organizacional dos diferentes contextos de estágio.**

### Actividades Desenvolvidas

- Realização de uma visita guiada às instalações dos diversos serviços;
- Observação do funcionamento dos diversos serviços e conhecer o método de trabalho praticado;
- Consulta de protocolos, normas e procedimentos dos diversos serviços;
- Realização de entrevistas informais ao enfermeiro tutor e restante equipa de modo a conhecer a dinâmica do serviço.

Nos primeiros dias dos diferentes contextos de estágio fui recebida pelos enfermeiros chefes e enfermeiros coordenadores, que realizaram uma visita guiada pelo serviço, mostrando a sua estrutura física e explicando um pouco da sua dinâmica e organização, e foi-me também apresentada as equipas multidisciplinares em funções nesses dias.

Ao longo dos diferentes estágios, através da observação e das conversas informais com os enfermeiros tutores e a restante equipa, tive oportunidade de tomar conhecimento da dinâmica do serviço, do seu funcionamento e do método de trabalho praticado. Considero que estes conhecimentos foram importantes para mim, pois permitiram conduzir a minha prática de forma responsável e reflexiva.

Nas primeiras semanas de cada estágio e ao longo do decorrer dos mesmos, tive oportunidade de consultar os protocolos, as normas e os procedimentos de cada um dos serviços para a realização das mais diversas intervenções de enfermagem. Nos diferentes serviços, a maioria dos protocolos, normas e procedimentos consultados iam sendo alvo de constantes actualizações, por exigência dos estudos recentes que iam surgindo, garantindo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes e suas famílias.

A implementação de um método de trabalho num serviço de enfermagem é de extrema importância, uma vez que dele depende o nível de empenho dos Enfermeiros, repercutindo-se directamente na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

O método de trabalho adoptado pelos enfermeiros no estágio de emergência pré-hospitalar e de urgência é o método de equipa. Este método permite que uma equipa de enfermeiros, sob supervisão de um enfermeiro responsável preste cuidados a um grupo de utentes. Este profissional é responsável pela planificação e distribuição dos cuidados aos utentes e pelos membros da equipa (PINHEIRO, 1994).

O método por equipa surge com a finalidade de reunir pequenas parcelas de conhecimento e informações num todo, correndo o grande risco de se tornar próximo do método funcional devido à divisão de tarefas no seio dos seus elementos (KRON E GRAY, 1989).

Por sua vez, o método de trabalho utilizado no SMI era o método individual de trabalho, disponibilizando o serviço de uma enfermeira de referência. Esta exercia funções de gestão, supervisão e prestação de cuidados através da articulação com a equipa multidisciplinar,

promovendo a personalização dos cuidados, melhoria da comunicação e interacção com a família.

Sabemos que um conjunto de condições específicas (o tipo de doentes, os recursos em enfermagem e as modalidades de apoio da organização) tem que ser tido em conta aquando da escolha do método de prestação de cuidados. Sabemos também que o método tem influência directa na qualidade, o que afecta consideravelmente os resultados obtidos (SANDU, DUQUETTE, KÉROUC, 1991).

A aquisição da autonomia e a procura de níveis cada vez mais elevados da qualidade no desempenho profissional e nos cuidados prestados, tem motivado a procura de vias alternativas para a concepção dos cuidados de enfermagem bem como modelos de organização dos mesmos (PINHEIRO, 1994).

A grande evolução na organização dos cuidados de enfermagem prende-se com a sua humanização, tornando-se verdadeiramente orientados para a pessoa e não para a tarefa e favorecendo dessa forma a qualidade dos cuidados. A excelência resulta, então, da interacção entre a humanização (qualidade humana no relacionamento e atendimento) e excelência técnica (qualidade e segurança na prestação de cuidados) (JORGE E SIMÕES, 1995).

- **Aprofundar Conhecimentos e Desenvolver Competências na Prestação de Cuidados de Enfermagem ao Doente e sua Família.**

#### Actividades Desenvolvidas

- Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente e sua família;
- Mobilização de conhecimentos teóricos e práticos adquiridos nos diferentes contextos de formação e estágios;
- Reflexão sobre Qualidade nos diferentes contextos de estágio;
- Colaboração com Serviço Social;
- Promoção da Privacidade do doente e sua família nos diferentes contextos de estágio;
- Promoção da Relação de Ajuda nos diferentes contextos de estágio;
- Esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro orientador/tutor e restante equipa de enfermagem/médica.

O termo *cuidar* está ligado aos cuidados de manutenção das funções vitais (comer, beber, vestir-se, levantar-se, andar e comunicar) e também a elementos afectivos, relacionais, éticos e sociais, e centrado na pessoa, não como uma entidade abstracta, mas de uma forma personalizada, numa visão holística.

Para SWANSON (1991: 2)., “*como tem sido demonstrado pela nossa história, pela nossa prática e pela nossa formação, o cuidar tem sido reconhecido como o ponto fulcral da Enfermagem.*”

COLLIÈRE (1989) afirma que, ao contrário dos médicos cuja história, educação e objectivos estão centrados na doença e sua cura, a Enfermagem está mais virada para o cuidar, “...valor fundamental que obriga à defesa da autonomia da pessoa que é cuidada” (VIEIRA, 1995: 114), entendendo a mesma autora que “cuidar...deve ser um imperativo moral que fundamenta o exercício da Enfermagem na defesa e preservação da dignidade da pessoa que, como enfermeiros cuidamos” (VIEIRA, 1995:115).

Um outro ponto associado às intervenções autónomas de enfermagem tem a ver com o processo de tomada de decisão dos enfermeiros. Este orienta o exercício profissional autónomo e implica uma abordagem sistémica e sistemática, algo que manteve ao longo de todo o estágio. “Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade)” e “após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (OE, 2001:10).

A minha pouca experiencia nas áreas correspondentes aos diferentes campos de estágio, foi colmatada pela pesquisa bibliográfica, no sentido de promover uma constante actualização de conhecimentos para a prestação de cuidados de enfermagem; pela observação e pela busca incessante de esclarecimento de dúvidas com os elementos das equipas reconhecendo o valor das suas experiências profissionais e pessoais, considereei que seria vantajoso que as partilhassem comigo, para sobre elas reflectir, e delas retirar aprendizagens, o que se traduziu produtivo na minha aquisição de competências.

Os pressupostos da minha actuação nos contextos de estágio partiram “Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de Enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2001:10), reconhecendo-os como essenciais para o desempenho de cuidados de Enfermagem holísticos e de qualidade.

Para que a qualidade da prática dos cuidados de enfermagem não seja definida e apreciada em bases erróneas, é urgente que os profissionais comecem a revelar o conteúdo real e o sentido da *arte do cuidar* e o que ela tem de específico, para que a essência da sua prática não seja esquecida e até mesmo negligenciada. Por conseguinte, é da responsabilidade dos enfermeiros dizer e mostrar o que significa a perspectiva do verdadeiro cuidar por meio do desenvolvimento e promoção das intervenções autónomas de enfermagem.

A Qualidade é uma preocupação de todos os serviços de saúde. É a consequência das acções somadas de um modelo assistencial e de um modelo de gestão.

Os enfermeiros, pelo facto de serem por excelência prestadores de cuidados, são responsáveis pela melhoria contínua da Qualidade nos serviços de saúde onde trabalham.

É preciso aprender a agir para que os profissionais se sintam respeitados e valorizados, precisam de participar e fazer parte do processo de decisão, precisam de se sentir importantes, só assim assumirão a responsabilidade pela produção de Qualidade, tornando a Organização vencedora.

Esta “Administração participativa” é a alavanca para a melhoria da Qualidade, aposta na satisfação do doente garantida pela motivação de quem produz e de quem os atende. Na Gestão da Qualidade o doente é o mais importante, devendo-se desenvolver uma relação de parceria, respeito e confiança recíproca. O papel dos líderes é desencadear um processo de desenvolvimento e participação das pessoas, estimulando a criatividade de todos. A melhoria contínua é o seu objectivo, assim como respostas ágeis e preventivas. A Organização deve ter uma visão clara do futuro e a Qualidade medida através de dados objectivos. Deve-se apostar em parcerias que promovam melhores resultados, nunca esquecendo os princípios éticos.

Conhecer os doentes, envolver as pessoas, formar equipas de qualidade, motivar, apoiar, facilitar o desenvolvimento das pessoas e das suas potencialidades, liderar, administrar a informação, e criar um ambiente organizacional adequado e centrado na melhoria dos processos são indicadores de qualidade dos serviços de saúde. É, pois, necessário repensar conceitos, atitudes e metodologias no sentido de criar uma filosofia de saúde ao Serviço da Pessoa.

A “missão” dos serviços de saúde é atender a Pessoa. A “missão” dos enfermeiros é cuidar da Pessoa. Não é possível satisfazer os doentes se os serviços de saúde não forem adequados às suas necessidades.

Frequentemente as competências do enfermeiro são alvo de crítica e pouco reconhecimento no seio da equipa multidisciplinar, mesmo que estas sejam tanto ou mais importantes para a recuperação do estado de saúde dos doentes. Modificar esta ideia esta nas nossas mãos, principalmente quando pensamos e agimos como enfermeiros especialistas e havendo cada vez mais a necessidade de demonstrar ganhos em saúde.

A construção de uma “Cultura de Qualidade” nos serviços de saúde é da responsabilidade de todos, tornando-se necessário muito esforço corporativo por parte da equipa multidisciplinar.

Se esta responsabilidade for enfatizada em cada um, se se apostar na formação e no treino de capacidades, a qualidade será “produzida”.

Tive oportunidade de estabelecer contacto com os assistentes sociais dos diferentes campos de estágio, no sentido de requerer a avaliação social de algumas famílias disfuncionais, que apresentavam diversos sinais de alarme, o que se traduziu numa experiência produtiva e enriquecedora.

O direito à privacidade do doente, amplamente referenciado e protegido nos diversos documentos de cariz jurídico a nível internacional e interno, é reconhecidamente condicionado pela forma como vivemos em sociedade. Tradicionalmente ligado à questão da humanização na saúde, o direito à privacidade assume hoje, novas dimensões, novos contornos, fruto da expansão das tecnologias de informação e comunicação.

Considerada de forma genérica, por possuir “um valor constitutivo para a identidade e liberdade das pessoas”, a privacidade individual assume um papel preponderante nos vários domínios da vida de cada um de nós, em especial nos momentos de maior fragilidade e vulnerabilidade, que acompanham o processo de doença.

O sucesso na saúde está, de um modo geral, associado ao progresso técnico, às novas soluções da ciência, ao diagnóstico que se estabelece, à terapêutica inovadora, à competência na rapidez do acto tecnicamente perfeito. Contudo, existe o reverso da medalha – a tecnicidade extrema aliada à indiferença da pessoa e à sua fragmentação.

É simultaneamente do conhecimento comum, que a situação de hospitalização no decorrer do processo de prestação de cuidados de saúde, altera os espaços de intimidade da pessoa. A inevitável proximidade física e mesmo psicológica, incidindo sobre os aspectos íntimos da pessoa, pode provocar sensações de perda de autonomia, colocando em risco “a necessidade humana básica de privacidade”.

O direito à privacidade assume assim, um duplo sentido que se observa na reserva da intimidade da pessoa, materializada, por exemplo, na obrigação de sigilo profissional, por um lado e no acesso à informação pessoal, por outro. O conceito de sigilo profissional transforma-se, por seu turno, num direito/dever, na medida em que correspondendo a um direito do doente, cria uma obrigação nos profissionais de saúde, patente nos respectivos códigos deontológicos (SILVA, 2007).

A consciencialização da diversidade de circunstâncias e situações em que as pessoas se encontram, ao recorrer aos serviços de saúde, impõe o dever de compreender a importância que a privacidade assume em aspectos como a confidencialidade das informações, o dever de sigilo profissional e o respeito por valores como o pudor, no sentido da variabilidade cultural e individualidade de cada pessoa (SILVA, 2007).

É importante, que em contextos de prática diferentes, onde coadunam profissionais com formações académicas muito distintas, estes serem detentores de uma formação ética e deontológica sólida que lhes permita compreender a amplitude da questão da privacidade e da confidencialidade, de forma a respeitar os utentes neste direito fundamental.

Durante os diferentes contextos de estágio deparei-me com o doente em fase final de vida. Nesta circunstância, o enfermeiro tem um papel de excelência, na medida em que é o profissional mais próximo do doente e que mais possibilidade tem de o apoiar nesta fase tão difícil.

Vivemos numa sociedade profundamente marcada pela técnica e pela ciência, o que traz consequências. Não existe lugar na vida moderna para pensar na morte, consequência do avanço científico e tecnológico. Quando o doente apresenta uma elevada probabilidade de morte, os profissionais tendem a omitir o assunto “morte” e sobrevalorizar as tarefas essencialmente técnicas.

É urgente que os enfermeiros revejam a sua posição perante a morte, com o objectivo de proporcionar ao doente em fase final de vida um acompanhamento digno.

A formação específica do enfermeiro encontra-se intimamente relacionada com a relação de ajuda “*a actuação do enfermeiro deve ser mais do que nunca, cuidar do doente, o que nestes casos ... deve consistir essencialmente numa verdadeira relação de ajuda*” (PACHECO, 2002).

Os enfermeiros precisam de ser ouvidos pelos órgãos de gestão, pois são portadores de conhecimentos relevantes, que possibilitam ultrapassar alguns dos obstáculos mencionados anteriormente. Predomina a necessidade de sensibilizar a equipa multidisciplinar, de existir um “espaço” para a reflexão e troca de experiências, emergindo a uniformização na tomada de decisão.

- **Desenvolver Competências Comunicacionais com o Doente e sua Família.**

### Actividades Desenvolvidas

- Comunicação com o doente e sua família nas várias situações vivenciadas;
- Reflexão sobre comunicação nos vários contextos de estágio;
- Utilização de técnicas/estratégias comunicacionais adequadas ao doente e sua família (perguntas amplas ou de terminação aberta, seguidas de declarações orientadoras; evitar bloqueios comunicacionais...);
- Observação da equipa a comunicar com o doente e sua família.

As competências comunicacionais constituem a chave para as relações interpessoais positivas, e se estas não se estabelecerem é pouco provável que se obtenham os factos reais, se compreendam os verdadeiros problemas e se consiga ajudar as outras pessoas, daí a importância do seu desenvolvimento. Todavia, estas são somente metade do que é exigido para a construção de relações interpessoais sólidas, que são desenvolvidas tanto pelo nosso comportamento como pela nossa forma de comunicação, pois os actos falam mais alto que as palavras (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

É fundamental a comunicação e o relacionamento assertivo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve ter com o doente e sua família, razão pela qual, conhecer as diferentes formas de comunicação (verbal e não verbal) e os factores que a influenciam é essencial.

Para que esta seja bem sucedida deve ser apropriada à situação, clara e oportuna, o que implica a utilização de técnicas de comunicação eficazes e assertivas, sendo o saber escutar e ouvir cruciais em todo este processo.

Saber ouvir é a componente mais importante de uma boa comunicação. Quando o acto de ouvir realmente visa compreender o doente, consiste num processo activo que requer concentração e atenção de todos os aspectos da comunicação verbal e não-verbal. Nos vários contextos de estágio todos os contactos se verificaram importantes enquanto momentos de recolha de informação relativa às reais necessidades do doente e sua família.

Uma comunicação clara é um precursor para a colaboração entre enfermeiros, doentes e sua família no sentido da determinação das necessidades de cuidados. Para determinar correctamente as necessidades de cuidados destaco três aspectos ligados à comunicação, que pelos diferentes contextos de estágio me permitiram o seu desenvolvimento e sobre os quais cheguei a algumas conclusões: encorajar a família a falar, direccionar o foco e evitar bloqueios à comunicação.

Os aspectos relativos ao direccionar do foco, tem a ver com a capacidade para direccionar a conversa e, ao mesmo tempo, permitir liberdade máxima de expressão, sendo esta uma das metas mais difíceis na obtenção de uma comunicação eficaz. Mais uma vez, a utilização de perguntas amplas ou de terminação aberta, seguidas de declarações orientadoras, foram estratégias por mim adoptadas que se revelaram bastante eficazes.

Os bloqueios à comunicação fazem com que esta seja inadequada levando a consequências negativas tanto para o doente e sua família como para os enfermeiros: é causador de stress, torna o papel dos enfermeiros mais difícil na determinação das reais necessidades e aumenta a distância entre enfermeiro e o doente e sua família (ÜSTÜN, 2006).

Um dos bloqueios está relacionado com o excesso de informação, pois quando as pessoas recebem informações em demasia ou informações que sejam avassaladoras e/ou já repetidas, elas em geral demonstram sinais de maior ansiedade ou de atenção reduzida.

Um outro bloqueio está relacionado com a utilização de termos científicos, não percebidos pela pessoa. O uso de uma linguagem científica não está incorrecto, contudo, o seu uso sem explicação do seu significado, é que está incorrecto e não se traduz numa comunicação eficaz.

Comunicar com os doentes e sua família em situações em que o seu estado de saúde é débil, não é uma tarefa fácil. Diariamente os enfermeiros são expostos a situações de elevado stress emocional assim como a família.

Comunicar com qualidade contribui para a assistência terapêutica ao doente e à família que vivem com ansiedade o atendimento e internamento num serviço de saúde. É essencial para estabelecer uma relação entre profissional, doente e família.

Em matéria de comunicação considero que os diferentes campos de estágio foram produtivos e enriquecedores. Tive a oportunidade de estabelecer contacto com doentes de diversas faixas etárias e famílias provenientes de variados estratos sociais, culturais e até religiosos. Comunicar eficazmente com todos eles foi um grande desafio, ainda mais quando a nossa tarefa inclui o papel de educar, informar, vigiar e aconselhar. Gostaria também de salientar a competência relacional/comunicacional das diversas equipas com as quais tive o privilégio de acompanhar, pela sua calma e assertividade conseguindo estabelecer uma relação de empatia com os doentes e suas famílias mesmo nas situações de elevado stress emocional, exemplo que contribuiu para aumentar e melhorar as minhas competências comunicacionais como futura especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

- **Desenvolver Competências no Alívio e Controlo da Dor no Doente.**

### Actividades Desenvolvidas

- Monitorização da dor através de escala de dor;
- Vigilância da dor;
- Optimização do ambiente físico;
- Execução de massagem;
- Execução de técnica de relaxamento;
- Execução de toque terapêutico;
- Conforto do doente.

A avaliação da dor é fundamental para o controlo da mesma. MCCAFFERY (1999) salienta o carácter pessoal e subjectivo da experiência de dor ao referir que esta, existe sempre que a pessoa refere que está presente, dando relevância ao auto-relato,

No âmbito das suas competências nos domínios da *prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional* (OE, 2003), o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado (OE, 2001).

Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto com os doentes, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor, sendo que este é um direito do doente e um dever dos profissionais de saúde e, por esta razão, a dor foi instituída como 5.º Sinal Vital (DGS, 2008), determinando como norma de boa prática que a sua presença e intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas.

O controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento, logo, sempre que se preveja a ocorrência da mesma ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (OE, 2008).

Na sua avaliação destaco alguns aspectos que considero importantes e sobre os quais debrucei a minha atenção, sendo eles a escolha adequada dos instrumentos de avaliação e a sua avaliação e reavaliação sistemáticas pois o sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor e sua reavaliação em todas as suas vertentes.

Na sua avaliação e intensidade deve privilegiar-se instrumentos de auto-avaliação, contudo, a escolha dos instrumentos de avaliação deve atender a: tipo de dor, idade, situação clínica, propriedades psicométricas, critérios de interpretação, escala de quantificação comparável, facilidade de aplicação e experiência de utilização em outros locais (BATALHA, 2005).

Nos diferentes contextos de estágios a avaliação da dor era feita, contudo não de forma regular e sistemática pelas equipas que acompanhei, e nem sempre utilizando instrumentos de avaliação, sendo contudo, a mais comumente utilizada a Escala Visual

Analógica (EVA) e menos utilizada a Escala de Faces (EF). A sua utilização foi produtiva, permitindo-me desenvolver competências nesta área.

Segundo METZGER “a qualidade da avaliação da dor depende da riqueza das informações obtidas junto do utente” (METZGER, 2002:161), e “a avaliação da dor deve basear-se em critérios precisos que constem de um processo bem estruturado, de forma a ser conhecido por todos e que cada um possa reproduzir.” (METZGER, 2002:160). Daí que durante o estágio me preocupasse em recolher o máximo de informação junto do doente e sua família, utilizando a auto e/ou hetero-avaliação, recorrendo aos instrumentos certificados e mais adequados à sua situação clínica.

Com efeito, actualmente existe uma variedade de intervenções não farmacológicas, cognitivo-comportamentais, físicas e de suporte emocional que produzem resultados poderosos ao nível do controlo de todos os tipos de dor (OE, 2008). As estratégias não farmacológicas revelam-se eficazes isoladamente ou em conjugação com as medidas farmacológicas, tanto nos casos em que a dor pode ser considerada funcional, como naqueles em que a mesma deriva de lesão orgânica.

Considero que existe uma verdadeira preocupação e implicação profissional na avaliação, cuidado e registo da dor. Aquando da sua presença nos doentes era valorizada por todos os elementos de equipa que acompanhei e esta trabalhava no sentido de a controlar, contudo, verifiquei que existia um predomínio da utilização das estratégias farmacológicas sob as não farmacológicas de controlo da dor, o que considero estar relacionado com a baixa crença dos enfermeiros na eficácia das últimas no seu efectivo controlo, embora alguns destes as realizassem.

Desta forma, os enfermeiros devem investir na sua formação na área da dor, de modo a que as suas intervenções sejam o mais adequadas e eficazes possíveis, proporcionando um grande salto qualitativo na humanização dos cuidados prestados (DGS, 2008).

- **Reflectir sobre os Focos da Prática de Enfermagem mais frequentes nos diferentes contextos de estágio.**

### Actividades Desenvolvidas

- Identificação de Focos da Prática de Enfermagem mais frequentes nos diferentes contextos de estágio, utilizando como suporte a CIPE;
- Utilização das diferentes etapas do Processo de Enfermagem;
- Elaboração de planos de cuidados de enfermagem, de forma sistemática, na assistência ao doente e sua família.

A CIPE é uma classificação de Fenómenos, Intervenções e Resultados ao nível da Enfermagem, que descrevem a sua prática, contudo, neste ponto irei trabalhar mais a parte dos Fenómenos de Enfermagem que se referem a um *factor que influencia o estado de saúde com as características específicas: aspecto da saúde relevante para a prática de Enfermagem*

(ICN, 2000). A palavra *Fenómeno* significa uma “*coisa, evento ou processo que pode ser observado*”, ou qualquer coisa que pode ser registado pelo observador atento, sendo regularidades notáveis e discerníveis. Colocando Enfermagem a seguir à palavra fenómeno, tenciona mostrar-se regularidades notáveis e discerníveis da prática clínica observada pelos enfermeiros (PAIVA E SILVA, 2000). Os Fenómenos de Enfermagem subdividem-se de acordo com o Foco da Prática de Enfermagem, que se descreve como sendo a *área de atenção descrita pelo mandato social e pela matriz profissional e conceptual da prática profissional de enfermagem* (ICN, 2000). Assim sendo, irei reflectir sobre as *áreas de atenção* mais frequentes nos diferentes contextos de estágio.

Nos diversos contextos de estágio, as *áreas de atenção* identificadas estavam dentro do âmbito do Ser humano, não tendo sido identificadas nenhuma no âmbito do Ambiente, o que se justifica pelo facto de não ter intervido ao nível das *condições ou influências sobre as quais os ser humano vive e se desenvolve*.

Assume-se que o Ser Humano tem *qualidades e características intrínsecas que o distinguem de um grupo de seres humanos* (Indivíduo) sendo que, quando considerados *como unidade social ou todo colectivo* são um Grupo, o que é visto como *algo mais do que os indivíduos e as suas relações que constituem o mesmo*.

No âmbito do Indivíduo, as *áreas de atenção* distribuíam-se pela Função e pela Pessoa.

Na Função há uma preocupação com o *processo corporal e operações não intencionais relacionadas com a manutenção e obtenção da melhor qualidade de vida*. Nos diferentes contextos de estágio, doentes e suas famílias encontram-se numa situação em que esses processos corporais, operações não intencionais e qualidade de vida, se encontravam de algum modo alterados ou mesmo ameaçados, daí a justificação do seu grande número, onde estas situações ditavam, na sua grande maioria, o recurso aos diversos serviços.

Considerando que a Pessoa é *agente intencional da concretização de acções motivadas por razões baseadas em crenças e desejos de natureza individual, ou seja, é possuidor de racionalidade*, pude constatar que algumas *áreas de atenção* estavam ligadas à família do doente.

Dentro deste âmbito é importante considerar que as Acções Humanas (Razões para a Acção e Acção) requerem compreensão sobre os padrões de pensamento interpretativo. Na categoria relativa à Razão para a Acção, verifica-se uma motivação para a compreensão e explanação do comportamento da Pessoa. Assim, temos duas vertentes que influenciam os motivos para a acção: o Autoconhecimento (*disposição da pessoa para reter ou abandonar a acção*) e o Autoconceito (*disposições da pessoa para reter e abandonar atitudes ao longo do tempo*). Nos contextos de estágio de Serviço de Urgência e Emergência Pré-Hospitalar, tive oportunidade de trabalhar a área do Autoconhecimento que é uma razão para a acção mais mutável, que se direcciona no sentido de uma progressiva construção individual e adaptação do Ser Humano ao meio onde se encontra, dependendo das experiências que vai tendo e das

aprendizagens que delas retira, e o Autoconceito, em que o carácter não é tão mutável e implica um tempo de intervenção mais longo e aprofundado. No contexto de estágio de Unidade de Cuidados Intensivos estas áreas não foram fruto de trabalho e progresso, uma vez que o estado hemodinamico dos doentes era instável, impossibilitando o processo de construção individual e adaptação ao meio exterior.

No âmbito do Grupo, as *áreas de atenção* centraram-se na Família, mais propriamente ao nível do Processo Familiar, ou seja, *das interacções positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família*. O Processo Familiar Alterado era objecto de reflexão e intervenção por parte das diversas equipas que acompanhei, uma vez que, a situação maléfica que afecta um dos elementos da família provoca alteração nos papéis realizados por todos os elementos da família.

A área da Comunidade não foi trabalhada nos contextos de estágio de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, uma vez que ambos os estágios se desenrolaram em contexto hospitalar, e no contexto de estágio de Emergência Pré-Hospitalar por não ter tido qualquer possibilidade de intervir de forma efectiva sobre esta.

Segundo AFFARRA (1998) é crucial "*Estimular os enfermeiros a pensar sobre a sua prática, em toda a sua diversidade, complexidade e valor para a sociedade*" para que a Enfermagem possa evoluir enquanto profissão autónoma em busca da excelência.

É importante reflectir sobre os Focos da Prática de Enfermagem, identificando quais os mais frequentes e quais os dados relevantes a observar que permitam identificar, com precisão, qual o *aspecto de saúde com relevância para a prática de enfermagem* sobre o qual a minha atenção vai incidir, de modo a que o processo de cuidados seja realizado de forma correcta e assertiva.

O processo de Enfermagem, enquanto processo dinâmico, interactivo e holístico, oferece aos enfermeiros uma abordagem sistemática do planeamento e prestação de cuidados (QUEIRÓS, 2000), que descreve o que verdadeiramente o enfermeiro faz. Geralmente este é constituído por cinco etapas consecutivas: recolha de dados, interpretação dos dados (Diagnóstico), planificação das intervenções, execução das intervenções e avaliação.

Para desenvolver capacidades na concepção de cuidados de enfermagem é necessário: tomada de decisão e uso do pensamento crítico-reflexivo. Assim, a concepção de cuidados corresponde a um conjunto de operações mentais cujo objectivo é reflectir sobre o processo de Enfermagem: identificar as situações, planear e implementar intervenções e avaliar os resultados.

