

PEDRO MIGUEL FERNANDES MACHADO

## TRANSPORTE DE DOENTES CRÍTICOS

– VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA –



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

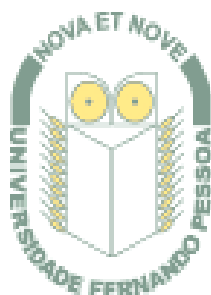
PONTE DE LIMA, 2010



PEDRO MIGUEL FERNANDES MACHADO

## TRANSPORTE DE DOENTES CRÍTICOS

– VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA –



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PONTE DE LIMA, 2010

PEDRO MIGUEL FERNANDES MACHADO

**TRANSPORTE DE DOENTES CRÍTICOS**

– VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA –

ATESTO A ORIGINALIDADE DO TRABALHO:

---

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Licenciado em Enfermagem.

## SUMÁRIO

O Transporte de Doentes Críticos é uma área essencial para a melhoria do estado clínico e determinante para a sobrevivência e futura qualidade de vida dos mesmos. Estes doentes têm direito a ser transportados de forma totalmente segura, onde o nível e a qualidade dos cuidados prestados, durante o transporte, não deverão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem, tendo nestes pontos a equipa de Enfermagem um importante papel em todo o processo. A nível nacional esta área encontra-se regulamentada por Decreto-Lei (Transporte de Doentes) e sujeita a algumas normas e recomendações de boa prática (Transporte de Doentes Críticos), propostas por grupos de trabalho intervenientes na referida área. Contudo, não existe nenhum Normativo Legal, nem nenhuma entidade que claramente assuma e se responsabilize por este processo, cabendo às instituições organizarem-se e agilizarem todos os procedimentos.

O Serviço de Urgência é uma porta de entrada de muitos doentes no hospital, onde, muitas vezes, a sua situação clínica é crítica e a necessidade de transportar os mesmos para áreas com melhores condições ou, então, para realizar exames diferenciados torna-se uma realidade. Neste contexto, aborda-se o transporte inter-hospitalar.

As vivências dos profissionais de Enfermagem, nesta área, por seu lado podem influenciar directa, positiva ou negativamente, a qualidade da assistência e cuidados de Enfermagem, pois tudo o foi vivido numa ou em várias situações, desde sentimentos, emoções e acontecimentos podem marcar o enfermeiro numa forma positiva/negativa, nas suas atitudes/comportamentos futuros.

Assim, estudar-se-á as vivências dos enfermeiros no processo de Transporte de Doentes Críticos, de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Região Norte do país. Neste sentido, irá surgir o estudo de investigação científico intitulado: “Transporte de Doentes Críticos - Vivências dos Enfermeiros do Serviço de Urgência”. Para que tal fosse possível, desenvolveu-se um estudo fenomenológico de metodologia qualitativa, onde a partir de uma entrevista semi-estruturada se obtiveram respostas individuais aos seguintes objectivos:

- Conhecer a organização institucional para o Transporte de Doentes Críticos;
- Identificar os factores que influenciam o desempenho do Enfermeiro no Transporte de Doentes Críticos;
- Conhecer o papel do Enfermeiro no Transporte de Doentes Críticos.

Partindo da análise e interpretação das entrevistas concluiu-se que, relativamente à organização institucional, denota-se disfuncionalidades na organização geral, logística, nos recursos humanos e recursos técnicos/materiais. De ressaltar que os enfermeiros referem melhoria recente nos equipamentos e expõem sugestões para melhoria a nível de implementação de uma equipa institucional preparada nesta área e no seguimento a implementação de uma ambulância institucional preparada para este processo.

Relativamente aos factores que podem influenciar no transporte, os enfermeiros consideram existir factores positivos como o acompanhamento médico adequado, a experiência do enfermeiro e a segurança emocional. Noutra perspectiva, expressam, também, factores constrangedores, desde indisposição gastrointestinal, ansiedade, insegurança e disfuncionalidade no trabalho em equipa por conflitos entre médico e enfermeiro.

Quanto ao papel do enfermeiro neste processo, na fase de decisão e numa perspectiva de trabalho em equipa, este poderá aconselhar. Na fase de planeamento, estes profissionais aplicam o domínio das suas competências referente à prestação de cuidados, com vista à estabilização do doente. Por último, na fase de efectivação do transporte, num ponto de vista da transferência ocorrer sem intercorrências, o enfermeiro tem essencialmente de vigiar.

Como forma de salvaguardar os direitos pessoais dos entrevistados garantiram-se três princípios éticos: o princípio do respeito à pessoa, da beneficência e o da justiça.

**Palavras - chave:** Doente Crítico; Transporte Inter-hospitalar de Doente Crítico; Serviço de Urgência; Enfermagem de Urgência; Vivências.

## **Abstract**

The Transport of Critical Care Patients is an essential area to the improvement of their clinical state and it is determinant to their survival and future quality of life. These patients have the right to be transported in safety, and the level and quality of the provided care, during transportation, mustn't be inferior to the care provided in the health care facility of origin, so in this case the Nursing team has an important role during the whole process.

Nationwide this area is regulated by an Official Decree (Transport of Patients) and it is under some rules and recommendations of good practice (Transport of Critical Care Patients), proposed by workgroups who intervene in the area. However, there isn't any Legal Regulatory, or any entity that clearly claims and takes responsibility for this process, so it is up to the institutions to organize them and put all the procedures moving.

The Emergency Service is an entrance door to many patients into the hospital, where, often, the situation is critical and the need of transport them to areas with better conditions or to make differentiated medical exams becomes a reality. In this context, inter-facility transport appears.

Nursing professionals' life experiences, in this area, on the other hand may influence directly, positively or negatively the quality of the medical assistance and Nursing cares, because all that people experience in different situations, their feelings, emotions and events can leave a mark on them in a positive or negative way, in their attitudes and future behaviours.

Therefore, the Nurses' experiences during the process of the Transport of Critical Care Patients, in a Medical-Surgical Emergency Service of the North Region of the country will be the object of this study. Having this in mind, it will appear the scientific study of investigation called: "Transport of Critical Care Patients – Nurses of ER's Experiences". So that this study was possible, a phenomenological study of qualitative

methodology, in which, through a semi-structured interview, individual answers were obtained to the following goals:

- Knowing the institutional organization to the Transport of Critical Care Patients;
- Identifying the factors which influence the Nurse's performance in the Transport of Critical Care Patients;
- Knowing the Nurse's role in the Transport of Critical Care Patients.

From the analysis and interpretation of the interviews it was concluded that, concerning the institutional organization, there were some malfunctions in the general organization, logistics, human and technical/material resources. It must be emphasized that the nurses refer recent improvements in the equipments and they expose some suggestions to improve the implementation of an institutional team prepared to this process.

Concerning the factors that may influence the transport, the nurses believe that there are positive factors like proper medical follow-up, the nurse's experience and emotional security. On the other hand, they also express some constraining factors, from gastrointestinal discomfort, anxiety, insecurity and malfunction at team work between doctor and nurse.

As for the nurse's role in this process, at the decision phase and in a perspective of team work, he might give some advices. At the planning phase, these professionals apply their control of their skills on health care, in view of the patient's stabilization. Finally, at the accomplishment of transport phase, so that the transfer occurs without interferences, the nurse has essentially to watch.

To safeguard the interviewee's personal rights, three ethical principles were guaranteed: the principle of respect, beneficence and justice.

**Key-words:** Critical Care Patient; Inter-facility Transport of Critical Care Patient; Emergency Service; Emergency Nursing; Life Experiences.

## **AGRADEÇO...**

...aos meus PAIS por todas as privações e sacrifícios ao longo destes quatro anos, pois sem o seu empenho e a sua crença não teria conseguido...

...à minha FAMÍLIA pela força e incentivos que sempre me oferecem, não esquecendo a compreensão nos momentos mais difíceis...

...à RITA, esta pessoa que desde logo me marcou e certamente o continuará a fazer no futuro. Foi nela que fui buscar forças, motivação e orientação naqueles momentos de maior pressão e de quase desespero. Pela pessoa que é e pelo que significa tem guardado um lugar especial dentro de mim...

...à Mestre ROSA OLÍVIA MIRANDA, orientadora deste trabalho monográfico, que desde início se disponibilizou para me ajudar, mostrando-me o melhor caminho a seguir e sem nunca pedir nada em troca, somente trabalho...

...aos meus AMIGOS que apesar da minha grande ausência sempre me apoiaram...

...a todos os ENFERMEIROS que participaram neste estudo de investigação, já que sem a disponibilidade, simpatia e companheirismo destes nada teria sido possível...

...à ASSOCIAÇÃO HUMANITÁRIA DOS BOMBEIROS VOLUNTÁRIOS DE PONTE DE LIMA, pois foi com as experiências que me proporcionaram que nasceu em mim o sonho de ser ENFERMEIRO...

A todos um muito OBRIGADA!

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

CRDC da ARSN – Comissão Regional do Doente Crítico da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;

E – Entrevistado;

GTU – Grupo de Trabalho em Urgências;

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica;

L – Linha;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OM – Ordem dos Médicos;

P – Pergunta;

p. – página;

pp. – páginas;

SAV – Suporte Avançado de Vida;

SAT – Suporte Avançado de Trauma;

SBV – Suporte Básico de Vida;

SIB – Suporte Imediato de Vida;

SU – Serviço de Urgência;

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	21
<b>CAPÍTULO I – Problemática em Estudo</b> .....	21
1.1. Definição e delimitação do tema .....	21
1.2. Pergunta de Partida .....	23
1.3. Questões de Investigação .....	23
1.4. Objectivos de Estudo .....	24
<b>CAPÍTULO II – Enquadramento Teórico</b> .....	26
1.5. Doente Crítico .....	26
1.5.1. Transporte de Doentes Críticos .....	27
1.5.1.1. Fases do Transporte .....	31
1.5.1.2. Recursos Humanos .....	33
1.5.2. Organização Institucional para o Transporte inter-hospitalar de Doentes Críticos .....	33
1.6. Resenha Histórica das Práticas de Enfermagem .....	35
1.6.1. Competências do Enfermeiro .....	39
1.6.2. Enfermagem de Urgência .....	41
1.7. Vivências .....	43
1.7.1 Atitudes e Comportamentos .....	45
<b>PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	47

<b>CAPÍTULO I – Fase Metodológica</b> .....	47
1.1. Desenho de Investigação .....	47
1.2. Método de Investigação e Tipo de Estudo .....	48
1.3. Meio .....	48
1.4. População Alvo, Processo de Amostragem e Amostra .....	49
1.5. Variáveis do Estudo .....	50
1.6. Método e Instrumento de Colheita de Dados .....	50
1.7. Pré - Teste do Instrumento de Colheita de Dados .....	51
1.8. Previsão do Tratamento de Dados .....	52
1.9. Questões Éticas .....	52
<b>PARTE III – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO</b> .....	55
<b>CAPÍTULO I – Apresentação, Análise e Discussão dos Dados</b> .....	55
1. Caracterização dos Sujeitos da Amostra .....	57
2. Dados referentes às Vivências dos Enfermeiros do SU relativamente ao Transporte de Doentes Críticos .....	59
2.1. Organização Institucional .....	60
2.1.1. Organização Institucional: Procedimentos .....	61
2.1.2. Organização Institucional: Recursos Humanos .....	63
2.1.3. Organização Institucional: Recursos Técnicos/Equipamentos .....	66
2.2. Factores que Influenciam o Transporte .....	68
2.2.1. Factores que Influenciam o Transporte: Factores Positivos .....	69

2.2.2. Factores que Influenciam o Transporte: Factores Constrangedores ....	71
2.3. Papel do Enfermeiro .....	74
2.3.1. Papel do Enfermeiro: Fase de Decisão .....	75
2.3.2. Papel do Enfermeiro: Fase de Planeamento .....	76
2.3.3. Papel do Enfermeiro: Fase Efectivação .....	77
<b>CONCLUSÃO</b> .....	78
<b>Bibliografia</b> .....	80

#### **APÊNDICES**

**Apêndice I** – Esclarecimento ao Participante

**Apêndice II** – Declaração de Consentimento Informado

**Apêndice III** – Guião de Entrevista

**Apêndice IV** – Quadros da Análise de Conteúdo

**Apêndice V** – Cronograma de Actividades

#### **ANEXOS**

**Anexo I** – Grelha de avaliação do doente, com os critérios de avaliação do Doente para Transporte inter-hospitalar (reproduzida no programa Microsoft Excel 2007, pelo Enfermeiro Formador do SU da Instituição em causa)

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Distribuição de dados relativamente à Variável Género da Amostra ....	57
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição de dados relativamente à Variável Idade da Amostra .....	56
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição de dados relativamente à Variável Título da Amostra .....	58
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição de dados relativamente à Variável Número de anos de Exercício Profissional da Amostra .....	58
<b>Gráfico 5</b> – Distribuição de dados relativamente à Formação Pós-Graduada mais diferenciada na área da Amostra .....	59

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional .....	60
<b>Quadro 2</b> – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional: Procedimentos, Organização Geral: Disfuncionalidade .....	61
<b>Quadro 3</b> – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional, Procedimentos, Logística: Disfuncionalidade .....	62
<b>Quadro 4</b> – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional Recursos Humanos, Equipa Médica: Disfuncionalidade .....	63
<b>Quadro 5</b> – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional Recursos Humanos, Equipa de Enfermagem: Disfuncionalidade .....	64
<b>Quadro 6</b> – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional Recursos Humanos, Equipa de Enfermagem: Sugestões de Melhoria .....	65
<b>Quadro 7</b> – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional, Recursos Técnicos/Equipamentos, Equipamentos: Disfuncionalidade .....	66
<b>Quadro 8</b> – Análise de Conteúdo referentes à Organização Institucional, Recursos Técnicos/Equipamentos, Equipamentos: Melhoria .....	67
<b>Quadro 9</b> – Análise de Conteúdo referentes à Organização Institucional, Recursos Técnicos/Equipamentos, Equipamentos: Sugestão para Melhoria .....	67
<b>Quadro 10</b> – Análise de Conteúdo referentes aos Factores que Influenciam o Transporte .....	68
<b>Quadro 11</b> – Análise de Conteúdo referente aos Factores que Influenciam o Transporte, Factores Positivos: Acompanhamento Médico .....	69
<b>Quadro 12</b> – Análise de Conteúdo referente aos Factores que Influenciam o Transporte, Factores Positivos: Experiência do Enfermeiro .....	70
<b>Quadro 13</b> – Análise de Conteúdo referente aos Factores que Influenciam o	

Transporte, Factores Positivos: Segurança Emocional .....	71
<b>Quadro 14</b> – Análise de Conteúdo referentes aos Factores que Influenciam o Transporte, Factores Constrangedores: Indisposição Gastrointestinal .....	71
<b>Quadro 15</b> – Análise de Conteúdo referentes aos Factores que Influenciam o Transporte, Factores Constrangedores: Ansiedade .....	72
<b>Quadro 16</b> – Análise de Conteúdo referente aos Factores que Influenciam o Transporte, Factores Constrangedores: Insegurança .....	73
<b>Quadro 17</b> – Análise de Conteúdo referentes aos Factores que Influenciam o Transporte, Factores Constrangedores: Disfuncionalidade no Trabalho em Equipa .....	73
<b>Quadro 18</b> – Análise de Conteúdo referente ao Papel do Enfermeiro.....	74
<b>Quadro 19</b> – Análise de Conteúdo referente ao Papel do Enfermeiro, Fase de Decisão: Aconselhar .....	75
<b>Quadro 20</b> – Análise de Conteúdo referente ao Papel do Enfermeiro, Fase de Planeamento: Processo de Enfermagem .....	76
<b>Quadro 21</b> – Análise de Conteúdo referente ao Papel do Enfermeiro, Fase de Efectivação: Vigilância .....	77

## **INTRODUÇÃO**

Do Plano Curricular da Licenciatura em Enfermagem adequado ao Processo de Bolonha da Universidade Fernando Pessoa, surge a elaboração de um trabalho científico sendo este indispensável para a conclusão da referida Licenciatura.

Este trabalho tem como principal objectivo complementar a avaliação através da aquisição e desenvolvimento de conteúdos teórico-práticos, adquirir experiência na elaboração de um estudo de investigação e ainda dar resposta ao problema da investigação. A sua elaboração é fruto de uma profunda reflexão, pesquisa, participação e da formação recebida. Pretende ser o resultado de todo esse esforço numa tentativa de transmitir alguns conhecimentos e informação.

Assim na perspectiva de Gonzaga (2003, p.17),

Para executar qualquer trabalho científico, as primeiras necessidades são de natureza pessoal. Um investigador tem de possuir curiosidade, imaginação, entusiasmo, perseverança, talento e motivação. Sem tais qualidades, nunca será um investigador.

Assim, o tema escolhido para a investigação é **“Transporte de Doentes Críticos – Vivências dos Enfermeiros do Serviço de Urgência”**. A escolha deste tema deveu-se ao fascínio pelos cuidados de enfermagem ao doente crítico. Existindo a simpatia por esta área e tendo o investigador vivenciando enquanto bombeiro experiências na mesma, emergiu daqui muita da motivação para esta investigação. Vivência dos Enfermeiros, porque sendo o investigador um futuro profissional de enfermagem, interessa descobrir o que no seu exercício profissional os enfermeiros vivenciam no contexto anteriormente mencionado. Por outro lado, também se procura dar a conhecer aspectos que podem ser melhorados na prestação dos cuidados neste processo.

Este estudo de investigação tem como principal objectivo conhecer as vivências dos enfermeiros no transporte de doentes críticos. A partir deste objectivo sucedem objectivos específicos que consistem em conhecer a organização institucional para o transporte de doentes críticos, identificar factores que influenciam o desempenho do

enfermeiro no transporte de doentes críticos e, por último, conhecer o papel do enfermeiro no transporte de doentes críticos.

Este trabalho está planeado tendo por base um método qualitativo, de forma a poder compreender os fenómenos sem os fragmentar. Para permitir uma abordagem mais profunda dos fenómenos em estudo, optou-se pelo estudo de tipo fenomenológico. O instrumento de colheita de dados foi o guião de entrevista aplicado a seis enfermeiros seleccionados através do processo de amostragem não aleatória accidental. O registo dos dados, foi efectuado com o auxílio de um gravador áudio, o que permitiu transcrever de forma concisa e completa toda a informação.

A população alvo para este estudo é constituída pelos 41 enfermeiros, que exercem o seu exercício profissional num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, num hospital da Região Norte do país, que tenham efectuado Transporte de Doentes Críticos nos últimos três anos. A colheita de dados efectuou-se de 22 de Março a 26 de Março de 2010. Sendo que, os dados da primeira parte da entrevista foram tratados no Microsoft Office Excel 2007. Na segunda parte, os dados foram tratados através da análise das entrevistas fundamentada na abordagem qualitativa e sistematizada, conforme a Técnica de Análise de Conteúdo Categorical Temática, proposta pelo autor Bardin (2008).

Da referida análise, os resultados obtidos estão de encontro aos objectivos propostos no início da investigação. No conhecimento da organização institucional foi detectado disfuncionalidades ao nível da organização geral, logística, recursos humanos e recursos técnicos/equipamentos. Da análise deste ponto, também se destacou a melhoria recente em relação aos equipamentos e emergindo sugestões para melhoria no sentido da implementação de uma equipa específica para a área. No seguimento desta ideia, também brotou a sugestão de implementação de uma ambulância institucional para estas ocorrências.

Perseguindo o objectivo de identificar factores que influenciam o desempenho do enfermeiro no transporte, surgiram factores positivos como o acompanhamento médico adequado, a experiência do enfermeiro e a segurança emocional. Por outro lado, brotaram, também, factores constrangedores, salientando indisposição gastrointestinal, a

ansiedade, a insegurança e disfuncionalidade no trabalho em equipa a nível de conflitos entre a equipa de enfermagem e médica.

