



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenção do Enfermeiro na Garantia da Segurança do Doente Crítico no Transporte Inter-Hospitalar

Márcio Filipe Mouquinho Andrade

Orientação: Prof^o Dr. Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa
em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenção do Enfermeiro na Garantia da Segurança do Doente Crítico no Transporte Inter-Hospitalar

Márcio Filipe Mouquinho Andrade

Orientação: Prof^o Dr. Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

“O sacrifício é o intervalo entre o objetivo e a glória”

Autor: Desconhecido

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr.^a **Adriano Pedro**, pela seu apoio, disponibilidade e orientação;

Ao Enfermeiro Orientador Mestre em Enfermagem com Especialização em EMC-PSC **E.M.**, pela sua orientação e partilha de conhecimentos durante o estágio final, como também toda a ajuda necessária para o desenvolvimento deste projeto;

Ao meu Chefe do meu Serviço de origem, Enfermeiro Especialista **N.R.** pela compreensão e ajuda nas minhas necessidades de horário para a realização deste Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica -Pessoa em Situação Crítica;

À minha esposa, **Catarina Baptista** por todo o apoio incondicional prestado, desde o primeiro momento até á conclusão deste projeto. Pelos momentos em que estive só durante a gravidez, na fase inicial de vida da nossa filha, todas as noites mal dormidas em que eu não prestei apoio pela minha ausência, pela grande mulher e mãe que é.

Finalmente ás minhas filhas, **Madalena Andrade**, pelas minhas ausências e pelos momentos de brincadeira perdidos e pelo apoio que deveria ter dado a nível escolar, **Beatriz Andrade** pelo seu nascimento e pela alegria que me trouxe, sendo elas as três, os meus maiores apoios e incentivos para esta longa caminhada.

RESUMO

Intervenção do Enfermeiro na Garantia da Segurança do Doente Crítico no Transporte Inter-Hospitalar

Para este relatório de estágio foi traçado como objetivo geral demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, e a definição das estratégias e atividades efetuadas para a obtenção do mesmo.

O transporte Inter-hospitalar de doente crítico apresenta riscos, inerentes ao próprio transporte e à condição previa do doente, pois esta pode ser afetada unicamente pelo facto de se iniciar o transporte, pelo efeito da velocidade no corpo e na estabilidade hemodinâmica. A probabilidade da existência de complicações durante o transporte é proporcional à duração do mesmo, considerando-se todos os tipos de transportes de risco com uma duração acima dos 30 minutos.

Através da Metodologia de Projeto, com o suporte conceptual do Modelo teórico de Mudança para a Prática Baseada em Evidencia, construiu-se um projeto de intervenção durante o estágio final com o objetivo de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte Inter-hospitalar do doente crítico e a uniformização das práticas.

Procedeu-se a uma análise reflexiva e crítica das atividades desenvolvidas ao longo deste ciclo de estudos, fundamentando assim todo o processo de desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pessoa em Situação crítica; Transporte inter-hospitalar, Segurança, Intervenções de Enfermagem.

ABSTRAT

Nurse Intervention in Ensuring the Safety of Critically Ill Patients during Inter-Hospital Transport

For this internship report, the general objective was to demonstrate the acquisition and development of specialized clinical skills in the area of Specialization in Medical-Surgical Nursing in the area of People in Critical Situations, and the definition of the strategies and activities carried out to obtain the same.

Inter-hospital transport of a critically ill patient presents risks, risks inherent to the transport itself and to the patient's previous condition, as this can be affected solely by the start of transport, by the effect of speed on the body and hemodynamic stability. The probability of complications occurring during transport is proportional to its duration, considering all types of risky transport lasting more than 30 minutes.

Through the Project Methodology, with the conceptual support of the theoretical Model of Change for Evidence-Based Practice, an intervention project is constructed during the final stage with the objective of improving the safety and quality of care provided during Inter- -hospital care for critically ill patients and standardization of practices.

A reflective and critical analysis of the activities developed throughout this cycle of studies was carried out, thus providing the basis for the entire process of development and acquisition of the common and specific skills of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing - Person in Critical Situation.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Person in critical situation; Inter-hospital transport, Security, Nursing Interventions

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS, SIGLAS E SÍMBOLOS

DC- Doente Crítico

DGS- Direção-Geral de saúde

EF- Estágio Final

EMC-PSC- Enfermagem Médico Cirúrgica- Pessoa em Situação Crítica

GCLPPCIRA- Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

IACS- Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

ICN- International Council of Nurses

IT- Instrução de Trabalho

OE- Ordem dos enfermeiros

PBE- Prática Baseada na Evidencia

PI- Projeto de Intervenção

TDC- Transporte de Doente Crítico

TIH- Transporte Inter-Hospitalar

TIHDC-Transporte Inter-hospitalar de Doente Critico ~

UC- Unidade Curricular

UCI- Unidade de cuidados intensivos

ULS- Unidade Local de Saúde

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	14
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA	16
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	16
2. MODELO TEORICO	20
2.1. MODELO DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	20
2.2. METAPARADIGMA DE ENFERMAGEM	24
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	27
3.1. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	27
3.1.1. Fases do Transporte inter-hospitalar (decisão, planeamento, efetivação)	28
3.1.2. Doente critico	30
3.1.3. Riscos inerentes ao transporte de doente crítico	30
3.1.4. Redução de riscos associados ao transporte de doente crítico	31
3.2. DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO	33
3.2.1. Porque da escolha do tema	42
3.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	44
3.4. PLANEAMENTO DO PROJETO	48
3.5. EXECUÇÃO DO PROJETO	49
3.6. AVALIAÇÃO DO PROJETO	54
3.7. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	58
4. DEMOSTRAÇÃO SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	60
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMGEM	61
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRITICA	75

CONCLUSÃO -----	86
BIBLIOGRAFIA -----	88
APÊNDICE I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO Á COMISSÃO DE ÉTICA -----	93
APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE RESPOSTA VOLUNTARIA EM FORMA DE QUESTIONÁRIO -----	95
APÊNDICE III- CRONOGRAMA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO -----	100
APÊNDICE IV – RESUMO DO ARTIGO -----	102
APÊNDICE V – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO SOBRE O TIHDC -----	105
ANEXO I – PRECER FAVORAVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULS, PARA DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO -----	109
ANEXO II - LISTA DE PREPARAÇÃO PARA O PARA O TRANSPORTE DE DOENTE CRÍTICO -----	111
ANEXO III - CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE EMERGÊNCIA OBSTÉTRICAS -----	114
ANEXO IV - CURSO DE FORMADOR E AUDITORIA DO SISTEMA DE TRIAGEM DE PRIORIDADES NA URGÊNCIA -----	115
ANEXO V - PQ.08-UL-PPCIRA-RASTREIO DE MO NA ADMISSÃO E DURANTE O INTERNAMENTO -----	116
ANEXO VI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO INTERNACIONAL DO DOENTE CRITICO 2023 -----	117
ANEXO VII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COMO AUTOR DO POSTER “CONFIABILIDADE DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER” COM A ATRIBUIÇÃO DO 3º PREMIO AINDA NO MESMO CONGRESSO -----	118
ANEXO VIII - FORMAÇÃO EM FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFEÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE I -----	119

ANEXO IX - FORMAÇÃO EM FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFEÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE II	120
ANEXO X– CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA NO CURSO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA	121
ANEXO XI - CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA NO CURSO <i>INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT</i>	123

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Elementos de uma Prática Baseada na Evidencia-----21

Figura 2- Etapas do Modelo da Prática Baseada na Evidencia-----22

Figura 3- Fluxograma PRISMA-ScR do processo de seleção de artigo ----- 51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Aceitação da participação no questionário-----	35
Gráfico 2- Distribuição dos participantes de acordo com o género-----	36
Gráfico 3- Distribuição dos participantes de acordo com as faixas etárias-----	36
Gráfico 4- Distribuição dos participantes de acordo com o grau académico-----	37
Gráfico 5- Distribuição dos participantes de acordo com a categoria profissional-----	37
Gráfico 6- Distribuição dos participantes com especialidade pelas correspondentes---	38
Gráfico 7- Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de exercício profissional-----	38
Gráfico 8- Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de exercício profissional na UCI-----	39
Gráfico 9- Distribuição dos participantes de acordo com realização de TIHDC-----	39
Gráfico 10- Distribuição dos participantes de acordo com a segurança para a realização de TIHDC-----	40
Gráfico 11- Distribuição dos participantes de acordo com a realização de formação no âmbito do TIHDC-----	40
Gráfico 12- Distribuição dos participantes de acordo com a pertinência da existência de uma IT sobre TIHDC-----	41
Gráfico 13- Distribuição dos participantes de acordo com a pertinência na realização de formação no âmbito do TIHDC-----	41
Gráfico 14- Distribuição dos participantes de acordo com a pertinência dos conteúdos apresentados-----	55
Gráfico 15- Distribuição dos participantes de acordo com a utilidade dos conteúdos apresentados para a prestação de cuidados de qualidade-----	55
Gráfico 16- Distribuição dos participantes de acordo com a correspondência das expectativas em relação á formação-----	56

Gráfico 17- Distribuição dos participantes de acordo com a concordância do preletor sobre o domínio da temática e clareza na exposição da mesma-----56

Gráfico 18- Distribuição dos participantes de acordo com a concordância na duração da formação proposta-----57

Gráfico 19- Distribuição dos participantes de acordo com a concordância com a satisfação e esclarecimento sobre os objetivos propostos para a sessão-----57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Análise SWOT-----43

Tabela 2- Objetivos específicos do projeto de intervenção-----45

INTRODUÇÃO

No 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica [EMC-PSC] que decorreu entre 2022 a 2024 no Instituto Politécnico de Portalegre, foi proposto a realização de um relatório de estágio na Unidade Curricular [UC] de Estágio Final [EF], relatório esse de cariz profissional sobre o estágio efetuado numa Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] entre as datas de 11 de Setembro de 2023 a 26 de Janeiro de 2024 num total de 336 horas, uma vez que o estágio à pessoa em situação crítica em conteúdo de serviço de urgência obteve creditação por experiência profissional. Tendo como pressuposto a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, e ainda, as de mestre em Enfermagem.

O EF decorreu numa UCI de um hospital distrital de uma Unidade Local de Saúde [ULS] a sul do país, sob a orientação do Prof. Dr. Adriano Pedro e a tutoria de um enfermeiro especialista em EMC-PSC. Durante o mesmo, é pedido a elaboração e implementação de um projeto de intervenção [PI], projeto este que reflete uma necessidade formativa identificada pela metodologia de projeto, como também, uma motivação pessoal na abordagem da temática por ser um ponto de interesse profissional. A temática do PI é “Intervenção do Enfermeiro na Garantia da Segurança do Doente Crítico no Transporte Inter-hospitalar [TIH]”

O transporte de doentes, seja qual for a tipologia dos mesmos, envolve riscos, quer para o doente quer para a equipa que vai efetuar esse transporte, mas justifica-se pela necessidade maior de realização de exames complementares de diagnóstico ou terapêuticos, ou ainda a necessidade de facultar um nível assistencial superior ao existente na unidade de saúde onde o mesmo se encontra. (Ordem dos Médicos, 2023)

Contudo, o TIH é aquele que envolve mais riscos, pois a incidência de riscos é proporcional à duração dos transportes, tendo ainda em conta a própria situação clínica do doente, pois o próprio transporte leva a uma maior vulnerabilidade e ao aumento da frequência de eventos adversos. (Canellas et al., 2020) (Matias & Sá, 2022)

Deste modo o relatório de estágio é um relato de uma análise reflexiva do percurso que levou à aquisição e desenvolvimento de competências clínicas especializadas e de

mestre em EMC-PSC, e das etapas de elaboração do PI sobre o Transporte Inter-Hospitalar de Doente Crítico [TIHDC]

O PI foi desenvolvido segundo as etapas da metodologia de projeto (Ruivo et al., 2010), e seguindo o modelo teórico da Mudança da Prática Baseada em Evidências de Mary Ann Rosswurn e June Larrabee, criado em 1999 e revisionado em 2011.

Para este relatório de estágio foi traçado como objetivo geral: Demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de EMC-PSC durante o Mestrado em EMC-PSC e no EF.

Como objetivos específicos: Planear e desenvolver um PI que promova a mudança da prática baseada na evidência e uma melhoria da qualidade dos cuidados; Descrever as fases do projeto PI; Realizar uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do EF que permitem a aquisição de competências clínicas especializadas na área de EMC-PSC e de Mestre em Enfermagem.

O presente relatório encontra-se dividido em 4 capítulos.

Após a Introdução, no primeiro capítulo é descrito o contexto onde se desenvolveu o EF, com uma descrição funcional e estrutural, recurso humanos e a tipologia dos cuidados prestados.

No segundo capítulo é apresentado o modelo teórico e o enquadramento conceptual que fundamenta e suporta este curso.

No terceiro capítulo é definido o projeto de intervenção profissional, enquadramento teórico e a identificação das diferentes fases da metodologia de projeto.

Por último, no quarto capítulo iremos demonstrar o processo de aquisição de competências através de uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas para a aquisição das mesmas.

Termina com a Conclusão, onde serão identificados os principais pontos deste relatório de estágio, limitações e perspetivas futuras.

Para a elaboração deste relatório de estágio foram seguidas as normas de elaboração de trabalhos escritos definida pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e a referência segundo a American Psychological Association, 7ª edição.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA

O EF realizou-se numa UCI de uma ULS do Sul do país. Neste capítulo será descrito de forma sucinta a caracterização da mesma a nível geográfico, estrutural, funcional e dos recursos humanos que a compõem.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A ULS integra dois hospitais, o Hospital X e o Hospital Y e dezasseis Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários, comumente conhecidos como Centros de Saúde. É no Hospital X que se situa a UCI, fundada inicialmente em 1977, sendo a primeira unidade aberta num hospital distrital.