O percurso evolutivo da profissão tem vindo a transportar o exercício profissional de uma lógica inicial essencialmente executiva para uma lógica progressivamente mais conceptual, o que alarga a variedade de aspectos a documentar, quer pelo progressivo alargamento do leque funcional, quer pela necessidade de não circunscrever a documentação à lógica executiva inicial (SILVA, 2001).

A grande importância que a informação tem para a enfermagem é, hoje em dia, consensual no nosso meio profissional (JESUS, 2005). Não apenas no que se refere às finalidades legais e éticas e quando é necessário tomar decisões clínicas, mas também no momento de optar quanto à continuidade dos cuidados, quanto à qualidade dos mesmos, quanto à gestão, à formação e à investigação. Porém, nem sempre a documentação do processo de tomada de decisão clínica de enfermagem se verifica fácil, e a razão deste facto está na natureza distinta deste nosso processo de decisão, que decorre enquanto interagimos com a pessoa doente, e da respectiva formalização nos registos.

Os registos em si mesmo, propõem melhorar a comunicação entre todos os que cuidam a pessoa, proporcionando uma atenção comum para os problemas desta (RODRIGUES, 1998). Contudo, muitas vezes, constatamos que os registos de enfermagem que são efectuados não reflectem os cuidados que foram prestados aos doentes, nem tornam possível planear os cuidados a prestar, não servindo assim de elo de ligação, nem de meio de comunicação.

A importância de um sistema de registos está descrita nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), enunciando as necessidades em cuidados, as intervenções de Enfermagem e os resultados sensíveis a essas intervenções.

Assim, e de acordo com o Código Deontológico (OE, 2003:187) “*o enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas*”.

O *Alert ER* é um sistema que funcionava no contexto de estágio de Serviço de Urgência com uma utilização transversal a todo o serviço. Esta é uma ferramenta informática muito importante. Sem ser um sistema ideal, porque esses não existem, representa todavia um inquestionável *upgrade* que veio melhorar significativamente a circulação e a forma de tratamento do doente no Serviço de Urgência. A prática de registos da equipa de enfermagem era concentrada neste sistema, não espelhando de todo o trabalho efectuado pelos enfermeiros. No contexto de estágio de Emergência Pré-Hospitalar a prática de registos estava condicionada aos verbetes, folha de registos onde e feita a avaliação primária e secundária do doente, assim como o tipo de tratamento efectuado, não existindo qualquer tipo de registo relativo ao processo de enfermagem para a concepção de cuidados. Por sua vez, no contexto de estágio de Unidade de Cuidados Intensivos estava implementado o SIE, utilizando a CIPE, registada na aplicação informática SAPE.

Consciente desta problemática e da crucial importância dos registos de enfermagem para a produção de conhecimento científico em enfermagem, considero que as equipas de enfermagem dos contextos de estágio do Serviço de Urgência e Emergência Pré-Hospitalar deveriam desenvolver esforços na tentativa de implementar sistemas de informação e documentação que facilitem os registos por parte dos profissionais de enfermagem que permitam avaliar adequadamente os ganhos em saúde, como é o caso do SIE que utiliza os termos definidos na CIPE, registada na aplicação informática SAPE, onde se documenta de

forma sistemática a assistência de enfermagem ao doente e sua família e onde se respeita as diferentes etapas do processo de enfermagem.

A utilização do SAPE é compatível com o respeito pelas diferentes etapas do processo de Enfermagem, assim, devemos desempenhar um papel activo, potenciando os seus benefícios e sendo críticos quanto às suas limitações para não corrermos o risco de sermos obrigados a adaptar as nossas práticas às exigências do sistema informático.

A existência da aplicação informática SAPE vem realçar a importância de uma prática de registos, permitindo a informatização do plano de cuidados, e até de todo o processo de enfermagem, servindo de apoio à prática da mesma e facilitando a comunicação entre todos os profissionais prestadores de cuidados de enfermagem de qualidade.

A minha intervenção passou pela sensibilização das equipas de enfermagem para a realização de registos de enfermagem mais completos e que espelhassem o processo de enfermagem e os cuidados planeados por eles, ao nível da elaboração de registos de enfermagem, recorrer dentro das limitações, à linguagem CIPE, procurando reflectir as diferentes etapas do processo de enfermagem, elaborando planos de cuidados de enfermagem, de forma sistemática, na assistência ao doente e sua família.

Sabendo que o exercício da enfermagem é um processo de interacção entre enfermeiro e pessoa no qual o enfermeiro identifica as necessidades da mesma, define objectivos, selecciona uma estratégia de acção e avalia os resultados, este processo de garantia de qualidade de cuidados de enfermagem só poderá considerar-se instituído com a implementação plena de planos de cuidados (ÂNGELO *ET AL*, 1995).

- **Reflectir sobre o Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

### Actividades Desenvolvidas

- Identificação dos benefícios e a importância da existência de enfermeiros especialistas;
- Observação e análise, apelando ao sentido crítico, o papel do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidar ao doente e sua família;
- Utilização do processo reflexivo na prática dos cuidados ao doente e sua família;
- Adopção de uma postura de espírito crítico perante as experiências vividas.

A “Era do Conhecimento” desencadeou a transformação e inovação, não só no plano tecnológico como também no plano organizacional, e criou a necessidade de aumentar a competitividade entre os indivíduos. Estas transformações implicam formar profissionais com capacidade de diagnosticar e resolver problemas, de tomar decisões, de criar, de intervir, de trabalhar em equipa, de se auto-organizar e de se reconstruir num ambiente em constante mudança (SERRA, 2008).

Sabendo que a qualidade dos serviços deriva directamente do pessoal que nele trabalha é importante, que o indivíduo não deixe de aprender ao longo da vida, que adquira

novas competências, que seja capaz de se adaptar e que esteja sempre aberto a novas possibilidades (SERRA, 2008).

A consciência de que as necessidades em cuidados de saúde por parte dos cidadãos são cada vez mais complexas, exige que os cuidados de enfermagem sejam cada vez mais adequados e dirigidos e, portanto, tendencialmente especializados, sendo indispensável aumentar o número de enfermeiros especialistas que exerçam a sua actividade na prática clínica.

A atribuição do Título Enfermeiro Especialista certifica<sup>1</sup> *“um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”* (OE, 2007: 17).

Desta forma deve proporcionar benefícios essenciais para a saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, garantindo a continuidade de cuidados. Contribui igualmente para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e de uma prática baseada na evidência. Fruto do seu conhecimento e experiência clínica, o enfermeiro especialista ajuda, também, a encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis – ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e inter-profissional e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos (OE, 2007).

O conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e, pela certificação das mesmas, se assegura que o enfermeiro especialista possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica, que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, aos três níveis de prevenção (OE, 2007).

Uma das metas que hoje é colocada aos enfermeiros é a construção de percursos de desenvolvimento profissional que permitam a atribuição dos títulos de enfermeiro especialista, alicerçado a um perfil de reconhecimento de competências, onde a experiência profissional, sustentada na prática clínica reflexiva e em momentos formais de aquisição de conhecimentos reconhecidos pela Ordem, se constitua como garantia de prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Olhar para a prática clínica reflectindo sobre esta traduz-se em produção de saber e conhecimento, assim *“para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer do*

---

<sup>1</sup> Certificação Profissional – 1.(...) *“a comprovação, feita por uma entidade credível, ‘oficial’, de que uma determinada pessoa é competente para exercer um determinada profissão ou para realizar uma determinada actividade profissional”*. É necessariamente obrigatória nas profissões cujas condições de exercício estejam expressamente estabelecidas em diplomas legais próprios, devido à necessidade de prevenir o alto risco que o seu exercício poderia potenciar para a segurança e/ou a saúde das pessoas/Duarte, 1997,p.11,14). 2.(...) *Comprovação da formação, experiência ou qualificação profissionais, bem como, eventualmente, da verificação de outras condições requeridas para o exercício de uma actividade profissional”* (Artigo 2º, Decreto-Lei 95/92 de 23 de Maio). - ORDEM DOS ENFERMEIROS – Conselho de Enfermagem Do caminho Percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato – 1999/2003), p. 245.

*exercício de trabalho objecto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão directamente implicados” (CANÁRIO, 1994:27)*

A reflexão sobre as práticas tem como objectivos aumentar a confiança de cada estudante/profissional no seu desempenho; melhorar a aptidão para fazer certo à primeira vez, da próxima vez; abordar a enfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático e obter conhecimentos adicionais a partir de experiências práticas (SANTOS E FERNANDES, 2004).

Assim, a reflexão permite clarificar dúvidas, partilhar novas formas de olhar o problema, colocar novas hipóteses e (re) orientar a acção, facilitando a tomada de decisão pela consciência das suas capacidades e dos seus saberes, pela valorização das suas competências, no sentido da construção negociada da autonomia pessoal e profissional.

É importante reconhecer que a actividade reflexiva é potencialmente educativa e a pessoa que reflecte irá aprender tanto com os êxitos como com os insucessos, uma vez que estes serão impulsionadores de mudanças estratégicas no prosseguimento dos seus objectivos e, por isso, serão o modo de assegurar a operacionalização do processo e o sucesso da sua formação (GONÇALVES e SERRANO, 2005).

Segundo QUEIRÓS ET AL. (2000) existem três etapas chave no processo reflexivo, e para que o processo de reflexão possa ser usado como *instrumento de aprendizagem* é necessário identificar as competências afectivas e cognitivas requeridas, sendo elas: percepção própria, descrição, análise crítica, síntese e avaliação. O mesmo autor define as atitudes necessárias para a acção reflexiva, sendo elas: a abertura de espírito, a responsabilidade e a sinceridade.

Para por em prática o processo reflexivo, pode-se recorrer a esquemas de reflexão que devem ser usados como um guia que dá pistas e ajuda a decompor as experiências, e estes providenciam um conjunto de ferramentas que permitem ir para além das formas de pensar e agir que estávamos habituados a usar, o que pode ser libertador e promotor de novas visões e modos de experimentar a vida. Contudo, estes implicam um envolvimento verdadeiro por parte de quem os usa, que deve ajustá-los ao seu propósito para que possam ser usados com eficiência (JASPER, 2003).

Dado que as competências especializadas decorrem atrás do desenvolvimento dos domínios de competências dos enfermeiros de cuidados gerais, considero importante, enquanto futura enfermeira especialista, ter consciência que a minha forma de actuação deve ser tradutora de um concomitar de funções face às que já desempenho. Contudo, verifica-se na prática profissional que os enfermeiros especialistas se desligam das funções ligadas à prestação de cuidados estando inteiramente ligados às de gestão, sendo as relativas à investigação e formação alvo de pouca atenção e empenho. As causas justificativas desta realidade podem estar associadas à falta de motivação e reconhecimento de papel. No entanto, face àquilo que eu acredito que seja o papel do enfermeiro especialista, considero que é importante a acumulação de funções e não um abandonar das mesmas e um constante desenvolvimento ao nível de todos os seus domínios de actuação: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação.

A processo de especialização não deve apenas contemplar a soma as diversas experiências profissionais, mas assegurar uma prática reflexiva e uma prática de investigação promotoras de uma expansão sustentada do conhecimento e disciplina de enfermagem, Desta forma, é importante fazer este trabalho de reflexão acerca do papel do enfermeiro especialista de modo a potenciar as experiências vividas e a promover o processo de formação, sempre no sentido da excelência em enfermagem.

Em seguida enuncio as competências desenvolvidas no âmbito da Prestação de Cuidados nos diferentes módulos de estágio.

### **2.1.2. Competências Desenvolvidas na Prestação de Cuidados**

- Gere e interpreta, de forma adequada a informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada;
- Produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde deparados;
- Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC;
- Demonstra consciência crítica para os problemas da prática profissional relacionados com o doente e família, especialmente na área da EEMC;
- Aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na área da EEMC;
- Reflete na e sobre a prática, de forma crítica;
- Avalia a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativas ao doente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Demonstra capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da EEMC;
- Desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente;
- Toma decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação na relação com o doente e família e no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Toma iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.

## **2.2. GESTÃO**

As inovações tecnológicas têm provocado importantes mudanças ao nível do funcionamento das empresas, com reflexos no mercado de trabalho, em especial, na área de saúde, reduzindo ou eliminando cargos e aumentando as diferenças salariais o que constitui um desafio para o trabalhador que necessita de promover a sua adaptação e o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Numa organização, o fundamental são as pessoas e, o seu envolvimento reflecte-se no valor que lhes é dado pelas teorias da Motivação, da Qualidade de Vida no Trabalho, do Clima e Cultura Organizacional e nas teorias gerais do “Empowerment”.

O conceito “Empowerment” significa, dar mais poder às pessoas na tomada de decisão para melhorar a responsabilização e o envolvimento nos resultados.

Em seguida enuncio os objectivos específicos por mim delineados dentro da Gestão, com as actividades que foram desenvolvidas em cada um deles, com vista a atingi-los.

### **2.2.1. Objectivos Específicos**

- **Conhecer a Prática de Gestão de Enfermagem.**

#### Actividades Desenvolvidas

- Realização de entrevista informal aos coordenadores/responsáveis das equipas relativamente à prática de gestão de enfermagem;
- Observação e participação na dinâmica das actividades desenvolvidas na área da gestão dos cuidados de enfermagem, recursos humanos e materiais desenvolvidos pelos coordenadores/responsáveis e enfermeiros chefes;
- Demonstração de capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinares no que concerne à gestão;
- Realização/colaboração da gestão dos cuidados na área da EEMC;
- Observação e participação na supervisão dos cuidados de enfermagem.

Para GAIDZINSKI *ET AL* (2004), a gestão é como a arte de pensar, de decidir e de agir; a arte de fazer acontecer e de obter resultados, não sendo apenas um processo científico e racional, mas também como um processo de interacção humana, o que lhe confere, portanto, uma dimensão psicológica, emocional e intuitiva.

A gestão está relacionada com a previsão, provisão, manutenção, controlo de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço, e gestão do cuidado que consiste no diagnóstico, planeamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das actividades, supervisão e orientação da equipa (GRECO, 2004).

Assim os enfermeiros compreendem que administrar é cuidar e quando planeiam, organizam, avaliam e coordenam, eles também estão a cuidar (VAGHETTI *ET AL*, 2004).

São os enfermeiros ligados à gestão das unidades de cuidados, que fazem a gestão dos recursos materiais e equipamentos. Estes conseguem ter uma maior percepção de suporte organizacional num modelo de gestão de unidades de saúde e contribuem para a eficiência, objectivando a melhoria contínua da qualidade.

Esta eficiência é entendida como uma medida dos custos exigidos para atingir qualquer melhoria num sistema de saúde como uma relação entre os mesmos e os resultados, ou seja, o que se obtém com os recursos disponíveis. Desta forma, a eficiência pode aumentar se obtivermos mais resultados utilizando menos recursos ou com os mesmos recursos se obtivermos mais resultados.

É assim possível prestar bons cuidados de saúde com menores custos e sem desaproveitamentos, sejam os recursos humanos, materiais ou financeiros. Mas também é elementar que se entenda que não se pode sacrificar a qualidade dos cuidados em nome da eficiência, devendo o enfermeiro utilizar algumas ferramentas de Gestão, nomeadamente: Normas, Processos, Indicadores e Resultados.

O enfermeiro gestor, decerto, irá promover comportamentos, na equipa que dirige, evitando o mau uso dos recursos, sendo simultaneamente eficaz e eficiente.

De acordo com MAGALHÃES E DUARTE (2004), uma tendência actual que busca a quebra de paradigmas tradicionais de gestão é a ênfase no capital humano das organizações, acreditando-se que a melhor forma de estimular os enfermeiros é considerá-los como peças fundamentais deste processo, e como tal, investir no potencial de cada um, para alcançar os objectivos desejados. Desta forma, torna-se essencial que o enfermeiro na sua pratica de gestão, aprenda a lidar com o conhecimento e experiencia clínica do seu grupo.

AGUIAR *ET AL* (2005), consideraram que o termo competência, no âmbito da gestão, se refere à capacidade de conhecer e actuar sobre determinadas situações, envolve habilidades para desenvolver acções e actividades de planeamento, implementação e avaliação, requerendo experiência para o fazer com qualidade.

Muito para além de capacitar profissionais de saúde com competência técnica especializada, é necessário o desenvolvimento destas com o processo de gestão, que exige qualidades como a criatividade, a liderança, a inovação, a intuição, a emoção, a capacidade de manter-se actualizado e a capacidade de se relacionar. É fundamental ainda, a estes profissionais, incorporar no conceito de qualidade do gestor a inteligência emocional, a competitividade, a parceria, a qualidade de vida no trabalho, e em particular, o desenvolvimento de competências interpessoais. O profissional que adquire competências interpessoais possui maior capacidade para lidar com problemas e desafios, para potencializar talentos e gerir trabalho num clima de confiança e satisfação. Ele deixa de olhar apenas para si, podendo tornar-se capaz de compreender a complexidade das relações entre seres humanos, levando a uma melhoria no desempenho global das organizações, gerando mais lucros e/ou serviços de melhor qualidade (AGUIAR *ET AL.*, 2005).

A liderança é essencial na área da gestão e desenvolve-se basicamente da coordenação de grupos, destacando que nas organizações, o significado atribuído à liderança, aos líderes e ao grupo reflectem a filosofia, a política de pessoal e as propostas de trabalho dessas organizações (AGUIAR *ET AL.*, 2005).

Tendo por base as considerações anteriores, procurei ao longo dos diferentes estágios identificar estes aspectos nas práticas de gestão dos diversos serviços, observando-os, reflectindo sobre a sua aplicabilidade e eficácia e questionando as pessoas implicadas, de modo a desenvolver competências ligadas nesta área.

Pude observar que no âmbito das competências interpessoais, o desenvolvimento de competências e estratégias de gestão de conflitos, necessitava de ser mais explorada.

A criatividade era bastante apreciada e fomentada pela equipa multidisciplinar, traduzindo-se num espírito de abertura saudável em busca de novos resultados e formas de comportamento, com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional.

A aceitação de novas ideias leva a ruptura de práticas pré-estabelecidas, levando as pessoas a reavaliar seus valores, atitudes e comportamentos e, certamente conduzirá a relações muito mais produtivas (MUNARI E BEZERRA, 2004).

Faz parte do papel de enfermeiro especialista a preocupação com a gestão dos recursos humanos e materiais, neste sentido, durante os diferentes campos de estágio solicitei um acompanhamento com a chefia, no sentido de observar a prática de gestão dos diversos serviços, o mesmo foi-me concedido, tornando-se enriquecedor e bastante produtivo. Pude constatar as qualidades de uma liderança eficaz, relativamente à chefia e aos enfermeiros coordenadores.

No decorrer do contexto de estágio de Serviço de Urgência, tive oportunidade de supervisionar alunos de 4º do Curso de Licenciatura em Enfermagem, que estavam a realizar o seu estágio de integração à vida profissional, tendo desenvolvido competências no campo da supervisão. Nos contextos de estágio de Unidade de Cuidados Intensivos e Emergência Pré-Hospitalar o mesmo não se verificou, uma vez que concomitante ao decorrer do tempo de estágio, não permaneciam alunos do Curso de Licenciatura, apenas alunos da Pós-Especialização em Enfermagem.

Temos assistido a uma série de mudanças nos processos de Educação e Formação, da educação profissionalizante cujo objectivo seria programar alguém para executar determinada tarefa ou profissão, chega-se a um novo paradigma, a racionalidade crítica que baseia-se na prática profissional e nas competências subjacentes a esta para num exercício prático reflexivo dar lugar á construção de conhecimento E é neste contexto que surge a supervisão clínica na enfermagem, que vai buscar a sua fundamentação à Pedagogia. A supervisão da prática clínica, por enfermeiros com aptidões e vocacionados para esta actividade, terá um papel crucial no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, quer em formação quer em processos de integração num primeiro contacto com a vida profissional.

A supervisão clínica é uma estrutura e um processo que deve ser revestido de princípios de prática reflexiva. Segundo Bond e Holland (1998), a supervisão clínica exige que seja contemplado o tempo necessário para facilitar a reflexão detalhada sobre a prática clínica.

Com o objectivo de permitir ao supervisando alcançar, sustentar e desenvolver criativamente uma alta qualidade de práticas, devem-lhe ser facultados meios de apoio e desenvolvimento acompanhado. O supervisando deve reflectir sobre o papel que desempenha como indivíduo na complexidade dos eventos e sobre a qualidade das suas práticas. Esta reflexão é facilitada por uma pessoa mais experiente que tem perícia para o acompanhamento e, através de sessões frequentes e contínuas, o orienta de acordo com a ecologia das situações.

Desta forma, pretendi com a minha actuação contribuir para o crescimento de uma postura auto-formativa e supervisiva cruciais para o desenvolvimento de práticas de qualidade, que permite reflectir na e sobre a prática.

Em seguida enuncio as competências desenvolvidas no âmbito da Gestão nos diferentes módulos de estágio.

### **2.2.2. Competências Desenvolvidas na Gestão**

- Realiza a gestão dos cuidados na área da EEMC;
- Lidera equipas de prestação de cuidados especializados na área da EEMC;
- Zela pela qualidade dos cuidados prestados na área da EEMC (gestão);
- Exerce supervisão do exercício profissional na área da EEMC.

### **2.3. INVESTIGAÇÃO**

Toda a investigação científica é uma actividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade. A investigação em enfermagem não foge a estas exigências e requisitos, devendo obedecer aos princípios éticos nacional e internacionalmente estabelecidos. Estes princípios, sendo comuns a uma qualquer investigação, têm no entanto particularidades inerentes à disciplina científica que lhe serve de base (MARTINS, 2008).

Os enfermeiros sentem cada vez mais a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática a nível dos cuidados que prestam. Simultaneamente, reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e

ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a sua visibilidade social (MARTINS, 2008).

Procura-se com a investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica como a melhor forma de a enfermagem se desenvolver. Equacionando aquilo que faz, reflectindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas com que actualmente se debate (MARTINS, 2008).

A nível de especializações/pós-graduações/mestrados é esperado que os estudantes desenvolvam capacidade de utilizarem resultados da investigação na sua prática, de avaliar a relevância clínica dos resultados de investigação, de analisar histórias de vida, de analisar relatórios de investigação e de desenvolver estudos de caso (BASTO E CARVALHO, 2003).

Em seguida enuncio os objectivos específicos por mim delineados dentro da Investigação, com as actividades que foram desenvolvidas em cada um deles, com vista a atingi-los.

### **2.3.1. Objectivos Específicos**

- **Identificar áreas/questões problemáticas na área de Enfermagem Médico - Cirúrgica, passíveis de serem investigadas.**

#### Actividades Desenvolvidas

- Sugestão de situações – problema (observadas e identificadas por mim) a serem investigadas na área de Enfermagem Médico - Cirúrgica;
- Demonstração e compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Incorporação na prática de resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da EEMC, assim como outras evidências.

Dado o curto período de tempo referente aos diferentes contextos de estágio para a produção de investigação, o meu contributo passa pela sugestão de situações - problema na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, passíveis de serem investigadas. Estas sugestões nasceram a partir da observação e pelo recurso a uma abordagem crítico-reflexiva das experiências vividas em estágio, pois o ponto de conexão da investigação, da teoria e da prática, onde se cruzam todas as actividades realizadas pelos enfermeiros é a observação (FORTIN, 1999).

No contexto de estágio de Serviço de Urgência considerei interessante realizar um diagnóstico de situação relativamente às medidas padrão universais para o controlo de infecção nosocomial. Este projecto de investigação foi objecto de reflexão da minha parte, tendo-me dirigido à CCI do HSJ para obter colaboração para a concretização do projecto, que

foi dada prontamente. A chefia do serviço demonstrou relutância no projecto, alegando que as situações observadas por mim que não estivessem de acordo com as normas de medidas padrão, fossem objecto de reflexão com os profissionais e em momento de passagem de turno, neste sentido, decidi elaborar um panfleto “Infecção Nosocomial – Normas e Princípios” que foi entregue aos elementos da equipa, o qual originou vários momentos de reflexão, tornando-se produtivo no melhoramento das práticas.

Por último, sugeria a elaboração de um Guia de Integração aos novos elementos, uma vez que o serviço não dispunha, tornando o plano de integração a cada enfermeiro vago, ambíguo e confuso

No contexto de estágio de Unidade de Cuidados Intensivos, considerei pertinente realizar investigação acerca do nível de ruído na unidade e os seus efeitos para o doente em estado crítico. Dou esta sugestão por ter verificado que este tema não era algo sobre o qual os enfermeiros debruçassem especial atenção, podendo, com as conclusões a que chegassem, evitar comportamentos desaconselháveis e promover outros que fossem mais adequados.

Relativamente ao processo de enfermagem, considero que seria interessante desenvolver um trabalho em que se relacionasse a adequação das Intervenções de Enfermagem face ao Diagnóstico de Enfermagem enunciado. Um trabalho desenvolvido nesta área seria importante para que os enfermeiros pudessem reflectir sobre as suas práticas e chegar a conclusões acerca da melhoria e eficácia das mesmas. Um outro aspecto relacionado com este tema tem a ver com a prática de registos de enfermagem, pois se estes não contiverem os Diagnósticos de Enfermagem enunciados e as Intervenções de Enfermagem realizadas, este trabalho seria difícil de realizar e chegaria certamente a resultados enviesados. Assim sendo, também se poderia chegar a conclusões acerca da importância da realização de correctos e completos registos de enfermagem.

Um outro tema que considero que seria importante desenvolver e investigar está relacionado com a manutenção do dador de órgãos em morte cerebral. A detecção precoce e correcta de um possível dador de órgãos torna-se de extrema importância quando se analisa o elevado número de doentes em lista de espera, assim, cabe às equipas das várias unidades de saúde detectar e referenciar esses doentes aos meios competentes.

No contexto de estágio de Emergência Pré-Hospitalar, considerei oportuno realizar investigação acerca da Re-activação de chamadas para o mesmo doente emergente, em situações de recusa de transporte para o hospital, em que o mesmo assina o consentimento informado por recusa de cuidados especializados após a assistência da equipa pré-hospitalar, situação que foi verificada por mim em estágio, principalmente nas ambulâncias de suporte imediato de vida, sendo objecto de reflexão. Outra sugestão passa pelo desenvolvimento de um estudo aprofundado sobre a prevalência do *Síndrome de Burnout* nos enfermeiros da emergência médica, uma vez que estes profissionais lidam diariamente com situações emocionalmente difíceis, que acarretam um elevado nível de stress emocional, pois tem que tomar decisões com urgência, muitas vezes limitados nos recursos, quer humanos quer materiais.

SIMÕES E SIMÕES (2007) defende que é necessário o envolvimento de todos os profissionais de enfermagem para identificar a contribuição dos mesmos para os ganhos em saúde, pois a primeira razão é o facto de querermos objectivamente investir em ganhos em saúde. Desta forma, as sugestões atrás mencionadas estão relacionadas com os ganhos em saúde decorrentes das intervenções de enfermagem, além de espelharem a visibilidade social dos enfermeiros que tem uma correlação directa com a produção de investigação efectuada.

- **Incorporar os resultados da Investigação na Prática dos Cuidados.**

### Actividades Desenvolvidas

- Realização de pesquisa bibliográfica de forma sistemática;
- Partilha de resultados da pesquisa bibliográfica com as diversas equipas de enfermagem;
- Utilização dos resultados da pesquisa bibliográfica na prática dos cuidados.

Segundo BRITO (2004) nenhuma disciplina pode existir sem explicitar as bases teóricas da sua prática, sem comunicar, testar e alargar os seus conhecimentos, daí que o recurso à investigação se assuma como importante para desocultar, esclarecer, prever e controlar fenómenos que dizem respeito à disciplina.

A Investigação pode ser entendida como a ponte entre a prática e teoria e os estudos ganham forma e conteúdo a partir de questões sobre a prática, sobre o ensino e sobre a gestão, no sentido de produzir conhecimentos e conseqüentemente a melhoria da qualidade dos cuidados. De facto, a prática de cuidados deve ser melhorada por via da investigação, e o alcance dos ganhos em saúde depende tanto dos conhecimentos disponíveis, como da interligação dos conceitos e teorias existentes.