Com o objectivo de conhecer o papel do enfermeiro no transporte, concluiu-se que, na fase de decisão, numa perspectiva de trabalho em equipa, o enfermeiro pode aconselhar. Na fase de planeamento, aplicam do domínio da prestação de cuidados referente às suas competências, visando a estabilização do doente. Por último, na fase de efectivação, numa vertente do transporte decorrer sem intercorrências, os enfermeiros assumem um papel de vigilância.

É relevante mencionar algumas dificuldades sentidas durante a elaboração do presente estudo, nomeadamente o facto do período de investigação ser limitado, visto ser um requisito para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem e no plano de estudos não existir espaços temporais para que o investigador pudesse concentrar-se especificamente na investigação. Outro aspecto que muito condicionante foi a inexperiência do investigador nesta área de investigação, provocando inúmeros retrocessos no processo da construção deste trabalho. Juntamente a estes factores associaram-se limitações a nível financeiro e, conseqüentemente, dos recursos materiais.

Depois desta pequena síntese e com o intuito de proporcionar uma leitura e compreensão agradável, este trabalho possui essencialmente três partes distintas: o enquadramento conceptual, o enquadramento metodológico e o enquadramento empírico.

Assim, no enquadramento conceptual consta uma breve abordagem do tema, de modo a transmitir os conhecimentos necessários para a compreensão do estudo, sendo esta parte o pilar deste estudo de investigação; no enquadramento metodológico, delinea-se o modo como o trabalho foi efectuado; e, por último, no enquadramento empírico, efectua-se a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Posteriormente a estas fases, surge a conclusão e a bibliografia representativa no estudo.

Fora do corpo de texto encontram-se expostos os apêndices e posteriormente os anexos. Os apêndices compreendem respectivamente, o Esclarecimento ao Participante

(Apêndice I), a Declaração de Consentimento Informado (Apêndice II), o Guião de Entrevista (Apêndice III), os Quadros da Análise de Conteúdo na sua íntegra (Apêndice IV) e o Cronograma de Actividades (Apêndice V). Os anexos apresentados são respectivamente, a Grelha de Avaliação do Doente, com os Critérios de Avaliação do Doente para Transporte Inter-Hospitalar (reproduzida no programa Microsoft Excel 2007, pelo Enfermeiro Formador do SU da Instituição em causa) (Anexo I).

No que respeita à apresentação deste trabalho de investigação, teve por base as directivas do Manual de Elaboração de Trabalhos Científicos, que vigora na Universidade Fernando Pessoa.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **CAPÍTULO I – Problemática em Estudo**

Citando Fortin (2009, p.49),

A fase conceptual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. (...) o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre o tema preciso, com vista a chegar a uma concepção clara do problema.

O início de uma investigação dá-se com a escolha de um tema e a elaboração de uma questão. De acordo com o autor supracitado, esta fase é fundamental numa investigação, pois dá-lhe uma orientação e um objectivo.

Com o decorrer desta fase, procedeu-se a uma definição e delimitação do tema bem como à formulação do problema de investigação, enunciando as questões, os objectivos e a revisão da literatura importante, de forma a permitir ao investigador determinar o estado actual dos conhecimentos acerca do problema em questão.

#### **1.1. Definição e delimitação do tema**

De acordo com Fortin (2009, p.67),

O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos.

Para Polit et al. (2004, p.20),

A pesquisa em enfermagem é a investigação sistemática, destinada a desenvolver conhecimentos sobre os temas de importância para as enfermeiras, incluindo a prática, o ensino e a administração da enfermagem.

Um estudo de investigação inicia-se com um problema que se gostaria de resolver, ou com uma questão a responder. Qualquer problemática envolve uma situação ambígua,

inquietante ou perturbadora, com a finalidade de tentar resolver o problema ou contribuir para a resolução do mesmo (Polit et al., 2004).

Desta forma, e partindo destes pressupostos, o tema dado para este estudo em causa é **“Transporte de Doentes Críticos - Vivências dos Enfermeiros do Serviço de Urgência”**.

Esta temática insere-se na área do transporte de doentes críticos, sendo um tema aliciante para o investigador por experiências vividas enquanto bombeiro (socorrista). Como futuro profissional de enfermagem, surge o interesse pelas das vivências experimentadas pelos enfermeiros neste processo.

A argumentação do problema de investigação visa justificar a pertinência do estudo permitindo, segundo Fortin (2009, p.143),

(...) pôr em evidência os dados do problema, fornecer explicações, demonstrar o interesse dos factos observados, fazer sobressair as relações existentes entre ideias e factos, e justificar a forma como se aborda o problema de investigação.

Com efeito, a pertinência deste estudo justifica-se pela constatação efectuada através da revisão da literatura de que a nível nacional não existe nenhum Normativo Legal, nem nenhuma entidade responsável que claramente assuma e se responsabilize pela área de Transporte de Doentes Críticos, sendo da responsabilidade das instituições a coordenação deste processo. Por outro lado, os enfermeiros exercem um papel crucial, com os seus cuidados no seio da equipa multidisciplinar responsável pelo transporte, onde também se constata que as vivências podem influenciar directa, positiva ou negativamente a qualidade da assistência em enfermagem.

Com o intuito de se limitar o estudo, devido a limitações do investigador de ordem de disponibilidade temporal, procedeu-se à selecção de enfermeiros que exercem o seu exercício profissional num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, de um Hospital da Região Norte do país, que tenham efectuado Transporte de Doentes Críticos, inter-

hospitalar nos últimos três anos. Esta condição, deve-se ao facto de as recomendações actuais desta área, seguirem um modelo idêntico desde há três anos.

## **1.2. Pergunta de Partida**

A formulação de um problema de investigação depende não só da escolha de um tema de investigação, ao qual se reporta a problemática, como também de uma questão. Esta, conforme Fortin (2009, p.72), “(...) constitui um parte importante da investigação e determina o ângulo sob o qual o problema será considerado, o tipo de dados a colher, assim como as análises a realizar.”

A questão de investigação atendeu a determinados critérios, como a qualidade de clareza de exequibilidade e pertinência.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008, p.32),

A melhor forma de começar um trabalho de investigação consiste em esforçar-se por anunciar o projecto sob a forma de pergunta de partida. Com esta pergunta, o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível aquilo que procura saber, elucidar, compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação.

Assim, tendo por base o tema proposto e pressupondo o que foi dito anteriormente definiu-se a seguinte pergunta de partida **“Quais as vivências dos enfermeiros do serviço de urgência no transporte de doentes críticos? ”**.

## **1.3. Questões de Investigação**

As questões de investigação elaboradas devem ser simples e directas, de forma a proporcionar uma resposta rápida e ajudar a focar a atenção nos tipos de dados necessários para proporcioná-la. Contudo, em alguns casos, podem constituir uma reformulação directa das declarações da finalidade do estudo. (Polit et al., 2004, p.109)

No parecer de Bogdan e Biklen (1994, p.26),

As questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis, sendo antes, formuladas com o objectivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural.

Seguindo esta linha de pensamento, e como que apresentando uma interrogação relativamente ao domínio em estudo, enunciaram-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a organização institucional para o transporte de doentes críticos?
  
- Quais os factores que influenciam o desempenho do enfermeiro no transporte de doentes críticos?
  
- Qual o papel do enfermeiro no transporte de doentes críticos?

#### **1.4. Objectivos de Estudo**

De acordo com Marconi e Lakatos (2007, p.102),

O objectivo geral está ligado a uma visão global e abrangente do tema. Relaciona-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos e eventos, quer das ideias estudadas. Vincula-se directamente à própria significação da tese proposta pelo projecto.

Assim, o objectivo geral que se definiu para este tema de investigação e indo de encontro ao que se pretendeu estudar é de **“Conhecer as vivências dos enfermeiros do serviço de urgência no transporte de doentes críticos”**.

Relativamente aos objectivos específicos, Marconi e Lakatos (2007, p.102) mencionam que estes,

Apresentam carácter mais concreto. Têm função intermediária e instrumental, permitindo, de um lado, atingir o objectivo geral e, de outro, aplicar este a situações particulares.

Assim sendo, enumeram-se como objectivos específicos:

- Conhecer a organização institucional para o transporte de doentes críticos;
  
- Identificar os factores que influenciam o desempenho do enfermeiro no transporte de doentes críticos;
  
- Conhecer o papel do enfermeiro no transporte de doentes críticos.

## **CAPÍTULO II – Enquadramento Teórico**

Uma investigação tem por base a aquisição de conhecimentos que estão inerentes a todas as questões propostas por quem investiga. Desta forma, é necessário ao investigador uma adequada referência bibliográfica e marco teórico que vá de encontro aos resultados obtidos posteriormente. Assim sendo, nesta parte será efectuada a revisão bibliográfica relativamente ao estudo em causa.

### **1.5. Doente Crítico**

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) (2008, p.9) definem:

(...) 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.

Estes doentes têm ou encontram-se em risco de apresentar falência múltipla de órgãos, onde a capacidade de adaptação ou a reserva fisiológica para alterações súbitas é praticamente nula, podendo algumas pequenas alterações induzirem grandes instabilidades e, conseqüente, deterioração clínica. Estas alterações a acontecerem têm efeito multiplicativo e não aditivo no agravamento da situação clínica do doente. (SPCI e OM, 2008, p.24)

Assim, os doentes com esta situação clínica, exigem uma intervenção no seio de uma equipa multidisciplinar especializada e treinada, com todas as condições apropriadas. Para atender a este dado, estes doentes necessitam, muitas vezes, de serem transferidos de serviços e até de Unidades Hospitalares, por falta da valência Médico-Cirúrgica ou necessidade de recursos técnicos indispensáveis à continuidade dos cuidados, para uma definição diagnóstica e terapêutica ou, ainda, pela gravidade clínica do doente. (GTU, 2006, p.96)

### **1.5.1. Transporte de Doentes Críticos**

O transporte de doentes envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não efectuáveis no serviço ou na instituição onde o doente se encontra internado, tendo em conta e devendo sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efectivos. (SPCI e OM, 2008)

Porém, Nunes (2009) salienta ainda que para evitar riscos e possíveis complicações do estado clínico,

A premissa de que o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem, tem de ser sempre considerada e é obrigatória.

No parecer 69/2005 do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, foi considerado que,

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.

Desta forma e para minimizar estes riscos, é imprescindível um planeamento cuidadoso, seleccionar uma equipa adequadamente preparada, existir os meios de transporte adequados onde estão disponíveis os meios de monitorização e eventuais procedimentos de emergência necessários no meio de transporte a utilizar, seja aéreo ou terrestre. Nunes (2009).

O transporte de doentes tem designações diferentes conforme o local de origem e de chegada. Desta forma, o transporte pode ser primário, onde a vítima é transportada entre o local do acidente ou domicílio e uma unidade de saúde, secundário ou inter-hospitalar, quando o transporte é realizado entre duas unidades de saúde ou departamentos dentro da própria unidade de saúde, ou, ainda, intra-hospitalar, quando a necessidade de transporte é entre serviços dentro da mesma unidade hospitalar. (Nunes, 2009).

Para o estudo em questão interessa os transportes terrestres inter-hospitalares de doentes críticos adultos.

Segundo Nunes (2009), quando se reporta ao historial afere-se que, apesar de, desde sempre, se efectuarem transportes entre os diferentes hospitais em virtude da inexistência de valências ou meios técnicos necessários para a avaliação e diagnóstico adequados do doente, as recomendações para transporte, nomeadamente de doentes críticos, têm um passado recente. A própria legislação reporta-se a 2001 quando, efectivamente, para além do enquadramento da actividade de transporte (existia um Decreto-Lei de 1992) apresenta o Regulamento do Transporte de Doentes.

O mesmo autor menciona que,

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 público, em 1997, o Guia de Transporte de Doentes Críticos. Em 2001, a ARS Norte divulga as Normas de Transporte Secundário de Doentes secundarizado pelo Grupo de Trabalho de Urgências que aprova e divulga no seu documento mais recente - 2006. 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.

Assim, vemos que, em Portugal, esta área foi analisada por diferentes grupos de trabalho, estando nesta altura regulamentada pelo Decreto-Lei que se refere ao Transporte de Doentes e sujeita a algumas normas e recomendações de boa prática no que se refere ao transporte de doentes críticos. O transporte inter-hospitalar, não se encontra abrangido por nenhum sistema devidamente estruturado para o efeito, a nível nacional, regional ou local (CRCD da ARSN, 2008). Neste cenário cabe às instituições organizarem, agilizarem e responsabilizarem-se por todo este processo. Pois conclui-se que actualmente, não existe de forma definida e organizada, uma entidade nacional claramente responsável pelo Planeamento, Coordenação e Efectivação do Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico (CRCD da ARSN, 2008).

No contexto actual, importa rever alguns excertos da legislação em vigor que regulamenta o transporte de doentes e em que condições.

O Decreto-Lei nº 38/92 de 28 de Março criou o enquadramento legal na actividade de transporte de doentes. O transporte de doentes está regulamentado pela portaria nº 1147/2001 de 28 de Setembro, que posteriormente foi modificada pela portaria nº 1301-A/2002 de 28 de Setembro e mais recentemente pela portaria nº 402/2007 de 10 de Abril.

De entre os diversos capítulos é de salientar os referentes às ambulâncias e a sua tripulação.

Portaria nº 1147/2001, Capítulo II, Secção I define os tipos de ambulância e Secção IV os equipamentos.

É de ter em conta que, seguindo o Regulamento de Transporte de Doentes, a ambulância é todo o veículo que pela suas características, equipamento e tripulação, permite a estabilização e ou transporte de doentes. Segundo o Regulamento de Transporte de Doentes citado pela Entidade Reguladora da Saúde (2007, p.10), as ambulâncias podem ser de três tipos: A (A1 e A2), B e C.

As do tipo A são ambulâncias de transporte, isto é, veículos devidamente identificados, equipados para o transporte de doentes que dele necessitem por causas medicamente justificadas e cuja situação clínica não faça prever a necessidade de assistência durante o transporte.

As ambulâncias de transporte A podem ser: do tipo A1 – de transporte individual, destinadas ao transporte de um ou dois doentes em maca ou maca e cadeira de transporte; do tipo A2 – de transporte múltiplo, destinada ao transporte de até sete doentes em cadeiras de transporte ou em cadeiras de rodas.

Consideram-se ambulâncias de tipo B as de socorro, ou seja, todo o veículo identificado como tal cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de suporte básico de vida destinadas à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte.

Finalmente, ambulâncias de tipo C são as de cuidados intensivos – todo o veículo identificado como tal cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de suporte avançado de vida destinadas à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte.

Contudo, na eventualidade de ser necessário, as ambulâncias tipo B poderão actuar como ambulância de cuidados intensivos desde que munidas dos meios humanos e recursos técnicos estabelecidos para as ambulâncias tipo C.

O Capítulo III, tanto da Portaria 1147/2001 como 1301-A/2002, é referente à tripulação das ambulâncias;

– Ambulância tipo A – dois tripulantes, curso de Tripulante de Ambulância de Transporte (TAT);

– Ambulância tipo B – três tripulantes, obrigatório um Tripulante de Ambulância de Socorro (TAS) e outros dois Tripulantes de Ambulância de Transporte;

– Ambulância tipo C – três tripulantes, um deles tem de ser médico com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV).

De realçar que na portaria 1147/2001, capítulo III, secção I, ponto 26.3 relativo aos tripulantes da ambulância tipo C, o terceiro elemento da tripulação pode ser um enfermeiro ou um indivíduo habilitado com o curso de tripulante de ambulância de socorro.

O GTU (2006, p.98) apresenta normas e procedimentos para a efectivação do transporte inter-hospitalar do doente crítico, onde recomenda que,

Desde a vulgar situação de doente que necessita de recorrer a uma observação por uma especialidade que não existe no primeiro local de socorro ou atendimento, e em que não está em causa o risco de vida mas sim um parecer técnico e início da terapêutica, até à situação mais complicada do doente crítico, propõe que a decisão deverá ser baseada em dados objectivos clínicos, permitindo ajuizar com maior rigor e mais

sistematização a generalidade dessas decisões. Propõe, por parecer mais adequado aos interesses atrás explicitados, o score de risco de transporte, idealizado por Etxebarria e colegas, publicado no *European Journal Emergence Medicine* em 1998, e que permite através de parâmetros fisiológicos e terapêuticos decidir a necessidade de acompanhamento do doente por enfermeiro, por enfermeiro e médico e ou mesmo qual o tipo de transporte que deverá ser utilizado. Este score deverá estar preenchido, salvaguardando de igual modo a decisão tomada em relação ao acompanhamento do doente, que é da responsabilidade do médico.

A SPCI e OM (2008), defendem o princípio de que os constrangimentos de ordem económica jamais, em qualquer circunstância, devem constituir um impedimento para a transferência do doente crítico para um local, onde lhe possa ser prestado um melhor nível de cuidados.

#### **1.5.1.1. Fases do Transporte**

A SPCI e OM (2008), referem que o transporte de Doentes Críticos comporta três fases: decisão, planeamento e efectivação.

As mesmas fontes (p.9) relativamente à fase de decisão mencionam que,

A decisão de transportar um doente crítico é um acto médico. Como tal, a responsabilidade é, não só do médico que assiste o doente, mas também do chefe de equipa e do director de serviço. Devem ser equacionados os riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte, muito especialmente nas situações de hipoxia, hiper/hipocapnia, instabilidade hemodinâmica, hipertensão intra-craniana e agravamento de lesão vértebro-medular, ou sempre que a deslocação possa contribuir directa ou indirectamente para o agravamento da situação clínica sem mais valia aparente.

O GTU (2006, p. 96), indica que “Independentemente do motivo que levou à decisão de transferir, estamos pois perante uma decisão de carácter clínico (...)”

O planeamento do transporte surge quando a decisão clínica já foi tomada, sendo que esta fase é da competência da equipa Médica e de Enfermagem do serviço ou unidade referente. Estas equipas têm de ter em conta a coordenação, a comunicação, a estabilização, a equipa, o equipamento, o transporte e a documentação. (SPCI, 2008)

Este planeamento de acordo com a SPCI (2008, p.9) deverá incluir as seguintes etapas:

- Escolha e contacto com o serviço de destino, avaliando a distância a percorrer e o respectivo tempo de trajecto estimado;
  
- Escolha da equipa de transporte (de acordo com as disponibilidades da unidade referente e as características do doente a transportar, com protecção individual assegurada – seguro/cobertura em caso de acidente). Escolha do meio de transporte;
  
- Selecção dos meios adequados de monitorização;
  
- Recomendação de objectivos fisiológicos a manter durante o transporte;
  
- Selecção adequada de equipamento e terapêutica;
  
- Previsão das complicações possíveis.

A GTU (2006, p.97) menciona que no momento do planeamento,

(...) deverá estar sempre presente que o transporte tem condicionantes próprias, como seja, as vibrações, efeitos aceleração-desaceleração, variações térmicas, o risco de tráfego e as anomalias da fiabilidade na monitorização entre outros, mais específicos, como por exemplo o transporte aéreo, e que deverão pesar na decisão e do momento do transporte. Por isso não é de aconselhar o início de transporte em doentes ainda instáveis, excepto se não houver garantias técnicas para a sua estabilização rápida.

A mesma fonte (p.97) refere ainda que,

Deverá fazer parte do planeamento a obrigatoriedade de informar o doente e ou seu representante legal da necessidade e dos factos que condicionaram a referida decisão, bem como do local de destino do doente, sendo desejável que haja um consentimento expresso.