Desde a sua fundação até á atualidade sofreu inúmeras mudanças, quer físicas, quer estruturais e de valências da mesma. Inicialmente a funcionar na ala esquerda do quarto piso do Hospital X, tinha como valência principal pessoas com patologias cardíacas. Com o passar dos anos ganhou características de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, estatuto oficializado em 1993. Em 2004 sofreu alterações físicas, passando do quarto piso para o segundo piso do Hospital X, e onde ainda hoje se encontra. A UCI é composta pela Unidade de Cuidados Intensivos e pela Unidade de Cuidados Intermédios. A Unidade de Cuidados intensivos tem cinco camas, sendo uma delas de Isolamento, e a Unidade de Cuidados Intermédios tem cinco camas, todas elas polivalentes. Sendo a UCI de categoria II, inclui valências Medicas e Cirurgias que necessitem de terapia intensiva de modo á manutenção das suas funções vitais. Recebe doentes adultos provenientes dos serviços de internamento e Urgência da ULS, existindo também a possibilidade de internamento de doentes com necessidades de terapia intensiva externos á área de influência da ULS, por falta de vagas nas Unidades de Cuidados Intensivos das respetivas áreas de residência.

A nível físico, como já foi descrito, este serviço encontra-se no segundo andar do Hospital X a montante do mesmo, sendo constituída pelas duas unidades funcionais, uma de Cuidados Intensivos e outra de Cuidados Intermédios. Apresenta também um gabinete do Assistente Administrativo á entrada do serviço e perpendicular a este um corredor onde estão localizados a copa do serviço, sala de despejos e sujos, balneários masculinos e femininos. No corredor principal, em frente á porta de entrada, á esquerda

situa-se o gabinete medico com quarto e casa de banho, gabinete da chefia de Enfermagem, armazém de material clínico de hotelaria, sala de trabalho de Enfermagem onde estão localizados os dispensadores de medicação, vulgarmente chamados de (Pixies). Possui também outro armazém fora do edifício principal onde é guardado todo o material de reposição dialítico. É ainda de referir que tem acesso ao exterior pela porta principal do serviço e por uma pequena porta na parte lateral do mesmo.

A Unidade de Cuidados Intermédios como já descrito, apresenta cinco camas, sendo todas elas independentes e equipadas com monitorização com telemetria e ventilador, bombas e seringas de infusão, rampa de oxigénio e de aspiração. Dentro desta unidade tem como material de apoio uma secretária, vários computadores, bancada de apoio e carro de emergência.

A unidade de Cuidados Intensivos é composta por uma sala com quatro camas e mais um quarto de isolamento, sendo que cada unidade tem também monitorização com telemetria e ventilador, bombas e seringas de infusão, rampa de oxigénio e de aspiração. Dispõem também na unidade das quatro camas como material de apoio uma secretária, vários computadores, bancada de apoio e carro de emergência.

Dispõem também para além do atrás descrito um monitor de ecografia, monitor de eletrocardiografia, cinco ventiladores portáteis, três ventiladores para ventilação não invasiva, quatro aparelhos de alto fluxo, dois pacemakers provisórios de aplicação externa, um doseador de gases de sangue e um aparelho de fibrobroncoscopia. Existem duas máquinas de dialise portáteis que podem ser usadas em qualquer cama de UCI, quer sejam doentes do serviço ou dos restantes serviços de internamento da ULS que necessitem desta técnica de tratamento.

Em relação aos recursos humanos, a equipa, a é composta por trinta enfermeiros, cinco dos quais em horário fixo, sendo um deles o Enfermeiro Chefe e os restantes em roulement divididos pelos três turnos que compõem a jornada diária de trabalho, noite [0H(horas)-8H] quatro enfermeiros, manhã (8H-16H) cinco ou seis enfermeiros, e por fim a tarde (16H-24H) quatro enfermeiros. A equipa de Enfermagem dispõe de dez elementos com o curso de especialização de Enfermagem Medico Cirúrgica, dois em Enfermagem de saúde na Comunidade e um em Enfermagem de Reabilitação.

Esta equipa é composta como já descrito por 30 enfermeiros, dos quias 19 são do sexo feminino e 11 do masculino. Em relação ao tempo total de exercício profissional,

a maioria são enfermeiros á mais de 19 anos, e trabalham á mais de 10 anos na UCI, sendo uma equipa muito experiente ao nível da prestação de cuidados ao doente critico [DC].

A equipa Médica é constituída por diversos profissionais das mais diversas especialidades, desde Nefrologia, Medicina Intensiva, Pneumologia, Cirurgia, Medicina Interna e Anestesiologia. Sendo alguns destes elementos pertencentes ao quadro médico da ULS, incluindo o diretor clínico de serviço da mesma e os restantes em regime de prestação de serviços, vulgarmente conhecidos como tarefeiros. Diariamente estão escalados pelo menos dois médicos, um das 9h às 21h e outro das 9h ás 9h do dia seguinte.

A equipa de Assistentes Operacionais é composta por doze elementos, um de horário fixo e onze de horário de roulement. Os turnos são idênticos aos da classe profissional de enfermagem.

O serviço dispõe de Assistente Administrativo durante a jornada laboral semanal tendo horário fixo das 9h às 17h.

Conta também com apoio de outros profissionais e técnicos de saúde que integram a equipa multidisciplinar de saúde, como também outros profissionais ligados á hotelaria e manutenção física do serviço.

O método de trabalho utilizado pela equipa de Enfermagem da UCI é o método de trabalho por Enfermeiro Responsável, baseado no processo de enfermagem segundo o Modelo teórico de Nancy Roper, adotado pela ULS para os seus serviços de Internamento. Cada doente tem um Enfermeiro Responsável durante todo o seu internamento, responsável pelo acolhimento, processo e definição de plano de cuidados e da sua avaliação.

A nível informático, esta tem apoio por uma plataforma onde toda a informação vital, registos, mecanismos de decisão clínica, sistemas e dispositivos médicos estão ligados, a Bsimple®, Patient Care. Este programa permite o acesso ao corpo de Enfermagem e Clínico o acesso e partilha de toda a informação sobre os pacientes internados na UCI de forma simples e eficaz. Permite ainda a receção e registo em tempo real de todos os parâmetros monitorizados sendo uma ferramenta de apoio na prática diária. O processo de enfermagem e registos diários são feitos através da

mesma, de forma simples e rápida através das ferramentas de avaliação contínua que a plataforma apresenta.

Baseada na Direção-Geral de Saúde [DGS], que adota a classificação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos, a UCID é considerada de Nível II,

“Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, ...), pelo que se deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com preparação específica.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.8)

A dotação segura para a UCI definida como de nível II é de 1/1.6 enfermeiros por doente (Ordem dos Enfermeiros, 2014), embora o vivenciado até ao momento é um rácio de 2 doentes por enfermeiro no turno da manhã e na tarde e noite de 2.5 doentes por enfermeiro. É ainda de referir a possibilidade de chamada extra de um elemento de enfermagem para o turno seguinte, sempre que a avaliação por parte do enfermeiro responsável do turno anterior consagre essa necessidade para uma melhor adaptação dos recursos humanos às necessidades reais de prestação de cuidados de enfermagem.

2. MODELO TEORICO

Na década de 60 surgiram as primeiras teorias de enfermagem, procurando relacionar fatos e estabelecer algumas bases de cuidados. Todas as teorias elaboradas têm como objetivo principal a prestação de cuidados sistematizados, planeando, organizando e registrando as ações realizadas.(Vaz, 2011)

O conhecimento das teorias de enfermagem, é a base fundamental para o desenvolvimento de competências e habilidades próprias do enfermeiro, orientando-se por critérios científicos testados e validados pela ciência, de modo a potenciar a atuação desse profissional na prestação de cuidados.(Santana et al., 2016)

“As teorias de enfermagem podem ser descritas como um instrumento de trabalho que ressaltam o conhecimento científico, demonstrando as tendências das visões sobre o processo saúde-doença e a experiência do cuidado terapêutico.” (Vaz, 2011, p. 19)

2.1. MODELO PARA MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A Prática Baseada na Evidência [PBE] é a integração do conhecimento clínico individual com a melhor evidencia clínica externa através de uma pesquisa sistemática recente (Rosswurm & Larrabee, 1999). Sendo os resultados obtidos através da combinação de pesquisas de relevância clínica, experiência clínica e preferências dos utentes, de modo a garantir um atendimento individualizado.

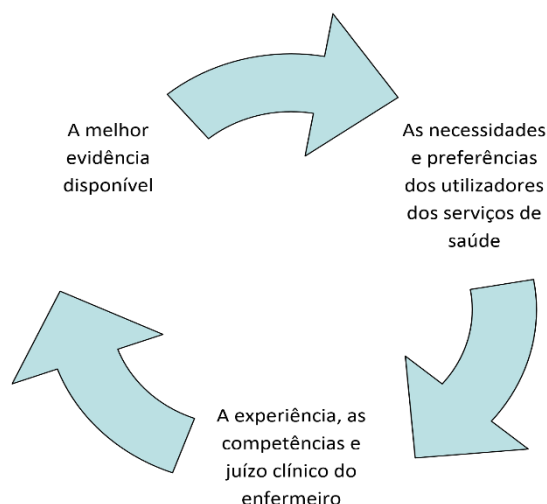
Para o (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES [ICN], 2012) a PBE é definida como um método de resolução de problemas ao nível da decisão clínica, através da pesquisa da melhor e mais recente evidência científica com a incorporação da experiencia profissional, pessoal, avaliação clínica e da preferência do utente no contexto do cuidar.

Concordando com o anteriormente descrito (Peixoto et al., 2016, p. 27) descreve também a PBE *“como o processo em que os enfermeiros tomam decisões clínicas utilizando a melhor evidencia científica , recorrendo à sua experiencia clínica e às preferências do paciente, no contexto dos recursos disponíveis.”*

A PBE caracteriza-se por ser um modelo seguro, coerente e organizado. Providencia práticas profissionais que obtenham os melhores resultados de acordo com

os recursos disponíveis de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão (Peixoto et al., 2016).

Figura 1- Elementos de uma PBE



Fonte:(ICN, 2012, p. 11)

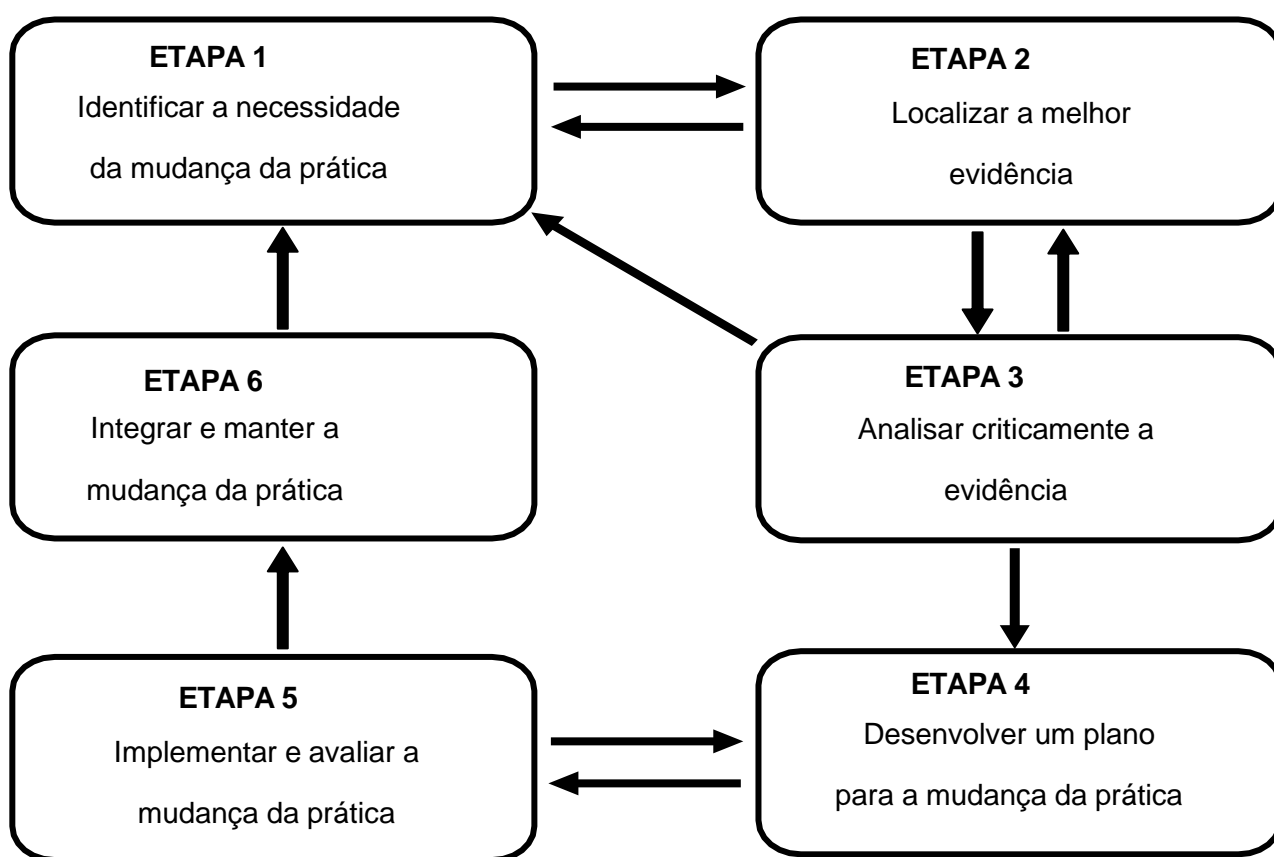
Sendo uma das bases principais na PBE, a Investigação em Enfermagem promove indiretamente o desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade. Pode-se definir Investigação em Enfermagem como o processo de *"inquérito sistemático desenhado especificamente para desenvolver, aperfeiçoar e aumentar o conhecimento em Enfermagem. O objetivo da investigação em Enfermagem é responder a questões e desenvolver conhecimento utilizando uma metodologia científica - sendo esta quantitativa, qualitativa ou mista."*(ICN, 2012, p. 10) A Melhoria da qualidade, quer seja na clínica ou no desempenho do profissional *"concentra-se nos sistemas, nos processos e funções, na satisfação clínica e nos resultados de custo. Projetos de Melhoria da qualidade poderão contribuir para a compreensão das melhores práticas ou processos de tratamento que envolvem os enfermeiros."*(ICN, 2012, p. 10)