Aos enfermeiros é pedido para saber mais, aprender mais, fazer mais e tudo de uma forma mais eficiente, e a eficiência no processo de cuidados só é possível se recorrermos a uma prática baseada nos resultados da investigação (BRITO, 2004). Esta prática é designada por *prática de Enfermagem baseada na evidência*, que requer aprendizagem contínua e desenvolvimento de capacidades para fundamentar as decisões, acções e interacções com o cliente, sendo essencial para a resolução de problemas na prática clínica (BRITO, 2004).

*“É incontestável que a investigação é essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões”* (FORTIN, CÔTÉ E VISSANDJÉE, 1999), e segundo BRITO (2004) nenhuma disciplina pode existir sem explicitar as bases teóricas da sua prática, sem comunicar, testar e alargar os seus conhecimentos, daí que o recurso à investigação se assuma como importante para desocultar, esclarecer, prever e controlar fenómenos que dizem respeito à disciplina.

Ao longo dos diversos contextos de estágio mantive sempre uma prática de enfermagem baseada na evidência uma vez que procurei basear sempre as minhas intervenções em resultados de investigações o mais actuais e fidedignas possível, tendo realizado pesquisas bibliográficas em bases científicas e publicações periódicas credenciadas.

As pesquisas realizadas serviam de base para conversas reflexivas com as diversas equipas que acompanhei, fomentando assim a partilha de informação e o crescimento pessoal e profissional, individual e colectivo. Os enfermeiros, produzindo e utilizando resultados de investigação na prática clínica, estão a contribuir para que a enfermagem seja considerada uma profissão e disciplina com autonomia, delimitando por essa via o seu domínio específico de conhecimento.

Em seguida enuncio as competências desenvolvidas no âmbito da Investigação nos diferentes módulos de estágio.

### **2.3.2. Competências Desenvolvidas na Investigação**

- Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da EEMC, assim como outras evidências;
- Participa e promove a investigação em serviço na área da EEMC.

## **2.4. FORMAÇÃO**

*“Construir-se formando-se, formando-se construindo-se, produzir conhecimento para criar sentido, produzir sentido para criar conhecimento. Eis, a este nível da temporalidade biográfica, os desafios, as dialécticas da formação”* (Josso, 2002:155).

A formação pode ser olhada como um processo contínuo de problematização das práticas profissionais e de desenvolvimento de competências, tendo em vista a transformação pessoal, profissional e na própria prática clínica.

Assim sendo, ao nível do campo de acção dos enfermeiros especialistas, considero que se devem desenvolver actividades no sentido da formação pessoal e da formação a grupos de pares.

A formação ocupa um estatuto de relevo, na medida em que facilita a visibilidade dos saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão (ABREU, 1997).

A formação deve ser uma obrigação partilhada pelos responsáveis das instituições de saúde e pelos profissionais, com vista à melhoria do desempenho profissional e consequentemente da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Em seguida enuncio os objectivos específicos por mim delineados dentro da Formação, com as actividades que foram desenvolvidas, com vista a atingi-los.

### 2.4.1. Objectivos Específicos

- **Promover a Formação em Serviço nos diferentes contextos de estágio.**

#### Actividades Desenvolvidas

- Realização de formação em serviço ao grupo de pares sobre “*Proposta de Norma de Procedimentos – Transporte Intra e Inter Hospitalar*” juntamente com dois alunos do 3º MEMC do mesmo campo de estágio (ver Anexo I);
- Avaliação da eficácia e grau de satisfação da formação em serviço “*Proposta de Norma de Procedimentos – Transporte Intra e Inter Hospitalar*” (Ver Anexo I);
- Realização de formação em serviço ao grupo de pares sobre “*Síndrome de Burnout na Emergência Pré-Hospitalar*”; Distribuição de Panfletos Informativos (ver Anexo II);
- Realização de formação informal em passagem de turno ao grupo de pares sobre “*Infecção Nosocomial – Normas e Princípios*”; Distribuição de Panfletos informativos (ver Anexo III);
- Realização de formação informal em passagem de turno ao grupo de pares sobre “*Precauções Empíricas a ter além das precauções padrão perante Síndromes Clínicas sem Diagnóstico*” juntamente com aluno do 3º MEMC do mesmo campo de estágio; Distribuição de Poster Ilustrativo (ver Anexo IV);
- Realização de “*Guia de Acolhimento aos familiares e acompanhantes*” juntamente com aluno do 3º MEMC do mesmo campo de estágio (Ver Anexo V).

Numa perspectiva histórica, os Hospitais e Centros de Saúde investiram sobretudo na organização de acções de formação e de cursos, identificando como principais dificuldades a fraca adesão dos enfermeiros e a ineficácia ao nível da mudança de comportamentos, pelo que actualmente procuram investir na formação em serviço, no sentido de que as acções não surjam à margem dos problemas concretos dos serviços (D’ESPINEY, 1997).

Desta forma, as formações em serviço devem surgir das necessidades reais e sentidas dos profissionais que nele exercem funções para que os seus resultados sejam visíveis, produtivos e eficazes.

Devido ao carácter prático da profissão de enfermagem, a formação desta esteve sempre ligada ao contexto do trabalho. Intervindo no campo da saúde, sujeito a rápidas transformações, ao nível do saber e da técnica, os enfermeiros confrontam-se com a necessidade de repensar o seu processo de trabalho bem como as competências essenciais ao desempenho da profissão, num meio em permanente mudança (D’ESPINEY, 1997).

Em cada módulo de estágio correspondente a 180 horas, foi-me possível a realização de duas formações formais em serviço: no contexto de estágio de Unidade de Cuidados Intensivos “*Proposta de Norma de Procedimentos – Transporte Intra e Inter Hospitalar*” e no contexto de estágio de Emergência Pré-Hospitalar “*Síndrome de Burnout na Emergência Pré-Hospitalar*”. No contexto de estágio de Serviço de Urgência foram realizadas duas formações

informais às equipas de enfermagem em passagem de turno sobre “*Precauções Empíricas a ter além das precauções padrão perante Síndromes Clínicas sem Diagnóstico*” e “*Infecção Nosocomial – Normas e Princípios*”; foi ainda elaborado um “*Guia de Acolhimento aos familiares e acompanhantes*” que foi entregue à chefia do serviço para possível integração no mesmo, uma vez que este não dispunha.

Os temas retratados surgiram de necessidades reais e sentidas pelas diversas equipas de enfermagem, as quais me foram comunicadas e das experiências vividas e observadas por mim que mereceram a minha postura crítico-reflexiva.

A formação em serviço no contexto de estágio de Unidade de Cuidados Intensivos, traduziu-se na identificação de uma situação-problema relativa ao transporte intra e inter hospitalar do doente crítico. Dado que o serviço não dispunha de uma norma de procedimentos para o efeito, foi proposta a elaboração da mesma e a sua apresentação à equipa numa formação em serviço. Devido a alterações organizacionais dentro do serviço, a formação não foi efectuada dentro do período de estágio, sendo posteriormente apresentada à equipa multidisciplinar da UCIn do HPH a convite desta, cujos elementos eram ex-constituintes do SMI. A formação revelou-se produtiva garantindo a reflexão sobre as práticas efectuadas até à data. A elaboração de normas de procedimentos traduz a crescente preocupação com as condições de transporte dos doentes críticos, e pretende garantir que o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte nunca seja inferior aos cuidados na unidade de origem, enfatizando que a decisão do transporte deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos. No fim da formação foi avaliada a eficácia e o grau de satisfação relativa à mesma (ver resultados em Anexo I).

Os enfermeiros que trabalham na Emergência Pré-Hospitalar diariamente enfrentam situações emocionalmente intensas, decidem muitas vezes sob pressão, com urgência e em condições de risco e limitação de recursos, estando desta forma susceptíveis ao *Burnout*. A formação em serviço ministrada neste campo de estágio visava estabelecer relações entre a prevalência de *Síndrome de Burnout* nos profissionais de enfermagem que trabalham na Emergência Pré-Hospitalar e promover mecanismos de coping para prevenção de problemas. O resultado conseguido, revelou-se extremamente positivo, pois para além de promover a reflexão e sensibilização dos profissionais para este problema de saúde, permitiu com que os profissionais comesçassem a beneficiar de apoio psicológico nas situações emocionalmente difíceis. Foi distribuído aos profissionais um panfleto informativo alusivo ao tema.

A Lei n.º 33/2009 de 14 de Julho que reconhece e garante a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do Serviço Nacional de Saúde tem o direito de ser acompanhado. Este acompanhamento deve ser feito por uma pessoa indicada pelo doente e sempre que a situação clínica deste não permita esta indicação, os serviços podem solicitar a demonstração do parentesco ou da relação invocados pelo acompanhante, mas não podem impedir o acompanhamento. Desta forma, foi elaborado um “*Guia de Acolhimento aos Familiares e Acompanhantes*” no contexto de estágio no Serviço de Urgência dado que o serviço não

dispunha e entregue à Enfª Chefe, que salientou que serviria de protótipo ao que iria ser implementado.

A formação informal “*Infeção Nosocomial – Normas e Princípios -*” realizada em passagens de turno em contexto de estágio de Serviço de Urgência, traduziu-se na resposta a várias situações verificadas na prática profissional dos profissionais, não estando estas, em conformidade com as normas padrão para a prevenção de infecção nosocomial. Desta forma foram distribuídos panfletos informativos relativos ao tema, aos elementos da equipa, promovendo o debate, discussão e reflexão, culminando desta forma na mudança das práticas.

A formação informal “*Precauções Empíricas a ter além das precauções padrão* perante Síndromes Clínicas sem Diagnóstico” realizada em passagens de turno no contexto de estágio de Serviço de Urgência, derivou de várias situações verificadas na triagem, não sendo adoptados os comportamentos e medidas preventivas nos doentes sem um diagnóstico clínico. Desta forma foi elaborado um poster ilustrativo com as precauções empíricas a ter neste tipo de situação, o qual foi bem recebido pela equipa, que o classificou de inovador e produtivo. O poster foi entregue à enfermeira tutora que acompanhei e posteriormente enviado por correio electrónico aos restantes elementos da equipa.

Em suma, considero que as formações ministradas foram produtivas e permitiram obter ganhos em saúde. Realço a importância das mesmas pois, permitiram a discussão de diferentes realidades vivenciadas, promovendo desta forma a reflexão e o início de novas práticas. Estou convicta que foram momentos de partilha de experiências, que promoveram o desenvolvimento pessoal e profissional das diversas equipas de enfermagem, melhorando desta forma os cuidados de enfermagem prestados.

- **Identificar Necessidades Formativas.**

### Actividades Desenvolvidas

- Realização de sugestões sobre necessidades formativas.

O curto espaço temporal de cada estágio, torna a vivência de experiências limitadas e reduzidas. Desta forma, a minha actuação passa pela sugestão de áreas formativas relativamente ao que foi possível observar e reflectir criticamente.

As sugestões no contexto de estágio de Serviço de Urgência estão relacionadas com a gestão do regime terapêutico em doentes com patologia crónica, uma vez que as lacunas no ensino destes doentes, precipitam a agudização da mesma, levando os doentes a recorrer aos serviços de saúde. Assim, as sessões formativas traduziam-se numa prestação de cuidados mais eficiente, direccionada e atempada em situações urgentes e emergentes; a gestão de conflitos, pois a existência de equipas numerosas, detentoras de diversos profissionais com habilitações académicas distintas, associado a um grande nível de stress e competitividade

propicia a existência de conflitos; a relação de ajuda que se presta ao doente oncológico no serviço de urgência uma vez que em contexto hospitalar, os enfermeiros têm um papel de excelência na medida e que é o profissional de saúde mais próximo para apoiar o doente em fim de vida.

No contexto de estágio de Unidade de Cuidados Intensivos a minha sugestão formativa está relacionada com a formação em Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem utilizando a CIPE, pois, apesar de o sistema de registos ser o SAPE, era notada alguma dificuldade por parte dos enfermeiros na construção de linguagem classificada, assim como na individualização do plano de cuidados para cada doente.

Relativamente ao contexto de estágio de Emergência Pré-Hospitalar, a maior parte das activações deviam-se a agudizações de doenças crónicas. Ao “tratar” do doente, as equipas deparavam-se com lacunas no ensino e na gestão do regime terapêutico; a minha sugestão à semelhança do contexto de estágio no Serviço de Urgência passa por sessões formativas sobre sensibilização dos doentes para sua doença crónica, assim como a adesão ao regime terapêutico se traduziriam numa prestação de cuidados mais eficiente e direccionada. Ressalvo, ainda, uma outra sugestão formativa, relacionada com as ambulâncias de suporte imediato de vida, para o investimento em acções formativas dos Protocolos, uma vez que muitos deles não são aplicados em contexto de prática real, o que leva a desuso e menos segurança nas intervenções e decisões. Desta forma e no sentido de colmatar estas dificuldades, a formação nesta área seria pertinente, vindo a reforçar conhecimento e competências a por em pratica “na rua”.

Em seguida enuncio as competências desenvolvidas no âmbito da Formação durante os diferentes contextos de estágio.

#### **2.4.2. Competências Desenvolvidas na Formação**

- Comunica aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral, nas passagens de turno, reunião de equipa ou sessão de formação;
- Formula e analisa questões/problemas de maior complexidade relacionadas com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Mantém de forma contínua e autónoma, um processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- Comunica os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para as equipas de enfermagem em sessão de formação, passagens de turno e reunião de equipa;
- Promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Identifica as necessidades formativas na área da EEMC;
- Promove a formação em serviço na área da EEMC.

### 3. CONCLUSÃO

Termino esta etapa com a sensação que ficou muito por aprender e que o tempo passou a correr, apesar de ter aproveitado ao máximo todas as experienciais e momentos que me foi possível ter e concretizar.

O estágio deve ser *“um lugar de produção de saberes em que a aprendizagem contextualizada permite aos alunos utilizar os seus conhecimentos, aprender a chegar aos procedimentos adequados a cada situação, observar outros a agir e reflectir sobre as práticas próprias e dos outros”* (Bento, 2001: 33). Desta forma, a aprendizagem em contexto de estágio passa não só pela conceptualização da prática, mas também pelo conceito que é transposto para a acção reflectida e modificada.

Ao longo dos diferentes campos de estágio o intercâmbio de ideias foi uma constante, os novos conhecimentos foram integrados e foram criadas condições ideais para o desenvolvimento de competências especializadas no atendimento ao doente urgente, emergente e crítico.

As maiores dificuldades sentidas ao longo dos diferentes contextos de estágio estavam relacionadas com a realização/ integração de projectos nos próprios serviços, quer por questões organizacionais, quer pela relutância à mudança, algo que foi superado com persistência e diálogo com as diversas equipas de enfermagem.

Ao longo dos estágios e da elaboração deste Relatório, orientei de forma sistematizada e organizada as minhas experiências, retirando delas o máximo de potencial possível para atingir os objectivos propostos e para adquirir as competências pretendidas.

Em relação a estas competências, verifiquei que o seu desenvolvimento se verificou ao nível da prestação de cuidados, da formação, da investigação e da gestão, potenciadas pelas diferentes experiências nos três campos de estágio: Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos e Emergência Pré-Hospitalar.

Considero que atingi os objectivos gerais e específicos que me destinei para os diferentes módulos de estágio, assim como as competências a adquirir para que seja possível obter o Grau de Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica. As diversas experiências observadas e vividas ao longo dos diferentes contextos de estágio contribuiu para o meu processo de aprendizagem, não só pessoal como profissional, no sentido da excelência em enfermagem.

Como refere Thomas Hobbes *“Um homem livre é aquele que, tendo força e talento para fazer uma coisa, não encontra barreiras à sua vontade”*. A minha dedicação e empenho foram concentradas neste projecto de forma a poder sonhar, projectar e concretizar. Espero que os *“frutos produzidos”* sejam tradutores da *“vontade”* que nele depositei.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson C. (1997) – Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho Hospitalar. In *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.
- AFFARA, Fadwa - The International Classification for Nursing Practice: An ICN Contribution to Advancing Nursing Worldwide. Second Workshop on the International Classification for Nursing Practice: Asian-Pacific Region., 1 de Setembro de 1998. [Consultado em 10 de Junho de 2010]. Disponível em [http://www.gu.edu.au/ppages/M\\_Conrick/ICNP-AP/Documents/affara.doc](http://www.gu.edu.au/ppages/M_Conrick/ICNP-AP/Documents/affara.doc).
- AGUIAR, Ana B. A.; COSTA, Raquel S. B.; WEIRICH, Claci F.; BEZERRA, Ana L. Q. (2005) - Gerência dos Serviços de Enfermagem: Um Estudo Bibliográfico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Vol 7, nº. 3, p. 319 – 327. [Consultado em 10 de Junho de 2010]. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_3/original\\_09.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_09.htm).
- ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. (2005) - *Aplicações do Processo de Enfermagem: Promoção do Cuidado Colaborativo*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora.
- ANGELO, M. [et al.]. (1995) - Do Empirismo à Ciência: a Evolução do Conhecimento de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. Vol. 29, nº. 3, p. 44-53.
- ARAÚJO, Miguel A. L. (1999) – *Abordagem Holística na Educação*. Brasil. [consultado a .03 de Janeiro de 2011]. Disponível na: < URL: [http://www.uefs.br/sitientibus/sitientibus\\_21/abordagem\\_holistica\\_na\\_educacao.pdf](http://www.uefs.br/sitientibus/sitientibus_21/abordagem_holistica_na_educacao.pdf)>
- AVEYARD, Helen (2002) - The Requirement for Informed Consent Prior to Nursing Care Procedures. *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Science Ltd. Vol 37, nº 3, p. 243-249.
- BASTO, Maria Lima; CARVALHO, Zuila Maria F. (2003) - A Produção do Conhecimento em Enfermagem: o que Escrevem os Enfermeiros Portugueses? *Pensar Enfermagem*. Lisboa. Vol 17, nº 2, p. 2-14.
- BATALHA, Luís Manuel Cunha (2005). As Dificuldades na Quantificação Exacta da Dor. *Servir*. Vol 53, n.º 4, p. 166-174.
- BENNER, P., (1984). *From Novice to Expert*. Addison Wesley, Sydney.

- BENTO, Maria Conceição. (2001) – Formação em Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*. nº 35, p. 29-35.
- BOND, Meg; HOLLAND, Stevie (1998). Skills of Clinical Supervision for Nurses. Buckingham, open University Press. Butterworth T.; Bishop V.; Carson, J. First steps towards evaluating clinical supervision in nursing and health visiting. I. Theory, policy and practice development. A review *Journal of Clinical Nursing*. nº5, p. 127-132.
- BRITO, Alice Correia. (2004) – *A Representação do Juízo Diagnóstico em Enfermagem: Dos Dados “Matéria Prima” e os Juízos dos Enfermeiros sobre os seus Focos da Prática*. Porto, [s.n.]. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- CANÁRIO, Rui. (1994) - Centros de formação de associação de escolas: que futuro. *Escolas e mudança: o papel dos centros de formação*. Lisboa: Coleção Educa.
- CIRCULAR NORMATIVA nº9/DGCG. (2003) – *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Lisboa: DGS, p. 4.
- COSTA, José dos Santos (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados*. <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf> - Millennium, Revista ISPV – Revista N.º 30.
- COLLIÈRE, Marie – Françoise. (1989) - *Promover a Vida : Da prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem* – Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- D’ESPINEY, Luísa. (1997) – Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de Articulação em Contexto de Trabalho. In *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.
- DECRETO-LEI nº 48357/1968 de 27 de Abril.
- DECRETO-LEI nº 48358/1968 de 27 de Abril.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). (2008) – *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa.
- FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, José; VISSANDJÉE, Bilkis. (1999) – *As Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

- GAIDZINSKI, R. R.; PERES, H. H. C.; FERNANDES, M. F. P. (2004) - Liderança: Aprendizado Contínuo no Gerenciamento em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol 57, nº. 4, p. 464-466.
- GONÇALVES, Ilda; SERRANO, Teresa (2005). Cap. 10 - Desenvolvimento de Competências na Formação dos Enfermeiros: o Uso de “Portfolio” na Formação Complementar em Contexto de Prática. In *Os “Portfolios” Reflexivos (também) trazem Gente Dentro: Uma Reflexão em torno do seu uso na Humanização dos Processos Educativos*. Coleções Cidine, nº 17. Porto: Porto Editora.
- GRECO, R. M. (2004) - Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol 57, nº. 4, p. 504-507.
- HESBEEN, Walter. (1998) - *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- ICN (International Council of Nurses) (2000) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão beta 2*. Lisboa: IGIF.
- JASPER, Melanie. (2003) – *Beginning Reflective Practice*. Cheltenham: Nelson Thornes.
- JESUS, E. (2005) – Entrevista ao Enf. Elvio Jesus. *Revista do Diário de Notícias da Madeira*. [Em linha]. 25 Set. 2005. [Consultado em 10 Junho de 2010]. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).
- JORGE, I. C. & SIMÕES, M. C. (1995). *A Qualidade de cuidados na perspectiva do utente*. *Servir*, Vol 43 (6), p. 290 – 296.
- JOSSO, Marie-Christine. (2002) – *Experiências de Vida e Formação*. Lisboa: Editora Educa, 2002.
- KRON, T.; GRAY, A. (1989) - *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em acção as habilidades de liderança*. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Interlivros, p.309.
- LEI DE BASES DA SAÚDE – Lei nº 18/1990 de 24 de Agosto.
- LEI DE BASES DO SISTEMA EDUCATIVO – Lei nº49/2005, de 30 de Agosto.
- LEI nº 33/2009, de 14 de Julho. 1ª Série, Nº 134 – Diário da República.

- LEITE, Lúcia. (2006) – *O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento Profissional* In II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: OE. [Consultado em 10 de Junho de 2010]. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=334](http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=334)
- MAGALHÃES, A. M. M.; DUARTE, E. R. M. (2004) - Tendências Gerenciais que podem levar a Enfermagem a Percorrer Novos Caminhos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol 57, nº. 4, p. 408-411.
- MARTINS, José. "*Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética*". Volume 12, nº 2, 1ª Edição, Lisboa: 2008.
- MATEUS, Barbara. (2007) - *Emergência Médica Pré-Hospitalar: Que Realidade*, Loures: LusoCiência.
- MCCAFFERY Margo, PASERO Chris. (1999) – *Pain: Clinical Manual*. 2ª ed. St. Louis: Mosby.
- METZGER, Christiane. (2002) – *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência.
- MUNARI, D. B.; BEZERRA, A. L. Q. (2004) - Inclusão da Competência Interpessoal na Formação do Enfermeiro como Gestor. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol 57, nº. 4, p. 484-486.
- OE (Ordem dos Enfermeiros) (2003) – *Código Deontológico dos Enfermeiros: Anotações e Comentários*. Lisboa: OE.
- OE (Ordem dos Enfermeiros) (2003) – *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- OE (Ordem dos Enfermeiros) (2008) – *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- OE (Ordem dos Enfermeiros) (2001) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- OE (Ordem dos Enfermeiros) (2007) – *Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem*. Lisboa: OE. [Consultado em 10 Junho de 2010]. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=8](http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=8).

- OE (Ordem dos Enfermeiros) (2007) – *Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) – Princípios Básicos da Arquitectura e Principais Requisitos Técnico-Funcionais*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- PACHECO, Susana. (2002) – *Cuidar da Pessoa em Fase Terminal*. Loures: Lusociencia.
- PAIVA E SILVA, Abel A. (2000) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Estudo de Implementação*. Porto.
- PINHEIRO, M.F.R. (1994) – *Organizar a prestação de cuidados: Uma função/desafio para o enfermeiro chefe*. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2370 42. p. 319-331.
- QUEIRÓS, et al. (2000) – *Educação em Enfermagem*. Coleção Enfermagem, nº 1. Coimbra: Quarteto Editora.
- RODRIGUES, M. A. (1998) - *Das Fontes de Informação ao Discurso Científico. Referência*. Nº. 0, p. 41-48.
- SANDU, B.; DUQUETTE, A. & KÉROUC, S. (1991). *Examen des methods de prestation des soins selon un cadre conceptual*. Nursing Québec, 11(3), p. 24-38.
- SANTOS, Elvira; FERNANDES, Ananda. (2004) – *Prática Reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. Referência*. Coimbra. nº 11, p. 59-62.
- SERRA, Maria Adelaide de Lima. (2008) – *Educação Médica Contínua: Motivações e Metodologias de Ensino-Aprendizagem*. Cadernos de Saúde. Vol 1, n.º 2, p. 103-133.
- SILVA, A. A. P. (2001) – *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma Teoria Explicativa da Mudança*. Porto: [s.n.]. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar do Porto.
- SILVA, A.F. (2007) - *O Direito à Privacidade do Doente no Serviço de Urgência (Dissertação)*. FMUP: 3º Curso de Mestrado em Bioética, p.264. [Consultado em 5 de Janeiro de 2011]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22110>.
- SIMÕES, Cláudia M. A. R.; SIMÕES, João F. F. L. (2007) - *Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. Referência*. Série II, nº. 4, p. 9-23.

- SWANSON, Kristen. (1991) – Desenvolvimento Empírico de uma Teoria do Cuidar de Médio Alcance. *Nursing Research*. Seattle. Vol. 3, p. 161-166.
- ÜSTÜN, Besti. (2006) - Communication Skills Training as Part of a Problem-Based Learning Curriculum. *Journal of Nursing Education*. Vol 45, nº10, p. 421-424.
- VAGHETTI, H. [et al.]. (2004) - Percepções dos Enfermeiros acerca das Ações Administrativas em seu Processo de Trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol 57, nº. 3, p. 316-320.
- VIEIRA, Margarida. (1995) – Cuidar, Defendendo a Autonomia da Pessoa Cuidada. *Servir*. Lisboa. Vol. 43, n.º 3, p. 114-117.

# ANEXOS

# ANEXO I

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO “*PROPOSTA DE NORMA DE PROCEDIMENTOS – TRANSPORTE INTRA E INTER HOSPITALAR*”

- Enquadramento Teórico
- Planeamento da sessão
- Apresentação
- Avaliação da sessão
- Apresentação dos resultados



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO**  
**Intra e Inter hospitalar**

**Realizado por:**

Helder Varela

Maria José Borges

Milene Carvalho

**Porto, Maio de 2010**

## **LISTA DE SIGLAS**

AHRQ- Agency for Healthcare research and Quality

EEMC- Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica

SPCI- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

UCP- Universidade Católica Portuguesa

HQS- Health Quality Service

SGS- Société Générale de Surveillance

# ÍNDICE

0- INTRODUÇÃO.....	3
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
2- TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO.....	8
2.1- Transporte Intra- hospitalar de Doentes Críticos.....	8
2.2- Transporte Secundário de Doentes Críticos.....	10
3- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14
5- ANEXOS	
ANEXO I -Avaliação para o transporte intra-hospitalar	
ANEXO II- Fármacos à disposição da equipa de transporte	
ANEXO III- Algoritmo de decisão para o transporte secundário	
ANEXO IV- Avaliação para o transporte secundário	
ANEXO V- Lista de verificação para o transporte secundário	
ANEXO VI- Formulário para o transporte hospitalar	

## 0- INTRODUÇÃO

Este trabalho surge enquadrado no âmbito do 3º Curso de EEMC do Instituto de Ciências da UCP do Porto e resulta da identificação de uma situação complexa, que já tendo sido amplamente estudada por peritos, continua a constituir uma lacuna na maioria dos nossos Hospitais.

A primeira vez que foram publicadas normas de boa prática para o transporte secundário de doentes foi em 1992, pela Sociedade Americana de Cuidados Intensivos. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) seguindo o exemplo publica, em 1997, o Guia de Transporte de Doentes Críticos. Mais recentemente, a SPCI, revê o Guia de Transportes, e após avaliação em consonância com a Ordem dos Médicos, publica, já em 2008, o seu novo documento revisto à luz de novos conhecimentos. A elaboração destas normas traduz a crescente preocupação com as condições de transporte dos doentes críticos, e pretende garantir que o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte nunca seja inferior aos cuidados na unidade de origem, enfatizando que a decisão do transporte deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos.