A efectivação do transporte, é a fase onde o propriamente dito se inicia e segundo a SPCI e OM (p.10)

A efectivação do transporte fica a cargo da equipa de transporte, cujas responsabilidades técnica e legal só cessam no momento da entrega do doente ao médico do serviço destinatário, ou no regresso, ao serviço de origem (no caso da deslocação ser justificada pela realização de exames complementares ou actos terapêuticos). Idênticas responsabilidades cabem aos médicos, que decidiram o transporte. O nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar.

### **1.5.1.2. Recursos Humanos**

A equipa responsável pelo transporte do doente crítico deve ser constituída pela tripulação habitual da ambulância e, quando se justificar, por mais um ou dois elementos (um enfermeiro e/ou um médico), ambos com experiência em reanimação, com formação diferenciada no mínimo em SAV e preferencialmente em SAT, tendo também experiência em manuseamento e manutenção do equipamento. (SPCI e OM, 2008)

A qualificação técnica dos profissionais que constituem a equipa de transporte é um aspecto profundamente relacionado com a formação e a experiência clínica, e constitui um dos aspectos mais importantes para a promoção e para a garantia da segurança durante o transporte. Assim, a estes profissionais deve promover-se a formação específica, sendo esta mais relevante, no âmbito do ensino respeitante à Medicina Intensiva e Emergência Médica. (SPCI e OM, 2008)

Posto isto, estas equipas devem ter presente a formação e a experiência necessária para efectuarem este tipo de transportes, pois segundo Fuller (*cit. in* Nunes 2009) “o conhecimento é um tesouro, mas a prática é a chave para ele”.

### **1.5.2. Organização Institucional para o Transporte inter-hospitalar de Doentes Críticos**

Segundo o Regulamento Interno do Serviço de Urgência (2008, ponto 2.4, alínea d), da instituição onde decorreu a colheita de dados,

Quando o Hospital não dispõe de qualquer recurso mais diferenciado pode ser necessário proceder-se à transferência do doente para um hospital mais diferenciado, devendo o doente fazer-se acompanhar de um relatório médico justificativo e eventualmente, de cópia do processo clínico do S.U.. Qualquer transferência deve ter em conta a carta de referência Inter-Hospitalar do Minho Constante na pasta “Procedimento do S.U.” e pressupõe contacto telefónico prévio, da responsabilidade do Especialista que efectua a transferência, competindo ao Chefe de Equipa determinar o acompanhamento do Doente por Médico, ou Enfermeiro tendo em conta as normas para a transferência de doentes críticos (posto de Secretariado).

Estas normas estão de acordo com as recomendações de 2008 da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos. O enfermeiro formador do serviço reproduziu, no programa Microsoft Excel 2007, a grelha de avaliação do doente (Anexo I), com os critérios de avaliação do doente para transporte inter-hospitalar propostos pela SPCI e OM (2008). Neste programa, no final de preencher os vários itens, surge o score, o tipo da ambulância e também que equipa deve acompanhar o Doente.

Para a efectivação de transportes a instituição onde decorreu o estudo tem protocolo de prestação de serviços com as entidades Cruz Vermelha Portuguesa e Bombeiros Voluntários da cidade.

Para a especificidade de cada caso é activado o tipo específico de ambulância que está equipada de acordo com o determinado no enquadramento legal na actividade de transporte de Doentes referido na Portaria nº 402/2007 de 10 de Abril. Pontualmente, o hospital assume a garantia de algum equipamento que, de forma casuística, não esteja operacional.

Relativamente à equipa que acompanha o doente, esta é composta por elementos que estão em escala para a prestação de cuidados em postos de trabalho do respectivo turno, aquando do transporte. Os enfermeiros têm em regulamento interno definido quais os elementos a destacar para o acompanhamento de doentes, sendo o seu posto de trabalho redistribuído pela equipa residente. Em relação aos médicos é responsabilidade do chefe de equipa decidir qual o elemento a destacar para esta finalidade.

## **1.6. Resenha Histórica das Práticas de Enfermagem**

De acordo com Festas (1999, p.60) a enfermagem é sustentada nos cuidados desenvolvidos aos outros e nesse sentido, como afirmou Collière (*cit. in* Festas, 1999), os cuidados sempre existiram sendo a sua prática tão antiga como a própria humanidade. É com base nestes pressupostos que se pensa terem evoluído os cuidados durante milhares de anos, vindo a constituírem-se como profissão de enfermagem.

Segundo Cintra (2000, p.13)

A enfermagem, enquanto profissão, teve início em Inglaterra, no século XIX, com o trabalho de Florence Nightingale recrutando e treinando um grupo de mulheres para colaborarem nos cuidados e na higiene dos soldados feridos durante a Guerra da Criméia (1854-1856).

Virgínia Henderson (*cit. in* Lobo, 2000, p.34) define enfermagem como

A função única do enfermeiro é assistir o indivíduo doente ou são, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou a recuperação (ou a sua morte tranquila), e que ele realizaria sem auxílio se para tal tivesse a força necessária, a vontade ou os conhecimentos. E fazer isto de modo a ajudá-lo a conquistar independência tão rápido quanto possível.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996, p.3) menciona que

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

O artigo 5º do Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro, caracteriza os cuidados de enfermagem como um diversificado conjunto de competências científicas, técnicas e humanas, que devem ter por fundamento a relação de ajuda e a interacção enfermeiro – utente, indivíduo, família grupos e comunidade.

Os enfermeiros praticam o cuidar em todas as suas dimensões e em toda a sua complexidade. Assim, para Germano et al. (2003, p.166) o enfermeiro é,

(...) o profissional com o curso de Enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados gerais ao indivíduo, família grupos e comunidade.

Desta forma, cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por um enfermeiro a uma pessoa e seus familiares – ou a um grupo de pessoas – com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem. Os cuidados de enfermagem enquadram-se, assim, numa “acção interpessoal e compreendem a tudo o que os enfermeiros fazem dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas (...)” (Hesbeen, 2000, p. 67).

Ao abordar enfermagem, temos de analisar o cuidar, pois de acordo, com Moniz (2003, p. 23), “o cuidar é considerado uma das mais velhas expressões da história do mundo e esteve sempre ligado às práticas de Enfermagem”

O conceito de cuidar, para Collière (1999, p.27), é tão antigo como o próprio Homem, porque desde que há vida, existem cuidados, segundo a mesma autora:

Os homens, como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um acto de vida primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se e assim lutar contra a morte (...).

O cuidar, nos dias de hoje, é reconhecido como a essência, o núcleo da enfermagem (Festas, 1999, p.61). De acordo com Roch (*cit. in* Festas 1999, p.63), “ (...) a enfermagem nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se através do cuidar”. E, é nesta linha de pensamento que a enfermagem tem vindo a orientar a sua prática para “ (...) um modelo holístico, subjectivo, interactivo, humanista e orientado para a experiência única de cada pessoa” (Moniz, 2003, p.29).

Para Valadas (2005, p.62), os cuidados de enfermagem

---

(...) não se limitam ao meio hospitalar ou aos indivíduos doentes (...) abrangem a comunidade no geral e são direccionados aos indivíduos ao longo do seu ciclo vital, que se encontrarem em situação de doença, ou num estado de equilíbrio perfeito.

O cuidar em enfermagem tem a sua expressão na relação interpessoal, estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, sendo esta interacção a responsável pela compreensão do outro na sua singularidade (Moniz, 2003, p.23). Cuidar de pessoas, centra-se num todo coerente e indivisível, onde todas as dimensões se relacionam tendo em conta o que é importante e secundário para cada pessoa cuidada, depende da sua percepção, das suas vivências, do sentido que esse todo faz na sua vida (Hesbeen, 2001, p.42).

De acordo com o Conselho de Enfermagem da OE, (2003, p.4) os cuidados de enfermagem são centrados na relação interpessoal, onde no

(...) estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa.

Assim, hoje a enfermagem é a responsável pela profissionalização da capacidade humana de cuidar, através do desenvolvimento de conhecimentos, competências, atitudes e habilidades intrínsecas à sua actividade, o que torna o Enfermeiro mais capaz de cuidar do outro de forma profissional, (Roach, *cit. in* Festas, 1999, p.62). Os seus fundamentos são baseados num processo de cuidar profissional, que é simultaneamente humanístico e científico, “ (...) que se liga e torna parte do mundo das experiências humanas associadas à saúde - doença” (Watson, 2002, p.36).

Na prática dos cuidados de enfermagem o profissional deve dar especial importância à promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, deve procurar, ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Não deve esquecer, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores (Conselho de Enfermagem da OE, 2003).

Todos os cuidados, devem ser otimizados dentro da unidade familiar e comunidade envolvente, podendo o enfermeiro ser o pivot dentro da equipa multidisciplinar, pois o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Desta forma, pode-se distinguir dois tipos de intervenções de enfermagem. (Conselho de Enfermagem da OE, 2003).

Nas intervenções de enfermagem autónomas, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo e toma a decisão de prescrevê-las, de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Assim, o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção. (Conselho de Enfermagem da OE, 2003).

Por outro lado, no exercício profissional dos enfermeiros, existem as intervenções interdisciplinares onde o enfermeiro assume a responsabilidade técnica pela sua implementação, mas não as prescreve. (Conselho de Enfermagem da OE, 2003)

O Conselho de Enfermagem da OE relativamente às Intervenções de Enfermagem (2003, p.7)

Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

Consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

Ainda de acordo com a fonte supra citada (p.7), nas

(...) atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, pelos costumes, pelas religiões e por todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática da enfermagem.

Tendo em vista e perseguindo a maior satisfação do indivíduo, grupo ou comunidade.

Assim, cuidar, em enfermagem, pressupõe um cuidar científico/profissional, baseado na disciplina de Enfermagem e mais orientado para o que é feito com ou em nome da pessoa e menos para o que é feito à mesma ou para ela,” (...) um cuidado específico individual e contextual” (Barros et al., 1997, p.12). Isto porque cada pessoa é um ser único com as suas histórias e experiências de vida. E, é nesta perspectiva que o cuidar poderá ser caracterizado ” (...) como um verdadeiro encontro com o outro, um estar disponível para o outro numa relação de proximidade e de ajuda, que se evidencia por abertura, compreensão e confiança” (Moniz, 2003, p.26), requerendo “(...) envolvimento pessoal, social, moral e espiritual” (Watson, 2002, p. 55) e uma presença não só física e meramente profissional, mas também uma presença humana, capaz de escutar, compreender e ajudar (Pacheco, 2002, p.33).

Desta forma, é nestas linhas orientadoras de pensamento que se conclui que para cuidar, é necessário conciliar os conhecimentos técnico-científicos com toda a sua dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado, porque cuidar “foi e será o fundamento de todos os cuidados” (Collière, 1999, p.29).

### **1.6.1. Competências do Enfermeiro**

Peixoto (2003) define competência como sendo um conjunto de conhecimentos que o indivíduo adquire para determinados contextos, estando, assim, de acordo com o que Berner referiu em 2001 (*cit. in* Peixoto, 2003), ligado à área do “saber”. Contudo, a mesma fonte refere que no “saber”, tem de estar implícito o “saber-fazer” que o autor refere estar ligado com a habilidade, formando, assim, a capacidade seleccionar, integrar e assim mobilizar adequadamente diversos conhecimentos prévios perante uma determinada questão ou problema.

As competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros contemplam três domínios: o domínio da prática profissional, ética e legal, o domínio da prestação e gestão de cuidados e o domínio do desenvolvimento profissional (Conselho de Enfermagem, 2003 da OE, p.45)

No domínio referente à prática profissional, ética e legal, definem-se as responsabilidades do enfermeiro, a prática segundo a ética e a prática legal (Conselho de Enfermagem da OE, 2003, p.54).

No domínio correspondente à prestação e gestão de cuidados, definem-se princípios chave da prestação e gestão de cuidados. Na prestação de cuidados são definidos campos de actuação na promoção da saúde, colheita de dados, planeamento, execução, avaliação, comunicação e relações interpessoais. Na área da gestão de cuidados assinalam-se áreas como: ambiente seguro, cuidados de saúde interpessoais, delegação e supervisão (Conselho de Enfermagem da OE, 2003, p.54).

No domínio respeitante ao desenvolvimento profissional, destaca-se a valorização profissional, melhoria da qualidade e formação contínua (Conselho de Enfermagem, 2003 da OE, p.54).

De acordo com Moniz (2003, p.27) para que os enfermeiros sejam competentes torna-se necessário que estes mobilizem saberes organizados e sistematizados, directamente relacionados com as competências que caracterizam a enfermagem.

Walter (1988), referenciada em Moniz (2003, p. 27),

(...) considera que os saberes mobilizados no contexto da profissão de enfermagem, são fruto de uma mobilização teórica e prática de uma multiplicidade de conhecimentos especializados, adquiridos ao longo de toda a formação inicial e, posteriormente, com a experiência profissional.

Assim os saberes úteis aos cuidados da enfermagem, de acordo com a mesma autora, são:

– O Saber Científico, caracterizado pelo saber sistematizado numa teoria, composto pelas associações de conceitos interligados;

- O Saber Informação, que se adquire através da observação (objectiva da pessoa/família), das inter-relações com colegas e com outros profissionais, devendo-se ter sempre presente o saber questionar, analisar e confrontar;
  
- O Saber Ser, intrínseco à natureza e à pessoa que é enfermeiro. No entanto, pode ser desenvolvido com a prática mas está sempre dependente dos valores do enfermeiro;
  
- O Saber Prático, responsável pela realização dos actos de enfermagem. Engloba a destreza, a eficácia, a segurança e a capacidade de realizar acções.

Assim, a conjugação destes quatro saberes permite aos enfermeiros serem mais capazes de cuidar a pessoa no seu todo. Collière (1999, p. 290), defende que,

O campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las (...). “a competência da enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém (...)

Mercadier (2004, p.2) menciona que,

Para prestar os cuidados de enfermagem requeridos, é necessário mobilizar competências a um tempo individuais e colectivas, técnicas, relacionais e organizacionais. (...) a competência em enfermagem deve conjugar qualidades individuais, experiências pessoais e profissionais e uma forte componente ética.

### **1.6.2. Enfermagem de Urgência**

O Serviço de Urgência é uma valência hospitalar que para a maior parte da população portuguesa é a porta de entrada nos serviços gerais de um hospital.

É considerado um serviço agitado, imprevisível e particularmente sensível ao despoletar de emoções tanto para quem deste serviço necessita como para quem nele desempenha funções.

Assim, de acordo com Sheehy, (2001, p.45),

As pessoas que trabalham nas urgências constituem um desafio impar para a gestão; a maioria não gosta da rotina, gosta de converter o caos em ordem, sente-se motivada, é empreendedora e não aprecia um ambiente estático. Acompanhar uma área em mutação constante, com pessoas altamente interessadas, é uma tarefa desafiadora e, simultaneamente, compensadora.

Enfermagem de Urgência é a considerada “ a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações de saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções.” (Sheehy’s, 2001, p.3).

A Enfermagem de Urgência abarca uma diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doença. Desta forma, os enfermeiros de urgência prestam cuidados a todas as populações de todas as idades, por todo um espectro de doenças, medidas de salvamento de vida e prevenção de lesão. Os problemas podem ser percebidos, reais ou potenciais, súbitos ou urgentes, físicos ou psicossociais. A sua resolução pode implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino ao doente ou à família, encaminhamento adequado e conhecimento das implicações legais. (Sheehy’s, 2001, p.3)

Alminhas (2007, p.57) caracteriza o SU como particularmente despersonalizante. Ao dar entrada no serviço, o utente já pouco pode decidir acerca dos cuidados físicos, socialização ou privacidade. Para além da diminuição da sua força física, está sob rigorosa vigilância de enfermeiros e médicos.

Segundo Camacho (1997, p.181), o enfermeiro que trabalha no SU, é muito frequentemente, bombardeado com perguntas, pedidos e outras solicitações, que ultrapassam o limite de capacidade de resposta, pelo menos de resposta eficaz, com tranquilidade e atempadamente. É um profissional que, tendo em conta as características do serviço e dos utentes, tem de recorrer muitas vezes ao estabelecimento de prioridades na intervenção, para além da imprevisibilidade causada pela extrema variedade e gravidade da situação com que se depara.

Assim, o enfermeiro de urgência vê-se constantemente confrontado com situações novas e diversificadas, obrigando-o a intervir com eficácia em situações de alto e médio risco. Um enfermeiro do SU, no seu exercício profissional, deve apresentar um perfil assente na responsabilidade, autonomia, competência, eficácia, segurança, conhecimentos teórico-práticos perspicazes e actualizados, bem como, possuir resistência física (Rocha, 1996, p.8).

### **1.7. Vivências**

Para Lacombe (2000) o facto dos profissionais de saúde intervirem e lidarem com situações inesperadas, desesperadas, traumatizantes, sem segurança, com emoções no limite, frustrações e morte iminente pode provocar uma panóplia de comportamentos.

Toda esta panóplia de vivências pode afectar ou marcar de forma directa, positiva e negativamente o desempenho nos cuidados prestados pelos profissionais.

Assim, a personalidade, o nível de stress actual, e a lembrança de experiências passadas relacionadas com o acontecimento em causa influenciam, o modo de agir dos profissionais. Para algumas pessoas, as reacções são imediatas e intensas, enquanto para outras, elas podem produzir-se algumas horas ou alguns dias mais tarde, pois “cada pessoa reage de maneira diferente a um acontecimento (...)” (Lacombe, 2000, p.29).

Segundo Abreu (2002, p.40) vivência é,

(...) constituída por estados de espírito, ou antes, uma sequência de estados de espírito relacionados com o mundo e seus objectos. Estados de espírito mais complexos como sentimentos, ou mais elementares como uma sensação, uma recordação ou apenas uma ideia, mas sempre em relação com algum objecto, porque ter consciência é ter consciência de alguma coisa.

Desta forma, é fundamental definir o estado de espírito mais complexo, uma vez que os sentimentos se encontram directamente relacionados com as dificuldades que nos são apresentadas e condicionam as nossas atitudes.

Um aspecto que confunde a compreensão do que é o sentimento é o facto de que, no dia-a-dia, as expressões que se usam para referir um sentimento também se usam para referir as emoções mais características destes mesmos sentimentos.

Damásio (2003, p.20) menciona que,

(...) os sentimentos são a expressão do florescimento humano ou do sofrimento humano, na mente e no corpo. Os sentimentos não são uma mera decoração das emoções, qualquer coisa que possamos guardar ou deitar fora. Os sentimentos podem ser e geralmente são, revelações da vida dentro do organismo.

Coleman (*cit. in* Freitas-Magalhães, 2007, p. 81) considera a emoção como “estado complexo de sentimento que inclui experiência consciente, respostas internas e explícitas, energia para motivar o organismo para a acção.” Então, é de referir que estes sentimentos, estas decisões ou disposições mentais, vão promover emoções no corpo que serão sentidas. De encontro a isto, Leal (*cit. in* Freitas-Magalhães, 2007, p.83) refere que “emoção é uma manifestação, uma expressão (gestual, facial, dos olhares, da pose, etc), uma expressão que o outro capta tal e qual.”

Damásio (2003, p. 21) refere ainda que “A emoção e as várias reacções com ela relacionadas estão alinhadas com o corpo, enquanto os sentimentos estão alinhados com a mente.” Assim sendo, pode-se afirmar que num determinado contexto as emoções estão relacionadas com o que se torna público, e os sentimentos é a parte privada do contexto.

Segundo Marques e Rainer (*cit. in* Freitas-Magalhães, 2007, p.82) “o controlo das emoções, perante determinadas situações, é uma capacidade do qual o homem se serve para estar apto a seleccionar os comportamentos ajustáveis.”