No ano de 1999 foi desenvolvido um modelo teórico por June H. Larrabee e Mary Rosswurm sobre a PBA, que de certa forma pretendia a alteração do paradigma arcaico que a prática se baseava na intuição e experiência, para um outro em que a prática se iria basear nas evidencias científicas mais recentes. Desde a sua criação e publicação, este modelo foi aplicado em diversas equipas de enfermagem e em

outras categorias profissionais, sendo revisto em 2009 onde foram integradas as experiências do autor e das equipas que utilizaram esta metodologia (Larrabee, 2009). Presentemente o modelo é constituído por 6 etapas (Figura 2) e incorpora nela conceitos da melhoria continua da qualidade. Do modelo original para o atual mantem-se as seis etapas: Etapa 1- Avaliar a necessidade de mudança na prática; Etapa 2- Localize as melhores evidências; Etapa 3- Analise Critica das evidências; Etapa 4- Projetar a mudança da prática; Etapa 5- Implementar e avaliar a mudança da prática; Etapa 6- Integrar e manter a mudança da prática.

O modelo atual tem como principais alterações em relação á anterior, a combinação das etapas 1 e 2 numa única etapa e a 3 original em duas etapas distintas a atual etapa nº 2 e nº3

Figura 2 - Etapas do Modelo da PBE



Fonte: adaptado de Larrabee (2009, p.22)

Na primeira fase á feita a identificação e a inclusão das partes interessadas

no problema, recolha de dados internos, comparação dos dados internos com os externos com a finalidade de confirmar a necessidade de mudança da prática, identificar o problema da prática e fazer a ligação entre ele, as intervenções e os resultados. As mudanças podem ser incentivadas pela consciencialização da insatisfação do utente e as suas preferências não acedidas.(Larrabee, 2009)

Na segunda fase é feita a identificação das fontes de evidencia e as suas características, revisão de conceitos das pesquisas efetuadas, planificação e orientação da pesquisa. Estão incluídos os instrumentos para a avaliação crítica dos estudos qualitativos e quantitativos, diretrizes da prática e revisões sistemáticas, exemplos de tabelas de evidencia científica.(Larrabee, 2009)

Na terceira fase é feita a definição da proposta de mudança, identificação dos recursos, planeamento e avaliação do projeto e por fim a implementação do mesmo. Nesta fase estão incluídos a utilização de formulários de avaliação crítica para estudos quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas.(Larrabee, 2009)

Na quarta fase as principais atividades incluem a definição da mudança da prática proposta, identificação dos recursos, avaliação da proposta apresentada de mudança e a elaboração de um plano ou estratégia de implementação. Aqui podem ser usados como meio de divulgação da estratégia de mudança os defensores da mudança, líderes de opinião, sessões educativas, sistemas de auditorias e feedback dos intervenientes.(Larrabee, 2009)

Na quinta fase as principais atividades incluem a implementação do estudo inicial, avaliando os processos, resultados e custos, retirando conclusões e recomendações do processo de mudança na prática.(Larrabee, 2009)

Por fim, na sexta fase, as principais atividades incluem a comunicação da mudança às partes interessadas, integrar as novas práticas nos padrões da prática habituais, monitorizar os resultados, processos e indicadores de resultados. Por fim deve existir a divulgação dos resultados obtidos durante este processo de mudança.(Larrabee, 2009)

O esquema apresentado na Figura 2 ilustra o modelo da PBE, embora esteja descrito por etapas progressivas, estas não são estritamente lineares. As setas direcionais e bidirecionais entre as etapas indicam que as atividades efetuadas numa determinada etapa podem originar atividades para outra etapa anterior.

Compreendendo e analisando as Competências Específicas do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica publicadas em DR, estas dizem que o enfermeiro

“Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização.”(Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p. 19360)

Segundo o exposto consideramos que este modelo teórico será aquele que de certa forma irá compreender todas as dimensões necessárias para a realização deste PI, pois todo ele foi suportado e fundamentado na evidência científica mais recente.

2.2. METAPARADIGMA DE ENFERMAGEM

O modelo teórico por nós escolhido, PBE, não tem na sua base a descrição dos metaparadigmas em que a profissão de enfermagem se baseia e que de certa forma serão os mesmos que irão ser usados neste PI, pelo que se adotou o definido pela Ordem dos enfermeiros. O metaparadigma da Enfermagem consiste num conjunto de quatro conceitos principais que orientam a prática clínica.

O conceito de Saúde é entendido como a Unidade e harmonia entre o corpo, mente alma e espírito, sendo a capacidade para satisfazer as necessidades humanas.

“A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.”(OE, 2001, p. 8)

Pessoa é definida como aquela que recebe o cuidado, considerando a pessoa como um todo, corpo e espírito. Cada indivíduo é um só e tem as suas próprias necessidades.

“A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia. Na medida em que cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da sua natureza individual, podemos atingir um entendimento no qual cada um de nós vivencia um projeto de saúde. (...) Apesar de se tratar de processos não intencionais, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico. Esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa; assim, a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível.”(OE, 2001, p. 9)

Ambiente é definido como o meio onde o indivíduo se encontra e onde ele recebe a assistência. É também o local onde o indivíduo recebe padrões individuais e singulares de vida.

“O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente.”(OE, 2001, p. 9)

O conceito de Cuidados de Enfermagem é definido como a ciência do cuidado exato por meio de uma metodologia assistencial, sendo essa temporária ao indivíduo ou indivíduos que possuam dificuldade para satisfazer uma ou mais necessidades básicas.

“O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). (...) A relação terapêutica promovida no âmbito do

exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. (...) A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade).(...)

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.(OE, 2001, p. 10)

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O trabalho de projeto tem como objetivo principal a análise e resolução de problemas através de técnicas, intervenções e análise de informação. Esta metodologia determina as ações a serem implementadas de forma a definir o que fazer e como o fazer. Não sendo um processo estanque, pois permite flexibilidade dos procedimentos ao longo do trabalho, sendo um processo dinâmico, readaptando-se ao longo do processo. Estabelecendo-se assim um paralelismo entre a teoria e a prática, onde o investigador interfere no campo da investigação, estando diretamente ligadas as consequências da sua ação á sua intervenção.(Ruivo et al., 2010)

O PI tem por base as necessidades formativas de uma UCI, tendo por base a problemática do Transporte de Doente Crítico [TDC], seguindo uma linha de investigação na intervenção de enfermagem que garanta a segurança do TIHDC. Neste capítulo será descrita a metodologia projeto e o caminho percorrido no desenvolvimento do PI, baseando-se sempre no modelo da PBE

3.1. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

Os primeiros transportes de doentes críticos por via terrestre remontam á idade média, pois havia necessidade de transportar feridos graves vítimas de guerra para os hospitais de campanha, transportes esses efetuados em carroças tracionados por força animal. Existiu uma evolução no transporte de doentes ao longo dos tempos, acompanhando também a evolução dos meios de transporte, e em menos de 600 anos passamos de transportes em carroças, para helitransporte, sendo o primeiro datado durante a Primeira Guerra Mundial.(Zayas, 2018)

O transporte de doentes, seja qual for a tipologia do mesmo, envolve riscos, quer para o doente quer para a equipa que vai efetuar esse transporte, mas justifica-se pela necessidade de realização de exames complementares de diagnostico ou terapêuticos, ou ainda a necessidade de facultar um nível assistencial superior ao existente na unidade de saúde onde o mesmo se encontra. Existe ainda a possibilidade de esse transporte ser motivado pela necessidade de internamento na sua área geográfica a qual o doente pertence (Ordem dos Médicos, 2023)

Para (Denton et al., 2021) o principal motivo de transferências de doentes críticos é a falta de camas nas suas unidades de referência em cuidados intensivos que responda às necessidades do doente naquele momento, sendo que o segundo motivo é a procura de cuidados diferenciados.

Já (Branson & Rodriguez, 2020) refere que o TIHDC é maioritariamente efetuado pela necessidade de transferência de doentes para hospitais especializados ou com cuidados diferenciados. Diz ainda (Khan et al., 2021) que o TIH faz parte do cuidado do DC, sendo também usado, para além do acima citado, para confirmação de diagnóstico, intervenções terapêuticas e revisões de procedimentos.

A (OE, 2017b) num parecer dado sobre o TDC, corrobora com tudo o acima descrito, dizendo que o TDC envolve alguns riscos, mas a sua realização justifica-se pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado. Embora sendo sempre fundamental a reflexão sobre o risco/benefício desse transporte.

O transporte de doentes pode ser definido como transporte primário ou secundário. O primário é aquele que é realizado num ambiente extra-hospitalar para um ambiente hospitalar. O secundário é aquele realizado entre unidades hospitalares. Dentro do secundário temos o intra-hospitalar, que é aquele que é efetuado dentro da mesma unidade hospitalar e Inter-hospitalar, que é aquele que é efetuado entre duas unidades hospitalares distintas. (Ordem dos Médicos, 2023)

O TIH é aquele que envolve mais riscos, pois a incidência de riscos é proporcional à distância e duração dos transportes. (Matias & Sá, 2022)

3.1.1. Fases do TIH

O TDC pode ser dividido em três fases distintas, Decisão, Planeamento e Efetivação.

A Decisão de transportar um doente é uma competência e ato médico, embora não seja ao médico decisor do transporte o único a imputar responsabilidades no transporte, mas também ao chefe de equipa, diretor de serviço e à equipa médica do serviço recetor pela aceitação da transferência. (Ordem dos Médicos, 2023)

O Planeamento do transporte é feito pela equipa médica e de enfermagem do serviço de origem do doente, devendo ter em conta as seguintes questões: Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento, Transporte e por fim a Documentação.

Este planeamento deverá ainda incluir:

- Escolha e contacto com o serviço de destino, avaliando trajeto e duração do transporte;
- Escolha do meio de transporte;
- Escolha da equipa de transporte, de acordo com as disponibilidades da unidade, características do doente a transportar;
- Escolha dos meios adequados de monitorização, equipamentos e terapêutica;
- Recomendações de intervalos e objetivos fisiológicos a manter durante o transporte.

Deverá ser previsto e antecipado todos os possíveis eventos adversos e riscos durante o transporte, principalmente no início do transporte, pelas possíveis alterações fisiológicas pelo próprio transporte em si, transporte prolongado (mais de 30 minutos), pois quanto mais for a duração, maior é a probabilidade de ocorrência de complicações derivadas do transporte. (Ordem dos Médicos, 2023)

Por último, a fase da Efetivação, é a fase do transporte em si. Esta é da responsabilidade da equipa que efetua o transporte. A responsabilidade legal do transporte fica a cargo da equipa de transporte até a passagem à equipa que faz a receção no serviço de destino, caso seja para realização de exames e o doente regressará ao serviço de origem, essa responsabilidade só acabará com a passagem do doente à equipa do serviço de origem após a viagem de regresso. Durante esta fase, o nível assistencial de cuidados prestados durante o transporte, nunca deverão ser inferiores ao serviço de origem. (Ordem dos Médicos, 2023)

Para Matias, o TDC é organizado em quatro fases diferentes, a “Decisão ponderada”, “Planeamento”, “Atuação na resolução de problemas” e “Ação para a melhoria” (Matias & Sá, 2022).