O aumento do transporte de doentes agudos e críticos entre Hospitais e dentro das instalações dos próprios Hospitais é hoje uma realidade, sendo previsível que com o desenvolvimento das Redes de Referência Cardiovascular de Urgência, das Vias Verdes de Enfarte Agudo do Miocárdio e de Acidente Vascular Cerebral e do processo de Requalificação das Urgências, esse número venha ainda a aumentar mais.

Sabendo-se que os doentes críticos incorrem em riscos aumentados de morbilidade e mortalidade durante o transporte é importante que esses riscos sejam minimizados.

Partindo da reflexão sobre a conduta que o enfermeiro deve ter no transporte do doente crítico à luz dos princípios ético-deontológicos e legais, pretendemos com este trabalho demonstrar capacidade de reflectir sobre um problema identificado na prática que se relaciona com a falta de procedimentos e normas institucionalizadas para o transporte do doente crítico, para através de uma análise académica avançada alicerçada em evidências e recomendações de peritos na área do intensivismo, contribuir para a melhoria das práticas sensibilizando os profissionais para o tema. Para cumprir o nosso objectivo propomo-nos fazer uma comunicação estruturada com a equipa multidisciplinar, em que seja possível apresentar propostas e recolher opiniões para o problema identificado. Tendo por base a receptividade e soluções identificadas gostaríamos de propor uma norma de procedimentos que integrasse ou adaptasse as principais recomendações contidas no Guia de Transporte de Doentes Críticos publicado em 2008 pela SPCI e pela Ordem dos Médicos.

Para cumprir o seu propósito o trabalho será estruturalmente composto pelas seguintes partes:

- A introdução disposta onde são abordados os objectivos deste documento, fazendo uma contextualização global dos aspectos mais relevantes;
- Um breve enquadramento teórico que pretende suportar a pertinência do tema;
- Um desenvolvimento com exposição das principais recomendações para o transporte do doente crítico;
- E por último algumas considerações finais.

Estamos conscientes de que as dificuldades com que nos iremos deparar serão muitas. Para ultrapassar esta situação tentaremos otimizar e maximizar os recursos e tempo disponíveis, para que a finalidade do nosso trabalho seja atingida.

## 1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A SPCI (1997), apresenta como doente crítico 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. Sabe-se que o transporte destes doentes envolve riscos acrescidos devido à sua reserva fisiológica e capacidade de adaptação a situações súbitas ser praticamente nula, mas que por vezes se justifica para fins de escalada terapêutica ou para fins de diagnóstico e cirurgia, não efectuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado.

Auditorias efectuadas no Reino Unido sugerem que cerca de 15 por cento dos doentes transferidos foram vítimas de problemas evitáveis, nomeadamente de hipotensão e hipoxia (NUNES, 2009).

A AHRQ (2003), define os erros em cuidados de saúde como “ *enganos realizados no processo de cuidados e que resultam ou têm potencial para resultar em dano para o doente*”. A mesma agência apresenta os erros em quatro categorias: erros de diagnóstico; de tratamento; de cuidados preventivos e erros envolvendo falhas (que poderão ser do sistema de comunicação, dos equipamentos e do sistema de cuidados de saúde).

Reason (2004) considera que o erro humano é inevitável, mas que é possível e desejável limitar a sua ocorrência e minimizar as suas consequências. Comenta também que muitos erros não são resultado de uma acção isolada, ou de um único indivíduo, mas de uma multiplicidade de factores que promovem ou facilitam a ocorrência do erro. Na sua teoria do queijo suíço apresenta o acidente como uma trajectória de erros em que os diversos buracos estão alinhados permitindo a ocorrência de danos. Perspectiva os buracos como comportamentos inseguros, falhas naturais, negligências ou quebras de segurança. No seu modelo de gestão activa do erro, a que chamou sistema tolerante à falha humana, defende que é preciso aperfeiçoar o desenho e as defesas do sistema interpondo barreiras entre os riscos e os potenciais danos. Considera que a primeira acção deverá ser criar restrições, e porque o erro vai sempre ocorrer o sistema deverá estar preparado para tornar a falha visível, e ao fazê-lo deve avaliá-la para criar novas barreiras à sua repetição. Para criar as restrições considera necessário o conhecimento e consciencialização dos riscos, a existência de documentação em que estejam definidas normas e protocolos que permitam actuar com segurança, assim como a existência de alarmes e avisos de perigo iminente. Por último, o sistema deve permitir a recuperação da falha, antes ou durante a operação normal, devendo para isso existir planos de segurança que permitam actuar minimizando os danos quando falham as barreiras antepostas.

Considerámos que estes princípios da teoria de Gestão de Reason podem e devem ser adaptados à gestão do erro em saúde, e porque reconhecemos muitos destes princípios nas recomendações para o transporte de doentes críticos revistas pela SPCI em conjunto com a

Ordem dos Médicos em 2008, adoptamos as mesmas como linha mestra para o nosso trabalho.

O transporte de doentes críticos envolve sempre três fases: a decisão; o planeamento e a efectivação, que a seguir se descrevem sucintamente:

- A fase de decisão é um acto médico que envolve não só Médico Assistente como também o Chefe de Equipa e o Director de Serviço, estes equacionam em conjunto os riscos e benefícios inerentes ao transporte.

- Na fase de planeamento é incluída também a Equipa de Enfermagem do serviço onde se encontra o doente, nesta fase é preciso contactar o serviço de destino e manter uma comunicação aberta que permita a melhor coordenação possível da transferência e que garanta as condições de acolhimento idênticas às que o doente era alvo, no momento da transferência.

A equipa multidisciplinar do serviço requerente tendo em conta as características do doente, a distância e o tempo do percurso, escolhe a equipa e o meio de transporte, tendo também que seleccionar os meios de monitorização, os parâmetros fisiológicos a manter durante o transporte, o nível de equipamento e terapêutica. Proactivamente têm de ser tomadas medidas que permitam prevenir possíveis acidentes (ex. extubações e avarias de equipamento). Deve-se também nesta fase estabilizar o doente para o transporte.

- Na efectivação é feito o transporte conforme programado esperando-se que nível de cuidados nunca seja inferior ao verificado no serviço de origem. Consoante o transporte seja intra ou extra hospitalar, a responsabilidade técnica e legal varia, assim para o primeiro a responsabilidade cabe à equipa que faz o transporte e aos Médicos que o decidiram, e no segundo cabe apenas à equipa que efectua o transporte. Em ambos a responsabilidade só cessa no momento da entrega do doente ao médico do serviço destinatário, ou no regresso, ao serviço de origem.

Na sociedade em que vivemos a má prática e as decisões que conduziram a essa má prática são cada vez mais questionadas e menos aceites, exige-se de todos os profissionais do serviço de saúde a prática baseada na evidência que permita o desenvolvimento de decisões claras e racionais. Não é aceitável qualquer deterioração do estado de saúde de um doente crítico, que não esteja directamente relacionada com a sua doença de base e que se possa imputar ao seu transporte. Em qualquer transporte a segurança do doente e dos profissionais que o acompanham deve ser o principal objectivo, em todas as fases do transporte.

O enfermeiro enquanto co-responsável pelos cuidados a prestar no transporte tem a obrigação de contribuir para a procura de soluções objectivas e eficazes que contribuam para a mudança de atitudes e que favoreçam a segurança e qualidade dos cuidados associados ao transporte.

Apesar da decisão do transporte do doente ser um acto de responsabilidade médica, no Código Deontológico dos Enfermeiros (art. 83, alínea a), o enfermeiro deve “*co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atraso no diagnóstico da doença e respectivo tratamento*”.

Como refere também Nunes (2003), o enfermeiro não é o profissional que age por indicação de outrem. A interdependência configura-se simplesmente em relação ao início do processo prescritor e mesmo quando outro profissional prescreve é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelos seus próprios actos (e pelas decisões que toma).

Também no parecer 69/2005 do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, foi considerado que:

3.1 “O julgamento sobre a necessidade de cuidados de enfermagem é feito pelos enfermeiros, e o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega”.

3.2 “O direito do doente a cuidados de qualidade, no qual a segurança é componente crítica, exige que o transporte seja realizado com o menor risco e com a maior segurança”.

3.5 “Na planificação dos cuidados a realizar, o enfermeiro faz a gestão das prioridades procurando adequar os recursos disponíveis ou mobilizar novos recursos, para fazer face à satisfação das necessidades do doente em cuidados de enfermagem. Atendendo ao contexto multiprofissional e interdisciplinar dos cuidados de saúde, devem estas decisões ser tomadas na base de protocolos estabelecidos pela equipa e assumidos formalmente pelos órgãos de gestão”.

Face ao exposto considerámos que é obrigação e dever de cada um dos profissionais envolvidos no transporte de doentes garantir que o mesmo se coadune com as normas de boa prática médica vigente.

Os peritos recomendam o uso de manuais com algoritmos de decisão e procedimentos de transporte, assim como a existência de uma equipa especializada em cada instituição hospitalar para o transporte intra e extra-hospitalar do doente crítico. Defendem que as equipas devem ser constituídas por um médico e um enfermeiro, que independentemente de já trabalharem com doentes críticos, necessitam de uma formação específica e um treino regular, que lhes permita estar qualificada para o transporte desses doentes. A formação específica que preconizam deve incluir no mínimo o suporte avançado de vida e, desejavelmente, o suporte avançado de trauma, devendo nos casos de transporte pediátrico e helitransporte ser ainda mais específica. Consideram que estas medidas além de diminuir o risco associado ao transporte são também fundamentais para a auditoria dos processos dos doentes transportados, permitindo a identificação de problemas e a partilha de soluções que contribuam para a optimização dos recursos do serviço prestado.

## **2- TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO**

### **2.1- Transporte Intra-hospitalar de Doentes Críticos**

É comum os doentes críticos necessitarem de transporte de salas de emergência para Unidades de Cuidados Intensivos, Imagiologia ou Blocos Operatórios e destes para salas de Recobro ou para Unidades de Cuidados Intensivos. Por vezes depois de já estarem internados em Unidades de Cuidados Intensivos, precisam ainda de ser transportados dentro do Hospital para procedimentos terapêuticos e diagnósticos.

Para garantir a segurança e qualidade do transporte a SPCI e a Ordem dos Médicos (2008), com base na revisão de bases de dados bibliográficos e exposição sistematizada de experiência profissional acumulada, defendem que a decisão de transporte deve ser baseada em dados clínicos objectivos, que permitam ajuizar com maior rigor e mais sistematização a generalidade das decisões. Propõem a avaliação prévia do transporte intra-hospitalar idealizada por Etxebarria e colegas, publicada no *European Journal Emergence Medicine* em 1998 (Anexo I). O resultado dessa avaliação (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível), é um indicador das necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, do tipo de monitorização e do equipamento para qualquer nível de gravidade de doente, contudo não desresponsabiliza o médico que toma a decisão de como deve ser efectuado o transporte.

Antes de proceder ao transporte é preciso avisar e garantir a disponibilidade de quem vai receber o doente. Nos casos em que existe risco de contágio devem-se avisar os serviços de destino e garantir as condições definidas pela Comissão de Controlo de Infecção para a mobilidade de doentes em isolamento.

Quando, em quaisquer circunstâncias, a responsabilidade do doente não é transferida para o serviço de destino a equipa de transporte deve permanecer com o doente até ao fim dos procedimentos. Nos casos em que o transporte é assumido por uma equipa diferente da que acompanha o doente deve efectuar-se uma transmissão formal do caso, médico a médico e enfermeiro a enfermeiro, no que diz respeito à situação clínica do doente e terapêuticas em curso, antes e após o transporte.

O registo no Processo Clínico das indicações para o transporte e da evolução do estado do doente durante o mesmo também não podem ser esquecidos.

Para o transporte intra-hospitalar do doente crítico a SPCI e a Ordem dos Médicos (2008), recomendam o seguinte equipamento:

- Monitor de transporte com alarmes programados;
- Material de entubação endotraqueal, com tubos traqueais adequados ao doente, e insuflador manual (com válvula de PEEP);

- Fonte de oxigénio de capacidade previsível para todo o tempo de transporte e reserva adicional para 30 minutos;

- Ventilador de transporte com possibilidade de monitorização do volume/minuto e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e F1 O2 reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea.

- Fármacos de ressuscitação (Anexo II);

- Medicação adicional que possa ser prescrita;

- Seringas e/ou bombas infusoras com bateria suficiente de modo a não interromper nenhuma das medicações em curso.

Entre os equipamentos descritos recomendam também que os hospitais disponham de uma mala de transporte, que idealmente deve estar no local onde se realiza o maior número de transportes intra-hospitalares, devendo a sua carga estar em condições para ser utilizada em qualquer altura. É também dado destaque para a disponibilidade um aspirador e um carro de emergência com desfibrilhador, num tempo médio de quatro minutos de qualquer local em que possa circular um doente crítico.

Para a monitorização recomendam os seguintes níveis:

Nível 1 – Obrigatório

- Monitorização contínua com registo periódico

- Frequência respiratória

- FiO2

- Oximetria de pulso

- ECG contínuo

- Frequência cardíaca

- Pressão arterial (não invasiva)

- pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente)

- Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente).

Nível 2 - Fortemente recomendado

- Medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes potencialmente instáveis)

- ECG com detecção de arritmias

Nível 3 – Ideal (em doentes seleccionados pelo seu estado clínico)

- Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central

- Medição da pressão da artéria pulmonar

- Medição da pressão intracraniana

## 2.2- Transporte Secundário de Doentes Críticos

Este tipo de transporte está principalmente associado à inexistência de recursos (humanos e técnicos), no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado. A decisão de transporte envolve a avaliação do risco clínico e do risco da deslocação tornando a situação ainda mais complexa. Para auxiliar a decisão de forma fundamentada e objectiva, a SPCI e a Ordem dos Médicos (2008), propõem um algoritmo de decisão para o transporte secundário (Anexo III).

Antes de se efectuar o transporte, o doente e/ou o seu representante legal deve ser informado, sendo-lhe explicada a necessidade do transporte, o nome do hospital e do serviço de destino e, quando praticável, é desejável o seu consentimento expresso.

No sentido de minimizar riscos, o doente deve ser, previamente, estabilizado no hospital de origem, antecipando as intervenções diagnosticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte (acessos venosos, drenagens torácicas, entubações endotraqueais, etc.).

Apesar de ser recomendada a existência de equipas de transporte, a realidade de muitos hospitais é nem sequer terem recursos humanos para dispensar para o transporte, tendo que recorrer aos meios disponibilizados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica.

Como já foi referido a equipa que faz o transporte secundário assume na íntegra a responsabilidade pelo mesmo, competindo-lhe garantir todas as condições de segurança e logística. Esta equipa deve ser constituída pela tripulação habitual da ambulância e, pelo menos, por mais dois elementos (um médico e um enfermeiro), ambos com experiência em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento.

Na Legislação portuguesa podemos encontrar na Portaria nº 1147/2001, Capítulo II, Secção I, que as ambulâncias a fazer transporte do doente crítico deverão ser do Tipo C, podendo na eventualidade de não estarem disponíveis serem usadas ambulâncias do tipo B desde que munidas dos meios humanos e recursos técnicos estabelecidos para as ambulâncias tipo C.

À semelhança do que acontece no transporte intra-hospitalar os peritos da SPCI e da Ordem dos Médicos (2008) propõem também uma adaptação do modelo idealizado por Etxebarria e colegas em 1998, para a avaliação do transporte intra hospitalar. Este pelas suas características permite através de parâmetros fisiológicos e terapêuticos decidir quem acompanha o doente, o tipo de monitorização, equipamento e qual o tipo de transporte que a ser utilizado (Anexo IV). Também aqui este instrumento não desresponsabiliza o médico pelas suas decisões em relação ao transporte.

São também recomendações o contacto prévio e personalizado por parte do Médico responsável com o serviço de destino, para que estejam garantidas as condições de recepção ao doente (inclusive para os casos em que seja necessário isolamento), o envio de todos os registos clínicos e exames complementares considerados fundamentais (notas de transferência ou fotocópias), e a antecipação de intervenções ou terapêuticas que se considerem vir a ser

necessárias para o transporte. Possíveis atrasos e cancelamentos devem ser notificados, devendo existir um meio de comunicação bidireccional durante o transporte.

A escolha do meio de transporte deve ter em conta:

- A situação clínica do doente;
- As intervenções médicas necessárias durante o transporte;
- A disponibilidade de profissionais e dos recursos necessários;
- A distância/duração do transporte;
- O custo relativo das alternativas

A SPCI e a Ordem dos Médicos (2008), definem que o equipamento mínimo a acompanhar o doente deve ser:

- Um monitor de transporte com alarmes e desfibrilhador, em conformidade com as exigências de monitorização;
- Material de intubação com tubos traqueais adequados ao doente e insuflador manual (com válvula de PEEP);
- Fonte de oxigénio com capacidade adequada (segundo a fórmula:  $O_2 \text{ necessário} = [(20 + V_{\text{min}}) \times FiO_2 \times \text{tempo de transporte em minutos}] + 50\%$ );
- Aspirador eléctrico (com baterias) e sondas de aspiração;
- Drenos torácicos, conjunto de introdução e acessórios;
- Material para punção e manutenção de perfusões endovenosas e respectivas seringas ou bombas volumétricas com bateria.
- Soros com mangas para administração sob pressão;
- Fármacos, para suporte avançado de vida (Anexo II), e outros que se julguem necessários;
- Ventilador de transporte, com possibilidade de monitorização do volume/minuto, e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e  $FiO_2$ , reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea;
- Equipamento de comunicações.

Os níveis de monitorização recomendados no transporte secundário são idênticos aos do transporte intra – hospitalar, com a particularidade de no nível 3 acrescer a monitorização da temperatura corporal.

Para evitar complicações associadas ao transporte secundário a SPCI e a Ordem dos Médicos (2008), propõem uma lista para verificação do mesmo (Anexo V). Partindo do conhecimento das fases mais críticas associadas ao transporte, esta lista pretende a qualidade do processo de transferência, desde a sua coordenação, passando pela avaliação do doente, monitorização dos parâmetros fisiológicos definidos, equipamentos, transporte e terminando com o regresso à instituição de origem. Para tal, apresenta de forma organizada e sistemática itens que pretendem orientar a observação clínica segundo a metodologia do ABCDE, na passagem do doente do serviço de origem para a maca de transporte, no início do trajecto, nos transportes de longa duração e na recepção do doente no hospital de destino. Além da observação clínica do doente em todas estas fases, deve-se garantir a segurança e funcionalidade de todo o equipamento e dispositivos invasivos.

Ao longo do transporte devem ser efectuados registos, com intervalos adequados, que permitam relatar a situação clínica do doente, nomeadamente todas as alterações ou terapêuticas administradas. Para esses registos é recomendado um formulário transversal às várias instituições (Anexo VI).

Do documento elaborado pela SPCI e a Ordem dos Médicos (2008), também são abordados os erros mais comuns no transporte de doentes críticos e apresentadas recomendações para os evitar, não sendo o âmbito do nosso trabalho sugere-se apenas a sua consulta.

### 3-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contrariamente ao que é recomendado a maioria dos hospitais não têm disponíveis equipas específicas com a preparação diferenciada para o transporte do doente crítico (SPCI, 2008).

Face às necessidades que possam surgir as equipas de transporte são formadas no momento pelos profissionais que se encontrem a trabalhar, obrigando à redução da dotação segura de elementos pelo tempo que dure o transporte e prejudicando o atendimento dos restantes doentes que ficam nas unidades. Não existindo critérios objectivos os profissionais seleccionados podem nem sempre ser os mais competentes e tão pouco serem aqueles que melhor conhecem o doente, basta para isso que a necessidade do transporte coincida com as mudanças de turno. Independentemente da competência, a falta de treino e o desconhecimento dos equipamentos das ambulâncias podem também agravar as condições do transporte. Sendo estes factos conhecidos de todos, cabe às instituições hospitalares promover esquemas organizativos de transporte secundário, de modo a que seja reduzida a taxa de complicações inerente ao transporte do doente crítico (SPCI, 2008).

A utilização de normas e protocolos tem como vantagens permitir a uniformização e universalização de acções, e sendo desenvolvidas com base em evidências científicas, constituem ferramentas que podem ajudar os profissionais a identificar os cuidados adequados à saúde para circunstâncias clínicas específicas. O uso de checklists é um instrumento prático e simples que permite estabelecer uma metodologia segura que engloba uma sequência de procedimentos que permitem minimizar os riscos específicos.

O Hospital Pedro Hispano enquanto exemplo de qualidade com Acreditação total pela HQS desde Agosto de 2002, e pioneiro em Portugal pela Certificação ISO 9001:2000 pelo SGS desde Outubro de 2008, merece-nos o crédito de acreditarmos que poderá ser também pioneiro no cumprimento dos objectivos preconizados pelos peritos do intensivismo no que respeita ao transporte do doente crítico, parece-nos que seria mais um importante pas no caminho para os cuidados de excelência que a Instituição promove e nos tem habituado.

Pensamos com este trabalho ter atingido o objectivo inicial de reflectir sobre este tema e de lhe dar maior visibilidade. Gostaríamos de poder contribuir mais para dinamizar a implementação das recomendações referenciadas, e para isso nos dispomos a discutir e reflectir sobre este tema numa formação em serviço com a equipa multidisciplinar, assim como estaremos dispostos a colaborar na elaboração de uma norma para o transporte do doente crítico mediante a aceitação por parte dos responsáveis a nível institucional.

## 4-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Legislação:

DECRETO-LEI N.º 161/96. «D.R. I Série-A». 205 (96-09-04) 2959-2962

PORTARIA N.º 1147/2001. « D.R. SÉRIE I-B». 226 (01-28-09)

Código Deontológico dos Enfermeiros – Diário da República, Série I –A, nº 93, 1753-1756

Literatura científica:

Agency for Healthcare Research and Quality (s.d.), “Advancing Excellence in Healthcare”. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/>>. [Consultada a 10/05/10].

Nunes, Fernando Manuel. 2009. “*Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico*”. Nursing nº246.

Nunes, Lucília. 2003. “*Os desafios do futuro: do que temos ao pensar no futuro*”. Disponível em: <<http://lnunes.no.sapo.pt/>>. [Consultado a 5 de Maio de 2010].

Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), “*Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008*”. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/23680927/SPCI-OM-Transporte-Doente-Critico-2008>>. [Consultada em 30 de Abril de 2010].

Parecer do Conselho Jurisdicional. 2007. “*Procedimento Sobre Acompanhamento de Doentes em Situação Emergente*”. Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº25, 40: 18-19.

Reason, Jim. 2004. “*Managing the Risks of Organization Accidents*”. Disponível em : <[http://www.rmc.nasa.gov/archive/rmc\\_v/presentations/reason%20managing%20the%20risks%20of%20organizational%20accidents.pdf](http://www.rmc.nasa.gov/archive/rmc_v/presentations/reason%20managing%20the%20risks%20of%20organizational%20accidents.pdf)>. [Consultado a 10/05/10]

## ANEXOS

ANEXO I  
Avaliação para o transporte intra-hospitalar

## ANEXO I- Avaliação para o transporte intra-hospitalar

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATORIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2	TOTAL ....	

\* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

\* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O <sub>2</sub> e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O <sub>2</sub> , ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O <sub>2</sub> , ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

\* Fonte: Ordem dos Médicos e SPCI.2008. "Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008". Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/23680927/SPCI-OM-Transporte-Doente-Critico-2008>>. [Consultada em 30 de Abril de 2010].

ANEXO II  
Fármacos à disposição da equipa de transporte

## ANEXO II- Fármacos à disposição da equipa de transporte

Listagem mínima recomendada:

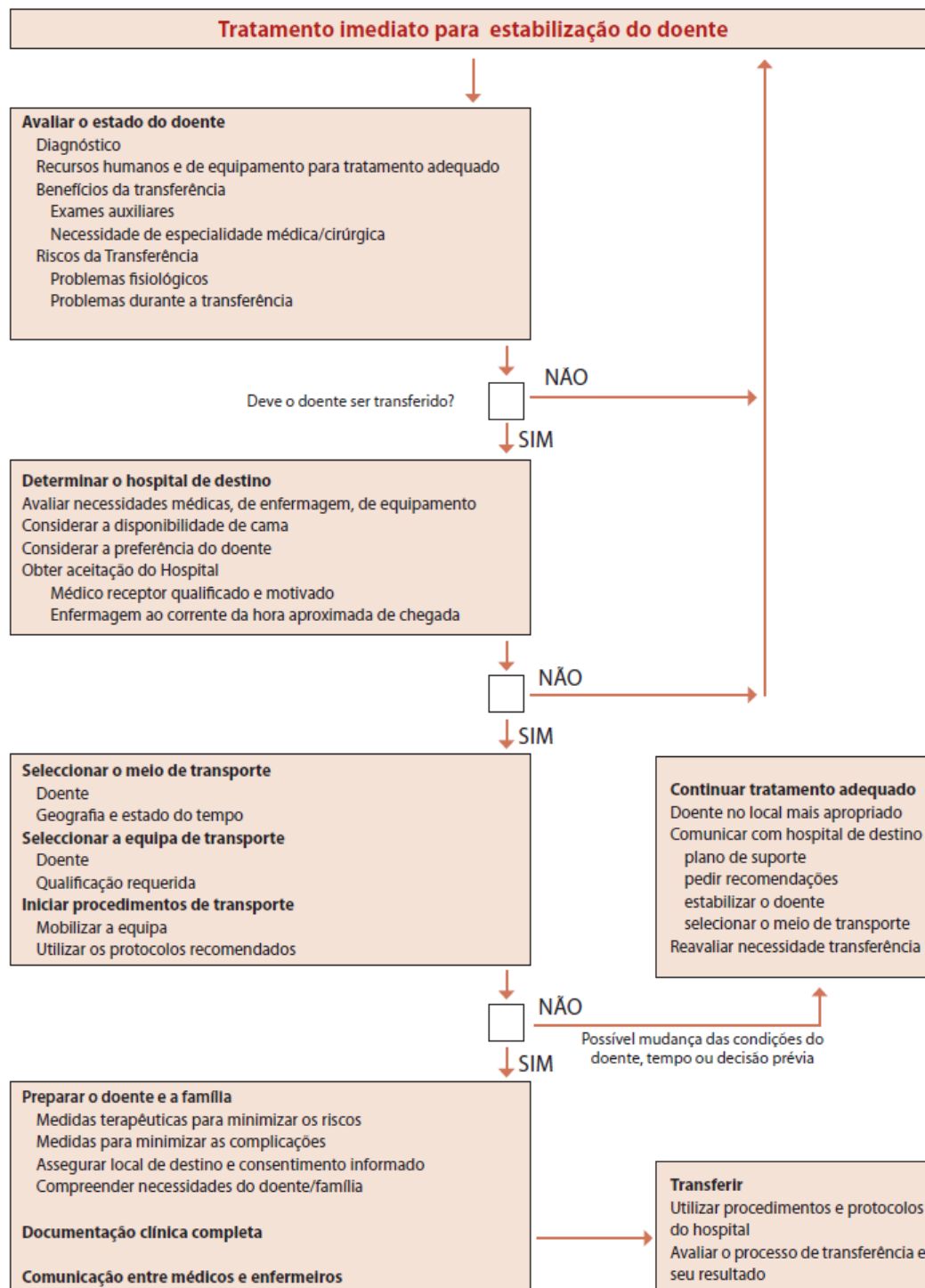
- Adenosina;
- Adrenalina;
- Amiodarona;
- Atropina;
- Bicarbonato de sódio;
- Captopril;
- Diazepam;
- Dinitrato de Isossorbido;
- Dobutamina;
- Dopamina;
- Etomidato;
- Fenobarbital;
- Flumazenil;
- Furosemida;
- Gluconato de Cálcio;
- Glucose Hipertónica;
- Heparina;
- Insulina Actrapid;
- Isoprenalina;
- Labetalol;
- Lidocaína (parentérica, gel e spray);
- Manitol;
- Metilprednisolona;
- Midazolam;
- Morfina;
- Naloxona;
- Nitroglicerina s.l.;
- Noradrenalina;
- Paracetamol;
- Propofol;
- Salbutamol;
- Succinilcolina;
- Sulfato de Magnésio;
- Tiopental sódico;
- Vecurónio;
- Verapamil.
- Cristalóides/ colóides, em quantidade suficiente para a duração do transporte, e a eventual necessidade de reposição volémica, durante o transporte. Equipamento para a perfusão rápida de fluidoterapia endovenosa.