Para o estudo em causa, interessa aprofundar as emoções em si, mas compreender que as emoções são “visíveis” e os sentimentos são sentidos intrinsecamente.

Então, é importante reconhecer estes sentimentos e aceitá-los, servindo-se deles como sensores para aprender as situações, gerindo-as de maneira construtiva e orientar a acção sem ocultar o que se sente.

Dado que as vivências dos enfermeiros influenciam a sua atitude e comportamento torna-se pertinente também abordar estes dois itens.

### **1.7.1 Atitudes e Comportamentos**

Jean Meynard (*cit. in* Gregório, 2002) afirma que a atitude,

É uma disposição ou ainda uma preparação para agir de uma maneira de preferência a outra. As atitudes de um sujeito dependem da experiência que tem da situação à qual deve fazer face. Pode se dizer também que é a “predisposição a reagir a um estímulo de maneira positiva ou negativa.”

Para Thomas e Alaohilippe (*cit. in* Gomes, 1993) atitude designa um estado mental que predispõe a agir de uma determinada maneira, quando a situação implica a presença real ou simbólica do objecto ou da situação.

Assim, indo ao encontro dos autores supracitados, pode-se encarar uma atitude como uma prontidão para responder favorável ou desfavoravelmente a um determinado referente sempre que este se apresente.

A designação de atitude aparece muitas vezes confundida com outros conceitos, entre os quais, e o mais comum é o de comportamento.

Freitas-Magalhães (2007, p. 43) profere que,

(...) o comportamento é provocado por uma emoção(...). A emoção induz o comportamento, o estímulo percebido vai provocar a resposta corporal, a qual por sua vez, desencadeia a emoção experimentada.

Assim, o comportamento aparece ligado com a acção que desenvolvemos, ou seja, com a expressão corporal, enquanto a atitude é uma predisposição para certos comportamentos tendo em conta as situações.

Contudo, perante as vivências e atitudes os comportamentos podem ser condicionados. Indo ao encontro disto, Dias (*cit. in* Freitas-Magalhães, 2006) menciona que “a natureza nunca determina as acções humanas, simplesmente as condiciona.”

Por vezes, o nosso comportamento vai contra as nossas atitudes e outras a favor. A razão, segundo Gomes (1993), é que as nossas atitudes são complexas, são simultaneamente estáveis e susceptíveis de mudar, surgem como forma de reacção secundária, que têm por função orientar o comportamento através das estimulações internas do meio.

Segundo Kardec (*cit. in* Gregório, 2002), embora as tentativas de modificar ou substituir “atitudes” assentem nos mesmos princípios de aprendizagem, é, evidentemente, muito mais difícil mudar ou esquecer “atitudes” do que aprendê-las.

## **PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

### **CAPÍTULO I – Fase Metodológica**

Para a elaboração de um estudo de investigação, é necessário fazer um plano de como irá decorrer, de modo a que se definam logo à partida, quais as actividades que são imprescindíveis de se desenvolver.

Para Fortin (2009, p.214),

A fase metodológica tem por objectivo precisar a maneira como a questão de investigação será integrada num desenho que indicará as actividades a realizar no decurso da investigação.

Entende-se que qualquer metodologia integra uma combinação de métodos e técnicas, que, sendo adequados ao problema equacionado e aos objectivos delineados, permitem responder às questões a que o estudo se propõe, possibilitando o controlo de potenciais fontes de enviesamento

#### **1.1. Desenho de Investigação**

O início da fase metodológica acontece com o desenho da investigação, em que nele estão presentes todos os passos realizados ao longo deste processo. O desenho de investigação segundo Burns e Grove (*cit. in* Fortin, 2009, p.214)

Além de fornecer um plano, que permite responder às questões ou verificar hipóteses, o desenho especifica os mecanismos de controlo que servirão para minimizar as fontes potenciais de enviesamento que colocam o risco de afectar a validade dos resultados do estudo.

Segundo Polit et al. (2004) esta fase incorpora decisões metodológicas chave, ou seja, outros aspectos do estudo como: o plano de amostragem, o instrumento de colheita de dados, o tipo de estudo e de análise. Torna-se, assim, cruciais que sejam compreendidas todas as implicações das decisões do delineamento tomadas pelo investigador.

## **1.2. Método de Investigação e Tipo de Estudo**

Neste estudo de investigação a recolha e processamento de dados efectuou-se com base no método qualitativo, pois segundo Ribeiro (2007, p.65)

A Investigação Qualitativa tem por objectivo estudar as pessoas nos seus contextos naturais (...) é um trabalho de proximidade e interactivo, dado que exige o contacto face a face com um indivíduo, com um grupo, ou a observação do comportamento (...) o que permite desenvolver uma ideia aprofundada do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam, experimentam os acontecimentos em estudo.

Dentro da metodologia qualitativa foi optado um processo que permita a descrição dos significados experienciais tal como são vivenciados na existência do dia-a-dia” (Van Manen, *cit. in* Oliveira, 2004, p.92), o que leva a configurá-lo num estudo fenomenológico, pois é um:

Estudo das experiências vivenciadas através da compreensão da estrutura, da essência, e contexto da experiência subjectiva do indivíduo. O ponto principal deste tipo é o estudo de como os indivíduos percebem e dão sentido a uma vivência, identificando a essência dessa experiência. (Krahn e Putnam, *cit. in* Ribeiro, 2007, p.70)

Este estudo teve na base da interpretação, a descrição e apreciação de um fenómeno definido por vivências num contexto de transporte inter-hospitalar de doentes críticos, desenvolvido por enfermeiros inseridos na equipa multidisciplinar.

## **1.3. Meio**

“O investigador precisa do meio em que será conduzido o estudo e justifica a sua escolha.” (Fortin, 2009, p.217) Tendo em vista o objectivo geral, este estudo de investigação realizou-se em meio hospitalar, num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica. A gravação áudio das entrevistas efectuadas, realizou-se em contexto natural para a amostra escolhida.

#### **1.4. População Alvo, Processo de Amostragem e Amostra**

De modo a que um estudo de investigação represente fielmente o que ocorre, tornou-se imprescindível definir com precisão os sujeitos do estudo, ou seja, os elementos que compõem a população e a amostra, permitindo efectuar com rigor científico.

Conforme Almeida e Freire (2007, p. 51) “ (...) população é o conjunto de indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno.”

Para Fortin (2009, p.311), a população alvo define-se como “(...) conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.”

Tendo presente estes conceitos a população que esteve na origem deste estudo, 41 Enfermeiros que efectuaram Transportes de Doentes Críticos nos últimos 3 anos, de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região Norte do país. A escolha desta população prendeu-se com o facto de estes profissionais realizarem transporte de doentes críticos, com as recomendações actuais para a área, e também, por a referida urgência se situar perto do local de residência do investigador.

Estudar toda população seria uma condição bastante complexa, devido à escassez de recursos e ao tempo disponível pelo investigador, assim, utilizou-se o método de amostragem não aleatório – acidental, para se obter uma amostra, que é uma fracção dos indivíduos ou objectos que constituem a população. (Hill e Hill, 2002)

Considerou-se não aleatório, visto que, nem todos os elementos têm a mesma probabilidade de serem seleccionados para fazerem parte da amostra (Fortin, 2009, p. 212), e acidental, porque as amostras “são (...) constituídas por indivíduos que acidentalmente participem no estudo.” (Ribeiro, 2007, p.42)

Segundo Polgar (*cit. in* Ribeiro, 2007, p.45) “não há um número mágico de participante que possa ser considerado número óptimo” e “atendendo ao objectivo do

estudo que é explorar e descrever fenómenos o tamanho da amostra poderá ser reduzido.” (Morse, *cit. in* Fortin 2009, p. 216)

Assim, a amostra constituiu-se por 6 enfermeiros pertencentes à população anteriormente referida.

### **1.5. Variáveis do Estudo**

Segundo Fortin (2009, p.171),

As variáveis são unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo.

Desta forma, as variáveis presentes neste estudo de investigação são as variáveis atributo que, conforme o autor supracitado (2009, p.172), “(...) são características pré-existentes dos participantes num estudo.”

Assim, neste estudo considera-se como variáveis atributo as características dos enfermeiros, como a idade, o género, o título, o número de anos de exercício profissional e a formação pós-graduada mais diferenciada para a área.

No presente estudo, as restantes variáveis surgem na análise de conteúdo, mais concretamente após a codificação em que, por recorte (escolha das unidades), enumeração (escolha das regras de contagem), classificação e agregação (escolhas das categorias) se interferem as variáveis. (Bardin, 2008)

### **1.6. Método e Instrumento de Colheita de Dados**

Como método de colheita de dados para este estudo de investigação, optou-se pela entrevista, já que tem como vantagem a sua adaptabilidade, constituindo um modo de comunicação verbal entre o entrevistador e o entrevistado, sendo que também é “a técnica qualitativa mais comumente usada nos estabelecimentos de atenção à saúde.” (Pope et al., 2005, p.21)

Efectuou-se através de uma entrevista semi-estruturada, de forma a obter descrições experimentais e também porque, como Van Manen (*cit. in* Oliveira, 2004, p.97) refere que esta é essencial na investigação de tipo fenomenológico. As entrevistas semi-estruturadas, de acordo com Pope et al. (2005, p.22) são

Conduzidas com base numa estrutura solta, a qual consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir a fim de prosseguir com uma resposta em maiores detalhes.

Na realização da entrevista semi-estruturada teve-se em consideração três critérios fundamentais: respeitar os objectivos do estudo, o método qualitativo e responder às questões de investigação.

Assim e conforme Quivy e Campenhoudt (2003), a entrevista semi-estruturada,

(...) é certamente a mais utilizada em investigação (...) no sentido em que não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Geralmente, o investigador dispõe de um série de perguntas guias, relativamente abertas (...).

Desta forma, aplicou-se entrevistas individuais e semi-estruturadas (Apêndice III) a 6 enfermeiros do referido SU. O registo dos dados foram efectuados com o auxílio de um gravador áudio, o que permitiu transcrever de forma concisa e completa toda a informação.

A colheita de dados efectuou-se no período decorrente de 22 de Março a 26 de Março de 2010, num local seleccionado pelo entrevistado, tendo cada entrevista a duração de cerca de 15 minutos.

### **1.7. Pré - Teste do Instrumento de Colheita de Dados**

Um trabalho de investigação, implica sempre um conjunto de fases que determinam o seu curso e que se tornam etapas fundamentais para que este processo alcance um fim.

Assim, para que se possa estar certo da fiabilidade do instrumento de recolha de dados, deve-se efectuar um pré-teste ao mesmo.

Segundo Marconi e Lakatos (2007, p.165), “Elaborados os instrumentos de pesquisa, o procedimento mais utilizado para averiguar a sua validade, é o teste preliminar ou pré-teste.”

O pré-teste efectuou-se 12 a 13 de Março, a dois enfermeiros integrantes na população do meio seleccionado, para efectuar a recolha de dados. Esta escolha deve-se ao facto de estes profissionais estarem nas mesmas circunstâncias que a posterior amostra.

### **1.8. Previsão do Tratamento de Dados**

Para o tratamento de dados do referido estudo procedeu-se à análise das entrevistas fundamentadas numa abordagem qualitativa e sistematizada conforme a técnica de análise de conteúdo categorial temática proposta pelo autor Bardin (2008), respondendo aos objectivos delineados para o estudo, verificando-se e identificando-se as vivências mais significativas que incidem sobre estes profissionais.

Para permitir uma melhor compreensão da análise dos dados recolhidos das entrevistas, estes serão apresentados sob a forma de quadro. Para facilitar a consulta e compreensão dos quadros, surgiu a necessidade de realizar uma codificação que Bardin (2008, p.101), considera sendo “(...) operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas”, assim estas foram as seguintes: (E1), que se refere à codificação da entrevista e o número que se segue ao número da entrevista; (P1), refere-se ao número da questão que pertence a resposta; (L1) refere-se ao número da linha que pertence a resposta e (...) representam os excertos do discurso que se considerou irrelevante para a investigação.

## **1.9. Questões Éticas**

Os aspectos éticos são decisivos na investigação “ sem um código de ética que aponte limites, oriente os passos da investigação é a própria investigação que fica em causa.” (Ribeiro, 2007, p.155)

Assim, as pesquisas que envolvem os seres humanos geram sempre preocupações éticas, que para Lo (*cit. in* Hulley et al., 2008, p.243) têm de obedecer a três princípios éticos: o princípio do respeito à pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça.

No que respeita ao **princípio do respeito à pessoa** este obriga a que os investigadores obtenham o consentimento informado dos participantes e mantenha a confidencialidade. Segundo este princípio, os participantes na pesquisa não são meras fontes passivas de dados, mas indivíduos cujo bem-estar, desejos e vontades devem ser respeitados (Lo, *cit. in* Hulley et al., 2008, p.243). Deste modo, o investigador deve fornecer as informações relevantes /necessárias para que o participante possa decidir sobre a sua participação no estudo. Essa informação deve compreender a natureza da pesquisa, os procedimentos que o estudo engloba e os riscos/ benefícios que o mesmo pode comportar. Para salvaguardar a confidencialidade torna-se necessário codificar os dados, armazená-los num local seguro, restringir o número de pessoas com acesso aos mesmos (Lo, *cit. in* Hulley et al., 2008, pp.243, 247, 249).

Para dar cumprimento a este princípio ético, antes da entrevista, os enfermeiros foram esclarecidos sobre a sua participação no estudo (Apêndice I), foram informados sobre todos os procedimentos, assim como os objectivos, o método de investigação e o âmbito do estudo. Foi dada a liberdade de abandonar o estudo a qualquer momento da investigação e foi entregue a Declaração de Consentimento Informado (Apêndice II) que teve de ser assinado por cada enfermeiro. Foram criados escalões etários, bem como escalões de tempo para o tempo de exercício profissional, de forma a não quebrar a confidencialidade e respeitar o anonimato.

Relativamente ao **princípio da beneficência** impõe que a pesquisa seja bem fundamentada cientificamente, de forma a ser possível verificar quais os benefícios e os riscos prováveis, tentando minimizar os últimos (Lo, *cit. in* Hulley et al., 2008, p.243).

De forma a dar cumprimento a este princípio ético, foi dada a oportunidade do enfermeiro escolher o local da realização da entrevista, sendo um local onde este se sinta confortável. As entrevistas só decorreram quando o participante se encontrava totalmente disponível, não ocorrendo nenhum prejuízo a nível de gestão de tempo na prestação dos cuidados. Foi dada a liberdade de decidir sobre a extensão da informação dada aquando da sua participação no estudo.

Quanto ao **princípio da justiça** exige que os benefícios ou cargos da pesquisa sejam distribuídos de forma justa e equitativa por todos os participantes. (Lo, *cit. in* Hulley et al., 2008, p.243)

Para se cumprir este princípio ético, todos os dados colhidos foram tratados de igual forma e nenhum participante foi favorecido nem prejudicado em relação ao outro.

## **PARTE III – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO**

### **CAPÍTULO I – Apresentação, Análise e Discussão dos Dados**

Por se tratar de um estudo científico no presente capítulo efectuou-se a apresentação e análise de dados, com posterior discussão dos mesmos. Para Fortin (2009, p.306),

Em investigação qualitativa, a análise dos dados é uma fase do processo indutivo de investigação que está intimamente ligada ao processo de escolha dos informadores ou participantes e às diligências para a colheita de dados.

Para efectuar a referida análise dos dados recolhidos através da entrevista semi-estruturada, recorre-se a gráficos e quadros. Assim, a análise dos dados referentes às variáveis atributo foi efectuada através do recurso à estatística descritiva. A análise dos dados referentes ao âmbito do estudo foi realizada através da análise de conteúdo dos registos das entrevistas dirigidas aos enfermeiros, segundo Bardin (2008).

A análise dos dados recolhidos através das entrevistas só se tornou possível recorrendo à sua análise de conteúdo. Assim, conforme Bardin (2008, p.33)

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.

Porém torna-se imprescindível focar que um investigador que faça uma entrevista, de acordo com Bardin (2008, p.90),

(...) conhece a riqueza desta fala, a sua singularidade individual, mas também a aparência por vezes tortuosa, contraditória, «com buracos», com digressões incompreensíveis, negações incómodas, recuos, atalhos, saídas fugazes ou clarezas enganadoras. (...) A análise de conteúdo de entrevistas é muito delicada.

A análise de conteúdo insere três fases distintas: a pré-análise, a exploração do material recolhido e o tratamento de resultados, a inferência e a interpretação.

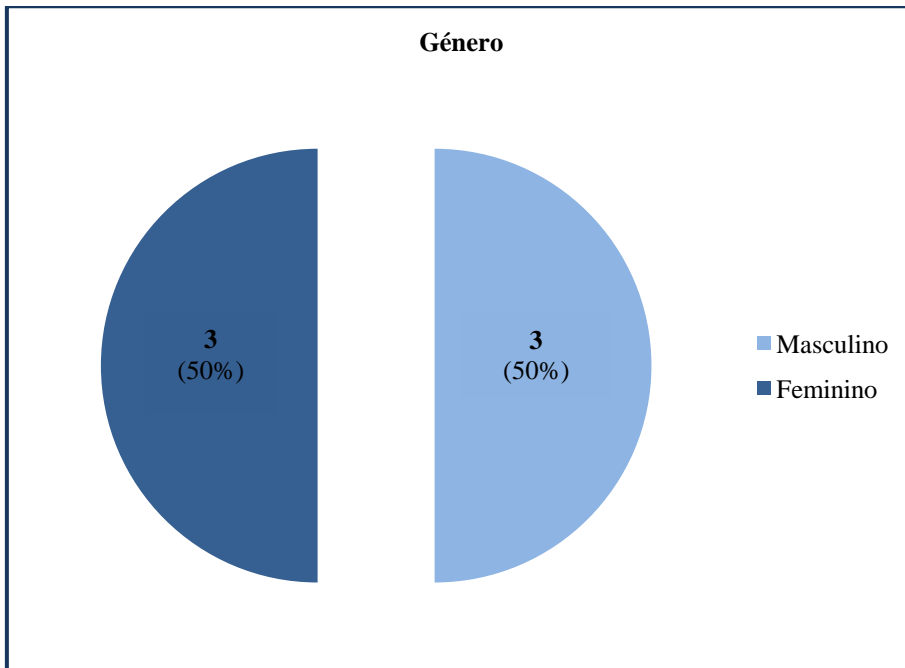
Após a transcrição dos conteúdos das entrevistas, começou-se por efectuar uma pré-análise das entrevistas executadas, tendo como objectivo a organização sistemática das ideias. Para tal, foi necessária uma leitura “flutuante” que segundo Bardin (2008, p.122) “(...) consiste em estabelecer o contacto com os documentos a analisar (...)”.

Seguidamente, é necessário analisar todos os elementos presentes nos dados recolhidos de forma a tratá-los sem exclusão de algum. Esta fase é longa, mas é nela que se administra todas as decisões tomadas, onde se efectua operações de codificação. A codificação foi a forma encontrada nesta investigação para tratar os dados recolhidos. Através desta foi possível organizar os dados brutos do texto das entrevistas numa representação do seu conteúdo. Assim, foram encontradas as unidades de registo, sendo estas utilizadas como unidade base que corresponde ao segmento do conteúdo obtendo-se um significado dos diferentes constituintes do texto. (Bardin, 2008, p.127)

Finalmente, com o objectivo de codificar a unidade de registo, emerge a unidade de contexto que, de acordo com Bardin (2008, p.133), “(...) corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (...) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo.” Quanto ao score, este corresponde à frequência com que a unidade de contexto surge para o investigador.