A decisão ponderada sobre o transporte deve ser favorável quando os benefícios são maiores que os riscos. O planeamento do transporte do doente crítico tem como

foco o desenvolvimento de competências da equipa multiprofissional e a sua capacidade para antecipar e estabilizar necessidades clínicas. A atuação na resolução de problemas deve centrar-se no trabalho em equipa, mantendo a vigilância contínua do paciente, prevenindo assim eventos adversos. A ação para a melhoria do transporte é transversal a todo o processo, sendo responsável pelo aumento da quantidade e qualidade dos cuidados prestados.(Matias & Sá, 2022)

3.1.2. Doente crítico

O DC pode ser definido como aquele que a sua situação de saúde se agudizou de forma a ficar gravemente doente ou ferido e não tem capacidade de manter a sua estabilidade fisiológica de forma independente. Podendo ser também aquele que apresenta um alto risco de desenvolvimento do quadro clínico atrás definido, com necessidade de terapia intensiva.(Matias & Sá, 2022)

O DC é aquele *“cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”* (Diário da República, 2018, p. 19362)

Diz ainda que

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”(OE, 2001, p. 19362)

3.1.3. Riscos inerentes ao transporte de doente crítico

Diante da necessidade crescente da transferência de doentes críticos entre unidades de saúde, torna-se impreterível a análise e identificação dos eventos adversos, quer sejam eles humanos ou mecânicos, pois os mesmos podem colocar em risco a vida humana.(Gonçalves et al., 2018)

Para além dos riscos atrás identificados, temos ainda que ter em conta a própria situação clínica do doente, pois o próprio transporte leva a uma maior vulnerabilidade e

ao aumento da frequência de eventos adversos.(Canellas et al., 2020) (Matias & Sá, 2022)

Para (Bourn et al., 2018) existem de três tipos de riscos nas transferências de doentes críticos. Os Técnicos, os Não Técnicos e por fim os Organizacionais. Os riscos Técnicos estão relacionados com alterações do estado clínico durante o transporte, pois como diz (Canellas et al., 2020), o próprio transporte leva a uma maior vulnerabilidade do doente com o aumento da frequência de eventos adversos, e ainda com problemas de equipamento, quer seja por avaria ou por falta do mesmo. Os Não técnicos, são aqueles relacionados com os recursos humanos necessários para efetuar em segurança o transporte, pois como é dito por (Khan et al., 2021), deve ser uma equipa especializada e experiente que faça o acompanhamento de doentes críticos durante o seu TIH. Diz ainda (OE, 2017b) que a qualificação técnica, aspeto intimamente relacionado com a formação e a experiência clínica, constitui um dos aspetos mais importantes para a promoção e para a garantia da segurança durante o transporte, e que mesmo os profissionais que habitualmente cuidam de doentes críticos, devem adquirir formação específica no transporte e no cuidado da pessoa em situação crítica.

Por fim o último risco identificado é o organizacional, que é aquele ligado á governança, estando relacionado com as políticas institucionais das duas unidades de saúde responsáveis pelo transporte do doente, a unidade de origem e a recetora.(Bourn et al., 2018)

3.1.4. Redução de riscos associados ao transporte de doente crítico

A classificação Internacional de Segurança do Doente (CISP), define segurança como a redução do risco ao mínimo aceitável mediante o nível de conhecimento existente, recursos disponíveis e contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento.(OMS, 2009)

De modo a identificar quais são as práticas de enfermagem que garantem a segurança no TIHDC, foi mapeada a evidencia científica mais recente, em fontes credíveis de modo a identificá-las.

Para (Branson & Rodriguez, 2020) cerca de 30% dos transportes efetuados existiu um risco/incidente importante e em 50% dos transportes existiu um risco/incidente menor. Para (Denton et al., 2021) existe uma referência a que 81.4% das

transferências ocorreram sem riscos/incidentes, sendo o motivo principal para essa taxa de sucesso, o transporte ser efetuado por equipas específicas de transferência inter-hospitalar.

Em todos os artigos analisados existe um ponto em comum, o uso de Check-lists. (Denton et al., 2021) diz que em 83.2% dos TIHDC foram usadas as check-list protocoladas na equipa de transferências Inter-hospitalares, tendo por base que 81.4% do total de transferências ocorreram sem riscos/intercorrências. Já (Puslecki et al., 2021) refere a criação de uma check-list e atualização da mesma de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados por diminuição do risco. É enfatizado por (Matias & Sá, 2022) a necessidade fundamental de criar protocolos específicos de transporte assim como uma check-list. Já (Khan et al., 2021) reitera a necessidade da existência de check-list de fácil compreensão e preenchimento. É afirmado por (Branson & Rodriguez, 2020) que as Check-lists aumentam a segurança do doente em TIH por diminuição de incidentes. Por fim (Bourn et al., 2018) conclui que a maioria dos incidentes em transportes intra-hospitalares do doente crítico podem ser limitados pelo simples uso de Check-lists de procedimentos a efetuar e equipamento de transferência.

Outro aspeto enfatizado em diversos artigos foi a necessidade de formação e especialização no processo de transferência inter-hospitalar do doente crítico. É referido por (Puslecki et al., 2021) a necessidade formativa colmatada com a criação de simulação de TDC, identificando assim pontos críticos, possibilitando assim a sua resolução em contexto formativo. Já (Matias & Sá, 2022) diz ainda que a formação para a melhoria do transporte é transversal a todo o processo, sendo responsável pelo aumento da quantidade e qualidade dos cuidados prestados. Segundo (Khan et al., 2021), para além da formação, deve ser sim uma equipa especializada e experiente a que efetue o TDC. Por fim (Bourn et al., 2018) descreve a necessidade de criação de equipas dedicadas ao transporte de doentes críticos adultos e pediátricos, pois estas reduzem as complicações durante o mesmo.

Em resumo, existem três fatores que influenciam de forma evidente as intervenções de enfermagem que garantem a segurança do DC no TIH, sendo elas, equipas de TIH, formação e por fim Check-lists. A criação de equipas especializadas e dedicadas ao TIH diminui o risco de incidentes ou erros durante a sua realização, pelas competências e treino que estes elementos detêm e pela sua dedicação parcial ou total a nível laboral, na prestação de cuidados a doentes críticos durante o seu transporte entre unidades hospitalares.

A formação é outro aspeto importante a ter em conta para o aumento da segurança do doente crítico no TIH, pois é descrito em mais de um artigo que a formação é o principal meio para diminuir as falhas e erros durante o TIH. Profissionais habituados á prestação de cuidados a doentes críticos, devem manter a formação na base da melhoria e evolução dos seus cuidados, pois os cuidados prestados ao doente crítico durante o transporte são em alguns aspetos diferentes e específicos apenas desse meio, e a formação é o único meio de atualização e melhoria dos mesmos.

Por fim o uso de Check-lists foi identificado na maioria dos artigos que compõem esta análise, como uma intervenção que diminui de forma efetiva o risco e os incidentes durante o TIHDC, pois estas são desenvolvidas no sentido de garantir os recursos necessários á segurança do doente durante todo o processo de transporte, desde o seu planeamento, efetivação e por fim conclusão do mesmo. Sendo a elaboração de uma proposta de Check-list do TIHDC sobre a forma de IT um dos objetivos deste PI.

A (Ordem dos Médicos, 2023) refere ainda que, idealmente, em caso de transferência inter-hospitalar de doentes só acompanhado por enfermeiro, que este deva ser preferencialmente especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica e com experiencia em cuidados de vida avançados. Caso esse transporte seja efetuado por uma equipe composta por medico e enfermeiro, este também deve ser preferencialmente especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica e também com experiência em cuidados de vida avançados. A (OE, 2017b) afirma que o profissional com melhor formação para integrar Equipas de transportes de doente críticos ou Equipas de Emergência Intra-Hospitalar é preferencialmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, pelas características da sua especialização.

A integração de Enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, diminuí também os riscos associados ao TDC, pois dentro da classe profissional de enfermagem são os mais capacitados para o efeito, pelas competências adquiridas previamente. Este fator é ainda mais importante quando mais de 50% dos transportes de doentes críticos são efetuados unicamente por enfermeiros por carência de médicos do serviço de origem.(Denton et al., 2021)

3.2. DIAGNOSTICO DE SITUAÇÃO

O Diagnóstico de Situação é definido como a primeira etapa da metodologia projeto, tendo como objetivo a descrição do modelo que retrata a realidade sobre a qual

se pretende intervir ou mudar. Sendo esta uma etapa dinâmica, continua e sem ponto inicial de partida, mas sim um ponto aperfeiçoado, atendendo às alterações da realidade nas instituições onde se pretende intervir. O Diagnostico de Situação deve ser efetuado de forma rápida mas coerente, de forma a possibilitar uma ação em tempo útil o suficientemente profunda de modo a permitir a implementação das medidas propostas.(Ruivo et al., 2010)

Sendo assim, o Diagnostico de Situação tem um papel justificativo das atividades realizadas, funcionando como elemento padrão de comparação no momento da avaliação sobre o sucesso proposto e o alcançado.(Ruivo et al., 2010)

A execução do Diagnostico de Situação, fundamentou-se na primeira fase do modelo teórico por nós escolhido, PBE, Identificando a necessidade da mudança da prática, através da identificação do problema.

De forma a identificarmos as necessidades que nos leva a uma problemática passível de intervenção, foram realizadas entrevistas não estruturadas com o Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Orientador especialista em EMC-PSC e Enfermeiros Responsáveis de turno de forma a identificar problemáticas existentes e passíveis de intervenção em tempo útil, pois este projeto tem tempo máximo de execução. Após a identificação de algumas problemáticas, efetuou-se á posteriori uma reunião com o Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Orientador e o Professor Orientador para discussão e escolha da temática a ser abordada de entre todas as identificadas anteriormente. Sendo a escolhida o TIHDC. De forma a mantermos o protocolo institucional em relação á realização de qualquer PI na dita instituição, procedeu-se á elaboração de um pedido de autorização á Comissão de Ética (APÊNDICE I), ao qual obtivemos um parecer favorável para a sua realização (ANEXO I).

De forma a promover a inclusão da equipa de enfermagem no PI, e de modo a conhecer a aceitação da problemática escolhida, foi elaborado um instrumento de colheita de dados de resposta voluntaria em forma de questionário (APÊNDICE II). A recolha e tratamento de dados foi efetuado de acordo com a lei 58/2019 de 9 de agosto, Capítulo III, Artigo 10 ° alínea 2 “*O encarregado de proteção de dados, bem como os responsáveis pelo tratamento de dados, incluindo os subcontratantes, e todas as pessoas que intervenham em qualquer operação de tratamento de dados, estão obrigados a um dever de confidencialidade que acresce aos deveres de sigilo profissional previsto na lei.*” (Diário da Republica, 2019, p. 4) Garantindo e cumprindo

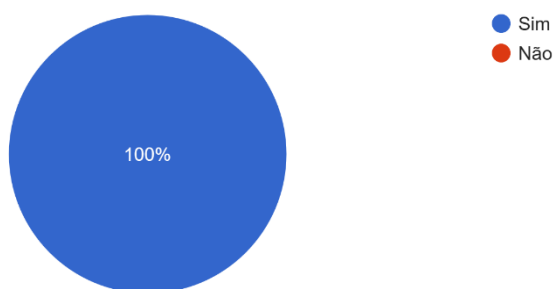
os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo, mantendo o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Foi utilizada a plataforma Google Forms® como meio de aplicação do questionário, na tentativa de chegar á totalidade da amostra e de modo a facilitar a recolha e tratamento dos dados. O canal de divulgação escolhido, foi um já existente no seio da equipa que engloba toda a amostra passível de aplicação do questionário e de grande aceitação entre todos, um canal interno de mensagens de WhatsApp®. No total de 30 elementos da amostra obtivemos 22 respostas, obtendo uma percentagem de participação de 73.3%.

Em relação á aceitação de participação obtivemos um 100% de respostas positivas da amostra de estudo de 22 elementos da equipa de Enfermagem. (Gráfico 1)

Gráfico 1 -Aceitação da participação no questionário

Concorda com a participação neste questionário:
22 respostas



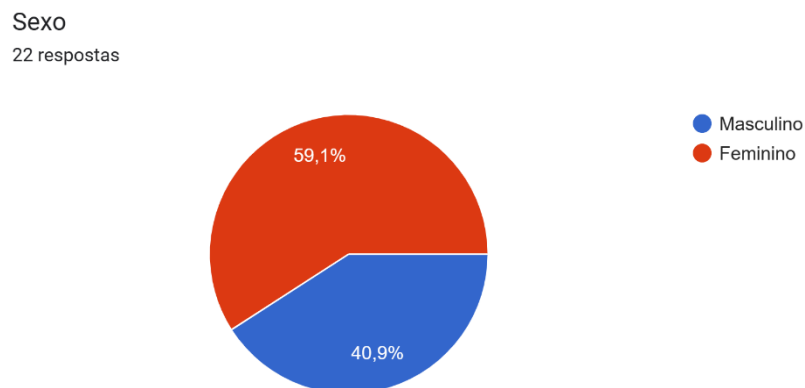
Fonte: elaboração própria

Este questionário foi dividido em duas partes distintas, a Parte I serve para a caracterização da equipa de Enfermagem, e a Parte II para a pertinência da temática para a equipa de Enfermagem.

Parte I

Em relação á amostra, esta tem uma predominância feminina de 59.1%.

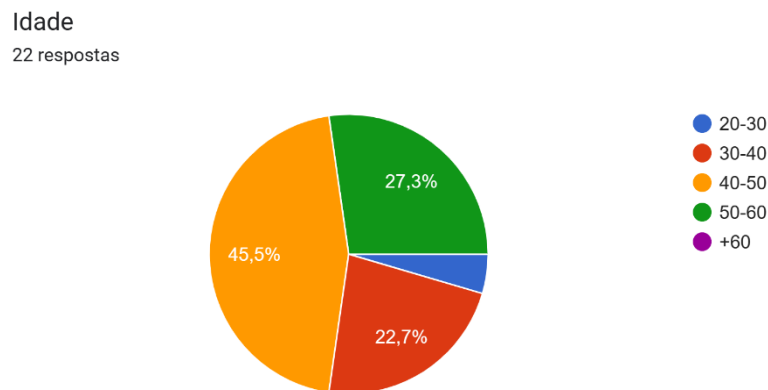
Gráfico 2- Distribuição dos participantes de acordo com o género



Fonte: elaboração própria

Em relação á faixa etária predominante dentro da amostra, foi a dos 40 a 50 anos de idade, com 45.5% da amostra total.