\* Fonte: Ordem dos Médicos e SPCI.2008. “*Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008*”. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/23680927/SPCI-OM-Transporte-Doente-Critico-2008>>. [Consultada em 30 de Abril de 2010].

## ANEXO III

Algoritmo de decisão para o transporte secundário

## ANEXO III- Algoritmo de decisão para o transporte secundário



\* Fonte: Ordem dos Médicos e SPCI.2008. "Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008". Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/23680927/SPCI-OM-Transporte-Doente-Critico-2008>>. [Consultada em 30 de Abril de 2010].

## ANEXO IV

Avaliação para o transporte secundário

## ANEXO IV- Avaliação para o transporte secundário

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATORIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico e Aspiração	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2	TOTAL ....	

\* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

\* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhum	"Standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, Injectáveis + soros
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada, Desfibrilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

\* Fonte: Ordem dos Médicos e SPCI.2008. "Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008".

Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/23680927/SPCI-OM-Transporte-Doente-Critico-2008>>.

[Consultada em 30 de Abril de 2010].

## ANEXO V

Lista de verificação para o transporte secundário

## ANEXO V- Lista de verificação para o transporte secundário

<b>I</b>	<b>CONFIRMAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA</b>
	<input type="checkbox"/> Registrar no impresso de transporte a identificação do doente
	<input type="checkbox"/> Os familiares foram informados da transferência e destino final
	<input type="checkbox"/> Nº telefone directo do Hospital/ Serviço e identificação do Médico que recebe o doente
	<input type="checkbox"/> Nº de telefone directo Hospital/ Serviço e identificação do Médico que transfere o doente
	<input type="checkbox"/> Registrar no impresso de transporte a identificação e número da Ordem profissional da equipa responsável pelo transporte
<b>II</b>	<b>AVALIAÇÃO DO DOENTE</b>
	<input type="checkbox"/> Motivo e data de admissão no hospital de origem
	<input type="checkbox"/> História clínica
	<input type="checkbox"/> Antecedentes pessoais
	<input type="checkbox"/> Motivo da transferência
	<input type="checkbox"/> Nota de transferência
	<input type="checkbox"/> Verificação dos exames complementares relevantes
	<input type="checkbox"/> Registrar pontos relevantes do exame físico
<b>III</b>	<b>OBSERVAÇÃO DO DOENTE</b>
<b>A</b>	<b>VIA AÉREA</b>
	<input type="checkbox"/> Capacidade do doente manter a via aérea, durante o tempo previsto de transporte
	<input type="checkbox"/> Necessidade de adjuvantes da via aérea
	<input type="checkbox"/> Doente com entubação traqueal: confirmar nível e observar Raio X pós-entubação
	<input type="checkbox"/> Excluída causa que indique entubação traqueal
<b>B</b>	<b>VENTILAÇÃO</b>
	<input type="checkbox"/> O2 suplementar
	<input type="checkbox"/> Óculos nasais ____ litros/min
	<input type="checkbox"/> Máscara: Fio2 ____ %
	<input type="checkbox"/> Entubação traqueal ____ litros/min
	<input type="checkbox"/> Ventilação artificial
	<input type="checkbox"/> Modo ventilatório _____ Vol/min _____ Fresp _____ /min Fio2 _____ % Peep _____
	<input type="checkbox"/> Gasimetria ( h min ) pH _____ PaO2 _____ PaCo2 _____ Fio2 _____ % Bicarbonato _____

<b>C</b>	<b>HEMODINÂMICA</b>
	<input type="checkbox"/> FC ____ TA ____ / ____
	<input type="checkbox"/> Hemorragia activa na última hora
	<input type="checkbox"/> Suporte transfusional
	<input type="checkbox"/> Acesso vascular – 2 Acessos periféricos ____ g / ____ g    Cateter central (lúmen) ____ – Linha arterial ____
	<input type="checkbox"/> Débito urinário/ h (última hora) ____
	<input type="checkbox"/> Aminas vasoactivas: Dopamina ____ Dobutamina ____ Noradrenalina ____
<b>D</b>	<b>AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA</b>
	<input type="checkbox"/> Convulsão na última hora
	<input type="checkbox"/> G.C.S. ____ O ____ V ____ M ____
	<input type="checkbox"/> Sinais de hipertensão intra-craniana
	<input type="checkbox"/> Pupilas anormais _____
	<input type="checkbox"/> Sedação – Fármaco _____ RAMSAY _____
	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
<b>E</b>	<b>TRAUMA</b>
	<input type="checkbox"/> Coluna cervical imobilizada
	<input type="checkbox"/> Excluída a presença de suspeita de pneumotórax ou hemotórax
	<input type="checkbox"/> Excluída hemorragia abdominal/ pélvica
	<input type="checkbox"/> Imobilização ossos longos / bacia
<b>F</b>	<b>AVALIAÇÃO LABORATORIAL</b> (data/ hora) ____ / ____ h ____ min
	<input type="checkbox"/> Hgb / Hct
	<input type="checkbox"/> Na +
	<input type="checkbox"/> K +
	<input type="checkbox"/> Glicemia
<b>G</b>	<b>MONITORIZAÇÃO NO SERVIÇO DE ORIGEM</b> (registar últimos valores antes da mudança de cama)
	<input type="checkbox"/> ECG
	<input type="checkbox"/> TA ____ / ____ mmHg
	<input type="checkbox"/> SaO2 ____ %
	<input type="checkbox"/> ET CO2
	<input type="checkbox"/> Temperatura ____ C°
	<input type="checkbox"/> Outros:
<b>H</b>	<b>VERIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE TRANSPORTE</b> (antes da mudança de cama)
	<input type="checkbox"/> Reserva de O2 (O2 necessário = [( 20 + Vmin ) x FiO2 x tempo de transporte em minutos] + 50%)
	<input type="checkbox"/> Monitor/desfibrilhador com “pacemaker”
	<input type="checkbox"/> Material de via aérea
	<input type="checkbox"/> Fármacos

<b>IV</b>	<b>INÍCIO DE TRANSPORTE</b>
	<input type="checkbox"/> Mudança para a maca de transporte
	<input type="checkbox"/> Mudança de prótese ventilatória
	<input type="checkbox"/> Mudança equipamento de perfusão
	<input type="checkbox"/> Mudança de monitorização
	<input type="checkbox"/> Fixação redundante de tubos e linhas
	<input type="checkbox"/> Tapar o doente
	<input type="checkbox"/> Fixação correcta do doente e do equipamento
	<input type="checkbox"/> Confirmação de disponibilidade de vaga do hospital de destino antes da partida
	<input type="checkbox"/> Conhecimento da localização de equipamento de emergência até à ambulância
	<input type="checkbox"/> Registos à saída do serviço

<b>V</b>	<b>NA AMBULÂNCIA</b>
	<input type="checkbox"/> Fixação da maca
	<input type="checkbox"/> Fixação e conexão do equipamento
	<input type="checkbox"/> Observação do doente
	<input type="checkbox"/> Registos, antes do início da marcha
	<input type="checkbox"/> Verificação final do equipamento da ambulância

<b>VI</b>	<b>TRAJECTO</b>
	<input type="checkbox"/> Registar parâmetros
	<input type="checkbox"/> Registar terapêutica/intervenções efectuadas e hora
	<input type="checkbox"/> Registar hora de início e fim de marcha

<b>VII</b>	<b>ENTREGA DO DOENTE NO HOSPITAL DESTINO</b>
	<input type="checkbox"/> História clínica e antecedentes
	<input type="checkbox"/> Motivo da transferência
	<input type="checkbox"/> Parâmetros à chegada do serviço e intervenções terapêuticas durante o trajecto
	<input type="checkbox"/> Passagem dos exames complementares e dados administrativos
	<input type="checkbox"/> Registo da hora de entrega do doente e identificação do médico responsável no serviço
	<input type="checkbox"/> Complicações durante o transporte

<b>VIII</b>	<b>REGRESSO AO HOSPITAL DE ORIGEM</b>
	<input type="checkbox"/> Informar serviço de origem do resultado do transporte
	<input type="checkbox"/> Preencher hora de regresso
	<input type="checkbox"/> Devolver equipamento e reportar qualquer falha
	<input type="checkbox"/> Arquivar em local próprio as folhas de registo

\* Fonte: Ordem dos Médicos e SPCI.2008. “*Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008*”. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/23680927/SPCI-OM-Transporte-Doente-Critico-2008>>. [Consultada em 30 de Abril de 2010].

## ANEXO VI

ANEXO VI- Formulário para transporte hospitalar

## ANEXO VI- Formulário para transporte hospitalar

NOME	<input type="text"/>	DIAGNÓSTICO 1:	<input type="text"/>
IDADE	<input type="text"/>	DIAGNÓSTICO 2:	<input type="text"/>
HOSPITAL ORIGEM:	<input type="text"/>	DIAGNÓSTICO 3:	<input type="text"/>
HOSPITAL DESTINO:	<input type="text"/>		
MEDICO QUE RECEBE O DOENTE:	<input type="text"/>		
MEDICO QUE TRANSPORTA O DOENTE:	<input type="text"/>		

### A - VIA AEREA

Oxigênio ventimask	<input type="text"/>	Fi O2 (%)	<input type="text"/>	Tubo Oro-traqueal	<input type="text"/>	Tubo Naso-traqueal	<input type="text"/>	Outra via aérea	<input type="text"/>
Dreno Torácico	<input type="text"/>	Onde:	<input type="text"/>						

### B - VENTILAÇÃO

Espontânea	<input type="text"/>	Controlada	<input type="text"/>
------------	----------------------	------------	----------------------

### C - CIRCULAÇÃO

Acessos venosos	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>	Fluidos (> 2000 ml)	<input type="text"/>	SIM	Quais:	<input type="text"/>
Linha arterial	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>			NÃO		
Cateter central	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>	Aminas/Inotrópicos	<input type="text"/>	SIM	Quais:	<input type="text"/>
Diurese (ml)	<input type="text"/>					NÃO		

### D - DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

Traumatismo vértebro-medular	<input type="text"/>	SIM	Lesões neurológicas	<input type="text"/>	SIM	Nível	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	NÃO		<input type="text"/>	NÃO			
Score Coma Glasgow (entrada hospital origem)	<input type="text"/>	Abertura olhos	<input type="text"/>	Resposta motora	<input type="text"/>	Resposta verbal	<input type="text"/>	TOTAL
Score Coma Glasgow (saída hospital origem)	<input type="text"/>	Abertura olhos	<input type="text"/>	Resposta motora	<input type="text"/>	Resposta verbal	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### E - EXPOSIÇÃO

Queimado	<input type="text"/>	% atingida	<input type="text"/>	Envolvimento de:	FACE	<input type="text"/>	MAOS	<input type="text"/>	PES	<input type="text"/>	PERINEO	<input type="text"/>
	<input type="text"/>			Tipo de queimadura:	FOGO	<input type="text"/>	AGUA	<input type="text"/>	QUIMICO	<input type="text"/>	EXPLOSAO	<input type="text"/>
Feridas	<input type="text"/>	Tipo:	<input type="text"/>	Local:	<input type="text"/>							
	<input type="text"/>											

### INFORMAÇÕES GERAIS

Cirurgia no Hospital de origem:	<input type="text"/>	SIM	Qual	<input type="text"/>								
	<input type="text"/>	NÃO										
Cirurgião:	<input type="text"/>			Drenos	<input type="text"/>	Locais	<input type="text"/>					
Anestesta:	<input type="text"/>				<input type="text"/>							
Imagiologia	TAC	<input type="text"/>			Fraturas	<input type="text"/>	Locais	<input type="text"/>				
	Ecografia	<input type="text"/>				<input type="text"/>						
	RX cervical (face+perfil)	<input type="text"/>	SIM	<input type="text"/>								
	RX tórax	<input type="text"/>	SIM	<input type="text"/>								
	RX bacia	<input type="text"/>	SIM	<input type="text"/>								
Sinais vitais (saída hospital de origem)	TA	<input type="text"/>	FR	<input type="text"/>	FC	<input type="text"/>	Sat.O2	<input type="text"/>	Temp.	<input type="text"/>		

### OBSERVAÇÃO (evolução clínica durante o transporte)

<input type="text"/>												
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sinais vitais (chegada hospital de destino)	TA	<input type="text"/>	FR	<input type="text"/>	FC	<input type="text"/>	Sat.O2	<input type="text"/>	Temp.	<input type="text"/>		
---	----	----------------------	----	----------------------	----	----------------------	--------	----------------------	-------	----------------------	--	--

	TERAPEUTICA EM CURSO	DOSE	<input type="text"/>									
SEDAÇÃO	<input type="text"/>											
RELAXANTES MUSCULARES	<input type="text"/>											
AMINAS	<input type="text"/>											
INOTROPICOS	<input type="text"/>											
MANITOL	<input type="text"/>											
OUTROS	<input type="text"/>											

O Médico do Transporte

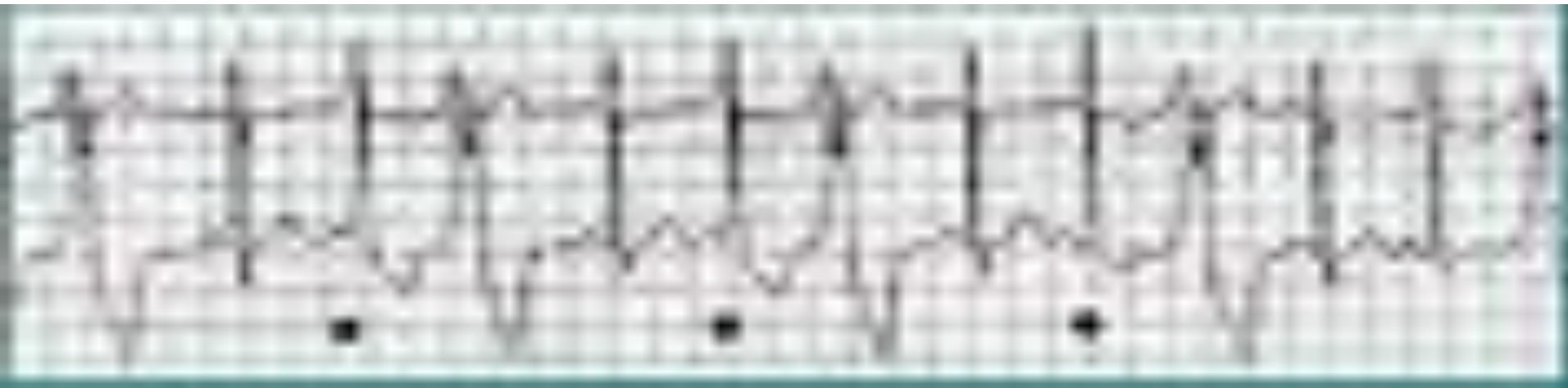
O Médico do Hospital destino

\* Fonte: Ordem dos Médicos e SPCI.2008. "Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008". Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/23680927/SPCI-OM-Transporte-Doente-Critico-2008>>. [Consultada em 30 de Abril de 2010].

## Transporte Intra e Inter Hospitalar – Norma de Procedimentos

<p><b>Curso/Módulo:</b> Estágio Módulo II – Unidade Cuidados Intensivos</p> <p><b>População:</b> Enfermeiros do UCIn – Hospital Pedro Hispano</p> <p><b>Formadores:</b> Hélder Varela Maria José Milene Carvalho</p> <p><b>Data:</b> 14 de Dezembro de 2010</p> <p><b>Hora:</b> 14:30</p> <p><b>Duração:</b> 30 minutos</p> <p><b>Local:</b> SMI – Hospital Pedro Hispano</p>		<p><b>Objectivo geral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proposta de Norma de Procedimentos</li> </ul> <p><b>Objectivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reflectir sobre o transporte intra e inter hospitalar;</li> <li>Melhoria das práticas de transporte do doente crítico;</li> <li>Sensibilizar os profissionais de saúde para o tema</li> </ul>		
	Conteúdos	Métodos a utilizar	Meios	Duração
<b><u>Introdução</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação dos formadores;</li> <li>Apresentação dos objectivos gerais e específicos</li> </ul>	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voz; DataShow; Microsoft PowerPoint.</li> </ul>	5 minutos
<b><u>Desenvolvimento</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doente Crítico</li> <li>Modelo de Gestão Activa do Erro;</li> <li>Fases de Transporte do Doente Crítico;</li> <li>Transporte Intra e Inter Hospitalar – critérios de decisão e avaliação;</li> </ul>	Expositivo/Interactivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voz, DataShow; Microsoft PowerPoint.</li> </ul>	20 minutos
<b><u>Conclusão</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resumo dos itens abordados;</li> <li>Questões;</li> <li>Avaliação nível II acerca da eficácia da formação.</li> </ul>	Interactivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voz; DataShow, Microsoft PowerPoint; Grelha de Avaliação II</li> </ul>	5 minutos

--	--	--	--	--



## **Transporte Intra e Inter hospitalar**

Proposta de uma Norma de Procedimentos

**Hélder Varela  
Maria José  
Milene Carvalho**

**Alunos do 3º MEMC  
UCP – ICS**

**14 Dez/10**



## Objectivos:

- Reflectir sobre o Transporte Intra e Inter hospitalar
- Melhoria das práticas de transporte do doente crítico
- Sensibilizar os profissionais de saúde para o tema
- Proposta de Norma de Procedimentos



# Doente Crítico

*“é 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.”*

**(SPCI)**

# Porque os erros acontecem...

## Erros em cuidados de saúde

*“ enganos realizados no processo de cuidados e que resultam ou têm potencial para resultar em dano para o doente”.*

*(AHRQ, 2003)*

*“o erro humano é inevitável, mas que é possível e desejável limitar a sua ocorrência e minimizar as suas consequências (..) muitos erros não são resultado de uma acção isolada, ou de um único indivíduo, mas de uma multiplicidade de factores que promovem ou facilitam a ocorrência do erro.”*

*(Reason, 2004)*

# Modelo de gestão activa do erro



*Teoria do Queijo Suíço*

- Interpor barreiras entre os riscos e os potenciais danos
- Criar restrições
- Tornar a falha visível e ao avaliá-la, criar novas barreiras à sua repetição
- Conhecimento e consciencialização dos riscos
- Definir normas e protocolos que permitam actuar com segurança
- Existência de alarmes e avisos de perigo iminente
- Planos de segurança que permitam actuar minimizando os danos quando falham as barreiras antepostas

*(Reason, 2004)*

## Apesar da Decisão do transporte do doente ser responsabilidade médica..


### O enfermeiro..

*“deve co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atraso no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”.*

*(Código Deontológico dos Enfermeiros alínea a) Artigo 83 )*

*“o enfermeiro não é o profissional que age por indicação de outrem. A interdependência configura-se simplesmente em relação ao início do processo prescritor e mesmo quando outro profissional prescreve é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelos seus próprios actos (e pelas decisões que toma).”*


*(Nunes, Lucília;2003)*



***“O julgamento sobre a necessidade de cuidados de enfermagem é feito pelos enfermeiros, e o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega”***

***“O direito do doente a cuidados de qualidade, no qual a segurança é componente crítica, exige que o transporte seja realizado com o menor risco e com a maior segurança”***

***(Ordem dos Enfermeiros; Conselho Jurisdicional ; 69/2005)***



*“Na planificação dos cuidados a realizar, o enfermeiro faz a gestão das prioridades procurando adequar os recursos disponíveis ou mobilizar novos recursos, para fazer face à satisfação das necessidades do doente em cuidados de enfermagem. Atendendo ao contexto multiprofissional e interdisciplinar dos cuidados de saúde, devem estas decisões ser tomadas na base de protocolos estabelecidos pela equipa e assumidos formalmente pelos órgãos de gestão”.*

*(Ordem dos Enfermeiros; Conselho Jurisdicional ; 69/2005)*



# **Transporte Doente Crítico**

## **Fases**

- **Decisão**

- **Planeamento**

- **Efectivação**



# Decisão

- **A decisão de transportar um doente crítico é um acto medico. A responsabilidade é não só do medico que assiste o doente, mas também do chefe de equipa e do director de serviço**
  
- **Equacionar riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte**



# Planeamento

- É feito pela equipa médica e de enfermagem do serviço ou unidade referente
- Ter em consideração: **Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e Documentação**
- Equacionar o risco de possíveis acidentes e tomadas medidas para respectiva prevenção, especialmente nas fases de maior risco




# Efectivação

- Feito pelo equipa de transporte, cujas responsabilidades técnica e legal só cessam no momento da entrega do doente ao médico do serviço destinatário, ou no regresso ao serviço de origem
- Idênticas responsabilidades cabem aos médicos que decidiram o transporte
- O nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao serviço de origem devendo estar prevista a necessidade de o elevar



# **Transporte Intra hospitalar**



**Doentes que necessitam de ser transportados  
dentro do mesmo hospital, a fim de serem submetidos  
a procedimentos terapêuticos e diagnósticos.**



# Critérios para transporte intra hospitalar:

- Transporte da sala de emergência para UCI
- Transporte para Imagiologia
- Transporte para Bloco Operatório
- Transporte do Bloco Operatório para Sala de Recobro
- Transporte do Bloco Operatório para UCI
- ...

## Avaliação para o transporte intra-hospitalar

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUENCIA RESPIRATORIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATORIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2	TOTAL ....	

\* **Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.**


\* **Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.**

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

**\* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.**



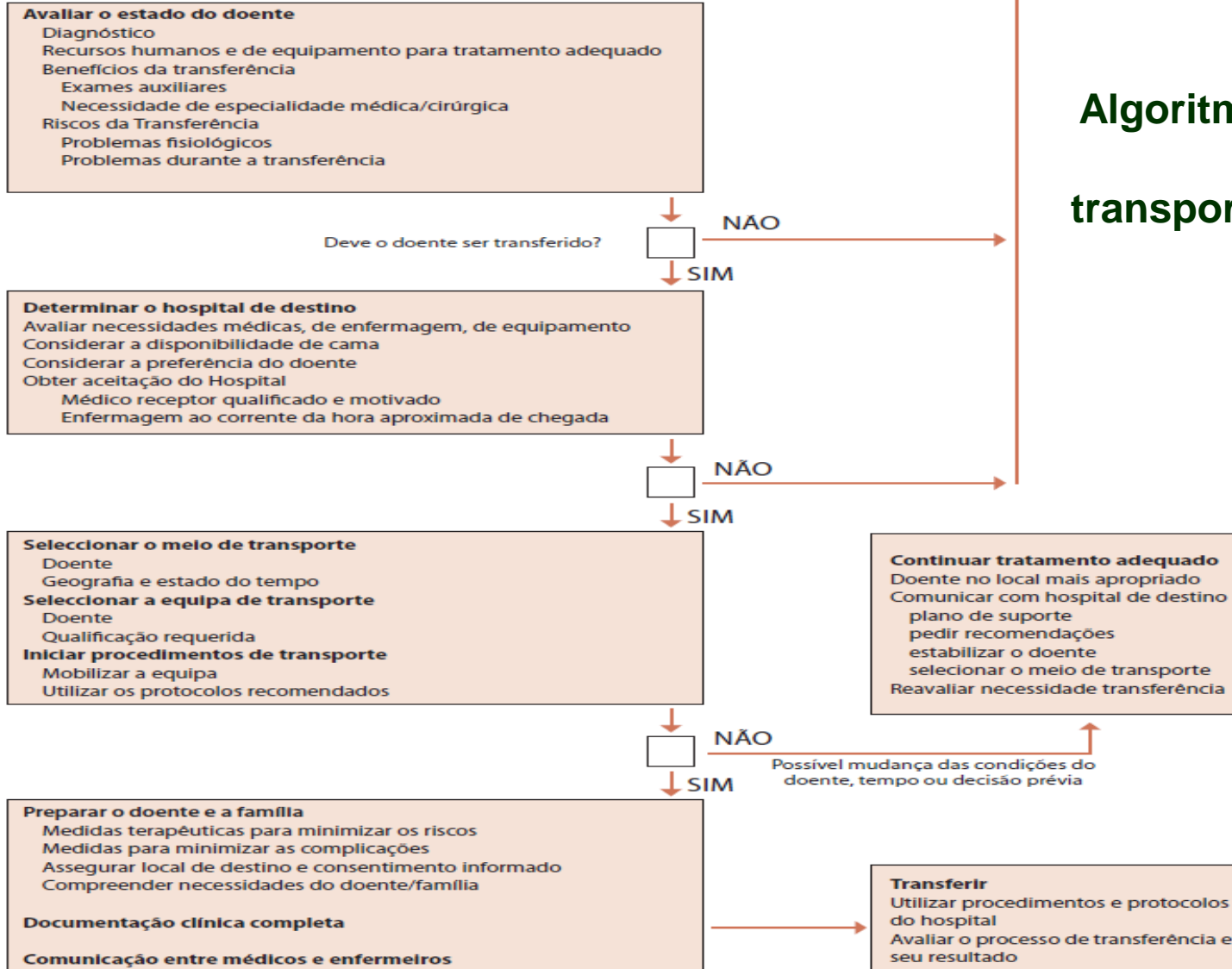
# **Transporte Inter hospitalar**



**Este tipo de transporte está principalmente associado à  
inexistência de recursos (humanos e técnicos), no hospital de  
origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado.**

## Tratamento imediato para estabilização do doente

## Algoritmo de decisão para o transporte secundário



## Avaliação para o transporte secundário

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico e Aspiração	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL ....	

\* **Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.**

\* **Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.**

Pontos	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhum	"Standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, Injectáveis + soros
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada, Desfibrilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

\* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.