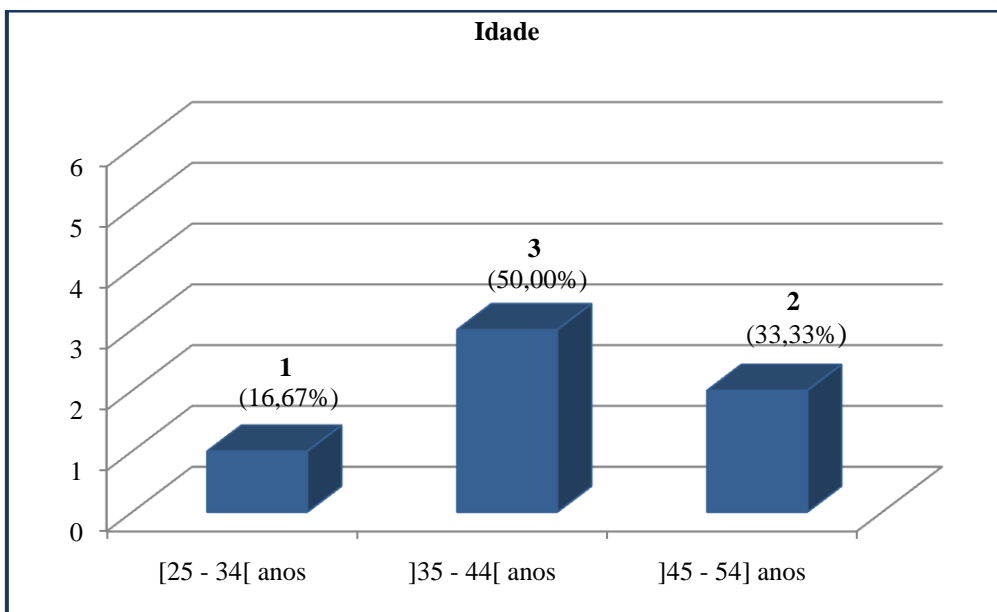
Para a construção da esquematização dos dados – tratamento estatístico, construção de gráficos e quadros – foi utilizado, como recurso, o programa informático Microsoft Office Excel 2007. Os gráficos utilizados serão em diagrama, quando se aborda somente uma ou duas variáveis, e em barras, quando se aborda mais de duas. De forma a facilitar a consulta dos quadros, estes foram reduzidos, apostando em expor as unidades de contexto mais significativas, encontrando-se, no entanto, em apêndice os quadros na sua íntegra (Apêndice IV).

## 1. Caracterização dos Sujeitos da Amostra



**Gráfico 1** – Distribuição de dados relativamente à Variável Género da Amostra

Como se pode constatar pela análise do gráfico, verifica-se que dos enfermeiros entrevistados três eram do sexo feminino (50%) e os restantes três do sexo masculino (50%).

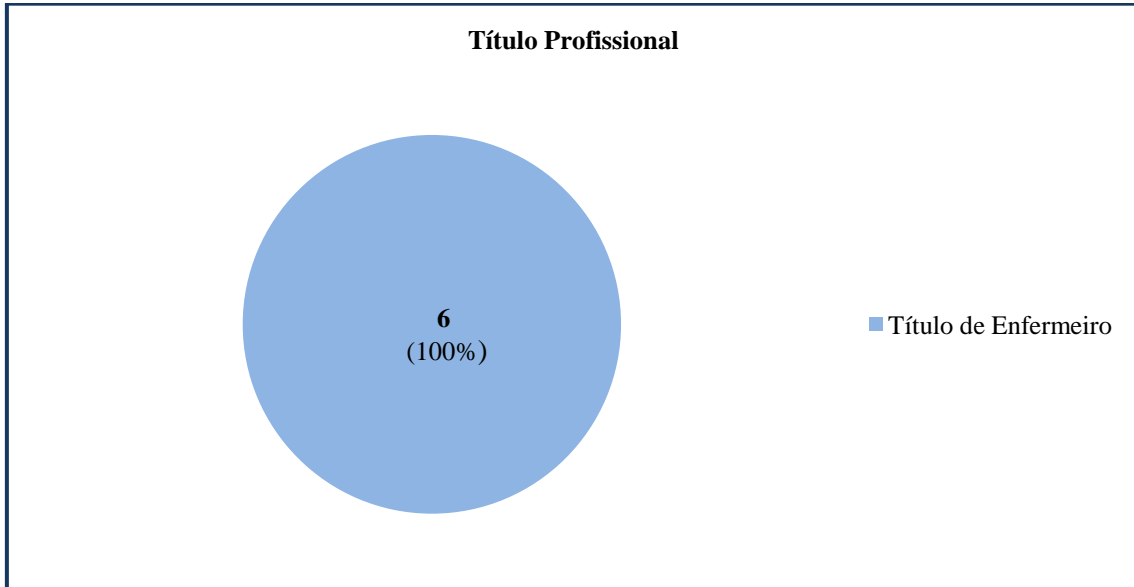


**Gráfico 2** – Distribuição de dados relativamente à Variável Idade da Amostra

**Transporte de Doentes Críticos**  
– Vivências dos Enfermeiros do SU –

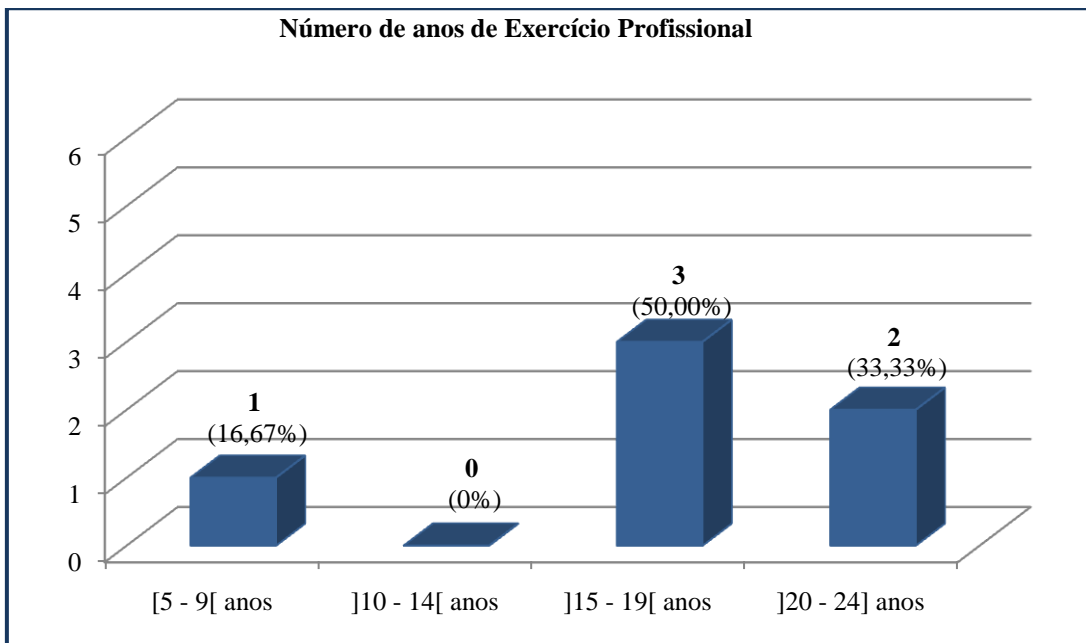
---

Dos enfermeiros entrevistados verifica-se que um enfermeiro encontra-se no escalão etário [25 a 34[ (16,67%), três enfermeiros no escalão etário ]35 a 44[ (50%), e dois enfermeiros no escalão etário ]45-54] (33,33%).



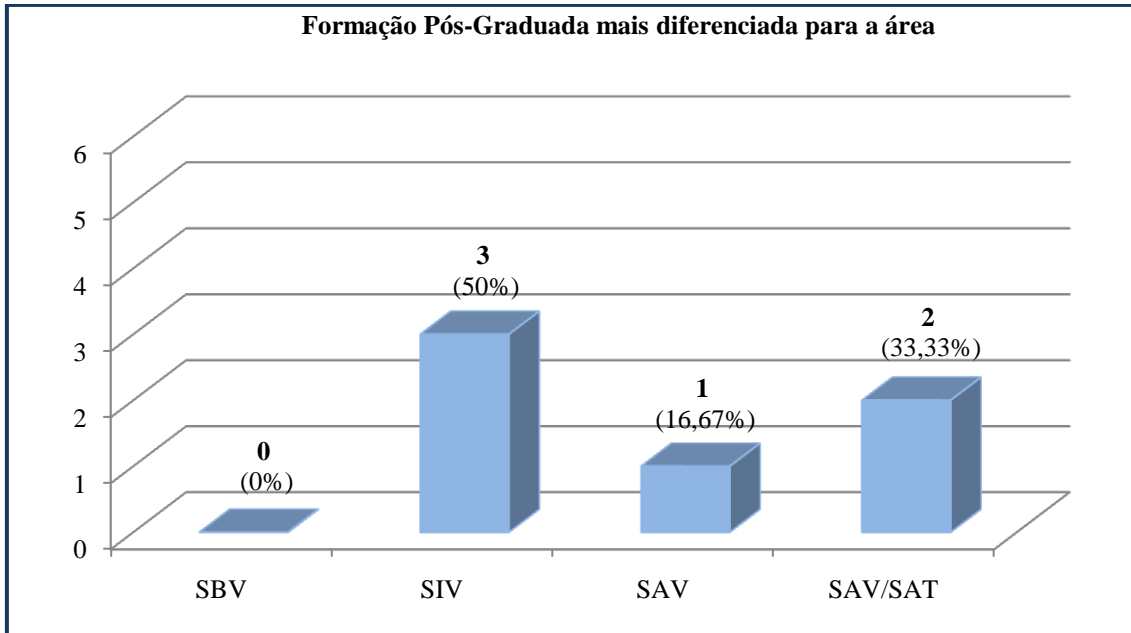
**Gráfico 3** – Distribuição de dados relativamente à Variável Título Profissional da Amostra

No que concerne ao título profissional, todos os entrevistados possuíam o Título de Enfermeiro (100%).



**Gráfico 4** – Distribuição de dados relativamente à Variável Número de anos de Exercício Profissional da Amostra

De acordo com os dados do gráfico relativamente ao número de anos de exercício profissional constata-se que um enfermeiro se encontra no escalão de tempo [5 a 9[ (16,67%), três enfermeiros no escalão ]15-19[ (50%) e dois enfermeiros no escalão ]20-24[ (33,33%).



**Gráfico 5** – Distribuição de dados relativamente à Variável Formação Pós-Graduada mais diferenciada para a área da Amostra

Analisando o gráfico da distribuição de dados relativos aos enfermeiros de acordo com a formação pós-graduada mais diferenciada, verificou-se que três enfermeiros possuíam SIV (50%), um possui SAV (16,67%) os restantes dois enfermeiros possuíam SAV/SAT (33,33%). Com estes dados, segundo a SPCI e OM (2008), só metade da amostra em estudo é que possui a formação mínima adequada para a área de transporte de doentes críticos.

## **2. Dados referentes às Vivências dos Enfermeiros do SU relativamente ao Transporte de Doentes Críticos**

Após a colheita de dados qualitativos tornou-se necessário analisá-los, ou seja, codificá-los. Neste sentido, Holsti (*cit. in* Bardin, 2008, p. 129) afirma que a codificação dos dados é o processo através do qual os dados brutos são transformados e agregados em unidades, as quais possibilitam uma descrição precisa das características pertinentes do

conteúdo. Para esta codificação foi necessário empregar os pilares que assentam neste processo, especificamente, o recorte, a enumeração e a classificação das categorias. Assim sendo, após as duas primeiras fases, procedeu-se à classificação das categorias, ou seja, à categorização que, segundo Bardin (2008, p.148) consiste numa

(...) operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns desses elementos.

A análise dos dados recolhidos das entrevistas é apresentada sob a forma de quadro para permitir uma melhor compreensão dos mesmos.

## 2.1. Organização Institucional

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>
<b>Procedimentos</b>	<i>Organização geral</i>	Disfuncionalidade
	<i>Logística</i>	Disfuncionalidade
<b>Recursos Humanos</b>	<i>Equipa Médica</i>	Disfuncionalidade
	<i>Equipa de Enfermagem</i>	Disfuncionalidade
		Sugestão para Melhoria
<b>Recursos Técnicos/Equipamentos</b>	<i>Equipamentos</i>	Disfuncionalidade
		Melhoria Recente
		Sugestão Para Melhoria

**Quadro 1** – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional

De acordo com o quadro apresentado, é possível verificar que, a partir da análise de conteúdo aos dados constantes nas entrevistas, emergiram três categorias referentes à

Organização Institucional para transporte de doentes críticos. Sendo elas: Procedimentos, Recursos Humanos e Recursos Técnicos/Equipamentos. Destas surgiram ainda cinco subcategorias, designadas respectivamente Organização geral, Logística, Equipa Médica, Equipa de Enfermagem e Equipamentos. Relativamente às unidades de registo, são no seu total oito, sendo denominadas de Disfuncionalidade para todas as subcategorias, Sugestão para Melhoria para as subcategorias Equipa de Enfermagem e Equipamentos. Surgiu ainda a unidade de Registo Melhoria Recente para a subcategoria Equipamentos.

### 2.1.1 Organização Institucional: Procedimentos

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Procedimentos</b>	<i>Organização Geral</i>	Disfuncionalidade	<p><i>“(…) deveria existir uma melhor organização, acho que não está muito bem organizado.” (E<sub>1</sub>; P<sub>1</sub>;L<sub>8</sub>)</i></p> <p><i>“(…) nota-se sempre que há desorganização.” (E<sub>2</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>8</sub>)</i></p> <p><i>“Na minha opinião acho que o Processo de Transporte de Doentes Críticos na Instituição acaba por ser desorganizado.” (E<sub>6</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>9</sub>)</i></p>	8

**Quadro 2** – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional, Procedimentos, Organização Geral: Disfuncionalidade.

Da análise das entrevistas verificou-se que o procedimento em relação à Organização Geral denota disfuncionalidade, referindo todos os entrevistados com um Score 8, que existe falta de organização. Esta constatação não está de acordo com as recomendações da SPCI e OM (2008, p8). Estas entidades mostram que, para existir operacionalidade neste processo, é fundamental que cada instituição seja responsável pela sua política formal sobre o transporte de doentes, tendo a mesma que clarificar todos os procedimentos e promover esquemas organizativos de transporte secundário. Por outro lado, em o GTU (2006) tinha identificado o que a análise das entrevistas expôs.

**Transporte de Doentes Críticos**  
– Vivências dos Enfermeiros do SU –

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Procedimentos</b>	<i>Logística</i>	Disfuncionalidade	<p><i>“Quando chegamos ao hospital de chegada e muitas vezes somos mal recebidos porque o serviço não estava avisado, pronto e fora mal planeamento.” (E<sub>2</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>86</sub>)</i></p> <p><i>“Já aconteceu ter um transporte em que o destino era o Porto, só que lá não existiam vagas e fui parar a Coimbra.” (E<sub>3</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>73</sub>)</i></p> <p><i>“(…) quem devia tratar dos papéis do doente com o seu processo todo, não faz essa parte e depois somos mal recebidos.” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>; L<sub>101</sub>)</i></p>	4

**Quadro 3** – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional, Procedimentos, Logística: Disfuncionalidade.

Relativamente ao procedimento em relação à logística também se denotou disfuncionalidade, pois na análise das entrevistas revela-se com um Score 4, um planeamento incorrecto dos transportes de doentes críticos. Na logística desta instituição para esta área, denota-se falhas de comunicação, coordenação e documentação. Estes aspectos traduzem-se num planeamento inadequado, pois de acordo com a SPCI e OM (2008, p.9), o planeamento deverá ter em consideração, entre outros aspectos, a coordenação e comunicação que compreendem escolha e contacto com o serviço de destino. No aspecto da documentação, depende-se a obrigatoriedade do preenchimento e encaminhamento de formulário para o transporte hospitalar, lista de verificação para o transporte secundário, assim como toda a informação/ história clínica e exames complementares de diagnóstico efectuado até ao momento.

O Regulamento Interno do Serviço de Urgência (2008) para estes três aspectos menciona que temos de ter em conta, para todos os transportes inter-hospitalares, a carta de referência inter-hospitalar do Minho.

### 2.1.2. Organização Institucional: Recursos Humanos

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
Recursos Humanos	Equipa Médica	Disfuncionalidade	<p>“(…) há médicos que fazem batota a preencher o procedimento mediante o score que quer obter.” (E<sub>5</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>15</sub>)</p> <p>“(…) parte da equipa médica tenta muitas vezes não efectuar o transporte.” (E<sub>2</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>16</sub>)</p> <p>“A maior parte dos médicos daqui não querem fazer as transferências.” (E<sub>5</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>18</sub>)</p>	15

**Quadro 4** – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional Recursos Humanos, Equipa Médica: Disfuncionalidade.

Da análise das entrevistas emergiu referente à Organização Institucional a categoria recursos humanos alusiva equipa médica, onde se destaca disfuncionalidade em duas vertentes. Os entrevistados mencionaram com um Score 15, que por um lado a equipa médica não cumpre os critérios de transporte e por outro a equipa médica demonstra indisponibilidade perante os critérios para efectuar o transporte. Quando questionados sobre a causa destes comportamentos/atitudes por parte da equipa médica, os enfermeiros responderam predominantemente que os médicos “*simplesmente não querem acompanhar o doente*”, contudo, o entrevistado número dois respondeu que “*para o médico ir acompanhar o doente o serviço fica desfalcado*”.

Sendo os médicos os responsáveis pela decisão de transportar o doente estes dados podem pôr em causa a viabilidade do doente pela desadequação de cuidados, o que vai contra o que defendem a SPCI e OM (2008, p. 10) “O nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar.”

Por outro lado, os dados obtidos estão em acordo com Vieira et al (*cit. in* Faia e Silva, 2008), onde os enfermeiros efectivam as transferências de doentes críticos sem a colaboração de outro técnico habilitado.

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Recursos Humanos</b>	<i>Equipa de Enfermagem</i>	Disfuncionalidade	<i>“(…) o facto de um elemento da equipa ter de deixar o seu posto de trabalho para fazer o T, é uma condicionante.” (E<sub>3</sub>; P<sub>3</sub>; L<sub>66</sub>)</i> <i>“(…) na minha opinião nós não temos formação específica para esta área(…)” (E<sub>1</sub>; P<sub>1</sub>; L<sub>17</sub>)</i>	16

**Quadro 5** – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional Recursos Humanos, Equipa de Enfermagem: Disfuncionalidade.

Com um Score 16 os entrevistados mencionaram que, no que consta à equipa de enfermagem, esta depara-se com disfuncionalidade em dois aspectos: num primeiro nota-se que aquando de um transporte a equipa que fica a prestar cuidados fica desfalcada, isto porque um enfermeiro tem que ir assegurar os cuidados ao doente transportado; num segundo aspecto a grande maioria dos entrevistados mencionam a falta de formação na área de transportes de doentes críticos.

Estes dados vão de encontro ao que referem o GTU (2006, p. 46) e SPCI e OM (2008, p.16), onde descrevem que muitos hospitais podem não dispor de recursos humanos adequados em número e em diferenciação desejáveis, para dispensarem elementos no acompanhamento do doente, sem comprometerem a capacidade de resposta do hospital às necessidades. Faia e Silva (2008) elaboraram um estudo na Região Autónoma da Madeira intitulado “Dificuldades Sentidas pelos Enfermeiros dos SU periféricos no Transporte do Doente Crítico para o SU hospitalar” e concluíram que 47% dos inquiridos costumam sentir dificuldades no transporte de doentes críticos, 56% destes referem que a dificuldade sentida é por causa da formação que possuem, mostrando assim, que assumem falta de formação, sendo este o principal factor que causa de dificuldade aos enfermeiros nesta área.