Gráfico 3- Distribuição dos participantes de acordo com as faixas etárias

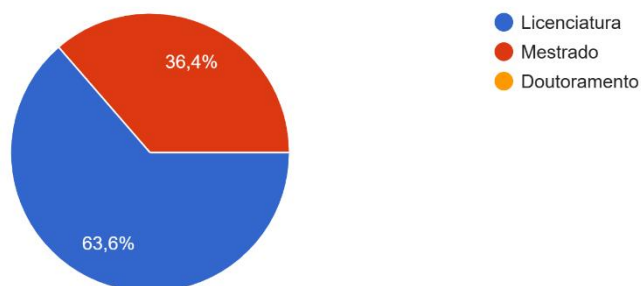


Fonte: elaboração própria

Em relação ao grau académico, a maioria da amostra 63.6% é licenciada.

Gráfico 4- Distribuição dos participantes de acordo com o grau académico

Grau Acadêmico
22 respostas

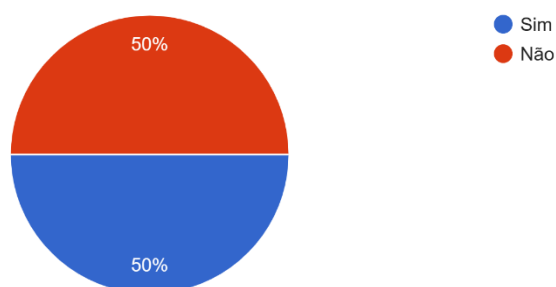


Fonte: elaboração própria

Pode-se constatar de 50% dos inquiridos, são detentores de uma especialidade em Enfermagem.

Gráfico 5- Distribuição dos participantes de acordo com a categoria profissional

Tem Especialidade?
22 respostas

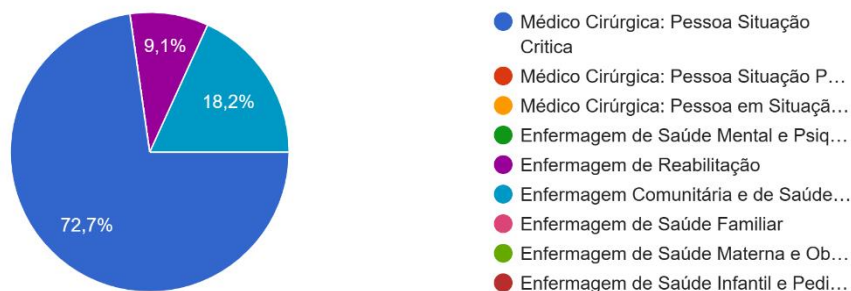


Fonte: elaboração própria

E que de entre os especialistas, 72.7% detêm a especialidade em EMC-PSC

Gráfico 6- Distribuição dos participantes com especialidade pelas correspondentes

Se respondeu " Sim" á questão anterior, qual?
11 respostas

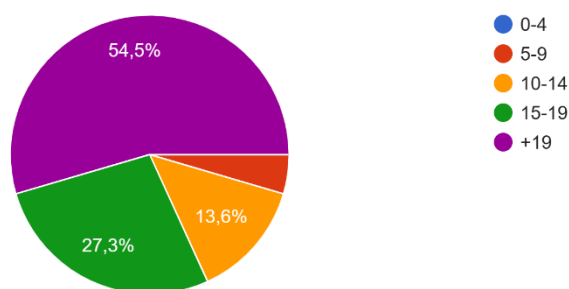


Fonte: elaboração própria

Em relação á amostra total, a maioria dos elementos que a compõem, 54.5% exercem a profissão de enfermagem á mais de 19 anos.

Gráfico 7- Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de exercício profissional

Tempo de exercício profissional, em anos.
22 respostas

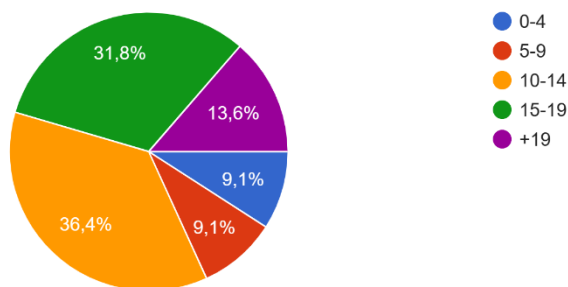


Fonte: elaboração própria

Já ao número de anos de exercício da profissão na UCI onde o projeto será efetuado, a maioria, 36.4% encontra-se dentro da faixa dos 10 a 14 anos.

Gráfico 8- Distribuição dos participantes de acordo com o tempo de exercício profissional na UCI

Tempo de exercício profissional na UCIDEM, em anos.
22 respostas



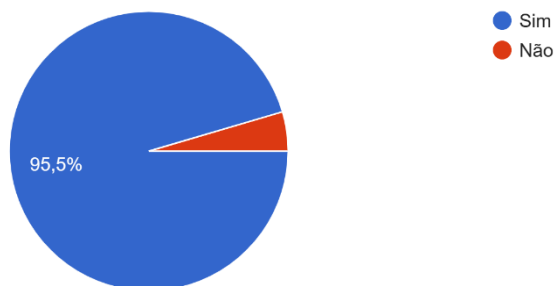
Fonte: elaboração própria

Parte II

Em relação á experiência da amostra com o TIHDC, 95.5% responderam que já tinham efetuado pelo menos um transporte.

Gráfico 9- Distribuição dos participantes de acordo com realização de TIHDC

Já realizou algum transporte inter-hospitalar de doente crítico?
22 respostas



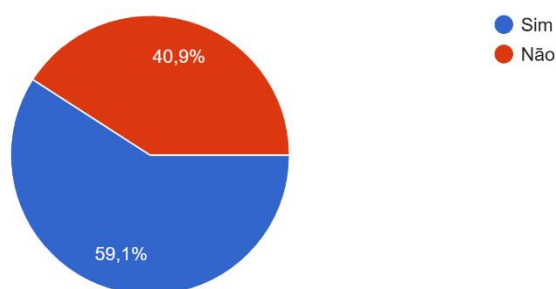
Fonte: elaboração própria

Em relação ao sentimento de segurança dos enfermeiros da amostra que já efetuaram um THIDC, 59.1% responderam que se sentem seguros.

Gráfico 10- Distribuição dos participantes de acordo com a segurança para a realização de TIHDC

Sente segurança para a realização de transferências inter-hospitalares de doente crítico?

22 respostas



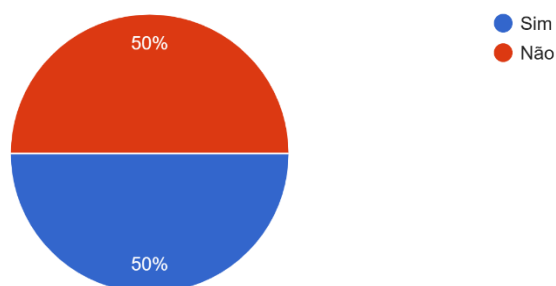
Fonte: elaboração própria

Foi questionada á amostra se já alguma vez tinham tido formação no âmbito do TIHDC, ao qual 50% responderam de sim e 50% que não.

Gráfico 11- Distribuição dos participantes de acordo com a realização de formação no âmbito do TIHDC

Já realizou formação no âmbito do transporte inter-hospitalar de doente crítico?

22 respostas

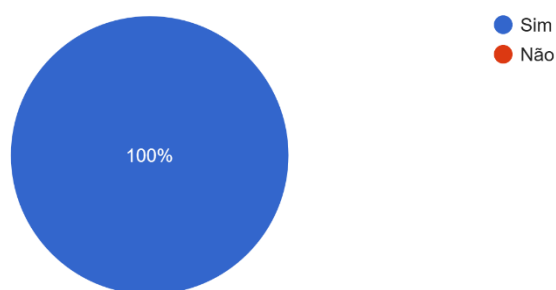


Fonte: elaboração própria

Questionou-se a amostra para a possibilidade de elaboração de uma Instrução de Trabalho [IT] sobre o TIHDC, ao qual 100% dos inquiridos responderam favoravelmente.

Gráfico 12- Distribuição dos participantes de acordo com a pertinência da existência de uma IT sobre TIHDC

Considera pertinente a existência de uma instrução de trabalho sobre o transporte inter-hospitalar de doente crítico?
22 respostas

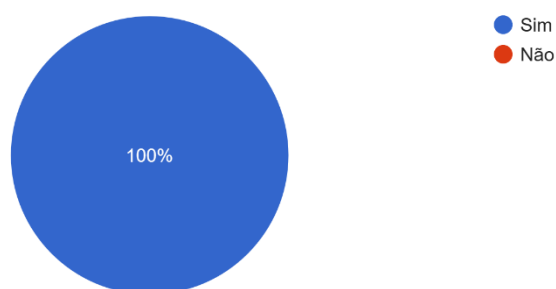


Fonte: elaboração própria

Por fim, foi-lhes colocada a questão da pertinência de formação sobre o TIHDC, ao qual também 100% da amostra se mostrou favorável.

Gráfico 13- Distribuição dos participantes de acordo com a pertinência na realização de formação no âmbito do TIHDC

Parece-lhe pertinente a realização de formação no âmbito do transporte inter-hospitalar de doente crítico?
22 respostas



Fonte: elaboração própria

3.2.1. PORQUE DA ESCOLHA DO TEMA

O projeto a ser desenvolvido neste contexto de estágio, irá ser alicerçado no TIHDC, tendo como objetivo principal garantir a segurança do doente crítico durante o TIH, na tentativa de melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do mesmo. Após a interpretação dos resultados do questionário sobre a temática escolhida para este projeto, concluiu-se que a equipa vê com bons olhos a criação de uma IT sobre a temática, com 100% de respostas favoráveis á mesma, como também a formação em serviço sobre a temática por nos definida. De modo a fundamentar a escolha, foi feita uma pesquisa da evidencia científica mais recente sobre a mesma de modo a tentar perceber quais eram os principais problemas diagnosticados sobre a temática e se os mesmos eram partilhados pela equipa, de modo a construir uma IT que conseguisse colmatar então essas necessidades. Frequentemente os enfermeiros deparam-se com a necessidade de transporte do doente critico inter-hospitalar, devendo estes estar preparados com meios e competências para atuar durante o mesmo, prevenindo erros e complicações. O transporte do doente critico envolve riscos como a sua instabilidade e agravamento da sua situação clínica, devendo a sua realização justificar-se pela necessidade de facultar um nível superior de cuidados, realização de exames complementares de diagnostico ou pela necessidade de internamento na área geográfica de residência.(Canellas *et al.*, 2020)

Existem inúmeras falhas no TIH, desde manutenção de veículos, equipamentos, equipa reduzida e desqualificada, entre outros, e a introdução de um protocolo de atuação seria um procedimento de melhoria.(Gonçalves *et al.*, 2018)

Devido a complexidade do TIHDC, confirmada pela evidencia científica mais recente como também pelo diagnostico de situação realizado na equipa de enfermagem, conclui-se que esta seria uma temática plausível de ser estudada e analisada, de modo a criar uma IT que colmatasse algumas falhas identificadas pela evidencia científica e pela equipa de enfermagem.

Recorreu-se á análise SOWT como forma de desenvolvimento de diagnostico de situação, permitindo a análise da problemática através do confronto entre os fatores positivos (forças e oportunidades) e negativos (fraquezas e ameaças) do problema. Este

exercício baseia-se num ordenamento num quadro dividido em quadrantes, sendo estes constituídos pelas fraquezas, ameaças, forças e oportunidades.

Dentro dos fatores positivos estão incluídas as forças (pontos fortes, potencialidades, trunfos e vantagens) que são elementos favoráveis e internos ao próprio sistema, enquanto as oportunidades são de carácter ou origem exógena. Nos fatores negativos, estão integradas as debilidades, entendidas como pontos fracos ou desvantagens, com carácter interno. Já as ameaças ou constrangimentos são os fatores ou circunstâncias provenientes do exterior, que eventualmente prejudicam o sistema.(Ruivo et al., 2010, p. 14)

Tabela 1 - Análise SWOT

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> • Equipa de enfermagem motivada e com interesse na aquisição de novos conhecimentos; • Problemática reconhecida pela equipa de enfermagem; • Projeto sem custos á Instituição; • Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Orientador interessados no desenvolvimento do PI; • Ausência de IT sobre a temática no Serviço e na Instituição; • Integração da temática no Plano anual de formação do Serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de incentivos à participação na formação em serviço; • Risco de desmotivação e recusa do uso da IT.
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de boas práticas; • Ganhos em saúde associado à melhoria dos cuidados no TIHDC; • Interesse do serviço em projetos de melhoria da qualidade dos cuidados prestados; 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de reestruturação organizacional do TIHDC; • Resistencia à mudança; • Dificuldade na introdução da IT na aplicação informática.

<ul style="list-style-type: none">• Melhorar a satisfação profissional;• Elaboração de uma IT como forma de uma Chek-list de apoio ao transporte de doentes críticos.	
--	--

Fonte: elaboração própria

Através da análise SOWT pode-se concluir que tanto os principais fatores positivos como os negativos do problema se baseiam-se na equipa de enfermagem, pois esta tem o poder de abraçar o projeto e de lhe dar continuidade, como também de o abandonar, tornando-o inviável, pois ele está dependente dela.

Desta forma conclui-se o diagnóstico da situação, identificando as necessidades formativas e de documentação de apoio ao TIHDC, perspetivando então um aumento da segurança no transporte, melhoria dos cuidados prestados e a qualidade dos mesmos.