## Lista de verificação para o transporte secundário

<b>I</b>	<b>CONFIRMAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA</b>
	<input type="checkbox"/> Registrar no impresso de transporte a identificação do doente
	<input type="checkbox"/> Os familiares foram informados da transferência e destino final
	<input type="checkbox"/> Nº telefone directo do Hospital/ Serviço e identificação do Médico que recebe o doente
	<input type="checkbox"/> Nº de telefone directo Hospital/ Serviço e identificação do Médico que transfere o doente
	<input type="checkbox"/> Registrar no impresso de transporte a identificação e número da Ordem profissional da equipa responsável pelo transporte

<b>II</b>	<b>AVALIAÇÃO DO DOENTE</b>
	<input type="checkbox"/> Motivo e data de admissão no hospital de origem
	<input type="checkbox"/> História clínica
	<input type="checkbox"/> Antecedentes pessoais
	<input type="checkbox"/> Motivo da transferência
	<input type="checkbox"/> Nota de transferência
	<input type="checkbox"/> Verificação dos exames complementares relevantes
	<input type="checkbox"/> Registrar pontos relevantes do exame físico

<b>III</b>	<b>OBSERVAÇÃO DO DOENTE</b>
<b>A</b>	<b>VIA AÉREA</b>
	<input type="checkbox"/> Capacidade do doente manter a via aérea, durante o tempo previsto de transporte
	<input type="checkbox"/> Necessidade de adjuvantes da via aérea
	<input type="checkbox"/> Doente com entubação traqueal: confirmar nível e observar Raio X pós-entubação
	<input type="checkbox"/> Excluída causa que indique entubação traqueal

<b>B</b>	<b>VENTILAÇÃO</b>
	<input type="checkbox"/> O2 suplementar
	<input type="checkbox"/> Óculos nasais ____ litros/min
	<input type="checkbox"/> Máscara: Fio2 ____ %
	<input type="checkbox"/> Entubação traqueal ____ litros/min
	<input type="checkbox"/> Ventilação artificial
	<input type="checkbox"/> Modo ventilatório _____ Vol/min _____ Fresp _____ /min Fio2 ____ % Peep _____
	<input type="checkbox"/> Gasimetria ( h min ) pH ____ PaO2 ____ PaCo2 ____ FIO2 ____ % Bicarbonato _____

## Lista de verificação para o transporte secundário (cont.)

<b>C</b>	<b>HEMODINÂMICA</b>
	<input type="checkbox"/> FC ____ TA ____ / ____
	<input type="checkbox"/> Hemorragia activa na última hora
	<input type="checkbox"/> Suporte transfusional
	<input type="checkbox"/> Acesso vascular – 2 Acessos periféricos ____ g / ____ g    Cateter central (lúmen) ____ – Linha arterial ____
	<input type="checkbox"/> Débito urinário/ h (última hora) ____
	<input type="checkbox"/> Aminas vasoactivas: Dopamina ____ Dobutamina ____ Noradrenalina ____
<b>D</b>	<b>AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA</b>
	<input type="checkbox"/> Convulsão na última hora
	<input type="checkbox"/> G.C.S. ____ O ____ V ____ M ____
	<input type="checkbox"/> Sinais de hipertensão intra-craniana
	<input type="checkbox"/> Pupilas anormais ____
	<input type="checkbox"/> Sedação – Fármaco ____ RAMSAY ____
	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
<b>E</b>	<b>TRAUMA</b>
	<input type="checkbox"/> Coluna cervical imobilizada
	<input type="checkbox"/> Excluída a presença de suspeita de pneumotórax ou hemotórax
	<input type="checkbox"/> Excluída hemorragia abdominal/ pélvica
	<input type="checkbox"/> Imobilização ossos longos / bacia
<b>F</b>	<b>AVALIAÇÃO LABORATORIAL</b> (data/ hora) ____ / ____ ____ h ____ min
	<input type="checkbox"/> Hgb / Hct
	<input type="checkbox"/> Na +
	<input type="checkbox"/> K +
	<input type="checkbox"/> Glicemia
<b>G</b>	<b>MONITORIZAÇÃO NO SERVIÇO DE ORIGEM</b> (registar últimos valores antes da mudança de cama)
	<input type="checkbox"/> ECG
	<input type="checkbox"/> TA ____ / ____ mmHg
	<input type="checkbox"/> SaO2 ____ %
	<input type="checkbox"/> ET CO2
	<input type="checkbox"/> Temperatura ____ C°
	<input type="checkbox"/> Outros:
<b>H</b>	<b>VERIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE TRANSPORTE</b> (antes da mudança de cama)
	<input type="checkbox"/> Reserva de O2 (O2 necessário = [( 20 + Vmin ) x FiO2 x tempo de transporte em minutos] + 50%)
	<input type="checkbox"/> Monitor/desfibrilhador com “pacemaker”
	<input type="checkbox"/> Material de via aérea
	<input type="checkbox"/> Fármacos

## Lista de verificação para o transporte secundário (cont.)

<b>IV</b>	<b>INÍCIO DE TRANSPORTE</b>
	<input type="checkbox"/> Mudança para a maca de transporte
	<input type="checkbox"/> Mudança de prótese ventilatória
	<input type="checkbox"/> Mudança equipamento de perfusão
	<input type="checkbox"/> Mudança de monitorização
	<input type="checkbox"/> Fixação redundante de tubos e linhas
	<input type="checkbox"/> Tapar o doente
	<input type="checkbox"/> Fixação correcta do doente e do equipamento
	<input type="checkbox"/> Confirmação de disponibilidade de vaga do hospital de destino antes da partida
	<input type="checkbox"/> Conhecimento da localização de equipamento de emergência até à ambulância
	<input type="checkbox"/> Registos à saída do serviço

<b>V</b>	<b>NA AMBULÂNCIA</b>
	<input type="checkbox"/> Fixação da maca
	<input type="checkbox"/> Fixação e conexão do equipamento
	<input type="checkbox"/> Observação do doente
	<input type="checkbox"/> Registos, antes do início da marcha
	<input type="checkbox"/> Verificação final do equipamento da ambulância

<b>VI</b>	<b>TRAJECTO</b>
	<input type="checkbox"/> Registar parâmetros
	<input type="checkbox"/> Registar terapêutica/intervenções efectuadas e hora
	<input type="checkbox"/> Registar hora de início e fim de marcha

<b>VII</b>	<b>ENTREGA DO DOENTE NO HOSPITAL DESTINO</b>
	<input type="checkbox"/> História clínica e antecedentes
	<input type="checkbox"/> Motivo da transferência
	<input type="checkbox"/> Parâmetros à chegada do serviço e intervenções terapêuticas durante o trajecto
	<input type="checkbox"/> Passagem dos exames complementares e dados administrativos
	<input type="checkbox"/> Registo da hora de entrega do doente e identificação do médico responsável no serviço
	<input type="checkbox"/> Complicações durante o transporte

<b>VIII</b>	<b>REGRESSO AO HOSPITAL DE ORIGEM</b>
	<input type="checkbox"/> Informar serviço de origem do resultado do transporte
	<input type="checkbox"/> Preencher hora de regresso
	<input type="checkbox"/> Devolver equipamento e reportar qualquer falha
	<input type="checkbox"/> Arquivar em local próprio as folhas de registo

NOME		DIAGNOSTICO 1:	
IDADE		DIAGNOSTICO 2:	
HOSPITAL ORIGEM:		DIAGNOSTICO 3:	
HOSPITAL DESTINO:			
MÉDICO QUE RECEBE O DOENTE:			
MÉDICO QUE TRANSPORTA O DOENTE:			

# Formulário para transporte hospitalar

**A - VIA AEREA**

Oxigênio ventimask		Fi O2 (%)		Tubo Oro-traqueal		Tubo Naso-traqueal		Outra via aérea	
Dreno Torácico		Onde:							

**B - VENTILAÇÃO**

Espontânea		Controlada	
------------	--	------------	--

**C - CIRCULAÇÃO**

Acessos venosos		Onde		Fluidos (> 2000 ml)	SIM	Quais:	
Linha arterial		Onde			NÃO		
Cateter central		Onde		Aminas/Inotrópicos	SIM	Quais:	
Diurese (ml)					NÃO		

**D - DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA**

Traumatismo vértebro-medular	SIM NÃO	Lesões neurológicas	SIM NÃO	Nível		
Score Coma Glasgow (entrada hospital origem)		Abertura olhos		Resposta motora		TOTAL
Score Coma Glasgow (saída hospital origem)		Abertura olhos		Resposta motora		
				Resposta verbal		
				Resposta verbal		

**E - EXPOSIÇÃO**

Queimado	SIM NÃO	% atingida		Envolvimento de:	FACE		MAOS		PES		PERINEO	
				Tipo de queimadura:	FOGO		AGUA		QUÍMICO		EXPLOSAO	
Feridas	SIM NÃO	Tipo:										
			Local:									

**INFORMAÇÕES GERAIS**

Cirurgia no Hospital de origem:	SIM NÃO	Qual																
Cirurgião:											Drenos	SIM NÃO	Locais					
Anestesista:																		
Imagiologia	TAC											Fracturas	SIM NÃO	Locais				
	Ecografia																	
	RX cervical (face+perfil)	SIM		NÃO														
	RX tórax	SIM		NÃO														
	RX bacia	SIM		NÃO														
Sinais vitais (saída hospital de origem)	TA		FR		FC		Sat.O2		Temp.									

**OBSERVAÇÃO (evolução clínica durante o transporte)**

Sinais vitais (chegada hospital de destino)	TA		FR		FC		Sat.O2		Temp.				
	TERAPEUTICA EM CURSO		DOSE										
SEDAÇÃO													
RELAXANTES MUSCULARES													
AMINAS													
INOTROPICOS													
MANITOL													
OUTROS													

## Listagem mínima recomendada:

- Adenosina;
- Adrenalina;
- Amiodarona;
- Atropina;
- Bicarbonato de sódio;
- Captopril;
- Diazepam;
- Dinitrato de Isossorbido;
- Dobutamina;
- Dopamina;
- Etomidato;
- Fenobarbital;
- Flumazenil;
- Furosemida;
- Gluconato de Cálcio;
- Glucose Hipertónica;
- Heparina;
- Insulina Actrapid;
- Isoprenalina;
- Labetalol;
- Lidocaína (parentérica, gel e spray);
- Manitol;
- Metilprednisolona;
- Midazolam;
- Morfina;
- Naloxona;
- Nitroglicerina s.l.;
- Noradrenalina;
- Paracetamol;
- Propofol;
- Salbutamol;
- Succinilcolina;
- Sulfato de Magnésio;
- Tiopental sódico;
- Vecurónio;
- Verapamil.
- Cristalóides/colóides, em quantidade suficiente para a duração do transporte, e a eventual necessidade de reposição volémica, durante o transporte. Equipamento para a perfusão rápida de fluidoterapia endovenosa.

## Fármacos à disposição da equipa de transporte

# Resumindo...

- O transporte do doente crítico envolve 3 fases: Decisão, Planeamento e Efectivação
- A Decisão de transportar um doente é um acto médico
- O Planeamento do transporte é feito pela equipa médica e de enfermagem do serviço referente
- Equacionar possíveis acidentes para prevenir o Erro
- A Efectivação é feita pela equipa de transporte



?



**Obrigado**



**Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Médico – Cirúrgica**

**Avaliação nível 2 – Transporte Intra e Inter hospitalar**

**Local:** Unidade de Cuidados Intermédios do Hospital Pedro Hispano

**Data:** 14.12.2010 **Hora:** 14.30 horas

1 - Assinale com verdadeiro (V) ou falso (F) as afirmações seguintes:

1.1-O doente crítico necessita apenas de meios avançados de monitorização.	
1.2- O Transporte Inter hospitalar associa-se à inexistência de apenas recursos técnicos, no hospital de origem.	
1.3-O transporte do doente crítico divide-se em 2 fases: decisão e efectivação.	
1.4- A decisão de transportar um doente crítico é um acto exclusivamente do médico assistente do doente.	
1.5- As equipas médica e de enfermagem estão envolvidas no planeamento do transporte do doente crítico.	
1.6- Na fase de efectivação, a responsabilidade da equipa de transporte cessa no momento em que o doente entra no hospital destinatário.	
1.7- O nível de cuidados prestados durante o transporte deve ser inferior ou igual ao serviço de origem.	
1.8- O modelo de gestão activa do erro é importante para todos os profissionais de saúde.	
1.9- A definição de normas e protocolos contribuem para o aumento da segurança dos cuidados em saúde.	

Nome (opcional) -----

# Ficha de Avaliação da Formação

## Transporte Intra e Inter hospitalar

ASSINALE COM UM X A SUA OPÇÃO DE RESPOSTA

➤ TEMA

Muito pertinente	Pertinente	Pouco pertinente	Nada pertinente

➤ EXPOSIÇÃO

Muito Boa	Boa	Suficiente	Insuficiente

➤ MEIOS AUDIOVISUAIS

Bastante adequados	Adequados	Pouco adequados	Não adequados

Sugestões / Observações:

---

---

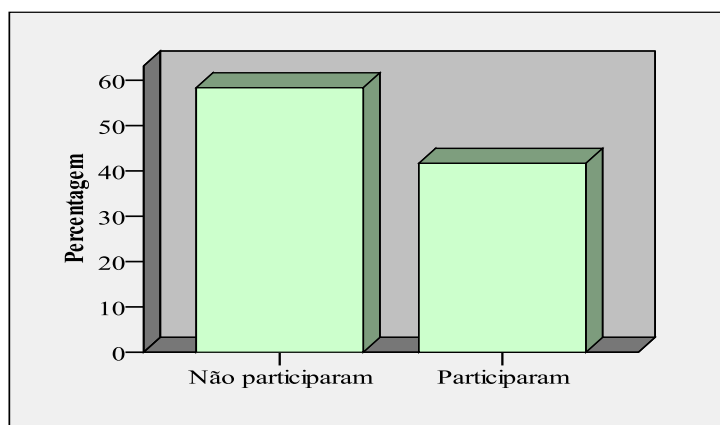
---

Obrigada

## Universo e amostra

O universo é constituído por 12 sujeitos e a amostra usada neste estudo é constituída por 5 sujeitos (participantes da acção de formação).

	Frequência	Percentagem
Não participaram	7	58,3
Participaram	5	41,7
Total	12	100,0



Analisando a tabela anterior, verificamos que apenas estiveram presentes na formação em serviço 41,7% da totalidade de elementos pertencentes à equipa multidisciplinar. Os restantes 58,7% dos elementos, não estiveram presentes por razões desconhecidas.

## Avaliação nível 2 – Transporte intra e inter hospitalar

	Falso		Verdadeiro	
	n	%	n	%
O doente crítico necessita apenas de meios avançados de monitorização	5	100 %	0	0 %
O transporte inter hospitalar associa-se apenas à inexistência de recursos técnicos no hospital de origem	4	80 %	1	20 %
O transporte do doente crítico divide-se em 2 fases: decisão e efectivação	5	100 %	0	0 %
A decisão de transportar um doente crítico é um acto exclusivamente do médico assistente do doente	4	80 %	1	20 %
As equipas médica e de enfermagem estão envolvidas no planeamento do transporte do doente crítico	0	0 %	5	100 %
Na fase de efectivação, a responsabilidade da equipa de transporte cessa no momento em que o doente entra no hospital destinatário	5	100 %	0	0 %
O nível de cuidados prestados durante o transporte deve ser inferior ou igual ao serviço de origem	5	100 %	0	0 %
O modelo de gestão activa do erro é importante para todos os profissionais de saúde	0	0 %	5	100 %
A definição de normas e protocolos contribuem para o aumento da segurança dos cuidados em saúde	0	0 %	5	100 %

Relativamente à análise da tabela anterior, verificamos que apenas na afirmação “O transporte inter hospitalar associa-se apenas à inexistência de recursos técnicos no hospital de origem” e na afirmação “A decisão de transportar um doente crítico é um acto exclusivamente do médico assistente do doente” apenas um elemento respondeu errado, sendo a avaliação nestas afirmações de 80%. As restantes afirmações apresentam uma avaliação de 100%.

## Ficha de avaliação da formação

		n	%
Tema	Nada pertinente	0	0 %
	Pouco pertinente	0	0 %
	Pertinente	2	40 %
	Muito pertinente	3	60 %
Exposição	Insuficiente	0	0 %
	Suficiente	0	0 %
	Boa	2	40 %
	Muito boa	3	60 %
Meios Audiovisuais	Não adequados	0	0 %
	Pouco adequados	0	0 %
	Adequados	4	80 %
	Bastante adequados	1	20 %

Por se tratarem de variáveis ordinais foi calculada a mediana (medida de tendência central adequada a este tipo de variáveis). Para isso foram codificadas as variáveis da seguinte forma:

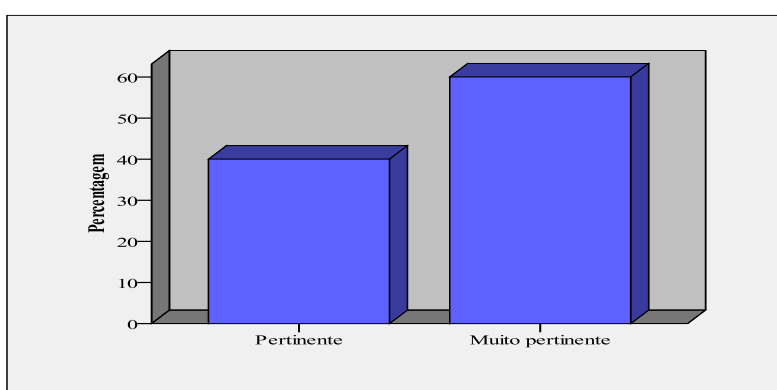
- Tema:
  - 1 – Nada pertinente
  - 2 – Pouco pertinente
  - 3 – Pertinente
  - 4 – Muito pertinente
- Exposição:
  - 1 – Insuficiente
  - 2 – Suficiente
  - 3 – Boa
  - 4 – Muito boa
- Meios Audiovisuais:
  - 1 – Não adequados
  - 2 – Pouco adequados
  - 3 – Adequados
  - 4 – Bastante adequados

Posto isto, as medianas para cada uma das variáveis encontram-se expostas na tabela seguinte:

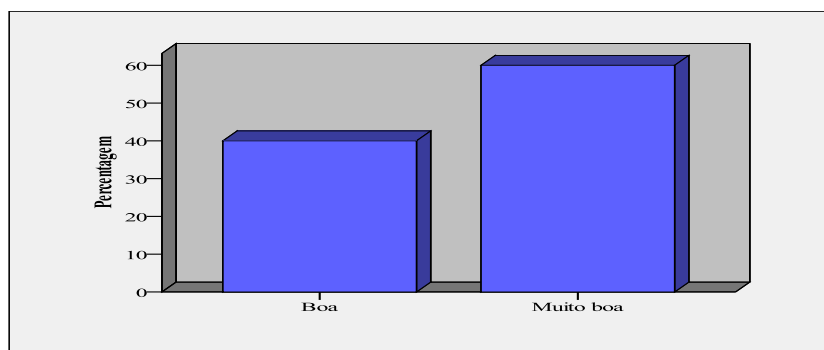
<b>Estatísticas</b>			
	Tema	Exposição	Meios Audiovisuais
Mediana	4,00	4,00	3,00
	(Muito pertinente)	(Muito boa)	(Adequados)

Seguem-se os gráficos de barras com as distribuições das respostas em percentagem para cada um dos itens avaliados.

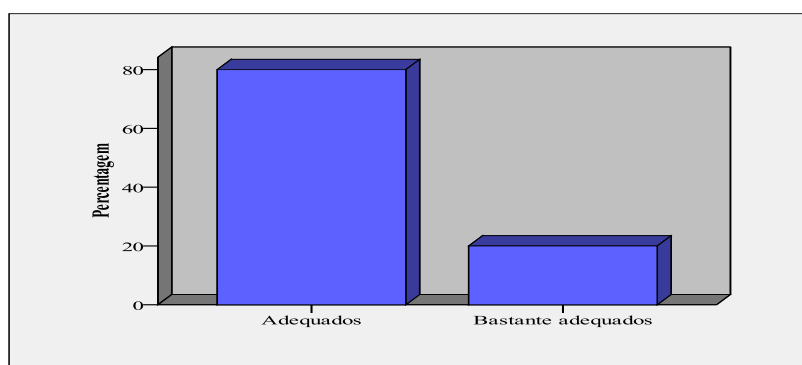
### Tema



### Exposição



### Meios Audiovisuais



# NORMA DE PROCEDIMENTOS PARA OS TRANSPORTES INTRA E INTER HOSPITALAR

## OBJECTIVO

Uniformizar conceitos, procedimentos e estratégias nos transportes intra e inter hospitalar do doente crítico

## ÂMBITO OU CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os profissionais de saúde que efectuem transportem intra e inter hospitalar do doente crítico.

## MODO DE PROCEDIMENTO / DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES

O transporte do doente crítico envolve três fases distintas: decisão, planeamento e efectivação. Na fase de decisão tem que se equacionar os riscos inerentes ao doente e a todo o processo de transporte; no planeamento tem que se ter em consideração a coordenação, comunicação, estabilização, a equipa, o equipamento, o transporte e a documentação; deve-se ponderar possíveis riscos de acidentes e tomar medidas para a respectiva prevenção. Na fase de efectivação o nível de cuidados durante o transporte não deve ser inferior ao serviço de origem, devendo por vezes ser superior.

## RESPONSABILIDADE

É um acto médico. A fase de decisão envolve a decisão do médico assistente e a decisão do chefe de equipa e do director de serviço. O planeamento inclui a equipa de enfermagem e a efectivação é feita pela equipa de transporte.

## MATERIAL E EQUIPAMENTO

Tem que se realizar uma avaliação para os transportes intra e inter hospitalar. (ANEXO I, ANEXO II). Deve existir há disposição da equipa que efectua o transporte uma variedade de fármacos disponíveis (ANEXO III)

## DEFINIÇÕES

O doente crítico “é 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. (SPCI)

O transporte intra hospitalar refere a doentes que necessitam de ser transportados dentro do mesmo hospital, a fim de serem submetidos a procedimentos terapêuticos e diagnósticos (transporte da sala de emergência para a unidade de cuidados intensivos, transporte para a imagiologia, transporte para o bloco operatório, etc.).

O transporte inter hospitalar associa-se à falta de recursos (humanos e técnicos), no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado.

## REFERÊNCIAS / DOCUMENTOS ASSOCIADOS

Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos(2008), “Transporte de doentes Críticos Recomendações 2008”.

REGISTOS – Deve existir um formulário específico para o transporte hospitalar (ANEXO IV)

## ANEXOS

Anexo I - Avaliação para o transporte intra-hospitalar

Anexo II - Avaliação para o transporte secundário

Anexo III - Fármacos à disposição da equipa de transporte

Anexo IV -Fármacos à disposição da equipa de transporte

## ANEXO I- Avaliação para o transporte intra-hospitalar

1. VIA AEREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUENCIA RESPIRATORIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIENCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATORIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINAMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2	TOTAL ....	

\* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

\* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

\* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.

## ANEXO II- Avaliação para o transporte secundário

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATORIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico e Aspiração	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2	TOTAL ....	

\* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

\* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhum	"Standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, Injectáveis + soros
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada, Desfibrilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

\* Adaptado de Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.

## ANEXO III- Fármacos à disposição da equipa de transporte

Listagem mínima recomendada:

- Adenosina;
- Adrenalina;
- Amiodarona;
- Atropina;
- Bicarbonato de sódio;
- Captopril;
- Diazepam;
- Dinitrato de Isossorbido;
- Dobutamina;
- Dopamina;
- Etomidato;
- Fenobarbital;
- Flumazenil;
- Furosemida;
- Gluconato de Cálcio;
- Glucose Hipertónica;
- Heparina;
- Insulina Actrapid;
- Isoprenalina;
- Labetalol;
- Lidocaína (parentérica, gel e spray);
- Manitol;
- Metilprednisolona;
- Midazolam;
- Morfina;
- Naloxona;
- Nitroglicerina s.l.;
- Noradrenalina;
- Paracetamol;
- Propofol;
- Salbutamol;
- Succinilcolina;
- Sulfato de Magnésio;
- Tiopental sódico;
- Vecurónio;
- Verapamil.
- Cristalóides/colóides, em quantidade suficiente para a duração do transporte, e a eventual necessidade de reposição volémica, durante o transporte. Equipamento para a perfusão rápida de fluidoterapia endovenosa.

## ANEXO IV - Formulário para transporte hospitalar

NOME	<input type="text"/>	DIAGNÓSTICO 1:	<input type="text"/>
IDADE	<input type="text"/>	DIAGNÓSTICO 2:	<input type="text"/>
HOSPITAL ORIGEM:	<input type="text"/>	DIAGNÓSTICO 3:	<input type="text"/>
HOSPITAL DESTINO:	<input type="text"/>		
MEDICO QUE RECEBE O DOENTE:	<input type="text"/>		
MEDICO QUE TRANSPORTA O DOENTE:	<input type="text"/>		

### A - VIA AÉREA

Oxigênio ventimask	<input type="text"/>	Fi O2 (%)	<input type="text"/>	Tube Oro-traqueal	<input type="text"/>	Tube Naso-traqueal	<input type="text"/>	Outra via aérea	<input type="text"/>
Dreno Torácico	<input type="text"/>	Onde:	<input type="text"/>						

### B - VENTILAÇÃO

Espontânea	<input type="text"/>	Controlada	<input type="text"/>
------------	----------------------	------------	----------------------

### C - CIRCULAÇÃO

Acessos venosos	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>	Fluidos (> 2000 ml)	<input type="text"/>	SIM	Quais:	<input type="text"/>
Linha arterial	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>			NÃO		
Cateter central	<input type="text"/>	Onde	<input type="text"/>	Aminas/Inotrópicos	<input type="text"/>	SIM	Quais:	<input type="text"/>
Diurese (ml)	<input type="text"/>					NÃO		

### D - DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

Traumatismo vértebro-medular	<input type="text"/>	SIM	Lesões neurológicas	<input type="text"/>	SIM	Nível	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	NÃO		<input type="text"/>	NÃO			
Score Coma Glasgow (entrada hospital origem)	<input type="text"/>	Abertura olhos	<input type="text"/>	Resposta motora	<input type="text"/>	Resposta verbal	<input type="text"/>	TOTAL
Score Coma Glasgow (saída hospital origem)	<input type="text"/>	Abertura olhos	<input type="text"/>	Resposta motora	<input type="text"/>	Resposta verbal	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### E - EXPOSIÇÃO

Queimado	<input type="text"/>	% atingida	<input type="text"/>	Envolvimento de:	FACE	<input type="text"/>	MÃOS	<input type="text"/>	PES	<input type="text"/>	PERÍNEO	<input type="text"/>
	<input type="text"/>			Tipo de queimadura:	FOGO	<input type="text"/>	ÁGUA	<input type="text"/>	QUÍMICO	<input type="text"/>	EXPLOSAO	<input type="text"/>
Feridas	<input type="text"/>	Tipo:	<input type="text"/>									
	<input type="text"/>		<input type="text"/>									

### INFORMAÇÕES GERAIS

Cirurgia no Hospital de origem:	<input type="text"/>	SIM	Qual	<input type="text"/>								
	<input type="text"/>	NÃO										
Cirurgião:	<input type="text"/>			Drenos	<input type="text"/>	Locais	<input type="text"/>					
Anestesiista:	<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Imagiologia	TAC	<input type="text"/>			Fraturas	<input type="text"/>	Locais	<input type="text"/>				
	Ecografia	<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>				
	RX cervical (face+perfil)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>					
	RX tórax	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>					
	RX bacia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>					
Sinais vitais (saída hospital de origem)	TA	<input type="text"/>	FR	<input type="text"/>	FC	<input type="text"/>	Sat.O2	<input type="text"/>	Temp.	<input type="text"/>		

### OBSERVAÇÃO (evolução clínica durante o transporte)

Sinais vitais (chegada hospital de destino)	TA	<input type="text"/>	FR	<input type="text"/>	FC	<input type="text"/>	Sat.O2	<input type="text"/>	Temp.	<input type="text"/>
---	----	----------------------	----	----------------------	----	----------------------	--------	----------------------	-------	----------------------

#### TERAPEUTICA EM CURSO

#### DOSE

SEDAÇÃO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RELAXANTES MUSCULARES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AMINAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INOTROPICOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MANITOL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OUTROS	<input type="text"/>	<input type="text"/>

O Médico do Transporte

O Médico do Hospital destino

# ANEXO II

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO “*SÍNDROME DE BURNOUT NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR*”

- Enquadramento Teórico
- Planeamento da sessão
- Apresentação
- Panfleto Informativo

**Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde**  
Mestrado Profissional em Enfermagem Médico - Cirúrgica  
Estágio na Área da Enfermagem Médico – Cirúrgica III

1º Ano - 3º Semestre



*O Burnout e a Emergência Pré – Hospitalar*

**Porto, Outubro de 2010**

**Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde**

Mestrado Profissional em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Estágio na Área da Enfermagem Médico- Cirúrgica III

1º Ano - 3º Semestre

*O Burnout e a Emergência Pré – Hospitalar*

**Docente:**

Professora Amélia Ferreira

**Trabalho realizado por:**

Milene Carvalho n.º 361607090

**Porto, Outubro de 2010**

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

*Ricardo Reis (heterónimo de Fernando Pessoa)*

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
1. Introdução.....	5
2. Conceito.....	6
2.1. Diagnóstico Diferencial.....	8
2.2. Fases Evolutivas do Síndrome de Burnout.....	9
2.3. Sintomas Associados.....	10
2.4. Factores e Causas que intervêm no Burnout.....	11
2.5. Cultura e Clima Organizacional.....	13
2.6 Satisfação Profissional.....	14
2.7. Coping.....	15
2.8. Absentismo Laboral.....	17
2.9. Burnout e a Emergência.....	18
3. Conclusão.....	19
4. Bibliografia.....	20

## 1. Introdução

O presente trabalho insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional e Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica incluído na disciplina de Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica III, resultando da identificação de um problema de saúde patente e cada vez mais presente nos profissionais de saúde da emergência pré-hospitalar – o *Burnout*.