**Transporte de Doentes Críticos**  
– Vivências dos Enfermeiros do SU –

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Recursos Humanos</b>	<i>Equipa de Enfermagem</i>	Sugestões para Melhoria	<p><i>“O ideal seria a implementação da equipa de transporte de doentes críticos, onde essa equipa agilizasse este processo todo.” (E<sub>5</sub>; P<sub>3</sub>; L<sub>109</sub>)</i></p> <p><i>“(…) acho que a instituição deveria organizar equipas específicas de transporte de doentes críticos, para elas próprias organizarem esta área.” (E<sub>6</sub>; P<sub>1</sub>; L<sub>22</sub>)</i></p> <p><i>“(…) penso que deveria existir formação para esta área de transporte de doentes críticos (…)” (E<sub>1</sub>; P<sub>1</sub>; L<sub>25</sub>)</i></p> <p><i>“(…) acho que a própria instituição nos devia promover mais formação.” (E<sub>4</sub>; P<sub>2</sub>; L<sub>41</sub>)</i></p>	20

**Quadro 6** – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional Recursos Humanos, Equipa de Enfermagem: Sugestões de Melhoria

Com Score 20, as entrevistas mostram que os entrevistados expressam sugestões para melhoria em duas perspectivas: numa defendem que a implementação de uma equipa de transportes, onde esta agiliza-se todo o processo nesta área; noutra perspectiva enunciam que a instituição devia promover formação nesta área, uma vez que não havendo uma equipa especializada nesta área, são os mesmos que têm que segurar os cuidados aos doentes transportados em estado crítico.

Estas perspectivas de sugestão para melhoria estão de encontro com o recomendado pela SPCI e OM (2008, p. 17) onde referem que “cada instituição deve preparar e manter operacionais equipas de transporte, particularmente para as deslocações entre hospitais.” A mesma fonte p.24 recomenda também que cada instituição nomeie um médico e um enfermeiro, que fiquem responsáveis pelo transporte inter-hospitalar.

Respeitante à necessidade de formação, vão de encontro ao que refere Dias (2004, p.59) “Todos, sem exceção, embora em grau declinável, reconhecemos o primordial papel

que a formação permanente preenche como dinâmica envolvente no contexto e para o exercício profissional”.

Para a área em questão, a SPCI e OM (2008, p.11) recomenda que “no mínimo, a preparação da equipa de transporte deve incluir o suporte avançado de vida e, desejavelmente, o suporte avançado de trauma.”

### 2.1.3. Organização Institucional: Recursos Técnicos/Equipamentos

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Recursos Técnicos/Equipamentos</b>	<i>Equipamentos</i>	Disfuncionalidade	<i>“Já aconteceu irmos com um doente monitorizado que por acaso ia para cardiologia e o monitor tanto dava como deixava de dar.” (E<sub>2</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>92</sub>)</i>  <i>“ (...) temos o saco de transporte, mas aquilo para mim é muito confuso(...)” (E<sub>5</sub>; P<sub>3</sub>;L<sub>89</sub>)</i>	12

**Quadro 7** – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional, Recursos Técnicos/Equipamentos, Equipamentos: Disfuncionalidade.

Da análise das entrevistas relativamente aos recursos técnicos/equipamentos fica expresso que os equipamentos denotam disfuncionalidade com Score 12, em três factores, pois os entrevistados expõem um mau funcionamento dos equipamentos, noutro factor que a forma como o saco de transportes se encontra organizado não é a melhor e num terceiro as condições das ambulâncias. Estes dados vão de encontro com o que defende o GTU (2006, p.47) quando refere que nas instituições existe muito por fazer área de equipamentos/materiais para transporte, ao nível da manutenção e rentabilização destes.

**Transporte de Doentes Críticos**  
– Vivências dos Enfermeiros do SU –

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Recursos Técnicos/Equipamentos</b>	<i>Equipamentos</i>	Melhoria Recente	<p><i>“No presente a nível de material e equipamentos estamos a melhorar e a ficar bem apetrechados (...)”</i> (E<sub>3</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>71</sub>)</p> <p><i>“Nos recursos técnicos, materiais e equipamentos estamos muito melhor neste momento (...)”</i> (E<sub>6</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>70</sub>)</p>	4

**Quadro 8** – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional, Recursos Técnicos/Equipamentos, Equipamentos: Melhoria

Com Score 4, os entrevistados relativamente aos equipamentos referem uma melhoria recente nestas condições. O entrevistado número três refere que *“no presente, a nível de material e equipamentos, estamos a melhorar e a ficarmos bem apetrechados.”* Esta afirmação está em consoante com GTU (2006, p.47) que refere que *“os equipamentos de apoio clínico são relativamente fáceis de equacionar e cada vez mais disponíveis nos diversos hospitais.”*

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Recursos Técnicos/Equipamentos</b>	<i>Equipamentos</i>	Sugestão para Melhoria	<p><i>“(...) a existência de uma ambulância a nível hospitalar preparada para esta área, talvez torna-se este processo mais ágil (...)”</i> (E<sub>2</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>76</sub>)</p>	2

**Quadro 9** – Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional, Recursos Técnicos/Equipamentos, Equipamentos: Sugestão para Melhoria.

Com Score 2 as entrevistas revelam na subcategoria equipamentos sugestão para melhoria. Os entrevistados sugerem a implementação de uma ambulância institucional para esta área. Neste nível, a SPCI e OM (2008) menciona que a instituição é responsável por se organizar facultando o meio de transporte adequado, podendo recorrer aos meios do INEM. Contudo, convém referir que a nível nacional existem

instituições com esta medida implementada, estando assim, em consenso com a sugestão apresentada pelos enfermeiros.

## 2.2. Factores que Influenciam o Transporte

<b>Categoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>
<b>Factores Positivos</b>	Acompanhamento Médico Adequado
	Experiência do Enfermeiro
	Segurança Emocional
<b>Factores Constrangedores</b>	Indisposição Gastrointestinal
	Ansiedade
	Insegurança
	Disfuncionalidade no Trabalho em Equipa

**Quadro 10** – Análise de Conteúdo referente aos Factores que Influenciam o Transporte

De acordo com o quadro apresentado, verifica-se que, a partir da análise de conteúdo elaborada às entrevistas, emergiram duas categorias referentes a factores que influenciam o transporte. Sendo elas factores positivos e factores constrangedores. Relativamente às unidades de registo são no seu total sete: Segurança Emocional, Acompanhamento Médico, Experiência do Enfermeiro, Indisposição Gastrointestinal, Ansiedade, Insegurança e Disfuncionalidade no Trabalho em Equipa.

### 2.2.1. Factores que Influenciam o Transporte: Factores Positivos

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
<b>Factores Positivos</b>	<i>Acompanhamento Médico Adequado</i>	<i>“(…) um doente crítico exige sempre uma intervenção em equipa, ou seja médico e enfermeiro pois as suas competências complementam-se, e nós enquanto enfermeiros temos actividades Interdependentes .” (E<sub>2</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>40</sub>)</i> <i>“É sempre importante ter uma equipa diferenciada nos transportes de doentes críticos.” (E<sub>2</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>38</sub>)</i>	7

**Quadro 11** – Análise de Conteúdo referente aos Factores que Influenciam o Transporte, Factores Positivos: Acompanhamento Médico Adequado

Com Score 7, os entrevistados referiram que um factor que influencia positivamente o transporte é o acompanhamento médico. O entrevistado número dois referiu que *“um doente crítico exige sempre uma intervenção em equipa, ou seja, médico e enfermeiro pois as suas competências complementam-se e nós, enquanto enfermeiros, temos actividades interdependentes.”*

Este facto vai de encontro com o GTU (2006, p.46) que refere que o “acompanhamento do doente crítico deve ser efectuado por um médico qualificado para o efeito, isto é, capaz de assegurar a via aérea, a ventilação, o equilíbrio hemodinâmico e a monitorização exigida pelas normas de boa prática médica.” Neste ponto os enfermeiros dão especial importância à complementaridade das competências das equipas médicas e de enfermagem, e por as acções interdependentes da profissão de enfermagem, o que está de acordo com o Concelho de Enfermagem da OE (2003) que considera estas acções como sendo realizadas por enfermeiros em conjunto com outros técnicos, resultantes de planos já definidos, ou então, das prescrições e orientações previamente aceites.

<b>Categoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Factores Positivos</b>	<i>Experiência do Enfermeiro</i>	<i>“(…) aqueles que fazem muitos T estão mais seguros pela experiência que têm, porque também desenvolvem competências e capacidades com a experiência.” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>85</sub>)</i> <i>“(…) no meu processo de construção profissional e com a experiência que tenho, já não me deixo influenciar negativamente(…)” (E<sub>6</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>60</sub>)</i>	5

**Quadro 12** – Análise de Conteúdo referente aos Factores que Influenciam o Transporte, Factores Positivos: Experiência do Enfermeiro

Com Score 4, os entrevistados expõem como factor positivo para o transporte a experiência do enfermeiro. Esta refere-se à experiência pelo número de anos de exercício profissional, e também à experiência nesta área, em efectivarem transportes de doentes críticos.

Estes pontos estão de acordo com Domingues e Chaves (2005) no seu estudo intitulado “O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro” onde os enfermeiros consideram uma mais-valia para o seu desempenho profissional o conhecimento empírico/competências adquiridos nas suas experiências particulares na sua carreira.

Também a SPCI e OM (2008, p.11) estão em consonância com os enfermeiros pois consideram que a “experiência clínica, constitui um dos aspectos mais importantes para a promoção e para a garantia da segurança durante o transporte.”

Da mesma forma, Messahel e Al-Qahtani (2004) (*cit. in* Faia e Silva, 2008) também salientam a importância do treino e da experiência da equipa de transporte, uma vez que estas reduzem as complicações durante o mesmo.

**Transporte de Doentes Críticos**  
– Vivências dos Enfermeiros do SU –

<b>Categoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Factores Positivos</b>	<i>Segurança Emocional</i>	<p>“(…) quando todo corre bem (…) ficamos confiantes, com a nossa auto-estima no auge.” (E<sub>3</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>79</sub>)</p> <p>“(…) todos os transportes acabaram por correr bem o que me dá alguma segurança(…)” (E<sub>4</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>75</sub>)</p>	7

**Quadro 13** – Análise de Conteúdo referente aos Factores que Influenciam o Transporte, Factores Positivos: Segurança Emocional.

Com Score 7, a análise das entrevistas demonstram que como factor que influencia positivamente o transporte destaca-se a segurança emocional que surge com experiências anteriores positivas. O entrevistado número quatro refere “quando todo corre bem, ficamos confiantes, com a nossa auto-estima no auge.”

Esta análise está de acordo com Nunes (2008) que refere que as experiências positivas levam a sentimentos de segurança/confiança e no seguimento Benedet e Bub (2001, p.154) que referem que segurança emocional “é a necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si com o objectivo de sentir-se seguro emocionalmente”.

### 2.2.2. Factores que Influenciam o Transporte: Factores Constrangedores

<b>Categoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Score</b>
Factores Constrangedores	Indisposição Gastrointestinal	“(…) nos Transportes, fico mal-disposta, nauseada(…)” (E <sub>1</sub> ;P <sub>3</sub> ; L <sub>83</sub> )	4

**Quadro 14** – Análise de Conteúdo referente aos Factores que Influenciam o Transporte, Factores Constrangedores: Indisposição Gastrointestinal.

Da análise das entrevistas concluiu-se que ao nível de factores constrangedores identificou-se com Score 4, a indisposição gastrointestinal. O entrevistado número um menciona que “nos Transportes, fico mal-disposta, nauseada.” Esta análise está de

acordo com Nitschke et al (2000) no seu estudo intitulado “Riscos laborais em unidade de tratamento intensivo móvel” onde concluiu que náuseas e vómitos são sintomas que quem trabalha em ambulâncias pode experimentar.

<b>Categoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Score</b>
Factores Constrangedores	Ansiedade	“(…) em alguns Transportes sinto-me muito ansiosa (…)” (E <sub>1</sub> ;P <sub>3</sub> ;L <sub>55</sub> ) “A ansiedade, (… ) vou estar ansioso é que tudo corra bem (…)” (E <sub>5</sub> ;P <sub>3</sub> ;L <sub>74</sub> )	5

**Quadro 15** – Análise de Conteúdo referente aos Factores que Influenciam o Transporte, Factores Constrangedores: Ansiedade.

Com Score 5, os entrevistados mencionaram que como factor constrangedor sentiram a ansiedade derivada da preocupação do sucesso do transporte. A entrevista número cinco relata que “*vou estar ansioso é que tudo corra bem.*” Assim, Smith et al., (1998) refere que a ansiedade é caracterizada por sentimentos subjectivos de preocupação e apreensão relativamente à possibilidade de dano físico ou psicológico, muitas vezes acompanhados de aumento da activação fisiológica o que entra em consonância com a análise das entrevistas.

Na mesma perspectiva Jane et al. (2006) defende que a ansiedade mantém-se fisiologicamente presente e carrega consigo a emoção do medo, sua sombra inseparável, fazendo parte da natureza humana certas emoções determinadas pelo perigo, pela ameaça, pelo desconhecido e pela perspectiva de sofrimento.

**Transporte de Doentes Críticos**  
– Vivências dos Enfermeiros do SU –

<b>Categoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Factores Constrangedores</b>	<i>Insegurança</i>	<p>“Às vezes não sinto aquela segurança necessária (...)” (E<sub>1</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>37</sub>)</p> <p>“(...) surge sempre a insegurança de que as coisas podem complicar (...)” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>79</sub>)</p>	5

**Quadro 16** – Análise de Conteúdo referente aos Factores que Influenciam o Transporte, Factores Constrangedores: Insegurança.

Com Score 5, denota-se nas entrevistas como factor constrangedor a influenciar o transporte o sentimento de insegurança perante o que possa acontecer. O entrevistado número cinco expressa que “surge sempre a insegurança de que as coisas podem complicar.” Este dado está em acordo com Chaplin (1981, p.293) que refere que o sentimento de insegurança surge do facto de um indivíduo ser incapaz de lidar e de enfrentar uma determinada situação, sentindo-se desprotegido, ameaçado ou ansioso.

Do mesmo modo estes dados obtidos vão ao encontro dos obtidos por Vieira et al (2008) (*cit in* Faia e Silva, 2008) onde 6,8% dos enfermeiros salientaram como dificuldades o medo e insegurança durante a transferência do doente crítico.

<b>Categoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Factores Constrangedores</b>	<i>Disfuncionalidade no Trabalho em Equipa</i>	<p>“(...) muitas vezes acabam-se por criar conflitos entre a equipa médica e de enfermagem (...)” (E<sub>5</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>31</sub>)</p> <p>“Muitas vezes acontecem conflitos da parte de enfermagem com a parte médica, porque os médicos não querem acompanhar o doente no transporte.” (E<sub>6</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>19</sub>)</p>	3

**Quadro 17** – Análise de Conteúdo referente aos Factores que Influenciam o Transporte, Factores Constrangedores: Disfuncionalidade no Trabalho em Equipa.

Como factor constrangedor e com Score 3, os entrevistados demonstraram a existência de disfuncionalidade no trabalho em equipa, por conflitos entre a equipa médica e de

enfermagem. O entrevistado número seis refere que *“muitas vezes acontecem conflitos entre a parte de enfermagem com a parte médica”*.

Estes dados estão em consenso com os encontrados por Faia e Silva (2008) pois também concluíram que, em termos do trabalho em equipa, verificou-se a presença de conflitos na equipa multidisciplinar, consequência da relação enfermeiro/médico.

A mesma fonte, citando Haddad (1991), salienta que podem surgir conflitos interpessoais, sendo que a maioria destes conflitos consequência da relação enfermeiro/médico, uma vez que o primeiro assume uma visão holística, enquanto o segundo está mais vocacionado para a patologia

### **2.3. Papel do Enfermeiro**

<b>Categoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>
<b>Fase Decisão</b>	Aconselhar
<b>Fase Planeamento</b>	Prestação de Cuidados
<b>Fase Efectivação</b>	Vigilância

**Quadro 18** – Análise de Conteúdo referente ao Papel do Enfermeiro

De acordo com o quadro 16, pode-se verificar que a partir da análise de conteúdo efectuada às entrevistas, referentes ao papel do enfermeiro emergiram três categorias, sendo elas: decisão, planeamento e efectivação. Destas categorias referentes às fases do transporte de doentes críticos, surgiram três unidades de registo identificadas respectivamente como aconselhar, processo de enfermagem e vigilância.

### 2.3.1 Papel do Enfermeiro: Fase Decisão

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
Fase Decisão	Aconselhar	<p>“(…) decisão cabe ao médico, mas nós podemos aconselhar numa perspectiva de trabalho em equipa, e tendo em conta o bem-estar do doente.” (E<sub>2</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>44</sub>)</p> <p>“A decisão de transferir é médica, nós podemos aconselhar.” (E<sub>3</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>40</sub>)</p>	2

**Quadro 19** – Análise de Conteúdo referente ao Papel do Enfermeiro, Fase Decisão: Aconselhar

Com Score 2, a análise das entrevistas revela que os entrevistados, na fase de decisão do transportar o doente, o enfermeiro pode ter um papel de aconselhar numa visão de trabalho em equipa, uma vez que nesta fase o médico é que tem a responsabilidade de assumir o transporte. O entrevistado número dois refere que a *“decisão cabe ao médico, mas nós podemos aconselhar numa perspectiva de trabalho em equipa tendo em conta o bem-estar do doente.”*

O dado de que a responsabilidade da decisão de transportar o doente é da responsabilidade médica está em concordância com a SPCI e OM (2008, p.9) *“A decisão de transportar um doente crítico é um acto médico”*.

Por sua vez o acto de aconselhar é uma das acções da enfermagem que, segundo a CIPE (Versão 1.0, p. 137), é a *“acção de Orientar com as características específicas: Capacitar alguém para tomar a sua própria decisão, através do diálogo”*.

### 2.3.2. Papel do Enfermeiro: Fase Planeamento

Categoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Score
Planeamento	Prestação de Cuidados	<p>“No planeamento temos de ter os máximos de cuidados para estabilizar o doente (...)” (E<sub>5</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>59</sub>)</p> <p>“No planeamento prestamos mais cuidados para estabilizar o doente, pois não convém a ninguém ter que prestar muitos cuidados no decorrer do transporte (...)” (E<sub>5</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>57</sub>)</p>	10

**Quadro 20** – Análise de Conteúdo referente ao Papel do Enfermeiro, Fase Planeamento: Processo de Enfermagem

Com Score 10, os entrevistados revelaram que relativamente ao papel do enfermeiro na fase de planeamento do transporte, estes aplicam as fases da prestação de cuidados, respectivamente com mais relevância a colheita de dados, planeamento, execução e avaliação. Esta prestação de cuidados visa a estabilizar o doente, sendo a fase que referem onde prestam mais cuidados. O entrevistado número cinco menciona que *“no planeamento prestamos mais cuidados para estabilizar o doente, pois não convém a ninguém ter que prestar muitos cuidados no decorrer do transporte.”*

Estes dados estão de encontro com o Conselho de Enfermagem da OE (2003, p13) que refere que as competências dos enfermeiros, no domínio de prestação de cuidados, compreendem respectivamente a promoção da saúde, a colheita de dados, o planeamento, a execução, a avaliação e comunicação e relações interpessoais.

Por outro lado, na segunda fase do processo de transporte, a prestação de cuidados ao visar a estabilização do doente, sendo a fase que referem onde prestam mais cuidados vai ao encontro do GTU (2006, p. 97) que refere não ser apropriado o início de transporte em doentes ainda instáveis.