3.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição dos objetivos é considerada a segunda etapa da metodologia projeto, identificando-se como um objetivo que se queira atingir. Na definição dos objetivos é necessário que os problemas identificados sejam descritos de forma simples, de modo a delimitar o problema que se queira resolver. Podem-se definir dois tipos de objetivos, os gerais e os específicos. Os Objetivos gerais orientam-se para a realidade a alcançar, enquanto os específicos para as ações a desenvolver de modo a alcançar o objetivo geral. (Ruivo et al., 2010)

Os objetivos do projeto devem obedecer a certas características e itens, sendo claros, com linguagem precisa e concisa, apresentados em número reduzido, realizáveis, mensuráveis em qualidade, quantidade e duração. (Ruivo et al., 2010)

Segundo Mão de Ferro (1999) *define objetivos gerais como enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados. Ou seja, fornecem-nos indicações acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo.* (Ruivo et al., 2010, p. 18)

Assim para este PI formulou-se como objetivo geral: Garantir a segurança do doente crítico durante o TIH.

Por sua vez, os objetivos específicos são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo. Sendo o resultado da subdivisão de um objetivo geral mais vasto, em aprendizagens mais elementares.(Ruivo et al., 2010, p. 18)

Sendo os objetivos específicos indicadores de conhecimento e aptidões adquiridas, pode-se relacionar o número de objetivos específicos com o grau de complexidade do objetivo geral, então quanto maior a complexidade do objetivo geral, maior será o número de objetivos específicos.(Ruivo et al., 2010)

Tendo em conta o objetivo geral deste PI, delineamos assim os seguintes objetivos específicos.

1. Mapear a evidencia científica mais recente sobre as práticas de enfermagem no TIHDC;
2. Elaborar um procedimento para o TIHDC;
3. Divulgar o procedimento para o TIHDC à equipa de enfermagem da UCI;
4. Introduzir o procedimento no software B-Simple®
5. Implementar o procedimento em forma de IT sobre o TIHDC.

Tabela 2- Objetivos específicos do projeto de intervenção

Objetivo	Atividades e Estratégias
1. Mapear a evidencia científica mais recente sobre as práticas de enfermagem no TIHDC;	<ul style="list-style-type: none">• Revisão da literatura sobre as intervenções de enfermagem durante a TIHDC;• Pesquisa preliminar sobre o tema;• Definição da questão de investigação;• Identificação da metodologia de estudo;

	<ul style="list-style-type: none">• Identificação das bases de dados a utilizar para a pesquisa;• Identificação dos descritores a aplicar nas bases de dados;• Definição do período temporal da pesquisa;• Definição de critérios de inclusão e exclusão;• Pesquisa nas bases de dados;• Seleção de artigos;• Análise e síntese dos resultados obtidos;• Discussão dos resultados obtidos;• Elaboração das conclusões inerentes ao estudo;• Reuniões de tutoria com o professor orientador.
<p>2. Elaborar um procedimento para o TIHDC;</p>	<ul style="list-style-type: none">• Reuniões de tutoria com o Enfermeiro Orientador e o Enfermeiro Chefe de serviço;• Utilização da Revisão da Literatura para a construção da IT;• Elaboração de proposta de Check-list sobre a forma de IT do TIHDC;• Sugerir novos registos a implementar no B-simple® da IT sob forma de Check-list;

	<ul style="list-style-type: none">• Rever a IT com o Enfermeiro Orientador e o Enfermeiro Chefe de serviço• Apresentação da proposta de IT final, para possível implementação no serviço;
3. Divulgar o procedimento para o TIHDC à equipa de enfermagem da UCI;	<ul style="list-style-type: none">• Elaborar o plano de sessão para a formação em serviço;• Construção de uma apresentação da sessão de formação em PowerPoint;• Marcar a formação com o Enfermeiro Responsável pela formação no serviço, respeitando as ações formativas já existentes na equipa.• Divulgar a data e hora da formação entre a equipa de enfermagem pelos canais preferenciais de divulgação das formações, mail e canal interno de mensagens de WhatsApp®;• Realizar uma ação de formação em serviço, onde se apresenta IT;• Aplicar questionário de avaliação da sessão formativa.
4. Introdução do procedimento no software B-Simple®	<ul style="list-style-type: none">• Pedido de autorização ao Conselho de Administração para introdução da Check-list proposta

	<p>na IT no software B-Simple®</p> <ul style="list-style-type: none">• Efetuar proposta á equipa gestora e codificadora do software B-Simple® da introdução da Check-list proposta na IT;• Colaborar com a equipa gestora e codificadora do software B-Simple® na introdução da Check-list proposta na IT;
<p>5. Implementar o procedimento em forma de IT sobre o TIHDC.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Validar a IT com o Enfermeiro Orientador e com o Enfermeiro Chefe;• Propor a implementação da IT ao Enfermeiro Chefe;• Informar a equipa de Enfermagem pelos canais de informação da data de início da implementação da IT.

Fonte: Elaboração própria

3.4. PLANEAMENTO DO PROJETO

O planeamento é a terceira etapa da metodologia projeto, sendo ai definidas estratégias, atividades a desenvolver e recursos a utilizar, de acordo com os objetivos definidos na etapa anterior, bem como a realização e desenvolvimento do cronograma.(Ruivo et al., 2010)

Na fase de planificação do esboço do projeto, realiza-se o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho. Nesta fase são, também, definidas as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo e, ainda, definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respetivo cronograma.(Ruivo et al., 2010, p. 20)

Correlacionando esta etapa com o modelo da PBE, assume-se como a quarta etapa do modelo, sendo definido um plano de implementação da nova prática e os recursos necessários.(Larrabee, 2009)

Em relação á calendarização das atividades, desenvolvimento do cronograma do projeto (APÊNDICE III), estes podem ser um processo dinâmico e interativo onde se determina as datas de início e fim das atividades a desenvolver durante o projeto. Sendo assim, o desenvolvimento do cronograma apresenta-se como uma constante ao longo deste projeto, utilizando esquemas, escalas e gráficos como medidas facilitadoras de compreensão do planeamento.(Ruivo et al., 2010)

3.5. EXECUÇÃO DO PROJETO

A etapa da Execução da Metodologia de Projeto caracteriza-se pela colocação em prática de tudo o que foi planeado. Assumindo esta etapa uma importância significativa para os participantes do projeto dada a possibilidade de realização das suas necessidades através das ações planeadas.(Ruivo et al., 2010)

Em relação ao paralelismo do modelo da PBE com esta etapa existe uma interação com a 5ª etapa do modelo, Implementação e mudança da prática, promovendo-se a mudança da prática através da implementação do plano definido na etapa anterior.(Larrabee, 2009)

Para a concretização do 1º objetivo específico: Mapear a evidencia científica mais recente sobre as práticas de enfermagem no TIHDC, foi efetuado através da realização de uma scoping review sobre as intervenções de enfermagem que garantem a segurança do DC durante TIH.

Os enfermeiros são constantemente desafiados na busca de conhecimento científico de modo a poderem promover uma melhoria do cuidado ao doente, recorrendo ao propósito da PBA, utilizando os resultados obtidos na investigação, baseando-se na mais recente evidencia e competência clínica para a fundamentação dos cuidados prestados ao doente.(Mendes et al., 2008)

Cumprindo todo o rigor metodológico e transparência relativo à elaboração de uma scoping review, a presente revisão foi guiada pelo Joanna Briggs Institute e organizada de acordo com a check-list Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for scoping review (PRISMA-ScR) (Tricco et al.,

2018). Após a identificação da problemática a explorar, procedeu-se á identificação da questão de investigação, posteriormente a pesquisa de estudos relevantes, seleção, análise, resumo e apresentação dos resultados.

De modo a criar a pergunta de partida utilizou-se a metodologia PCC (População, Conceito e Contexto) (Apóstolo, 2017). População- Doente Critico, Conceito- intervenções de enfermagem, Contexto- Transporte inter-hospitalar. Procedeu-se á validação dos descritores em Ciências da Saúde, utilizando a ferramenta Decs/MeSH para validação dos mesmos, sendo estes a base para a pesquisa, “Patients Transfers”, “Critically Ill”, “Safe” e “Nursing”.

Definiu-se também os critérios de inclusão e exclusão do estudo, pois estes servem para direcionar o estudo para o objetivo pretendido, tendo em conta os elevados resultados das pesquisas, sendo a população do estudo adulta, a intervenção os cuidados de enfermagem, contexto o TIH e a janela temporal os últimos 5 anos, que corresponde ao período de 2018 a 2023.

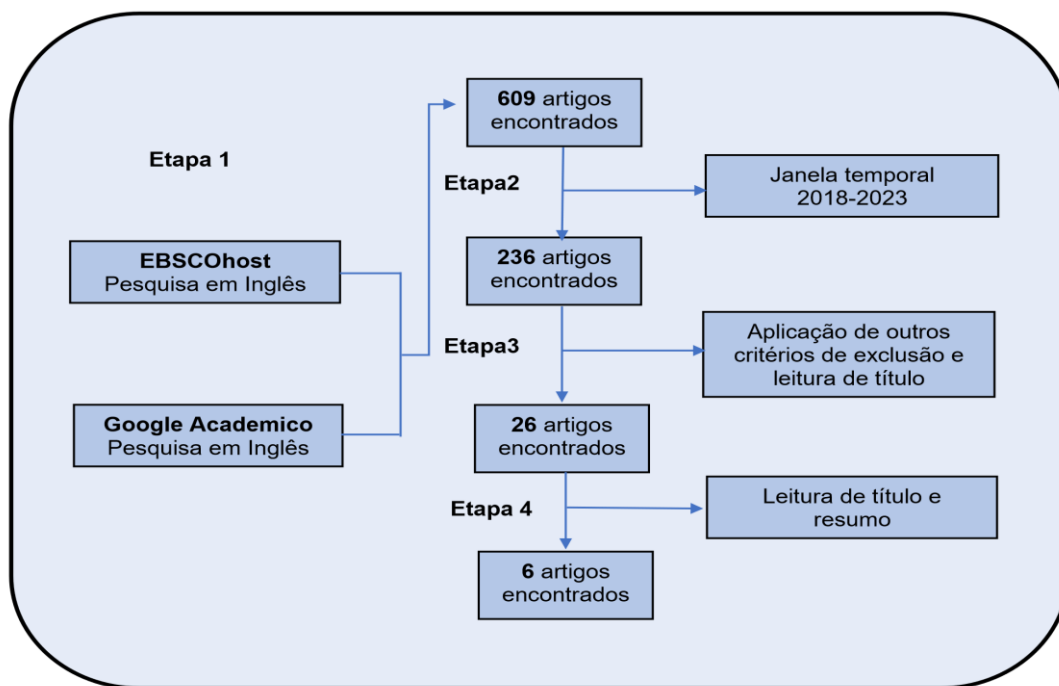
A Scoping Review foi realizada a partir das publicações científicas existentes nas bases de dados da EBSCOhost e Google Académico.

Iniciou-se a pesquisa na EBSCOhost e foram selecionadas todas as bases de dados deste motor de busca, nomeadamente, a MedLine, a CINAHL, a Nursing&Allied Health Collection; a Comprehensive, a Cochrane, a Library, a Information, a Science&Technology Abstracts e a MedicLatina.

A pesquisa consistiu então na utilização de conceitos em inglês, previamente validados, “Patients Transfers AND Critically Ill AND Safe AND Nursing. Iniciou-se a pesquisa com o conceito de “ Patients Transfers” com um total de 12740 artigos, posteriormente adicionou-se “Critically Ill” com o operador booleano “AND” e obteve-se um total de 2570 artigos, adicionou-se também o conceito “Safe” a par com o operador booleano “AND” que originou um total de 314 artigos, por fim, foi adicionado o conceito “ Nursing” que deu origem a 67 artigos. Aplicou-se a janela temporal dos últimos 5 anos, de 2018 a 2023 ficando com um total de 18 artigos. Selecionaram-se só os artigos publicados em revistas científicas, resultando então em 17 artigos. Selecionou-se artigos com acesso a Texto integral, obtendo-se um total de 5 artigos. Após a leitura do título e/ou resumo considerou-se apenas os artigos que se enquadravam na temática e que não colidiam com os critérios de exclusão, pelo que se obteve um total de 1 artigo. Posteriormente fez-se a pesquisa em inglês no Google Académico iniciando-se com

“Inter-Hospital Transpor of Critically Ill Patients” com um total de 937 artigos, posteriormente adicionou-se “ Safe” com o operador booleano “AND” e obteve-se um total de 772 artigos, adicionou-se por fim o conceito “Nursing” a par com o operador booleano “AND” que originou um total de 542 artigos. Aplicou-se a janela temporal dos últimos 5 anos, de 2018 a 2023 ficando com um total de 218 artigos. Selecionaram-se apenas os artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão através da leitura de títulos resultando em 21 artigos. Após a leitura do título e/ou resumo considerou-se apenas os artigos que se enquadravam na temática e que não colidiam com os critérios de exclusão, pelo que se obteve um total de 5 artigos. (Figura 3)

Figura 3- Fluxograma PRISMA-ScR do processo de seleção de artigo



Fonte: elaboração própria

A conclusão do artigo cujo resumo se encontra no (APÊNDICE IV) permitiu concluir as intervenções do enfermeiro na garantia da segurança do doente crítico no TIH. A existência de três fatores principais que influenciam de forma evidente as intervenções de enfermagem que garantem a segurança do DC no TIH, sendo elas, equipas de TIH, formação e por fim Check-lists.

A criação de equipas especializadas e dedicadas ao TIH diminui o risco de incidentes ou erros durante a sua realização, pelas competências e treino que estes

elementos detêm e pela sua dedicação parcial ou total a nível laboral, na prestação de cuidados a doentes críticos durante o seu transporte entre unidades hospitalares.