Este permitiu aprofundar conhecimentos na área do *Burnout* e Emergência Pré-Hospitalar mostrando-se como instrumento de avaliação da disciplina. O tema abordado: *O Burnout na Emergência Pré-Hospitalar*, visa estabelecer relações entre a prevalência de Síndrome de Burnout nos profissionais de enfermagem que trabalham na emergência pré-hospitalar.

Segundo Pines (1993) aquele que tenta encontrar um significado na sua vida através do trabalho e sente que falhou estará, provavelmente, mais exposto ao *burnout*. São aspectos relacionados com a motivação e o envolvimento e significação que podem ser determinantes para o risco desta síndrome.

Os enfermeiros que trabalham na emergência médica são susceptíveis ao *burnout*, atendendo ao facto de diariamente enfrentarem situações emocionalmente intensas, à necessidade de decidir muitas vezes sob pressão, com urgência e em condições de risco ou limitação de recursos.

A realização deste trabalho foi feita recorrendo a uma metodologia descritiva, apoiada em vasta pesquisa bibliográfica

Com a realização deste trabalho pretende-se, igualmente, desenvolver a capacidade de reflexão e de pensamento crítico, aliado ao desenvolvimento da capacidade, quer de abstracção, quer de aplicação dos conceitos teóricos ao contexto da Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## 2. Conceito

O *Burnout* foi um termo usado pela primeira vez por Freudenberger, em 1974, para definir uma situação que se manifesta por uma verdadeira crise de identidade, colocando em questão as características da pessoa nos planos físicos, psíquico e relacional. Mais tarde, o mesmo autor disse que o *Burnout* é um conjunto de sistemas médico-biológicos e psicossociais inespecíficos, resultado de uma exigência excessiva de energia no trabalho, que ocorre especialmente nas profissões assistenciais ou de ajuda. Deste modo, qualquer sujeito pode sentir stress, mas o *Burnout* só é experienciado por pessoas que vão para as suas carreiras profissionais com índices elevados de motivação e envolvimento pessoal e de ideais, e que posteriormente se sentem frustrados (Vaz Serra, 1999).

O *Burnout* pode ser definido como um estado de exaustão físico, emocional e mental que resulta dos efeitos do stress ocupacional continuado e crónico em personalidades com alguma predisposição, e em ambientes de trabalho predisponentes, causado frequentemente por períodos prolongados de envolvimento em situações emocionalmente exigentes, como sucede habitualmente com as profissões assistenciais ou de ajuda, entre as quais se destaca a Enfermagem (Maslach & Jackson, 1986, cit in Evangelista, Hortense & Sousa, 2004).

É considerado como um síndrome, uma vez que não há uma distinção clara na manifestação das suas diferentes etapas, podendo ser caracterizado como uma má adaptação psicológica, psicofisiológica e com reacções comportamentais inadequadas, em que ao contrário do stress não se relaciona com sentimentos positivos (Guido, 2003), sendo ainda de referir que este síndrome pode também ser um sinónimo de mal-estar profissional e pessoal (Jesus, 2000), sendo as suas manifestações físicas, comportamentais, sociais, de atitude, e/ou organizacionais (Scaufeli & Buunk, 1996), como por exemplo: os problemas de saúde relacionados com o stress, o absentismo laboral (Scaufeli & Buunk, 1996; Ballone, 2002; Flores, 1994, cit in Martinez, 1997).

As suas dimensões são: a exaustão emocional (sentimento de esgotamento emocional e físico, com a sensação de incapacidade e de impotência para actividades, cansaço vespertino e perda de energia); a despersonalização (atitude fria e distante em relação às pessoas no trabalho, em que há uma minimização do envolvimento no trabalho e perda de ideais); e a falta de realização profissional (aumento do sentimento de inadequação, perda de confiança nas suas próprias capacidades e competências, e diminuição da auto-estima) (Maslach & Leiter, 1997).

Muitas vezes é confundido com o tédio, o stress no trabalho, a tensão, o conflito, a pressão, a fadiga emocional, a depressão, a crise, etc.

O *Burnout* só pode ser distinguido de forma relativa de outros conceitos. Porém, uma distinção entre o *Burnout* e o stress pode ser feita tendo em consideração o tempo (stress profissional prolongado conduz ao *Burnout*), e entre o *burnout* e a depressão no que respeita

ao conteúdo, pois existe dificuldade em diferenciar o *Burnout* do estado afectivo da depressão (Maslach & Schaufeli, 1993; cit in Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

O *Burnout* psicológico é um complexo fenómeno confirmado pela investigação. Maslach enfatiza a origem da investigação do *Burnout* na psicologia social mais do que na psicologia clínica. O termo *Burnout* (Meier, 1984) é a designação para um estado extremo que partilha muitos aspectos com o síndrome clínico da depressão, embora o termo apareça numa descrição de um estado de distresse experienciado nos trabalhadores dos serviços humanos com grande exigência no seu trabalho.

Em 1981, o *Burnout* era uma resposta inadequada ao stress emocional crónico, para em 1982, Maslach definir este conceito como uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e de redução de realização pessoal que pode surgir em sujeitos que trabalham com pessoas.

Assim, Maslach (1993; cit in Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) referindo o seu modelo multidimensional do *Burnout*, diz que a exaustão emocional é o esgotamento físico caracterizado pela sensação de não se poder dar mais de nos aos outros, levando a uma situação negativa e negligente; a despersonalização surge porque o sujeito, para se proteger dos sentimentos negativos que o acompanham, isola-se, evitando estabelecer relações interpessoais, tornando-se cínico, distanciado e definindo rótulos depreciativos aos utentes e colegas; por último, a redução da realização pessoal manifesta-se por sentimentos de inadequação profissional e pessoal e na incapacidade de responder ao que lhe é solicitado.

Podemos ver que o *burnout* está associado a certos comportamentos que determinam e/ou são determinados pela relação do indivíduo com o trabalho e as organizações.

O *Burnout*, resulta da discrepância exigente entre os esforços realizados no sentido de atingir um determinado objectivo e os resultados obtidos (que não compensaram o esforço dispendido). Esta teoria está de acordo com Pines (1993) referido por Serra (1999), segundo o qual qualquer pessoa pode numa fase da sua vida sentir stress, contudo o *Burnout* só se verifica em indivíduos que possuem, expectativas profissionais muito elevadas, investindo muito a nível pessoal, no sentido de atingirem determinados objectivos e que se sentem frustradas relativamente a esses mesmos objectivos.

Desta forma, indivíduos com comportamentos idealistas e perfeccionistas, são por norma os mais vulneráveis ao *Burnout*, assim como indivíduos com actividades profissionais que requerem permanentemente um desempenho e concentração elevada, no sentido de minimizarem a possibilidade de erro. Por estas razões, Chenevert (1997) refere que a profissão de enfermagem se enquadra perfeitamente nesta descrição "*nurses are prime candidates for burnout*".

Aspectos comuns às várias definições:

- Surge como “*resultado final de um processo no qual pessoas altamente motivadas e empenhadas perderam esse espírito*” (Mendes, 1996);
- Implica a “*existência prévia de uma situação em que a pessoa pensa a sua profissão como uma forma de ajudar os outros de maneira idealista e entusiástica. Indivíduos que iniciam profissões de ajuda com atitude cínica e descomprometida quanto a esta, estariam imunes à sua ocorrência*” (Mendes, 1996).

Segundo Matos e tal (1999) a definição mais consolidada é a que oferecem Maslach e Jackson em 1982 onde afirmam que três factores caracterizam o *Burnout*.

#### **A - Exaustão emocional ou esgotamento físico e psicológico**

Surge como o esgotamento físico e caracteriza-se pela “sensação de não poder dar mais de si aos outros” (Queiros, 1998). Acompanha-se de uma mudança do ponto de vista individual sobre as pessoas, passando de positivo e preocupado a negativo e negligente (Maslach, 1982).

É no fundo uma sensação de vazio de recursos emocionais.

#### **B- Despersonalização**

Caracteriza-se pelo desenvolvimento de uma atitude negativa, fria e insensível para com os destinatários dos serviços prestados; “com esta atitude o individuo tenta superar a falta de recursos emocionais e trata os outros como objectos ou números, privando-os da sua condição de pessoas” (Matos e tal, 1999).

Martin e tal citado por Queiros (1998) refere que a despersonalização “acontece porque o sujeito, para proteger-se dos sentimentos negativos que o acompanham, isola-se num evitamento das relações interpessoais, surgindo atitudes frias, cínicas, distanciadas e rótulos depreciativos acerca dos utentes e colegas”

#### **C- Falta de realização profissional ou de objectivos pessoais**

Percepção da impossibilidade de realização pessoal no trabalho, o que provoca uma diminuição das expectativas pessoais, implicando uma autoavaliação negativa onde se inclui a não aceitação de si próprio assim como sentimentos de fracasso, baixa auto-estima e insatisfação pelos rendimentos laborais obtidos.

“Manifesta-se por sentimentos de inadequação pessoal e profissional e incapacidade de dar resposta ao que lhe é pedido” (Queiros, 1998).

## 2.1 Diagnostico Diferencial

De acordo com Matos e tal (1999) o Síndrome de *Burnout* tem uma identidade própria pois apresenta características diferenciais com respeito a outras identidades com as quais se poderia confundir.

Pires e Aronson citados por Mendes (1996) referem que o *Burnout* deve ser entendido como fenômeno social, não devendo ser tratado numa concepção clínica e individualista da depressão.

O *Burnout* não é o mesmo que stress, depressão, tédio ou aborrecimento, da mesma forma que não se identifica com os “life events” ou crise de meia idade da vida, nem com a insatisfação laboral ainda que esteja em relação íntima com esta última (Matos, e tal, 1999).

## 2.2 Fases evolutivas do Síndrome de Burnout

Embora existam autores que considerem o *Burnout* como um processo contínuo, outros há que consideram na evolução do síndrome uma série de etapas.

Cherniss citado por Matos e tal (1999) considera três fases de evolução.

### 1- Fase de stress laboral

Ocorre um “desajuste entre as exigências laborais e os recursos tanto humanos como materiais”. “Existe um excesso de exigências e uma falta de recursos, o que ocasiona uma situação de stress”.

### 2- Fase de excesso ou sobreforço

“O sujeito trata de dar uma resposta emocional ao desajuste a que está submetido realizando um excesso ou sobreforço, o que motiva o aparecimento de sintomas emocionais como: ansiedade, fadiga, irritabilidade, tensão e também sinais ou sintomas laborais tais como o aparecimento de condutas egoístas, alienação laboral, perda de altruísmo e idealismo, diminuição ou perda das metas laborais e uma falta de responsabilidade nos resultados do seu trabalho”.

### 3- Fase de enfrentamento defensivo

Ocorre uma mudança de atitudes e comportamentos utilizada pelo indivíduo para se defender das tensões a que se vê submetido. Assim, o “sujeito aparece emocionalmente distanciado, com desejos e fantasias de mudar de trabalho, com reacções de fuga ou retirada, maior rigidez ao realizar o seu trabalho, níveis elevados de absentismo laboral e atitudes

cínicas e depreciativas. Nesta fase os profissionais costumam culpar os outros como responsáveis e causadores dos seus problemas”.

O mesmo autor refere ainda a instalação do *Burnout* implica as seguintes fases:

1ª- Entusiasmo idealista exagerado

2ª – Lassidão/Estagnação – surgem os primeiros sinais de fadiga com perturbação do sono, o rendimento é menor, começa a sentir insatisfação profissional.

3ª – Sentimento de frustração – Interrogação sobre a utilidade da profissão e apresentam-se perturbações somáticas ou emocionais.

4ª – Apatia – Deslocação para o trabalho como uma obrigação pesada, procurando fazer o menos possível e resistindo à mudança, limitando-se a cumprir rotinas.

## 2.3 Sintomas Associados

Segundo Matos e tal (1999) os sintomas associados ao *Síndrome de Burnout* são de quatro ordens de grandeza:

Psicossomáticos onde se incluem sintomas diversos como cefaleias, alteração do padrão do sono, diarreia, hipertensão arterial, úlceras, dores osteomusculares múltiplas, alterações gastrointestinais, perturbações respiratórias, diminuição do peso, sensação crónica de cansaço, alterações menstruais, etc.

Comportamentais verificando-se frequentemente absentismo laboral, dependência do álcool, consumo elevado de cigarros, problemas conjugais e familiares, condutas violentas e de alto risco como a condução temerária, afecções suicidas e maior risco de gravidez não desejada como o incremento do stress laboral.

Emocionais com distanciamento afectivo das pessoas às quais deve atender. “O sujeito converte-se em irritável, impaciente até ao ponto de manifestar rasgos paranoides na sua relação com os utentes, colegas ou chefes”. Aparece a ansiedade que implica uma diminuição da concentração e do rendimento no trabalho.

Defensivos através da negação das emoções anteriormente descritas e que lhe resultam desagradáveis. Desvio dos sentimentos para outras situações ou coisas que não tenham a ver com o relacionamento com os utentes. Intelectualização ou atenção parcial para aquilo que lhe resulta menos desagradável ou a utilização do cinismo ou desprezo em relação às pessoas com as quais trabalha.

## 2.4 Factores e Causas que intervêm no Burnout

### 1- Factores pessoais ou individuais

#### A) Personalidade

“ Os sujeitos predispostos a desenvolver o *Burnout* caracterizam-se por serem orientados mas obsessivos, entusiasmados, entregues ao trabalho e identificados de forma exagerada com os utentes, têm uma personalidade do tipo emocional” (Matos e tal, 1999).

De acordo com Câmara (1998) e citando Freudenberger são profissionais excessivamente dedicados, exagerando os seus esforços como resultado de um idealismo e expectativas demasiado elevadas. O trabalho é um substituto da sua vida social. Tendem a ser perfeccionistas, compulsivos e a sua auto-estima é afectada pelo seu sentido de eficácia no trabalho.

#### B )Locus Controlo

De acordo com Mendes (1996) a designação de “locus controlo” sugere a expectativa que a “pessoa tem de poder ou não controlar o que lhe acontece. À internalidade corresponde a convicção de que determinado acontecimento é dependente do seu próprio comportamento ou de características relativamente permanentes que ele possui. À externalidade corresponde a crença que o acontecimento é percebido como o resultado do acaso, da sorte, do destino ou do controlo do poder de outros.

Rotter citado pela autora acima referida sugere que os indivíduos com maior internalidade desenvolvem mais esforços de realização do que os que sentem que têm pouco controlo sobre o meio.

#### C) Stress

Parece consensual que existe uma influência clara dos sucessos de vida “stressantes” no desenvolvimento do Síndrome de *Burnout*.

O stress profissional é o resultado da relação trabalho/indivíduo. A desproporção entre os esforços realizados e os resultados obtidos, não satisfazendo as expectativas pessoais, estaria na origem do *Burnout* (Freudenberger, 1975).

Bhagat citado por Matos e tal (1999) refere que há uma relação positiva entre estes e a diminuição da afectividade no trabalho assim como a adaptação ao mesmo.

De acordo com Vendrell (1988) *Burnout* é o produto do stress laboral.

Segundo Leal citado por Queiros (1998) o stress mais cedo ou mais tarde leva ao *Burnout*. Já Alvarez (1993) afirma que no âmbito das profissões de ajuda o stress crónico em contexto laboral poderá estar na origem do *Burnout*.

Dubreucq citado por Queiros (1998) refere que “o esgotamento profissional é considerado como sendo resultado de um stress contínuo”.

#### D) Idade

Não é válido o estabelecimento de uma relação de causa – efeito entre a idade ou antiguidade profissional e o desenvolvimento do *Burnout*. Matos e tal (1999) refere que para alguns autores a relação é inversa ou negativa, a mais anos de exercício corresponde menor grau de *burnout* (Cherniss 1982, Maslach 1982, outros estudos encontram uma relação directa (Pines e Maslach, 1978) e existem estudos que não encontram nenhum tipo de relação (Mac dermott, 1984; Hock, 1988; Donohoe e tal, 1993).

#### E) Sexo

É também uma variável sem um papel definido. Para Maslach e Jackson citados por Matos e tal (1999), “as mulheres controlam melhor os conflitos laborais que os homens mas existem autores que encontram maiores níveis de *Burnout* em mulheres, outros em homens e outros não encontram diferenças”.

#### F) Apoio Familiar, social e religioso

De acordo com Matos e tal (1999) estes factores comportam-se como atenuadores do stress laboral, exercendo um efeito negativo sobre o aparecimento do stress (Capner e Caltabiano, 1993; Henry e tal, 1991; Heim, 1993).

### 2 – Factores Laborais

“As profissões de risco são as de ajuda nas quais se prestam serviços humanos directos e de grande transcendência para o individuo que os procura” (Matos e tal, 1999).

A profissão onde com mais frequência se tem descrito é a enfermagem. Mas de acordo com Matos e tal (1999) o *Burnout* não é exclusivo das profissões clínicas: também foi encontrado em professores, assistentes sociais, polícias, funcionários das prisões, controladores de tráfego aéreo, veterinários, farmacêuticos, juizes e ministros da igreja protestante.

### 3 – Factores Sócio-Culturais

Os avanços científicos e tecnológicos, o envelhecimento da população e a multiplicação de patologias crónicas e invalidantes, o consumismo e a satisfação sem limites onde o cuidado da saúde é um artigo de consumo, a hospitalização e todo o tipo de sofrimento são alguns aspectos que influem na frustração e desencanto sistemático que sofrem muitos profissionais em relação ao seu trabalho (Matos et al, 1999).

#### 4 – Sistema de interações e a sua relação com o indivíduo

O indivíduo insere-se numa sociedade cada vez mais complexa onde existe uma multiplicidade de causas que se inserem num complicado sistema de interações e que o afectam directa ou indirectamente. Pines e Maslach citados por Queirós (1998) referem que as causas desta síndrome devem investigar-se nas condições de trabalho.

De facto muitos autores fazem referência às influências dos factores laborais na sua génese (González e Rodrigo, citados por Queirós, 1998). O mesmo autor cita investigações de Hidalgo e Díaz que comprovam que a insatisfação e outros factores laborais têm uma correlação positiva com o *Burnout*.

“A rigidez de horários, as expectativas pouco realistas das instituições, a ausência de supervisão ou uma supervisão abusiva, a responsabilidade sem autoridade, a falta de informação sobre a sua evolução, as famílias caóticas, o lidar com pacientes “borderlines” em excesso, são alguns exemplos que podem levar a um sentimento de cansaço e exaustão” (Câmara, 1998). O mesmo autor citando Daniel e Rogers, afirma que o Burnout resulta de interações entre o envolvimento do ego, as expectativas profissionais e os factores económicos e sociais.

### **2.5 Cultura e Clima Organizacional**

O conceito de clima aplicado às organizações sugere um composto multidimensional de elementos, à semelhança do que refere a expressão clima atmosférico – humidade, pressão, poluição, temperatura, estado do vento, pluviosidade, nebulosidade, correntes marítimas – os quais exercem considerável influencia no modo como os indivíduos se comportam na situação de trabalho (Ferreira e tal, 2001). Moos e Insel (1974) apontam os seguintes aspectos como relevantes e caracterizadores do clima organizacional: envolvimento, coesão entre colegas, apoio do supervisor, autonomia, orientação para a tarefa, pressão no trabalho, clareza, controlo, inovação e conforto físico.

É sabido que o clima organizacional influencia a motivação e o comportamento dos indivíduos e a produtividade das organizações. Para Ferreira e tal (2001), este conceito pode abordar-se em quatro perspectivas distintas, não mutuamente exclusivas: perspectiva organizacional, perspectiva psicológica, perspectiva psicossocial e perspectiva cultural. Nas diferentes perspectivas o ênfase é colocado respectivamente na organização, no indivíduo e deste com o contributo da influencia social. Por ultimo, na perspectiva cultural “o clima é algo que é criado por um conjunto de sujeitos que interagem e partilham uma estrutura de referência comum, ou seja, a cultura organizacional”. Nesta asserção o clima aparece como dimensão da cultura organizacional com a qual se relaciona e interage.

De acordo com Feldman (1988) a cultura organizacional é uma colecção de meios que se desenvolveram no contexto da organização mas que interagem com os aspectos sociais e culturais. Considera-se como meios, as normas, os papéis, os planos e as ideias que procuram dar coerência e sentido às acções e acontecimentos em que se participa. Quanto maior e mais forte for a cultura organizacional melhor o olhar sobre estes aspectos referidos (Winnubst, 1993 cit in Schaufeli, Maslach & Marek, 1993), pois para Moreno-Jiménez e Puente (1999 in Simón, 1999), estes aspectos são factores importantes a ter em conta nas profissões da saúde.

Desta forma é importante o clima de trabalho. Este é o resultado daquilo que a maioria dos empregados vêem como os costumes típicos, práticas e procedimentos. Frequentemente o clima de trabalho é descrito na base de dimensões como autonomia, degraus de estrutura, sistema de recompensa e suporte. Nesta base, o suporte social é relevante nas organizações. Quanto melhor as relações entre os trabalhadores, mais profissionais se tornam e mais sucesso no trabalho sentem (Winnubst, 1993 cit in Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Entre profissionais de saúde, a exaustão emocional e física é causada pelo contínuo contacto com outras pessoas. Deste modo, é necessário que os membros das equipas se ajudem uns aos outros e que existam comportamentos eficazes de liderança e participação. A dinâmica das equipas de trabalho de uma organização tem um poderoso efeito sobre as atitudes e os comportamentos das pessoas (Gil – Monte & Peiró, 1997).

## **2.6 Satisfação Profissional**

A profissão de enfermagem tem sido sujeita nos últimos anos a uma evolução quer no domínio técnico quer no domínio científico. A passagem do grau académico bacharelato para o nível de licenciatura, representa uma aquisição importante no seio da profissão, traduzindo simultaneamente um acréscimo de exigência e responsabilidade aos seus profissionais. Apesar das medidas políticas não terem acompanhado a evolução da profissão, torna-se pertinente compreender a satisfação profissional em enfermagem e a possível relação entre esta e o *burnout* no seio da profissão.

Estudos efectuados anteriormente traduzem a existência de uma satisfação global fraca nos profissionais de enfermagem, que se acentua nas dimensões referentes aos conteúdos funcionais da própria profissão, assim como relativamente à remuneração. No que concerne à relação entre satisfação profissional e *burnout*, estudos desenvolvidos com enfermeiros em relação a esta problemática, demonstram claramente a existência de uma correlação negativa significativa.

A compreensão da satisfação profissional poderá indicar estratégias de promoção da mesma e conseqüentemente de redução dos níveis de *burnout* existentes na profissão,

facilitando a promoção e implementação de estratégias que visem o bem-estar, a motivação pessoal e por último a satisfação dos profissionais.

Ao procurar a satisfação profissional, o individuo influencia outras áreas da sua vida pessoal, desenvolvendo atitudes e sentimentos positivos que lhe permitem adoptar um estilo de vida de acordo com os seus objectivos pessoais promovendo o seu bem-estar psicológico.

A teoria dos dois factores de Herzberg, proposta em 1959, representa uma mudança significativa na perspectiva da satisfação profissional que se encontrava em vigor na altura. O estudo efectuado por Herzberg et al (1959) permitiu-lhes identificar cinco factores que consideraram ser responsáveis pela satisfação dos trabalhadores, sendo respectivamente: a realização, o reconhecimento, a responsabilidade, o trabalho em si e a possibilidade de progressão na carreira. Estes factores encontram-se correlacionados com aspectos intrínsecos do trabalho, tendo sido designados por motivadores. No que concerne às causas da insatisfação, verificou-se que estas se relacionavam com factores extrínsecos ao trabalho e designaram-nos por higiénicos, sendo respectivamente: a organização da empresa, o estilo de liderança, as relações interpessoais, o salário e as condições de trabalho.

É frequente ouvirmos os profissionais de enfermagem referirem que se sentem insatisfeitos, quer pelo tipo de cuidados que prestam, quer pelos recursos materiais e humanos de que dispõem, quer pelas relações que estabelecem com os utentes ou com os restantes membros da equipa multidisciplinar.

É importante que se promova a satisfação profissional dos trabalhadores, em caso particular dos enfermeiros, na medida em que profissionais de enfermagem satisfeitos apresentam níveis de *burnout* mais reduzidos, minimizando o absentismo e diminuindo os custos.

Os enfermeiros que trabalham por turnos apresentam níveis de despersonalização mais elevados, ou seja, tendem a adoptar comportamentos impessoais e frios com maior frequência com as pessoas com quem se relacionam. O trabalho por turnos, diminui a capacidade de concentração e tolerância dos indivíduos e, no caso particular, dos profissionais de enfermagem, que por terem que lidar de forma directa e permanente com situações stressantes que exigem uma capacidade de raciocínio e concentração superiores, na tentativa de reduzir a possibilidade de erro, faz com que estes profissionais de saúde se sujeitem a cometer erros com maior frequência, além de diminuir a qualidade dos cuidados prestados.

## **2.7 Coping**

O estudo do stress e, no limite do stress profissional, o *burnout*, deve ser contextualizado na sua relação com o coping. Diversos estudos referem que um sujeito com

estratégias de coping adequadas sente normalmente que tem um bom controlo das situações com que se depara, gostando de confrontar e resolver activamente os problemas.

Num estudo, realizado por McIntyre, McIntyre e Silvério (1999), da análise dos recursos de coping dos enfermeiros verificou-se que as estratégias mais usadas foram: o apoio social, a liberdade financeira, a monitorização do stress, a sociabilidade e a confiança, não sendo resultados inesperados pois, Portugal é um país em que as relações interpessoais são um valor cultural; por outro lado, os recursos menos usados, como a forma física, o controlo e a resolução de problemas, são os mais frequentes nos enfermeiros de outros países.

Folkman e Lazarus (1985) mostram que as estratégias de coping podem ser orientadas para dois fins diferentes: resolução da situação que lhe provocou stress (resolução do problema) e tentar diminuir o estado de tensão emocional suscitado interiormente. Por sua vez, para Rafferty, Smith e Ptacek, em 1997, o coping aparece associado a padrões de ansiedade. A ansiedade estimulante pode estar ligada a níveis mais elevados de coping centrado na tarefa e é considerado mais adaptativo e a ansiedade mais debilitante está associada a níveis mais altos de coping centrado no evitamento, que é considerado mais disfuncional (Prisco & Fontaine, 1999).

Estudos demonstram que o sexo feminino nas situações indutoras de stress, usam tal como os homens, estratégias de coping centradas na resolução do problema.

A este respeito e quanto às formas de lidar com o stress focadas na emoção, usam-se várias estratégias, como falar com alguém acerca do problema, outras vezes, fugir do problema de forma real ou imaginária e a solução, outros, ao reagirem mal ao stress, usam formas subtis de fuga ou evitamento, dedicando-se mais às actividades profissionais e à realização de tarefas que lhe prendam a atenção esquecendo o assunto que os desgasta (Vaz Serra, 1999).

No seu modelo para compreensão do coping ocupacional, Latack (1986) considerou que as acções e reavaliações cognitivas deveriam estar juntas, relacionadas com as estratégias de relacionamento ou de escape da situação stressante. Às acções e reavaliações cognitivas relacionadas com o enfrentamento chamou estratégias de controlo, enquanto às acções e reavaliações cognitivas de conteúdo escapista chamou estratégias de escape, ou seja, de evitamento; por fim, a autora incluiu na sua classificação de gestão de sintomas para lidar com os sintomas de stress, como o relaxamento ou a prática de exercícios físicos (Pinheiro et al, 2003).

As pessoas com transtornos emocionais (Vaz Serra, Ramalheira & Firmino, 1988) são caracterizadas por evitarem o confronto dos problemas, usualmente pressupõem que a sua resolução não depende do seu esforço directo e, então, entrega-se passivamente perante as situações que produzem stress e usam acima de tudo estratégias para controlo das emoções (Vaz Serra, 1999).

O burnout e o coping nos profissionais são aspectos a ter em conta na organização das empresas ou instituições, em particular nas organizações hospitalares, como os profissionais de saúde, visando que estes, ao apresentarem menos exaustão emocional e estratégias de coping mais adequadas, possam estar em melhores condições para exercer as suas funções, contribuindo para melhorar os cuidados que prestam aos utentes.