### 2.3.3. Papel do Enfermeiro: Fase Efectivação

<b>Categoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Fase Efectivação</b>	<i>Vigilância</i>	<i>“Durante o Transporte é bom que só tenhamos que vigiar.” (E<sub>4</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>33</sub>)</i> <i>“Durante o Transporte á sempre que fazer (...) vigiar (...) os sinais vitais (...)” (E<sub>3</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>52</sub>)</i>	6

**Quadro 21** – Análise de Conteúdo referente ao Papel do Enfermeiro, Fase Efectivação: Vigilância

Com Score 6, os entrevistados expõem nas entrevistas que o papel do enfermeiro na efectivação do transporte passa por vigilância do estado do doente, no sentido de não prestar muitos cuidados. O entrevistado número quatro refere que *“durante o transporte é bom que só tenhamos que vigiar”*.

Vigiar segundo a CIPE (Versão 1.0, p.136) é uma acção de enfermagem de monitorizar com as características específicas: averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo. Este facto, está em concordância com as vivências dos enfermeiros onde, numa perspectiva de efectivação do transporte sem percalços, o seu papel será vigiar.

## CONCLUSÃO

Actualmente, a nível nacional para a área de Transportes de Doentes Críticos não existe nenhum normativo legal específico nem nenhuma entidade que assuma e se responsabilize claramente por todo o processo. Desta forma, cabe às instituições organizarem todos os procedimentos, tendo o bom senso de se regerem pelas recomendações de boa prática das entidades envolvidas.

O Serviço de Urgência é uma porta de entrada de muitos doentes em que a sua situação clínica é crítica e onde a necessidade de transportar os mesmos para áreas com melhores condições ou então para realizar exames diferenciados se torna uma realidade.

As vivências que os enfermeiros experimentam nesta área podem incutir directa, positiva ou negativamente, na qualidade da assistência e cuidados de enfermagem.

Assim, elabora-se este estudo com o objectivo de conhecer as vivências dos enfermeiros do SU no transporte de doentes críticos de um Serviço de Urgência de um hospital da Região Norte do país. Deste objectivo emergiram três objectivos específicos:

- Conhecer a organização institucional para o transporte de doentes críticos;
- Identificar os factores que influenciam o desempenho do enfermeiro no transporte de doentes críticos;
- Conhecer o papel do enfermeiro no transporte de doentes críticos.

Através de uma investigação qualitativa e fenomenológica foi possível concluir que a instituição em apreço ainda tem alguns passos a dar nos transportes inter-hospitalar de doentes críticos para cumprir as recomendações que as entidades envolvidas na área indicam. Assim, na organização institucional denota-se disfuncionalidades a nível da organização geral, logística, recursos humanos e recursos técnicos/materiais. No entanto, da análise das entrevistas também se destaca uma melhoria recente em relação

aos equipamentos e surgem sugestões para melhoria, ao nível da implementação de uma equipa de transportes, e no seguimento a implementação de uma ambulância institucional preparada para a área.

Relativamente aos factores que influenciam o transporte, os enfermeiros das suas vivências mencionam factores positivos e factores constrangedores. De entre os positivos salienta-se o acompanhamento médico adequado, a experiência do enfermeiro e segurança emocional. Por outro lado, a nível dos factores constrangedores evidenciam-se indisposição gastrointestinal, ansiedade, insegurança e disfuncionalidade no trabalho em equipa.

Quanto ao papel dos enfermeiros dentro da equipa multidisciplinar nesta área, denotou-se que na fase decisão o enfermeiro poderá aconselhar, visto a decisão de transporte ser um acto médico. Na fase de planeamento, ressaltou a ideia que aplica o domínio da prestação de cuidados, com vista à estabilização do doente. Na fase de efectivação, os enfermeiros mencionaram que, numa perspectiva de um transporte sem complicações, o seu papel é vigiar.

Chegados a este ponto no exposto, pensa-se poder afirmar que os objectivos propostos para este estudo foram alcançados. Contudo, é de salientar as limitações de disponibilidade, temporais, financeiras e de ordem da inexperiência do investigador para trabalhos desta natureza.

Finalizando e em jeito de sugestões, destaca-se a divulgação à instituição em causa, contribuindo deste modo para a melhoria nos cuidados aos doentes nesta área. Por último, sugerir a realização de um estudo mais representativo, que abrangesse tanto a equipa de enfermagem como a médica que são intervenientes nesta área, pois assim poder-se-ia detectar mais disfuncionalidades, para poderem ser melhoradas. Por outro lado, poder-se-ão registar mais sugestões para melhoria, que poderão ser implementadas.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Abreu, J. (2002). *Introdução à psicologia compreensiva*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
  
- Almeida, S. e Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga, Psiquilibrios.
  
- Alminhas, S. (2007). Cuidar da pessoa no serviço de urgência, *Revista Sinais Vitais*, nº75/ Novembro, p.57.
  
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70.
  
- Benedet, S.A e Bub, B.C. (2001). *Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação de diagnóstico da NANDA*. Florianópolis, Bernúncia.
  
- Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto, Porto Editora.
  
- Camacho, M. (1997). Stress e Bournout em urgências - o stress nos profissionais de enfermagem, *Servir*, volume 45.
  
- Chaplin, J., (1981). *Dicionário de psicologia*. Lisboa, Edições Dom Quixote.
  
- Cintra, E. (2000). *Assistência de Enfermagem ao paciente crítico*. São Paulo, Editora Atheneu.
  
- Collière, M. (1999). *Promover a vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Conseil International des Infirmières (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 1.0*. Lisboa.
  
- Conselho Jurisdicional da OE. (2007). PARECER. Procedimento Sobre Acompanhamento de Doentes em situação emergente. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº25, Abril.
  
- Conselho de Enfermagem. (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
  
- CRCDC da ARSN (2008). Um Ano de Reflexão e Mudança. [Em linha]. Disponível em <[http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/510E8353-5A1D-4ED9-B598-55789811B7B2/0/Livro\\_CRDC.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/510E8353-5A1D-4ED9-B598-55789811B7B2/0/Livro_CRDC.pdf)> [Consultado em 02/06/2010].
  
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa*. Sintra, Publicações Europa-América Lda.
  
- Diário da República, SÉRIE 1-A, 74/92 - Decreto-Lei nº 38/92 de 28 de Março de 1992.
  
- Diário da República, SÉRIE 1-B, 225 — Portaria nº 1301-A/2002 de 28 de Setembro de 2002.
  
- Diário da República, SÉRIE 1-B, 226 — Portaria nº 1147/2001 de 28 de Setembro de 2001.
  
- Dias, J. (2004). *Formadores: que desempenho?*. Loures, Lusociência.
  
- Domingues, T. e Chaves, E. (2005). O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. [Em linha] Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/82.pdf>> [Consultado em 03/06/2010].

- Entidade Reguladora da Saúde. (2007). Estudo de avaliação do sector do Transporte Terrestre de Doentes. [Em linha]. Disponível em <[http://www.ers.pt/actividades/estudos/aval\\_trasnporte/?searchterm=None](http://www.ers.pt/actividades/estudos/aval_trasnporte/?searchterm=None)> [Consultado em 27/02/2010]
- Faia, I. e Silva, R. (2008). Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros dos SU periféricos no Transporte do Doente Crítico para o SU Hospitalar. [Em linha]. Disponível em <<http://www.citma.pt/Uploads/F%C3%A1tima%20Isabel%20Faia.pdf>> [Consultado em 03/06/2010]
- Festas, C. (1999). Cuidar no 3º Milénio. *Servir*, nº. 47/Março-Abril, pp. 60-66.
- Freitas-Magalhães, A. (2007). *A psicologia Das Emoções*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- Germano, A. *et alli* (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Ordem dos Enfermeiros
- Gomes, A. (1993). *As atitudes dos Enfermeiros perante a doença grave*. Coimbra. Porto Editora.
- Gonzaga, A. e Rogério, F. (2003). *Regras Básicas de Investigação Clínica*. Medicina e Saúde, Instituto Piaget.
- Gregório, S. (2002). Atitude e comportamento. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ceismael.com.br/artigo/artigo057.htm>> [Consultado a 12-02-2010].
- Grupo de trabalho de Urgências. (2006). Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes. [Em linha]. Disponível em

<<http://www.scribd.com/doc/23680917/GTU-Organizacao-das-Urgencias-2006>>

[Consultado em 03/06/2010].

– Hill, M. e Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa, Edições Sílabo.

– Hulley, S. B. *et alli*. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica*. Porto Alegre. Artmed Editora.

– Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital, enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures. Lusociência.

– Jane, C. *et alli*. (2006). Vivências de uma Equipe Multiprofissional de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel Em Suporte Avançado de Vida Na Assistência ao Adulto Em Situação de Parada Cardiorespiratória, *Ciência y Enfermaria* Volume 14, 2, pp.97-105.

– Lacombe, G. (2000). *Os primeiros socorros: uma resposta vital em situação de urgência*. Lisboa, Instituto Piaget.

– Lobo, M. (2000). *Cuidados de Enfermagem a Adultos doentes*. Lisboa. Lusodidacta.

– Marconi, M e Lakatos, E. (2007). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo. Editora Atlas S.A.

– Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures. Lusociência.

– Nitschke *et alli*. (2000). Riscos laborais em unidade de tratamento intensivo móvel. [Em linha]. Disponível em <<http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/movel.pdf>>. [Consultado em 03/06/2010].

– Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa – A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures. Lusociência.

- Nunes, F. (2009). Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico, *Revista Nursing*, nº 246/Julho. pp 22- 26.
  
- Nunes, P. (2008). *Psicologia Positiva*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0115.pdf>>. [Consultado em 06/07/2010].
  
- Oliveira, I. (2004). *Vivências da Mulher Mastectomizada – Abordagem Fenomenológica da Relação com o corpo*. Porto, Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição.
  
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva Ética*. Loures, Lusociência.
  
- Peixoto, E. (2003). *Gestão do currículo e avaliação de competências*. Lisboa. Editorial Presença.
  
- Polit, D. *et alii*. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. Brasil, Artmed Editora.
  
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Editora Grávida.
  
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1996). Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro;
  
- Regulamento Interno do Serviço de Urgência (2008).
  
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia da saúde*. Porto, Legis Editora.

- Rocha, M. (1996). Enfermagem de urgência: Uma perspectiva de intervenção. *Informar*, nº7.
  
- Sheehy's, S. (2001). *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática*. Lisboa. Lusociência.
  
- Smith, R. *et alli*. (1998). Measuring trait anxiety in sport. *In*: Duda, L. *Advances in sport and exercise psychology measurement*. Morgantown, WV: Fitness information Technology, pp. 105-127.
  
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos. Recomendações*. Edição CELOM.
  
- Valadas, B. (2005). Reflexão sobre a Prática do Cuidar em Enfermagem. *Sinais Vitais*, nº. 59/ Março, pp. 62-64)
  
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

# **– APÊNDICES –**

**– APÊNDICE I –**

Esclarecimento ao Participante



Entrevista N.º \_\_\_\_\_

**Universidade Fernando Pessoa – Unidade Ponte de Lima**

Licenciatura em Enfermagem

2009/2010

### **Esclarecimento ao Participante**

Tema do Estudo Científico: **“Transporte de Doentes Críticos - Vivências dos Enfermeiros do Serviço de Urgência”**

Investigadores responsáveis:

Mestre Rosa Olívia, Orientador Científico;

Pedro Machado, Aluno.

O presente estudo pretende conhecer as vivências dos Enfermeiros do SU durante o Transporte de Doentes Críticos adultos inter-hospitalar. Esta delimitação do tema tem por base, limitações de disponibilidade e de tempo por parte do investigador. Desta forma, este estudo apresenta como objectivos específicos:

- Conhecer a organização institucional para o Transporte de Doentes Críticos;
- Conhecer o papel do Enfermeiro no processo Transporte de Doentes Críticos;
- Identificar os factores que influenciam o desempenho do Enfermeiro no processo Transporte de Doentes Críticos.

Será utilizado como método de estudo, uma abordagem qualitativa e um tipo de estudo fenomenológico.

Assim, como instrumento de colheita de dados recorre-se a um guião de entrevista semi-estruturada o qual terá duas partes: onde a primeira visa a caracterização da amostra e a segunda parte será constituída por questões norteadas pelo tema, com o auxílio de um gravador áudio o que permitirá transcrever de forma concisa e completa toda a informação.

A entrevista decorrerá em contexto natural para a amostra.

Fornecidas as características deste estudo, informa-se que a sua participação não incorrerá em riscos pessoais. Assume-se o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados que serão recolhidos, preservando integralmente o anonimato dos participantes e a garantia de que as informações obtidas somente serão utilizadas para este estudo científico ao qual se vinculam, podendo o Enfermeiro(a) ter acesso a elas e realizar qualquer modificação no seu conteúdo, se julgar necessário, bem como solicitar qualquer esclarecimento às dúvidas que possam surgir.

Ao participante reserva-lhe a total liberdade para se retirar a qualquer momento do estudo, sem que haja qualquer prejuízo para o próprio.

Será garantido que o enfermeiro(a) não terá nenhum tipo de despesa material ou financeira, durante o desenvolvimento do estudo, como também, não terá nenhum, constrangimento no seu exercício profissional.

Como investigador, assumo qualquer responsabilidade no decorrer do estudo, garantindo-lhe que as informações acima referidas serão rigorosamente cumpridas.

Desde já, agradeço toda a atenção disponibilizada, e a valiosa colaboração.

Com os Melhores Cumprimentos:

Pedro Machado

Ponte de Lima, 22 de Março de 2010

**– APÊNDICE II –**

Declaração de Consentimento Informado



**Universidade Fernando Pessoa – Unidade Ponte de Lima**

Licenciatura em Enfermagem

2009/2010

**Declaração de Consentimento Informado**

**“Transporte de Doentes Críticos - Vivências dos Enfermeiros do Serviço de Urgência”**

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que adiro de livre e espontânea vontade como sujeito de estudo depois de devidamente esclarecido sobre a natureza e objectivos do mesmo “Transporte de Doentes Críticos - Vivências dos Enfermeiros do SU”, realizado por Pedro Miguel Fernandes Machado, aluno do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa - Unidade de Ponte de Lima.

No âmbito deste estudo, fui informado (a) que sou livre de não participar ou desistir a qualquer momento da investigação. Mais ainda, fui informado da utilização de um gravador áudio por parte do investigador, onde este se compromete que será salvaguardado o anonimato, assim como a confidencialidade dos dados.

Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o mesmo.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_

## **– APÊNDICE III –**

Guião de Entrevista

# Guião de Entrevista

Entrevista N°\_\_

## Caracterização do Participante

<p>- Idade _____;</p> <p>- Género:</p> <p>- Masculino <input type="checkbox"/> ; - Feminino <input type="checkbox"/> ;</p> <p>- Título:</p> <p>- Enfermeiro <input type="checkbox"/> ; -Enfermeiro Especialista <input type="checkbox"/> ;</p> <p>(Especifique) _____;</p> <p>- Número de anos de Exercício Profissional _____;</p> <p>- Formação Pós-Graduada:</p> <p>- SBV <input type="checkbox"/> ;</p> <p>- SIV <input type="checkbox"/> ;</p>
---

## Entrevista

---

- 1- Conhece a Organização Institucional para o Transporte de Doentes Críticos?
- 2- Qual o papel do Enfermeiro no processo Transporte de Doentes Críticos?
- 3- Sente que haja factores que possam influenciar o desempenho do Enfermeiro no processo Transporte de Doentes Críticos?

## **– APÊNDICE IV –**

Quadros da Análise de Conteúdo

# Quadros da Análise de Conteúdo na sua Íntegra

## Análise de Conteúdo referente à Organização Institucional

Categoria: Procedimentos			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Organização Geral	Disfuncionalidade	<p>“(...) deveria existir uma melhor organização, acho que não está muito bem organizado.” (E<sub>1</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>8</sub>)</p> <p>“(...) nota-se sempre que há desorganização (E<sub>2</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>8</sub>)”</p> <p>“(...) na minha opinião a organização não é a melhor.” (E<sub>2</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>20</sub>)</p> <p>“(...) na actualidade nota-se muita desorganização.” (E<sub>3</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>20</sub>)</p> <p>“(...) chegámos à conclusão que a organização que a organização não atende às necessidades.” (E<sub>4</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>16</sub>)</p> <p>“(...) grande lacuna da organização da instituição nesta área.” (E<sub>5</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>38</sub>)</p> <p>“Na minha opinião acho que o Processo de Transporte de Doentes Críticos na Instituição acaba por ser desorganizado.” (E<sub>6</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>9</sub>)</p> <p>“O facto de não existirem equipas planeadas e que planeiem estes Transporte de Doentes Críticos, penso que vai continuar desorganizado.” (E<sub>6</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>12</sub>)</p>	8
Logística	Disfuncionalidade	<p>“(...) há aquelas situações em que o hospital não está informado que nós íamos para lá, daí sermos mal recebidos.” (E<sub>1</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>81</sub>)</p> <p>“Quando chegamos ao hospital de chegada e muitas vezes somos mal recebidos, porque o serviço não estava avisado, pronto mau planeamento.” (E<sub>2</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>86</sub>)</p> <p>“(...) quem devia tratar dos papéis do Doente com o seu processo todo, não faz essa parte e depois somos mal recebidos.” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>101</sub>)</p> <p>“Já aconteceu ter um transporte em que o destino era o Porto, só que lá não existiam vagas e fui parar a Coimbra.” (E<sub>3</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>73</sub>)</p>	4

Categoria: Recursos Humanos			
Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Equipa Médica	Disfuncionalidade	<p>“(…) parte da equipa médica tenta muitas vezes não efectuar o transporte.” (E<sub>2</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>16</sub>)</p> <p>“(…) há aqueles médicos que também não querem simplesmente ir fazer o transporte.” (E<sub>2</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>18</sub>)</p> <p>“É pena que estes procedimentos não sejam cumpridos por parte dos directores de serviço ou pela equipa médica.” (E<sub>3</sub>;P<sub>1</sub> L<sub>9</sub>)</p> <p>“(…) muitas vezes a parte médica não cumpre a componente do protocolo para ver quem vai fazer o Transporte de Doentes Críticos e acabamos sempre por ser nós os Enfermeiros a fazer o transporte.” (E<sub>3</sub>; P<sub>1</sub>;L<sub>12</sub>)</p> <p>“Eu sentir muitas vezes que não deveria ir sozinha e os critérios assim o indicarem que devia ir acompanhada pelo médico, mas vou sozinha (…)” (E<sub>4</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>54</sub>)</p> <p>“(…) a parte médica muitas vezes evita ir fazer os transportes, ou pelo menos contorna-o para não irem.” (E<sub>4</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>58</sub>)</p> <p>“(…) os médicos acham que não devem ir, ou então tentam desdramatizar a situação, daí vai só com o Enfermeiro.” (E<sub>4</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>59</sub>)</p> <p>“(…) certas especialidades pedem sempre transporte com Enfermeiro e nem sequer atendem ao score.” (E<sub>5</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>13</sub>)</p> <p>“(…) há médicos que fazem batota a preencher o procedimento mediante o score que quer obter.” (E<sub>5</sub>;P<sub>1</sub>; L<sub>15</sub>)</p> <p>“A maior parte dos médicos daqui não querem fazer as transferências.” (E<sub>5</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>18</sub>)</p> <p>“Alguns médicos falsificam ou têm tendência para falsificar o score do procedimento, para não irem fazer o transporte.” (E<sub>5</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>21</sub>)</p> <p>“(…) parte médica controla o score para eles não irem fazer o transporte.” (E<sub>5</sub>;P<sub>1</sub> L<sub>25</sub>)</p> <p>“Muitas vezes acontecem conflitos da parte de Enfermeiros com a parte médica, porque os médicos não querem acompanhar o doente no transporte.” (E<sub>6</sub>; P<sub>1</sub>;L<sub>19</sub>)</p> <p>“Os médicos não querem ir fazer os transportes, porque nota-se que não lhes dá gozo nenhum ir transportar o doente. (E<sub>6</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>36</sub>)</p> <p>“(…) aquela situação da manipulação da ECG em que claramente era inferior a 7, que eu chego lá e quase me batem por o Doente não ir com via aérea artificial.” (E<sub>5</sub>; P<sub>3</sub>;L<sub>102</sub>)</p>	15