A formação é outro aspeto importante a ter em conta para o aumento da segurança do DC no TIH, pois é descrito em mais de um artigo que a formação é o principal meio para diminuir as falhas e erros durante o TIH. Profissionais habituados á prestação de cuidados a doentes críticos, devem manter a formação na base da melhoria e evolução dos seus cuidados, pois os cuidados prestados ao doente crítico durante o transporte são em alguns aspetos diferentes e específicos apenas desse meio, e a formação é o único meio de atualização e melhoria dos mesmos.

Por fim o uso de Check-lists, identificado na maioria dos artigos que compõem este estudo como uma intervenção que diminui de forma efetiva o risco e os incidentes durante o TIHDC, pois estas são desenvolvidas no sentido de garantir os recursos necessários á segurança do doente durante todo o processo de transporte, desde o seu planeamento, efetivação e por fim conclusão do mesmo.

Relativamente ao 2º objetivo específico: Elaborar um procedimento para o TIHDC, foi criado uma equipa de trabalho com o Enfermeiro orientador, e Enfermeiro Chefe de modo a construir um IT sobre o TIHDC. A elaboração desta IT teve como principal objetivo manter as linhas orientadoras para a manutenção da qualidade e segurança dos cuidados durante o TDC na sua segunda e terceira fase, a fase de Planeamento e de Efetivação.

Foram definidos como objetivos específicos para a IT de modo a atingir o objetivo geral proposto os seguintes:

- Assegurar um planeamento correto do transporte;
- Garantir que o DC durante a fase de Efetivação recebe cuidados apropriados; prevenir complicações do transporte durante a fase de Efetivação;
- Uniformizar cuidados de enfermagem ao DC no transporte na fase de Efetivação

A IT promove a implementação de uma lista de **Preparação para o para o transporte de doente crítico** (ANEXO II), comumente chamada de Check-list. Esta lista foi elaborada pela Ordem do Médicos em Associação com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos integrada no Manual de Transporte de Doentes Críticos Adultos Recomendações 2023(Ordem dos Médicos, 2023).

Esta lista é composta pelos diferentes momentos que integram a fase de Planeamento e Efetivação do TDC e os cuidados adjacentes. Tem como objetivo principal a diminuição do risco com a verificação dos múltiplos fatores que interferem ou podem vir a interferir negativamente durante o transporte. Serve também para ordenar de forma cronológica todos os procedimentos necessários para a prestação de cuidados e manutenção da segurança durante as fases de Planeamento e Efetivação do transporte.

De modo á execução do 3º objetivo específico: Divulgar o procedimento para o TIHDC à equipa de enfermagem da UCI, foi efetuada uma sessão de formação em serviço dirigida a todos os elementos que compõem a equipa de enfermagem da UCI.

A formação em serviço é um dos principais vetores que aprofunda e desenvolve competências em contexto ou situações de trabalho, originando novos conhecimentos em enfermagem adaptados às mudanças que se sucedem na época em que vivemos.(Marques, 2021)

Em concordância com o Enfermeiro Responsável pela formação no serviço, respeitando as preferências formativas já existentes da equipa foi marcada uma sessão formativa através da aplicação Microsoft Teams®. Feita a divulgação da sessão formativa através dos canais preferenciais da equipa de enfermagem do link de acesso á formação. Realização da ação de formação em serviço, onde se apresenta a IT aos 27 enfermeiros que participaram na mesma, possibilitando também a discussão de procedimentos de melhoria da mesma.

De modo á execução do 4º objetivo específico: Introdução do procedimento no software B-Simple®, foi feita uma proposta de introdução da check-list proposta na IT após validação da mesma pela chefia do serviço. Essa proposta foi entregue ao Enfermeiro responsável pela interface entre a equipa de Enfermagem/Médica do serviço de modo a ser implementada pela equipa codificadora do software B-Simple® que presta apoio ao nível da codificação do perfil do software do serviço. Sendo o responsável pela criação da IT, irei fazer parte da equipa em conjunto com o Enfermeiro responsável pela interface entre a equipa de Enfermagem/Médica com a equipa codificadora do software B-Simple® no processo de introdução e parametrização da mesma, de modo a supervisionar todo o processo, respeitando sempre a da Check-list original proposta pela Ordem do Médicos em Associação com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos integrada no Manual de Transporte de Doentes Críticos Adultos

Recomendações 2023(Ordem dos Médicos, 2023) e também apresentada na IT a ser implementada.

Por fim, de modo proceder á execução do 5º e último objetivo específico: Implementar o procedimento em forma de IT sobre o TIHDC, esta foi validada durante todas as suas fases de construção com o Enfermeiro Orientador e Enfermeiro Chefe, de modo a integrar elementos internos da equipa de Enfermagem neste processo, garantindo que a sua construção respeite os padrões internos e organizacionais da equipa e instituição, como meio facilitador para a implementação da mesma no serviço, pois são elementos com idoneidade pessoal e profissional e respeitados pela equipa. Após a conclusão da IT, ela foi enviada novamente ao Enfermeiro Chefe para estudo, validação e posteriormente implementação, propondo os canais de informação, embora não tenha data de início da implementação da IT.

3.6. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A etapa da avaliação na metodologia projeto é o momento da avaliação do trabalho realizado, permitindo ajustes em todas as etapas anteriores. Nesta etapa pode distinguir-se dois momentos de avaliação, a avaliação intermédia e a avaliação final. A avaliação intermédia é aquela que se executa durante a realização do PI, e a avaliação final é aquela que se utiliza para avaliar o processo e o produto final do projeto.(Ruivo et al., 2010)

Mantendo a correlação entre o modelo da PBE com esta etapa da avaliação, existe também uma interação com a 5ª etapa do modelo, pois nela é feita a avaliação dos processos, resultados e custos, retirando conclusões e recomendações do processo de mudança na prática.(Larrabee, 2009)

Foi definido como método de avaliação do projeto a aplicação de um questionário de avaliação da sessão de formação, e a realização de auditorias semestrais aos registos da aplicação informática, para avaliar se em todos TIHDC foram aplicados o procedimento, e se o mesmo foi aplicado de forma correta.

Aplicado um questionário de avaliação da formação sobre o TIHDC (APÊNDICE V), através da plataforma Google Forms®. O canal de divulgação escolhido, foi novamente o canal interno de mensagens de WhatsApp®, de onde obtivemos os seguintes feedbacks de 22 respostas obtidas de entre os 27 enfermeiros que assistiram

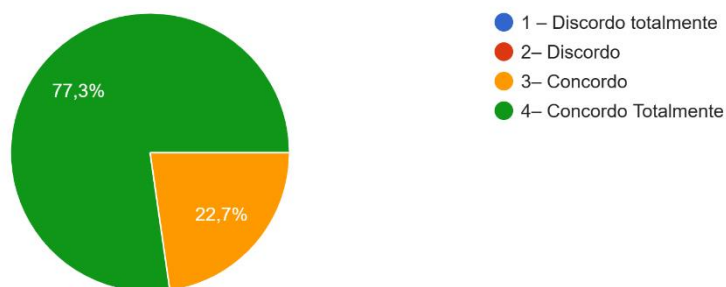
à formação de um total de 30 enfermeiros que compõem a equipa de enfermagem da UCI.

Em relação á pertinência dos conteúdos apresentados, 77,3% concordaram totalmente com o exposto.

Gráfico 14- Distribuição dos participantes de acordo com a pertinência dos conteúdos apresentados

Os conteúdos apresentados na formação foram pertinentes

22 respostas



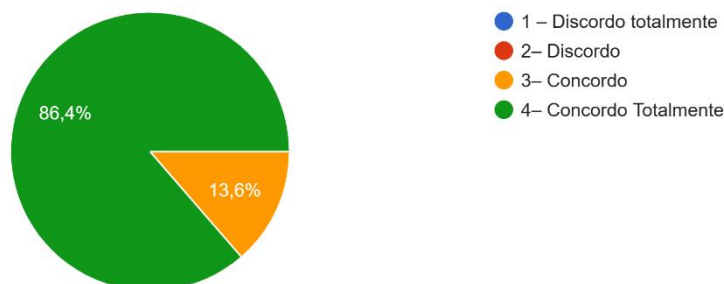
Fonte: elaboração própria

Em 86,4% dos participantes, referiram uma concordância total com os conteúdos apresentados.

Gráfico 15- Distribuição dos participantes de acordo com a utilidade dos conteúdos apresentados para a prestação de cuidados de qualidade

Os conteúdos apresentados são uteis para a prestação de cuidados de qualidade

22 respostas

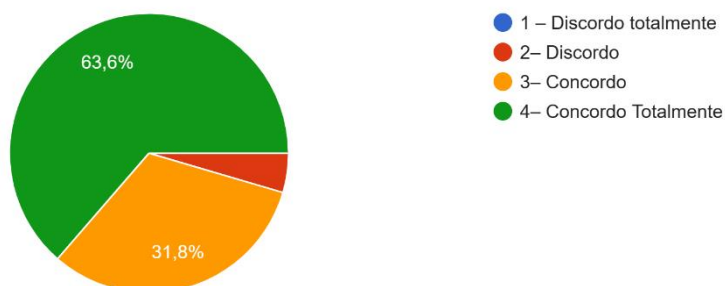


Fonte: elaboração própria

Correspondendo totalmente em 63,6% das expectativas iniciais dos formandos.

Gráfico 16- Distribuição dos participantes de acordo com a correspondência das expectativas em relação á formação

A formação correspondeu às suas expectativas
22 respostas

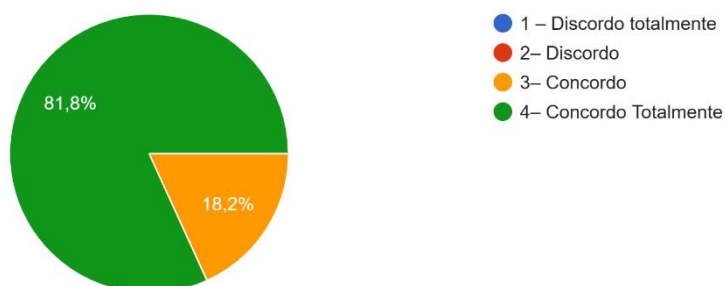


Fonte: elaboração própria

Em relação ao preletor, 81,8% concordam totalmente com o domínio da temática por parte deste.

Gráfico 17- Distribuição dos participantes de acordo com a concordância do preletor sobre o domínio da temática e clareza na exposição da mesma

O preletor apresentou domínio sobre a temática e clareza na exposição da temática
22 respostas

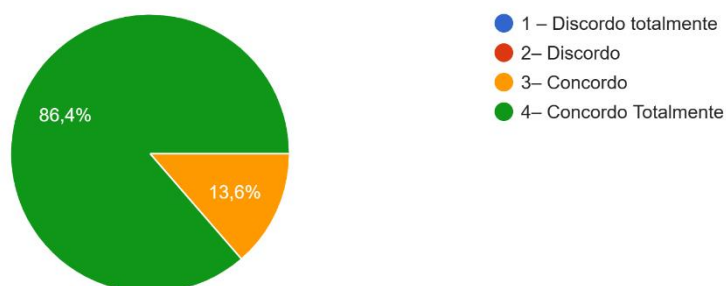


Fonte: elaboração própria

Relativamente ao cumprimento da duração da sessão 86,4% dos formandos consideraram que foi cumprida de acordo com o previsto.

Gráfico 18- Distribuição dos participantes de acordo com a concordância na duração da formação proposta

O preletor cumpriu com a duração de tempo prevista
22 respostas

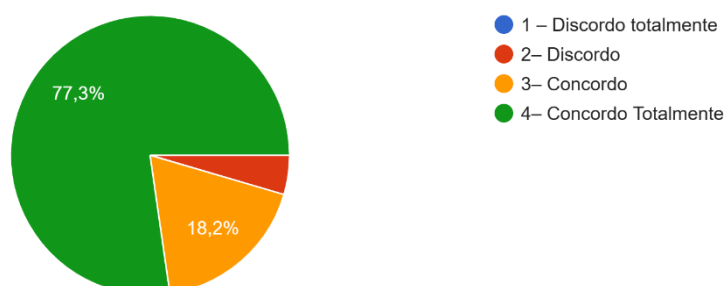


Fonte: elaboração própria

Em relação á satisfação com os objetivos propostos, 77,3% dos formandos concordam totalmente com a sua satisfação.

Gráfico 19- Distribuição dos participantes de acordo com a concordância com a satisfação e esclarecimento sobre os objetivos propostos para a sessão

Fiquei satisfeito e esclarecido sobre os objetivos propostos para esta sessão de formação
22 respostas



Fonte: elaboração própria

Após a análise dos dados do questionário de avaliação da formação, pode-se constatar que o PI teve uma avaliação muito positiva por parte dos formandos, pois tanto na pertinência do tema como também nos métodos de exposição e avaliação do formador tiveram sempre avaliações acima dos 75%. Para além da aceitação da temática e interesse da equipa demonstrada, estiveram presentes 27 dos 30 elementos que compõem a equipa e dos quais 22 responderam a este questionário de avaliação. Pode-se ainda referir o interesse formal demonstrado por alguns elementos durante todo o processo de construção deste projeto e da IT.