Segundo Jesus, Pacheco e Santos (2003) os enfermeiros utilizam estratégias de coping pouco adequadas, como sejam o consumo de drogas e de bebidas alcoólicas. De forma mais abrangente, podemos dizer que as estratégias de coping para os profissionais de saúde não abrangem as estratégias de controlo (mais adaptativas) e, ao utilizarem estratégias de escape (menos adaptativas) estão mais sujeitas ao *burnout*, pois, como afirma Vaz serra (1999), as estratégias de fuga (evitamento/escape) adiam o conforto e a solução do problema que necessita de resolução.

Dentro desta linha, podemos dizer que o coping está presente nas situações do dia-a-dia, sendo importante na interacção do sujeito com o *burnout*.

## **2.8 Absentismo Laboral**

O Absentismo laboral é um fenómeno que surge em todos os sectores produtivos, afectando diferentes grupos socioprofissionais. No caso do sector da saúde, em particular no que concerne à enfermagem, o absentismo laboral acaba por ter repercussões, quer no funcionamento dos próprios serviços de saúde, como na qualidade dos cuidados prestados aos utentes/clientes destes serviços.

Define-se como as ausências não previstas ao trabalho, sendo excluídas desta definição as ausências programadas como sejam férias, folgas e licenças (Gradzinski, 1998, cit in Nascimento, 2003), sendo uma situação que afecta negativamente as Empresas (públicas ou privadas) que trabalham para atingir um fim, provocando custos directos e indirectos elevados.

Na literatura consultada, verificamos que esta temática é abordada mais na perspectiva dos factores organizacionais e do ambiente de trabalho, que na perspectiva dos factores individuais, destacando estes últimos. As características sociodemográficas; os factores de mal-estar (pessoal e profissional) relacionados com o absentismo laboral e os problemas de saúde relacionados com o stress.

O *burnout* é uma síndrome que resulta da exposição dos sujeitos ao stress laboral crónico, que afecta particularmente os profissionais de enfermagem e que está associado ao absentismo laboral (Queirós, 2005).

## 2.9 Burnout e a Emergência

A actividade profissional é frequentemente fonte de satisfação, contudo pode ser uma fonte de stress, levando o individuo a uma exaustão física e psicológica, habitualmente designado por *Burnout* (Maslach & Leiter, 1997). Este estado tem consequências não só a nível individual, mas também ao nível dos serviços, podendo levar a um afastamento entre o profissional e o utente, o que se torna particularmente grave na área da emergência pré-hospitalar.

O contexto do trabalho pode constituir um risco para a saúde do profissional que trabalha lado a lado com cenário de catástrofes, destruição, acontecimentos traumáticos, sofrimento e morte.

O *burnout* é principalmente predito pelas exigências do trabalho, mas também pela falta de recursos no trabalho, desenvolvendo-se segundo um processo contínuo de desajuste entre as estratégias que o individuo usa para lidar com o stress (estratégias de coping) e as exigências do trabalho.

Os enfermeiros que trabalham na emergência pré-hospitalar, são um exemplo de profissionais de saúde que estão continuamente expostos a este tipo de situações, pois as ocorrências para as quais são chamados a intervir, tomam formas tão diversificadas, não permitindo a uma adaptação na sua totalidade. São por isso obrigados a lidar com pressão temporal, sobrecarga de responsabilidades e de horas de trabalho, exigências físicas, cognitivas e emocionais, recursos por vezes limitados e expectativas sempre elevadas, o que afecta a satisfação profissional e a motivação (Vara, 2007).

A natureza do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros que trabalham na emergência pré-hospitalar, implica a necessidade de manter contacto directo com outras pessoas, sendo por isso um contexto privilegiado para manifestar o stress emocional, pois existe envolvimento e empenho perante uma causa específica, enfrentando todo um conjunto de situações difíceis.

### 3. Conclusão

Este trabalho permitiu ter um conhecimento mais alargado e aprofundado acerca da importância do caminho a percorrer para prevenir, identificar e acompanhar os profissionais de enfermagem sujeitos ao *burnout*.

É pertinente que as instituições de saúde valorizem o *burnout* e possibilitem a recuperação física e psicológica dos profissionais de saúde que trabalham na emergência pré-hospitalar.

Estratégias de coping mais apropriadas levam a menos *burnout*, permitindo lidar com as situações mais problemáticas, sem que surjam disfunções nos comportamentos e na saúde, indo determinar a qualidade de vida, conduzindo à promoção do bem-estar no caso dos profissionais de enfermagem.

É importante considerar a importância relativa à exigência e nível profissional que esta actividade profissional requer, a necessidade de aumentar as fontes de motivação dos profissionais, de garantir um clima benéfico de realização profissional e produtividade, com vista a prevenir o sofrimento psicológico e a promover a saúde e bem-estar dos enfermeiros. Desta forma seriam prestados melhores cuidados de saúde e não colocando em risco os utentes que assistem.

É de extrema importância que os enfermeiros sejam incluídos nas tomadas de decisão ao nível organizacional, modificando atitudes, práticas e conceitos sendo necessário para tal que documentem as suas práticas e que sejam capazes de demonstrar o impacto da sua intervenção na qualidade de cuidados prestados ao cliente.

Como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica, o assunto abordado mostrou-se de primordial importância. Estudar este tema permitiu aprofundar conceitos e despertar interesses por aspectos até então desconhecidos ou sobre os quais nunca se tinha debruçado atenção, levando a um desenvolvimento pessoal e profissional. Permitiu, também, sistematizar o conhecimento nesta área do saber, o que contribuirá para uma futura actuação no contexto de Enfermagem Médico- Cirúrgica, no sentido da excelência.

#### 4. Bibliografia

Andre, O & Neves, A. (2001) – *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Serviços de Urgência*. Nursing, 157, 15-19.

Câmara, Jorge – *Síndrome de Exaustão e Instituições*. Revista Toxicodependencias, Edição APTT, Ano 4, Número 1, 1998, p. 35 – 40.

Ferreira, J; Neves, J, Caetano, A. (2001). Manual de Psicossociologia das Organizações. Amadora: McGraw – Hill.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). *If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping Duration Three Stages of a College Examination*. Journal Of Personality and Social Psychology, Vol. 48, Nº1, 150 – 1170.

Freudenberger, H. J. (1975) – *The Staff Burnout*. Journal of Social Issues, 30, 159-165.

Herzberg, F; Mausner, B. & Snyderman, B. (1959) – *The Motivation to Work*. New York: John Wiley and Sons.

Latack, J. (1986). *Coping with job stress: Measures and future directions for scale development*. Journal of Applied Psychology, 71, 377 – 385.

Lazarus, R. S & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York. Springer.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1982) – *Burnout in the Health Professions: a social psychological analysis*. In: G. Sanders & J. Suls (Eds.), Social Psychology of Health and Illness. New York: Erlbaum.

Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.

McIntyre, T.M.; McIntyre, S.E. & Silvério, J. (1999). *Respostas do stress e recursos de coping nos enfermeiros*. Análise Psicológica, 3, (XVII), 513 – 527.

Meier, S. T. (1984). *The Construct validity of burnout*. Journal of occupational Psychology, 57, 211 – 219.

Mendes, A.C. (1996) – *Síndrome de Burnout em Enfermeiros em Psiquiatria: contributo para o estudo dos factores do ambiente e da pessoa para o seu desenvolvimento*. Coimbra: Formasau.

Pines, A. M. In W. B. Schaufeli, Maslach & Marck (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory Research*. Washington: Taylor & Francis, 1993, p. 33 – 51.

Pinheiro, F. A; Tróccoli, B. T. & Tamayo, M. R. (2003). *Mensuração de Coping no Ambiente Ocupacional*. Psicologia: teoria e pesquisa, Maio – Agosto, 19 (2), 153 – 158.

Queirós, P. (2004) – *Burnout no Trabalho e Conjugal em Enfermeiros Portugueses*. Tese de Doutoramento não publicada. Extremadura: Departamento de Psicologia e Sociologia da Educação.

Queirós, P. J. P. – *Burnout em Enfermeiros, comparação de três grupos*. Revista Sinais Vitais, nº 16, Janeiro de 1998, p. 17 – 21.

Serra, A. V. (1999) – *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra, 665-692.

## O Síndrome de Burnout na Emergência Pré-Hospitalar

<p><b>Curso/Módulo:</b> Estágio Módulo III – Emergência Pré_Hospitalar</p> <p><b>População:</b> Enfermeiros e TAEs da SIV de Gondomar</p> <p><b>Formadora:</b> Milene Carvalho</p> <p><b>Data:</b> 22 de Novembro 2010</p> <p><b>Hora:</b> 9:30</p> <p><b>Duração:</b> 30 minutos</p> <p><b>Local:</b> Centro de Saúde de S. Cosme - Gondomar</p>		<p><b>Objectivo geral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilizar os profissionais de saúde da emergência pré-hospitalar para o Síndrome de <i>Burnout</i>.</li> </ul> <p><b>Objectivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reflectir sobre o Síndrome de <i>Burnout</i> na Emergência Pré-Hospitalar;</li> <li>Fomentar mecanismos de coping para a prevenção de problemas.</li> </ul> <p>..</p>		
	Conteúdos	Métodos a utilizar	Meios	Duração
<b><u>Introdução</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apresentação da formadora</li> <li>➤ Apresentação dos objectivos gerais e específicos</li> </ul>	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voz; DataShow; Microsoft PowerPoint.</li> </ul>	5 minutos
<b><u>Desenvolvimento</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dimensões do Burnout;</li> <li>➤ Sintomas; Factores Intervenientes;</li> <li>➤ A Emergência pré-hospitalar e o Burnout;</li> <li>➤ Mecanismos de Coping.</li> </ul>	Expositivo/Interactivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voz, DataShow; MicrosoftPowerPoint.</li> </ul>	20 minutos
<b><u>Conclusão</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Resumo dos itens abordados;</li> <li>➤ Questões;</li> <li>➤ Avaliação da formação.</li> </ul>	Interactivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voz;DataShow,Microsoft PowerPoint; Grelha de Avaliação II</li> </ul>	5 minutos

--	--	--	--	--



# O Síndrome de Burnout na Emergência Pré-Hospitalar

Milene Carvalho

## **Objectivos :**

- Reflectir sobre o Síndrome de Burnout na Emergência Pré-Hospitalar;
- Sensibilizar os enfermeiros para o tema;
- Fomentar mecanismos de coping para prevenção de problemas.

# **O Burnout..**

*...”um estado de exaustão físico, emocional e mental que resulta dos efeitos do stress ocupacional continuado e crónico em personalidades com alguma predisposição, e em ambientes de trabalho predisponentes, causado frequentemente por períodos prolongados de envolvimento em situações emocionalmente exigentes, como sucede habitualmente com as profissões assistenciais ou de ajuda, entre as quais se destaca a Enfermagem”*

*(Maslach & Jackson, 1986, cit in Evangelista, Hortense & Sousa, 2004).*

.. *“resultado final de um processo no qual pessoas altamente motivadas e empenhadas perderam esse espírito” (Mendes, 1996);*

...*“existência prévia de uma situação em que a pessoa pensa a sua profissão como uma forma de ajudar os outros de maneira idealista e entusiástica. Indivíduos que iniciam profissões de ajuda com atitude cínica e descomprometida quanto a esta, estariam imunes à sua ocorrência” .*

*(Mendes, 1996)*

# Dimensões do Burnout

- Exaustão emocional ou esgotamento físico e psicológico
- Despersonalização
- Falta de realização profissional ou de objetivos pessoais

# Exaustão emocional ou esgotamento físico e psicológico

- .. caracteriza-se pela “*sensação de não poder dar mais de si aos outros*” (Queiros, 1998).
- .. acompanha-se de uma mudança do ponto de vista individual sobre as pessoas, passando de positivo e preocupado a negativo e negligente (Maslach, 1982).

# Despersonalização

.. *“acontece porque o sujeito, para proteger-se dos sentimentos negativos que o acompanham, isola-se num evitamento das relações interpessoais, surgindo atitudes frias, cínicas, distanciadas e rótulos depreciativos acerca dos utentes e colegas”.*

*(Queiros, 1998)*

# Falta de realização profissional ou de objetivos pessoais

*“Manifesta-se por sentimentos de inadequação pessoal e profissional e incapacidade de dar resposta ao que lhe é pedido”. (Queiros, 1998)*

# Fases evolutivas do Burnout

- Fase de Stress Laboral
- Fase de Excesso ou Sobresforço
- Fase de Enfrentamento Defensivo

# Sintomas associados

- Psicossomáticos
- Comportamentais
- Emocionais
- Defensivos

# Factores Intervenientes

- Factores pessoais ou individuais
- Factores Laborais
- Factores Sócio-Culturais
- Sistema de Interações e a sua relação com o individuo

# Factores pessoais ou individuais

- Personalidade
- Locus controlo
- Stress
- Idade
- Sexo
- Apoio Familiar, social e religioso

# Factores laborais

..“As profissões de risco são as de ajuda nas quais se prestam serviços humanos directos e de grande transcendência para o individuo que os procura”.

(Matos e tal, 1999)

# Factores sócio-culturais

Os avanços científicos e tecnológicos, o envelhecimento da população e a multiplicação de patologias crónicas e invalidantes, o consumismo e a satisfação sem limites onde o cuidado da saúde é um artigo de consumo, a hospitalização e todo o tipo de sofrimento são alguns aspectos que influem na frustração e desencanto sistemático que sofrem muitos profissionais em relação ao seu trabalho (*Matos et al, 1999*).

# Sistema de interações e a sua relação com o indivíduo

.. *“a insatisfação e outros factores laborais têm uma correlação positiva com o Burnout”*. (Queiros, 1998)

.. *“o Burnout resulta de interações entre o envolvimento do ego, as expectativas profissionais e os factores económicos e sociais”*. (Câmara, 1998)

## Clima Organizacional (cont.)

- .. é o resultado daquilo que a maioria dos empregados vêm como os costumes típicos, práticas e procedimentos.
- .. é descrito na base de dimensões como autonomia, degraus de estrutura, sistema de recompensa e suporte. Nesta base, o suporte social é relevante nas organizações. Quanto melhor as relações entre os trabalhadores, mais profissionais se tornam e mais sucesso no trabalho *sentem* (Winnubst, 1993 *cit in* Schaufeli, Maslasch & Marek, 1993).

# Clima Organizacional

- .. entre profissionais de saúde, a exaustão emocional e física é causada pelo contínuo contacto com outras pessoas.
- .. é necessário que os membros das equipas se ajudem uns aos outros e que existam comportamentos eficazes de liderança e participação. A dinâmica das equipas de trabalho de uma organização tem um poderoso efeito sobre as atitudes e os comportamentos das pessoas (*Gil – Monte & Peiró, 1997*).

# Satisfação Profissional

- .. existência de uma correlação negativa significativa entre satisfação profissional e *Burnout*.
- .. compreender a satisfação profissional poderá indicar estratégias de promoção da mesma e redução dos níveis de *Burnout*.

## Satisfação Profissional (cont.)

.. profissionais de enfermagem satisfeitos apresentam níveis de *Burnout* mais reduzidos, minimizando o absentismo e diminuindo os custos.

.. enfermeiros que trabalham por turnos apresentam níveis de despersonalização mais elevados, ou seja, tendem a adotar comportamentos impessoais e frios com maior frequência com as pessoas com quem se relacionam.

# Absentismo Laboral

- .. o absentismo laboral acaba por ter repercussões, quer no funcionamento dos próprios serviços de saúde, como na qualidade dos cuidados prestados aos utentes/clientes destes serviços.
- .. O *Burnout* é uma síndrome que resulta da exposição dos sujeitos ao stress laboral crónico, que afecta particularmente os profissionais de enfermagem e que está associado ao absentismo laboral (*Queirós, 2005*).

# Emergência Pré- Hospitalar

- .. O *Burnout* tem consequências não só a nível individual, mas também ao nível dos serviços, podendo levar a um afastamento entre o profissional e o utente, o que se torna particularmente grave na área da emergência pré-hospitalar.
- .. O contexto do trabalho pode constituir um risco para a saúde do profissional que trabalha lado a lado com cenário de catástrofes, destruição, acontecimentos traumáticos, sofrimento e morte.

## Emergência Pré- Hospitalar (cont)

- .. O tipo de situações para os quais são chamados a intervir assumem formas tão diversificadas não permitindo uma adaptação na totalidade.
- .. Obrigados a lidar com pressão temporal, sobrecarga de responsabilidades e de horas de trabalho, exigências físicas, cognitivas e emocionais, recursos por vezes limitados e expectativas sempre elevadas, o que afecta a satisfação profissional e a motivação (*Vara, 2007*).

# Coping

- .. estratégias de coping adequadas permitem um bom controlo das situações assim como a sua resolução activa.
- .. menos exaustão emocional e estratégias de coping mais adequadas, permitem melhores condições para exercer as suas funções, contribuindo para melhorar os cuidados prestados aos utentes.

## Coping (cont.)

- .. estratégias de coping centradas na resolução do problema e na diminuição do estado de tensão emocional.
- .. coping associado a padrões de ansiedade.
- .. estratégias de controlo e estratégias de escape.



**Obrigado**

## RESUMINDO..

É pertinente que as instituições de saúde valorizem o *burnout* e possibilitem a recuperação física e psicológica dos profissionais de saúde que trabalham na emergência pré-hospitalar.

Estratégias de coping mais apropriadas levam a menos *burnout*, permitindo lidar com as situações mais problemáticas, sem que surjam disfunções nos comportamentos e na saúde, indo determinar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem.

As fontes de motivação dos profissionais, garantem um clima benéfico de realização profissional e produtividade, diminuindo o sofrimento psicológico e promovendo a saúde e o bem-estar.

UCP—INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

UCP—Instituto de Ciências da Saúde

Curso de Mestrado Profissional em  
Enfermagem Médico—Cirúrgica

Nov/2010

  
Milene Carvalho

## INFORMAÇÕES E ESTRATEGIAS DE COPING

### O BURNOUT E A EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR



UMA REALIDADE A  
LONGO PRAZO

## A LIGAÇÃO ESTREITA DOS ENFERMEIROS AO BURNOUT

Aquele que tenta encontrar um significado na sua vida através do trabalho e sente que falhou estará, provavelmente, mais exposto ao *burnout*.

Os enfermeiros que trabalham na emergência médica são susceptíveis ao *burnout*, atendendo ao facto de diariamente enfrentarem situações emocionalmente intensas, à necessidade de decidir muitas vezes sob pressão, com urgência e em condições de risco ou limi-

tação de recursos.



### CONCEITO

*“Estado de exaustão físico, emocional e mental que resulta dos efeitos do stress ocupacional continuado e crónico em personalidades com alguma predisposição, e em ambientes de trabalho predisponentes, causado frequentemente por períodos prolongados de envolvimento em situações emocionalmente exigentes, como sucede habitualmente com as profissões assistenciais ou de ajuda, entre as quais se destaca a Enfermagem”*

( MASLACH & JACKSON, 1986, CIT IN EVANGELISTA, HORTENSE & SOUSA, 2004).

### ESTRATÉGIAS DE COPING

- Resolução da situação que lhe provocou stress
- Diminuição do estado emocional



- Lidar com stress focado na emoção: falar com alguém acerca do problema; dedicação à actividade profissional e tarefas que lhe prendam a atenção
- Controlo da ansiedade
- Relaxamento e prática de exercício físico
- Diminuição de numero de horas de trabalho por semana
- Pausas laborais frequentes
- Optar por estratégias de controlo invés de estratégias de escape

### DESTA FORMA..

**Estratégias de coping adequadas permitem um bom controlo das situações, provocando confronto e resolução activa dos problemas.**

# ANEXO III

PANFLETO INFORMATIVO “*INFECÇÃO NOSOCOMIAL – NORMAS E PRINCÍPIOS*”

## Resumindo...

A proliferação de doenças infecciosas pode ser prevenida com a adopção de medidas especiais.

A compreensão da epidemiologia das infecções no hospital é essencial para a tomada de decisão adequada e dos procedimentos que devem ser instituídos.

Sendo os enfermeiros, um dos maiores grupos profissionais na área da saúde, passa por eles a detecção e controlo de medidas de implementação para o controlo de infecção.



Milene Carvalho

UCP—Instituto de Ciências da  
Saúde

Mestrado Profissional em  
Enfermagem Médico Cirúrgica

Janeiro/ 2011

J



## A Infecção Nosocomial

### Normas e Princípios

*Uma responsabilidade de todos Nós!*

## Normas de Precaução Padrão



**Lavagem das Mãos**

-Após tocar em sangue, fluidos corporais, secreções, excreções ou produtos contaminados, quer esteja a usar ou não luvas protectoras;

-imediatamente após retirar as luvas de protecção;

-entre a prestação de cuidados a dois doentes consecutivos ou após contacto com qualquer doente;

-entre tarefas executadas no mesmo doente em dois locais corporais diferentes para evitar contaminação cruzada de diferentes locais corporais.



**Uso de Luvas**

-Uso de luvas (limpas, não estéreis), quando se manipula sangue, fluidos corporais, secreções, excreções e produtos ou objectos contaminados;

-Calçar luvas limpas antes de tocar em membranas mucosas e pele não intacta;

-Trocar as luvas e lavar as mãos entre duas tarefas ou procedimentos no mesmo doente depois de contactar com material ou locais infectados;

-Retirar as luvas após o uso e antes de contactar com material não contaminado ou superfícies ambientais e antes de abordar outro doente, lavando imediatamente as mãos após retirar as luvas.



**Máscara**



**Protecção Ocular**



**Bata descartável**

-Utilização de máscara, protecção ocular e bata (limpa, não estéril) descartável durante procedimentos que possam originar espirros ou "sprays" de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções;

-Remoção imediata após utilização e lavagem obrigatória das mãos.

**Devem ser responsáveis ainda por..**

-Supervisionar os procedimentos adequados para a limpeza de rotina e de desinfeção das superfícies ambientais, camas e outras superfícies de contacto, bem como o acondicionamento adequado do material contaminado.

# ANEXO IV

POSTER ILUSTRATIVO *“PRECAUÇÕES EMPÍRICAS A TER ALÉM DAS  
PRECAUÇÕES PADRÃO PERANTE SÍNDROMES CLÍNICOS SEM  
DIAGNÓSTICO”*

## Precauções empíricas a ter além das precauções padrão perante síndromes clínicas sem diagnóstico

Síndrome clínico ou condição	Agentes potenciais	Precauções empíricas (em adição às precauções padrão)
<b>Diarreia</b>		
Diarreia aguda com provável causa infecciosa num doente incontinente ou que use fralda	Patógenos entéricos	Precauções de contacto (em adultos e crianças)
<b>Meningite</b>		
	<i>Neisseria meningitidis</i> Enteroviruses <i>M. tuberculosis</i>	Precauções por gotícula nas primeiras 24h de ATB; uso de protecção facial + ocular para entubar. Precauções de contacto para bebés e crianças. Protecção da via aérea se infiltrado pulmonar. Protecção da via aérea + protecção de contacto se houver presença de drenagens corporais potencialmente infecciosas.
<b>Erupções cutâneas ou exantemas generalizados de etiologia desconhecida</b>		
Ptéquias/equimoses com febre Se história de viagens para locais com surtos de VHF (febre hemorrágica de origem vírica) nos 10 dias anteriores ao aparecimento de febre	<i>Neisseria meningitidis</i> <i>Ebola, Lassa, Marburg viruses</i>	Precauções por gotícula nas primeiras 24h de ATB Precauções por gotícula + contacto, com protecção facial + ocular, com ênfase na protecção perante cortantes e perfurantes contaminados por sangue. Perante procedimentos que possam gerar aerossóis usar mascaras tipo P1.
Vesículas	<i>Varicella-zoster, herpes simplex, variola</i> <i>Vaccinia viruses</i>	Precauções de contacto + via aérea As precauções de contacto só se justificam no caso do <i>herpes simplex</i> , no <i>zoster</i> localizado num hospedeiro imunodeprimido ou na suspeita de <i>vaccinia viruses</i>
Maculopapular com curiza, tosse e febre	Rubeola	Precauções da via aérea
<b>Infecções respiratórias</b>		
Tosse/febre/infiltrado pulmonar no lobo superior de doente HIV negativo ou num doente com baixo risco de HIV positivo	<i>M. tuberculosis</i> , Respiratory viruses, <i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> (MSSA ou MRSA)	Precauções da via aérea + contacto.
Tosse/febre/infiltrado pulmonar em qualquer localização pulmonar num paciente HIV positivo ou com alta probabilidade de ser HIV positivo	<i>M. tuberculosis</i> , Respiratory viruses, <i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> (MSSA ou MRSA)	Precauções da via aérea + contacto. Usar protecção facial e ocular em procedimentos que gerem aerossóis ou quando se antecipa o possível contacto com secreções respiratórias. Se a tuberculose é pouco provável e se não existem salas de pressão negativa com exaustores ou respiradores tipo P1 podem ser usadas precauções por gotícula. A tuberculose é mais provável em indivíduos HIV positivo.
Tosse/febre/infiltrado pulmonar em qualquer localização pulmonar num paciente com história recente de viagem (últimos 10 a 21 dias) para países com surtos de SARS ou gripe aviária.	<i>M. tuberculosis</i> , <i>severe acute respiratory syndrome virus (SARS)</i> , <i>avian influenza</i>	Precauções da via aérea + precauções de contacto (incluindo protecção ocular). Se a SARS e a tuberculose são pouco prováveis usar precauções por gotícula em vez das precauções da via aérea.
<b>Infecções da pele ou de feridas</b>		
Abcesso ou ferida a drenar que não pode ser coberta	<i>Staphylococcus aureus</i> (MSSA or MRSA), <i>streptococcus</i> do grupo A	Precauções de contacto. Acrescentar precauções de gotícula nas primeiras 24h de ATB dirigida se existe suspeita de septicemia por <i>streptococcus</i> do grupo A

# ANEXO V

PANFLETO INFORMATIVO “*GUIA DE ACOLHIMENTO AOS FAMILIARES E VISITANTES*”

## Como pode ajudar

Ao acompanhante é exigido que se comporte com educação e que respeite as instruções e indicações dos profissionais do Serviço. Para vários acompanhantes de um mesmo doente deve haver um de referência que sirva de interlocutor.

Para qualquer informação pertinente sobre o seu familiar dirija-se ao gabinete de informações. Sendo necessário será abordado pessoalmente e pedida a sua colaboração nos limites do que lhe seja possível assegurar.

## ALTA



**Se tiver dúvidas, contacte o gabinete de informações**

Elaborado por Helder Varela e Milene Carvalho, alunos da Universidade Católica Portuguesa, Mestrado Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Fev/2011

# Guia de Acolhimento ao Serviço de Urgência do HSJ

## Informação aos Doentes e Familiares

**Colabore e ajude-nos!**

## Serviço de Urgência

A missão do Serviço de Urgência encontra-se claramente definida no Despacho Ministerial nº 11/2002, que estipula que este existe para tratar doentes com situações clínicas urgentes e emergentes. Estas correspondem às ocorrências de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. A avaliação é objectiva, em função de critérios clínicos, e não tem por base uma definição vaga assente na noção subjectiva do utente.



## Direito de acompanhamento

Apesar de a nível legal a publicação em Diário da República da Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho garantir que todo o cidadão admitido num Serviço de Urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada, a mesma Lei limita o acompanhamento quando este possa comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados.

Atendendo à limitação estrutural deste Serviço em termos de espaço, em muitas situações os acompanhantes necessitam de aguardar na sala de espera.

## Humanização do Serviço



Em algumas situações para doentes dependentes ou com permanências prolongadas no Serviço torna-se necessária a gestão de contactos pontuais, ou permanentes de familiares. Essa gestão visa garantir a qualidade do cuidado ao mesmo tempo que não pode ter prejuízo para o funcionamento do Serviço.

Na impossibilidade de contactos permanentes, aos acompanhantes é garantida a informação adequada e em tempo razoável através de um gabinete de informações que existe junto à sala de espera.

**Saiba mais sobre como ajudar o seu familiar**