Equipa de Enfermagem	Disfuncionalidade	<p><i>“É quem está, não há nenhuma equipa para este tipo de transportes, retirando elementos à equipa (...)” (E<sub>1</sub>; P<sub>1</sub>;L<sub>11</sub>)</i></p> <p><i>“(...) se neste momento existir um Transporte de Doente Crítico eu tenho que ir, deixando os doentes que eu estou responsável aos colegas.” (E<sub>1</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>66</sub>)</i></p> <p><i>“(...) para um Enfermeiro fazer um transporte, tem que deixar os seus doentes pelos quais é responsável aos colegas, já daqui se vê que a organização não é a ideal.” (E<sub>2</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>11</sub>)</i></p> <p><i>“(...) o facto de um elemento da equipa ter de deixar o seu posto de trabalho para fazer o transporte, é uma condicionante. (E<sub>3</sub> P<sub>3</sub>;L<sub>66</sub>)</i></p> <p><i>“(...) nós ausentarmo-nos do serviço.” (E<sub>4</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>16</sub>)</i></p> <p><i>“Se pensarmos que um elemento da equipa que está a prestar cuidados tem que se ausentar já se compreende que os recursos humanos ficam afectados no serviço (...)” (E<sub>4</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>41</sub>)</i></p> <p><i>“Não concordo que sejam elementos da equipa que tenham que se ausentar do serviço para ir fazer o transporte (...)” (E<sub>5</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>32</sub>)</i></p> <p><i>“Quando há um transporte, têm que elementos da equipa multidisciplinar abandonar o Serviço para irem fazer o transporte (...)” (E<sub>6</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>12</sub>)</i></p> <p><i>“(...) quando um elemento sair para fazer Transporte de Doente Crítico fica sempre menos um elemento na equipa.” (E<sub>6</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>68</sub>)</i></p> <p><i>“(...) na minha opinião nós não temos formação específica para esta área(...)” (E<sub>1</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>17</sub>)</i></p> <p><i>“(...) eu sei que não tenho muita formação na área(...)” (E<sub>1</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>42</sub>)</i></p> <p><i>“(...) a maior parte de nós não temos formação na área de trauma.” (E<sub>1</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>64</sub>)</i></p> <p><i>“(...) sugestões seria na minha opinião passam pela maior formação dos elementos para esta área.” (E<sub>1</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>89</sub>)</i></p> <p><i>“Na minha opinião não temos muita formação para esta área (...)” (E<sub>2</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>66</sub>)</i></p> <p><i>“Acho que toda a equipa devia ter formação diferenciada em Transporte de Doentes Críticos.” (E<sub>3</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>60</sub>)</i></p> <p><i>“Nós que temos um SBV ou SIV acabamos por nos sentirmos mais inseguros, mais medos.” (E<sub>4</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>37</sub>)</i></p>	16
	Sugestão para Melhoria	<p><i>“(...) o ideal seria a implementação de uma equipa de Transporte de Doente Críticos.” (E<sub>1</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>14</sub>)</i></p> <p><i>“(...) devia haver uma equipa formada para esta área(...)” (E<sub>1</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>16</sub>)</i></p> <p><i>“(...) o ideal seria mesmo haver uma equipa que</i></p>	20

		<p><i>estivesse disponível para o Transporte de Doentes Críticos.” (E<sub>1</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>18</sub>)</i></p> <p><i>“(…) penso que deveria existir formação para esta área de Transporte de Doente Crítico (…)” (E<sub>1</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>25</sub>)</i></p> <p><i>“(…) a criação de um equipa que estivesse responsável pela área de Transporte de Doente Crítico seria o ideal.” (E<sub>1</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>87</sub>)</i></p> <p><i>“(…) necessidade de maior formação dos elementos para esta área.” (E<sub>1</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>89</sub>)</i></p> <p><i>“(…) o ideal seria o Doente Crítico ir acompanhado por uma equipa específica para o efeito.” (E<sub>1</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>98</sub>)</i></p> <p><i>“(…) a melhor solução passaria por a implementação de uma equipa de Transporte de Doente Crítico, onde essa equipa estivesse responsável por toda a organização nessa área.” (E<sub>2</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>21</sub>)</i></p> <p><i>“Gostaria que existisse uma equipa de transporte para esta área. Um médico e um enfermeiro referenciados e qualificados só para o Transporte de Doente Crítico.” (E<sub>3</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>18</sub>)</i></p> <p><i>“O perfeito seria existir uma equipa de Transporte de Doente Crítico onde se articulam médico enfermeiro (…)” (E<sub>3</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>63</sub>)</i></p> <p><i>“O ideal seria a criação da tal equipa de Transporte de Doente Crítico (…)” (E<sub>3</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>86</sub>)</i></p> <p><i>“(…) penso que deveria haver uma equipa especializada para fazer o Transporte de Doente Crítico (…)” (E<sub>4</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>14</sub>)</i></p> <p><i>“Sem dúvida que deveríamos ter mais formação (…)” (E<sub>4</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>39</sub>)</i></p> <p><i>“(…) acho que a própria instituição nos devia promover mais formação.” (E<sub>4</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>41</sub>)</i></p> <p><i>“(…) o ideal seria existir essa mesma equipa para o Transporte de Doente Crítico. Seria muito bom existir essa equipa.” (E<sub>4</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>82</sub>)</i></p> <p><i>“(…) deveria existir uma equipa própria para o Transporte de Doente Crítico.” (E<sub>5</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>36</sub>)</i></p> <p><i>“O ideal seria a implementação da equipa de Transporte de Doente Crítico, onde essa equipa agilizasse este processo todo.” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>109</sub>)</i></p> <p><i>“(…) acho que a instituição deveria organizar equipas específicas de Transporte de Doente Crítico, para elas próprias organizarem esta área.” (E<sub>6</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>22</sub>)</i></p> <p><i>“(…) a implementação de uma equipa específica para Transporte de Doente Crítico facilitaria todo o processo.” (E<sub>6</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>38</sub>)</i></p> <p><i>“A implementação de uma equipa que esteja responsável e assuma esta área de Transporte de Doente Crítico (…)” (E<sub>6</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>80</sub>)</i></p>	
--	--	---	--

Categoria: Recursos Técnicos/Equipamentos			
Subcategoria	Unidades de Registro	Unidades de Contexto	Score
Equipamentos	Disfuncionalidade	<p>“(…) ambulâncias vêm com algum desse material, mas muitas vezes não funcionam, (…) ou então são tão antigos que já pouca utilidade têm. Às vezes o material fica sem bateria.” (E<sub>1</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>75</sub>)</p> <p>“Já aconteceu irmos com um Doente monitorizado que por acaso ía para cardiologia e o monitor tanto dava como deixava de dar.” (E ;P<sub>3</sub>;L<sub>92</sub>)</p> <p>“(…) os monitores ou são muito velhos, ou não funcionam.” (E<sub>4</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>49</sub>)</p> <p>“(…) temos o saco de Transporte, mas aquilo para mim é muito confuso(…)”(E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>89</sub>)</p> <p>“Já aconteceu ficar os monitores sem bateria, ou então precisar do saturímetro e o monitor da ambulância não tinha.” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>93</sub>)</p> <p>“(…) eu conheço o saco de Transporte, no entanto, sempre que preciso dele, ele está sempre diferente, e perde-se sempre tempo lá à procura do que precisamos o que me faz andar ali um pouco aos papéis.” (E<sub>6</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>24</sub>)</p> <p>“(…) muitas vezes as ambulâncias não têm as melhores condições.” (E<sub>1</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>27</sub>)</p> <p>“Já aconteceu termos pedido uma ambulância equipada e ter vindo uma ambulância normal (…)” (E<sub>2</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>89</sub>)</p> <p>“(…) a demora das ambulâncias.” (E<sub>3</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>78</sub>)</p> <p>“(…) na ambulância temos poucas condições de trabalho e onde eu não me sinto muito confortável.” (E<sub>4</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>18</sub>)</p> <p>“(…) nas ambulâncias falta sempre qualquer coisa.” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>48</sub>)</p> <p>“A própria condução da viatura pois pode destabilizar o doente.” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>67</sub>)</p> <p>“Insegurança física, porque vou com um condutor que não conheço de nenhum lado e ele pode ter mais pressa que eu, e ter uma condução agressiva que vá andar lá aos tombo.” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>70</sub>)</p>	13
	Melhoria Recente	<p>“A nível dos Equipamentos já estamos melhor (…)” (E<sub>2</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>73</sub>)</p> <p>“No presente a nível de material e equipamentos estamos a melhorar e a ficar bem apetrechados.” (E<sub>3</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>71</sub>)</p> <p>“Agora estamos melhor cá no serviço tanto em qualidade como em quantidade dos equipamentos(…)” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>95</sub>)</p> <p>“Nos recursos técnicos, materiais e equipamentos estamos muito melhor neste momento (…)” (E<sub>6</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>70</sub>)</p>	4
	Sugestão Para Melhoria	<p>“(…) a instituição podia ter uma ambulância para esta área (…)” (E<sub>1</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>26</sub>)</p> <p>“(…) a existência de uma ambulância a nível hospitalar preparada para esta área, talvez torna-se este processo mais ágil (…)” (E<sub>2</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>76</sub>)</p>	2

## Análise de Conteúdo referente aos Factores que Influenciam o Transporte

<b>Categoria: Factores Positivos</b>		
<b>Unidades de Registo</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Acompanhamento Médico adequado</b>	<p><i>“(…) é importante ir acompanhado por Médico.” (E<sub>1</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>35</sub>)</i></p> <p><i>“É sempre importante ter uma equipa diferenciada nos Transporte de Doente Críticos.” (E<sub>2</sub>; P<sub>2</sub>;L<sub>38</sub>)</i></p> <p><i>“(…) um Doente Crítico exige sempre uma intervenção em equipa, ou seja Médico e Enfermeiro.” (E<sub>2</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>40</sub>)</i></p> <p><i>“A complementaridade das competências médicas são essenciais no Transporte de Doente Crítico.” (E<sub>3</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>37</sub>)</i></p> <p><i>“(…) quando se vai com acompanhamento Médico sentimo-nos de forma diferente, onde podemos intervir de uma mais organizada.” (E<sub>4</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>22</sub>)</i></p> <p><i>“(…) ter um Médico a acompanhar-me no Transporte dá sempre mais confiança, por complementaridade das suas competências com as minhas.” (E<sub>5</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>55</sub>)</i></p> <p><i>“(…) se o Doente tiver critérios para ir acompanho por Médico, claro que é importante, não por mim mas pelo Doente.” (E<sub>6</sub>;P<sub>2</sub>; L<sub>48</sub>)</i></p>	7
<b>Experiência do Enfermeiro</b>	<p><i>“No meu caso como não tenho muita da formação mais diferenciada tenho aprendido com os colegas e com a experiência.” (E<sub>2</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>70</sub>)</i></p> <p><i>“(…) vamos sempre aprendendo com a experiência (…)” (E<sub>4</sub>; P<sub>3</sub>;L<sub>50</sub>)</i></p> <p><i>“(…) aqueles que fazem muitos Transportes estão mais seguros pela experiência que têm, porque também desenvolvem competências e capacidades com a experiência.” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>85</sub>)</i></p> <p><i>“(…) no meu processo de construção profissional e com a experiência que tenho, já não me deixo influenciar negativamente (…)” (E<sub>6</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>60</sub>)</i></p> <p><i>“(…) com a experiência é que ganhámos segurança.” (E<sub>6</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>64</sub>)</i></p>	5
<b>Segurança Emocional</b>	<p><i>“(…) segurança para esta área fica mais consolidada e num próximo vou mais segura”. (E<sub>1</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>85</sub>)</i></p> <p><i>“Quando chegamos lá e tudo correu bem (… ) estamos seguros e preparados para fazer logo mais uns transportes.” (E<sub>2</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>94</sub>)</i></p> <p><i>“(…) felizmente até hoje tudo me correu bem o que faz com que eu me sinta minimamente segura e confiante.” (E<sub>4</sub>;P<sub>3</sub>; L<sub>52</sub>)</i></p> <p><i>“(…) ter um médico a acompanhar-me no Transporte dá sempre mais confiança (…)” (E<sub>5</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>55</sub>)</i></p> <p><i>“(…) quando todo corre bem (… ) ficamos confiantes, com a nossa confiança no auge.” (E<sub>3</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>79</sub>)</i></p> <p><i>“(…) todos os transportes acabaram por correr bem o que me dá alguma segurança (… )” (E<sub>4</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>75</sub>)</i></p> <p><i>“Quando tudo corre bem uma pessoa fica cheia de segurança e toda porreiraca.” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>104</sub>)</i></p>	7

<b>Categoria:</b> Factores Constrangedores		
<b>Unidades de Registo</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Indisposição Gastrointestinal</b>	<p><i>“(…) nos Transportes, fico maldisposta, nauseada (…)” (E<sub>1</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>83</sub>)</i></p> <p><i>“(…) não me sinto muito confortável dentro da célula da ambulância, pronto fico facilmente enjoada, nauseada (…)” (E<sub>2</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>26</sub>)</i></p> <p><i>“Algumas vezes fico nauseado (…)” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>103</sub>)</i></p> <p><i>“(…) costumo me sentir nauseado e isso é desconfortável.” (E<sub>6</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>43</sub>)</i></p>	4
<b>Ansiedade</b>	<p><i>“(…) vai-se gerar ali uma ansiedade em que sem dúvida vai influenciar o meu desempenho(…)” (E<sub>1</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>51</sub>)</i></p> <p><i>“(…) em alguns Transportes sinto-me muito ansiosa (…)” (E<sub>1</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>55</sub>)</i></p> <p><i>“(…) aparece a ansiedade que as coisas não corram bem (…)” (E<sub>1</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>81</sub>)</i></p> <p><i>“Para mim é mesmo a ansiedade de que tudo corra bem (…)” (E<sub>2</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>63</sub>)</i></p> <p><i>“A ansiedade, (… ) vou estar ansioso é que tudo corra bem (…)” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>; L<sub>74</sub>)</i></p>	5
<b>Insegurança</b>	<p><i>“Às vezes não sinto aquela segurança necessária (…)” (E<sub>1</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>37</sub>)</i></p> <p><i>“(…) sinto-me insegura.” (E<sub>1</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>43</sub>)</i></p> <p><i>“(…) por causa da insegurança que acaba por atrapalhar um pouco o meu trabalho.” (E<sub>1</sub>;P<sub>3</sub>; L<sub>56</sub>)</i></p> <p><i>“(…) vou-me sentir mais insegurança.” (E<sub>2</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>81</sub>)</i></p> <p><i>“(…) surge sempre a insegurança de que as coisas podem complicar (…)” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>79</sub>)</i></p>	5
<b>Disfuncionalidade no Trabalho em Equipa</b>	<p><i>“(…) muitas vezes acabam-se por criar conflitos entre a equipa médica e de enfermagem (…)” (E<sub>5</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>31</sub>)</i></p> <p><i>“(…) primeiro que o Doutor. aceitasse a minha ideia, foi uma guerra.” (E<sub>5</sub>;P<sub>3</sub>;L<sub>97</sub>)</i></p> <p><i>“Muitas vezes acontecem conflitos da parte de Enfermeiros com a parte médica, porque os médicos não querem acompanhar o Doente no Transporte.” (E<sub>6</sub>;P<sub>1</sub>;L<sub>19</sub>)</i></p>	3

### Análise de Conteúdo referente ao Papel do Enfermeiro

Categoria: Fase de Decisão		
Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
<b>Aconselhar</b>	<p><i>“(…) decisão cabe ao médico, mas nós podemos aconselhar numa perspectiva de trabalho em equipa, e tendo em conta o bem-estar do doente.” (E<sub>2</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>44</sub>)</i></p> <p><i>“A decisão de transferir é médica, nós podemos aconselhar (…)” (E<sub>3</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>40</sub>)</i></p>	2

Categoria: Fase de Planeamento		
Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
<b>Prestação de Cuidados</b>	<p><i>“(…) planeamento temos que estabilizar o Doente (…)” (E<sub>1</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>48</sub>)</i></p> <p><i>“No planeamento (…) estabilizar o Doente (…)” (E<sub>2</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>45</sub>)</i></p> <p><i>“Na fase preparatória do Transporte o Enfermeiro tem um papel essencial, porque quanto mais estabilizado o Doente estiver (…)” (E<sub>3</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>41</sub>)</i></p> <p><i>“No pré-transporte é onde prestamos mais cuidados, porque o Doente tem que ir estável (…)” (E<sub>4</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>30</sub>)</i></p> <p><i>“No planeamento temos de ter os máximos de cuidados para estabilizar o Doente (…)” (E<sub>5</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>59</sub>)</i></p> <p><i>“No pré-transporte temos que prestar mais cuidados, porque o Doente tem de estar estável (…)” (E<sub>6</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>57</sub>)</i></p> <p><i>“No planeamento penso que é onde se presta mais cuidados (…)” (E<sub>2</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>44</sub>)</i></p> <p><i>“No pré-transporte é onde prestamos mais cuidados (…)” (E<sub>4</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>29</sub>)</i></p> <p><i>“No planeamento prestamos mais cuidados, pois não convém a ninguém ter que prestar muitos cuidados no decorrer do Transporte (…)” (E<sub>5</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>57</sub>)</i></p> <p><i>“No pré-transporte temos que prestar mais cuidados, porque o Doente tem de estar estável (…)” (E<sub>6</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>56</sub>)</i></p>	10

<b>Categoria:</b> Fase de Efectivação		
<b>Unidades de Registo</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Vigilância</b>	<p><i>“No Transporte é a continuação da vigilância do doente (...)” (E<sub>1</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>31</sub>)</i></p> <p><i>“O Enfermeiro durante o Transporte tem um papel de vigilância (...)” (E<sub>2</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>31</sub>)</i></p> <p><i>“Durante o Transporte á sempre que fazer (...) vigiar (...) os sinais vitais (...)” (E<sub>3</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>52</sub>)</i></p> <p><i>“Durante o Transporte é bom que só tenhamos que vigiar.” (E<sub>4</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>33</sub>)</i></p> <p><i>“Vigiar e intervir, cuidando o Doente durante o Transporte.” (E<sub>5</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>44</sub>)</i></p> <p><i>“Durante o transporte vigilância (...)” (E<sub>6</sub>;P<sub>2</sub>;L<sub>44</sub>)</i></p>	6

**– APÊNDICE V –**

Cronograma de Actividades



Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Unidade Ponte de Lima  
Curso de Licenciatura em Enfermagem

## **CRONOGRAMA**

**Nome do Investigador:** Pedro Miguel Fernandes Machado

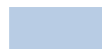
**Ano:** 2009/2010

**Título:** Transporte de Doentes Críticos

– Vivências dos Enfermeiros do Serviço de Urgência –

Legenda:

Actividades Planeadas



Actividades Realizadas





**– ANEXOS –**

## **– ANEXO I –**

Grelha de avaliação do doente, com os critérios de avaliação do Doente para Transporte inter-hospitalar (reproduzida no programa Microsoft Excel 2007, pelo Enfermeiro Formador do SU da Instituição em causa)