O outro método de avaliação por nós definido foi a auditoria semestral aos registos da aplicação informática sobre os TIHDC efetuados e á aplicação da check-list da IT. A limitação temporal deste estágio não permitiu a avaliação de nenhum TIHDC, então optou-se por simular um transporte de um doente internado na UCI para outra Unidade com valências superiores às da unidade de referência do doente, sendo aplicada a check-list em suporte físico por um Enfermeiro voluntario que estava de serviço no dia em que foi decidido efetuar a simulação. A avaliação foi feita em conjunto com o Enfermeiro Orientador, concluindo-se que foram atingidos todos os objetivos da IT propostos, desde a fase de planeamento e efetivação do TIHDC, uniformização dos cuidados de enfermagem e o enquadramento dos mesmos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, e o objetivo maior, o objetivo principal deste projeto, a intervenção do enfermeiro na garantia da segurança do doente crítico no TIH.

Mantendo o de paralelismo com a modelo da PBE, na sua 6ª etapa, integrar e manter a mudança da prática, foi de certa forma conseguida, mas não na sua totalidade, pois nela também refere a implementação de medidas de monitorização continua e de publicação dos efeitos da nova prática, que de certa forma não foram satisfeitos na sua totalidade.

3.7. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A metodologia de projeto é concluída com a divulgação dos resultados, sendo a etapa onde se dá a conhecer o trabalho desenvolvido e a sua importância no meio onde se quer alicerçar, traduzindo os esforços efetuados pelas entidades para a melhoria dos cuidados.(Ruivo et al., 2010)

A produção de um artigo científico durante a execução do 1º objetivo específico, levaram-nos á recolha e partilha de conhecimento de fontes de referência, sendo o intuito final a publicação como meio de divulgação dos resultados obtidos.

Este relatório de estágio resulta de um processo de desenvolvimento o qual promove a implementação de conhecimento, tendo em conta que a investigação promove o aumento do conhecimento á comunidade científica.(Ruivo et al., 2010)

Recorrendo á mais atual evidencia científica, conjugando-a com os conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso académico, construiu-se este relatório de estágio como meio de partilha do conhecimento produzido e dos resultados obtidos do PI. Não obstante ainda será utilizado também como meio de difusão do conhecimento e resultados a discussão em prova publica, onde todo o processo será novamente visionado e os resultados discutidos, bem como o seu depósito no Reportório Científico de forma a ficar disponível para toda a comunidade.

4. DEMOSTRAÇÃO SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A enfermagem em Portugal tem um longo percurso ao nível evolutivo no desenvolvimento científico e tecnológico, com o reconhecimento da capacidade de autorregulação. Na Classificação Nacional das Profissões está classificada como Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas.(Cantante et al., 2020)

Se o termo qualificação restringe a capacitação e o desempenho do Enfermeiro nos conhecimentos na dimensão técnico-científica, o termo competência aumenta este significado, pois passa a exigir ao enfermeiro novas características como profissional, iniciativa, criatividade, comunicação diferenciada, capacidade de decisão, criação de conhecimento entre outras.(Kurcgant, 2011)

A aquisição do título de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista EMC-PSC é adquirido através de um longo percurso académico, onde o Enfermeiro adquire e desenvolva determinadas competências que caracterizam o título de Mestre em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em EMC-PSC.

O Enfermeiro Especialista é definido como, (...) *“aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”*(...)(Diário da República, 2019, p. 4744).

A Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, diz que só o detentor de título de enfermeiro e após avaliação dos processos formativos e da certificação das competências na área clínica especializada segundo os regulamentos da especialidade, aprovado e homologado pela OE, lhe pode então ser atribuído o título de Enfermeiro Especialista (Assembleia da República, 2015b).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são descritas no Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019 (Diário da República, 2019), já as competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC são descritas no Regulamento 429/2018 de 16 de Julho de 2018 (Diário da Republica, 2018).

O VII Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC-PS prevê que para além das competências comuns ao Enfermeiro Especialista e das específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, deve também adquirir as de Mestre, definidas como:

“1 Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

5 Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6 Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.”.

(Universidade de Évora, 2015, p. 26)

Desta forma, neste capítulo iremos analisar de forma reflexiva e devidamente fundamentada o processo de aquisição de competências durante todo o percurso profissional e académico, incidido preferencialmente nas adquiridas no EF.

Importa ainda referir que algumas das competências do Mestre em Enfermagem são complementares às competências comuns do Enfermeiro Especialista, propondo uma análise crítica da sua aquisição e desenvolvimento em conjunto.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMGEM

No Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, SECÇÃO II Conceitos, Artigo 3.º alinha a) define que competências comuns (...) *“ são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;”*(Diário da República, 2019, p. 4745)

Apresentando quatro domínios das Competências Comuns:

- Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- Melhoria contínua da qualidade (B);
- Gestão dos cuidados (C);
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Competências do Enfermeiro Especialista, domínio (A) Responsabilidade profissional, ética e legal:

- “A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.”(Diário da República, 2019, p. 4746)
- “A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.”(Diário da República, 2019, p. 4746)

Competências de Mestre em Enfermagem – Número 3 e 7

- “3 Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;”(Universidade de Évora, 2015, p. 26)
- “7 Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.”(Universidade de Évora, 2015, p. 26)

Enquanto profissionais de enfermagem, independentemente das competências adquiridas ou títulos profissionais, devemos atuar dentro dos limites estabelecidos pelos instrumentos reguladores da profissão, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, REPE (OE, 1996) e os Estatutos da OE(Assembleia da República, 2015b), respeitando sempre os valores representados na base da profissão, dignidade, os direitos daqueles que são o alvo dos nossos cuidados, e por fim a procura continua da excelência profissional.

A procura da evidência científica mais recente através de revisão bibliográfica foi a base constante do desenvolvimento em todas as unidades curriculares que compõem este Mestrado em Enfermagem. A UC Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem,

foi uma peça determinante e fundamental no desenvolvimento de cuidados de excelência assentes nos princípios deontológicos, éticos e legais que tutelam a nossa profissão, não só pela pertinência das temáticas apresentadas, como também pelas matérias e documentos expostos, Lei de Bases da Saúde, Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano e por fim a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

No artigo 99 da Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro de 2015, segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, dentro dos Princípios gerais no ponto 2, define e caracteriza os valores universais a observar na relação profissional:

“a) A igualdade;

b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;

c) A verdade e a justiça;

d) O altruísmo e a solidariedade;

e) A competência e o aperfeiçoamento profissional. “

(Assembleia da República, 2015b, p. 8078)

No artigo 100 da Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro de 2015, segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, dos deveres deontológicos, o enfermeiro deve assumir o dever de:

“a) Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão;

(...)

c) Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional;

(...)

e) Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional.”

(Assembleia da República, 2015b, p. 8079)

Ao longo deste EF a prestação de cuidados guiou-se pelo respeito, privacidade, dignidade humana e promoção da segurança, assumindo que cada indivíduo é uma

pessoa única e singular, envolvendo todos os intervenientes no processo terapêutico, família e equipa multidisciplinar. Durante grande parte deste EF ouve a necessidade de tomada de decisão no seio da equipa de enfermagem ou multidisciplinar, sendo sempre baseada na evidencia científica mais recente como também das competências, códigos e valores que regem e tutelam a nossa profissão.

Por possuir experiencia profissional na área da emergência e do DC, pelos mais de 15 anos de experiencia numa urgência de um hospital distrital, mais de 10 anos no pré-hospitalar sob a forma de acumulação de funções, como enfermeiro de um meio de Ambulância Suporte de Imediato de Vida e de um meio de Viatura Médica de Emergência Rápida, permitindo-me tanto nos meus serviços de origem como na UCI onde decorreu o EF, participar de forma proativa e assertiva nas tomadas de decisões complexas, como a liderança da equipa de enfermagem nos algoritmos de Suporte Avançado de Vida. Exemplo, num determinado turno do EF, ouve a necessidade de sedação e entubação rápida por agudização respiratória, tomando logo a liderança da equipa de enfermagem na distribuição de tarefas pelos elementos ali presentes, desde administração de medicação, aspiração de secreções e instrumentação do médico que iria assegurar a entubação, pois é algo que me é inerente e que de certa forma foi cimentado com a aquisição de evidencia científica. Não foi só em emergência que o contributo foi dado á equipa da UCI, pois também foi pedido apoio ao nível de apósitos e soluções para feridas, pois também possuo formação e experiência profissional na área e a qual me é reconhecida pela equipa, pela experiencia profissional numa Unidade de Cuidados Continuados por mais de 15 anos, onde os cuidados a feridas e a utilização de evidencia científica mais recente no tratamento de feridas traumáticas ou crónicas é essencial e faz parte da matriz da instituição em causa.

A UCI é um serviço centrado no DC, dotado de recursos físicos, humanos e tecnológicos capazes de substituição de funções vitais de modo a prolongar a vida do doente em caso de falência de órgãos, levando por mais de uma vez neste EF a situações de obstinação terapêutica em doentes com teto medicamentoso ou mau prognostico referido em diário clínico. Apesar do enfermeiro não ter poder decisivo na matéria, pode e deve contribuir com conhecimentos baseados na evidencia científica mais recente junto da equipa multidisciplinar de forma a garantir sempre a qualidade dos cuidados prestados como um direito da pessoa.

No artigo 105 da Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro, segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, referente á deontologia profissional refere o dever

de informação. O doente tem o direito e deve ser respeitada a autodeterminação, devendo o enfermeiro assumir que:

- “a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;*
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;*
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem (...).”*

(Assembleia da República, 2015b, p. 8079)

A UCI é um serviço fechado, só com um período de visitas, onde também está contemplada a informação médica e de enfermagem durante esse horário, embora, sempre que alguma classe profissional achasse necessário a família era chamada ao serviço fora dos horários estipulados, de forma a ser esclarecida dos cuidados e decisões importantes, embora muitas vezes os doentes não apresentassem capacidade de compreensão pela sua situação clínica, integrando assim e obtendo um consentimento informado pela família de cuidados diferenciados ou técnicas que o doente necessite em determinado momento do seu internamento. Exemplo, um doente com mais de uma semana de internamento e com falência renal, após decisão médica com discussão com a equipa de enfermagem sobre o início da técnica de hemodiafiltração, foi contactada a família e em equipa foi-lhe explicado em conjunto com o doente a necessidade da técnica, de modo a obter o consentimento por parte do doente, mas também de certa forma da família de modo a integrá-la nos cuidados ao doente.

A satisfação dos receios, medos e dúvidas do doente e família sobre determinadas técnicas, intervenções ou cuidados por parte dos enfermeiros com competências para tal, como é o caso do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, promove uma relação terapêutica baseada na proximidade e confiança e com conseqüente melhoria da prestação de cuidados, verificada neste EF.

Outro aspeto que mereceu a nossa atenção, foi o dever pelo respeito da intimidade e privacidade do doente, pois, a maioria dos doentes na UCI estão maioritariamente despidos ao nível do tórax e membros inferiores, tendo unicamente uma fralda por razões clínicas, e após reflexão com o Enfermeiro Orientador e alguns elementos da equipa de enfermagem presentes no dia da discussão da problemática, conclui-se a necessidade de sensibilização da restante equipa para a necessidade de ter constantemente as cortinas corridas entre boxes de modo a assegurar a dignidade e privacidade dos doentes, numa situação de certa forma de fragilidade e vulnerabilidade.

O dever de sigilo profissional foi garantido em todos os momentos da nossa prática clínica diária, procurando assegurar de forma contínua a confidencialidade da informação relativa a doentes. Na UCI os registos estão informatizados sobre o domínio de um software de gestão em saúde, promovendo a partilha de informação relativa a um determinado doente dentro da equipa multidisciplinar, unicamente pelos elementos que possuem credenciais para o fazerem, assegurando desta forma o sigilo do processo clínico do doente. Na comunicação com doentes e famílias, as informações partilhadas eram unicamente aquelas que pertenciam às competências do enfermeiro especialista, a nível telefónico a comunicação era efetuada ao familiar de referência identificado assim que possível na colheita de dados, por decisão familiar como elemento de referência, ou identificado pelo próprio doente, sendo a sua vontade sempre respeitada.

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, é de extrema importância evidenciar que para a realização do PI foi solicitada autorização ao gabinete da Comissão de Ética da ULS (APENDICE I), pedido este que foi aceite pela mesma entidade (ANEXO II). Durante a realização do PI, foi necessário o uso de questionários, os quais foram pedidos consentimentos aos participantes (APENDICE II) e (APENDICE VI). No tratamento dos dados foi garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas, cumprindo os princípios éticos descritos no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.(União Europeia, 2016)

Em relação aos deveres para com a profissão, afirmamos de forma convicta que foram cumpridos ao longo de todo o EF, uma vez que a nossa atuação se pautou sempre em consciência das responsabilidades das nossas funções, pelo cumprimento de normas e leis que regem a nossa profissão enquanto enfermeiro e enfermeiro especialista, procurando de forma contínua conhecimento para melhoria dos cuidados prestados.

Competências do Enfermeiro Especialista, domínio (B) Melhoria contínua da qualidade:

- *B1) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;*(Diário da República, 2019, p. 4747)
- *B2) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;* (Diário da República, 2019, p. 4747)

- B3) Garante um ambiente terapêutico e seguro.(Diário da República, 2019, p. 4747)

Competências de Mestre em Enfermagem – Número 2, 5 e 6

- “2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;”(Universidade de Évora, 2015, p. 26)
- “5 Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;”(Universidade de Évora, 2015, p. 26)
- “6 Realiza análise diagnostica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;”(Universidade de Évora, 2015, p. 26)

De forma geral, a OE (2001) criou um documento onde identifica os Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo á posteriori elaborado outro documento pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017) onde aborda os Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em EMC-PSC. Este ultimo documento refere a “(...) *necessidade de definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de modo a constituir um referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade.*”(OE, 2017, p. 5)

No contexto clínico, mantivemos sempre como uma premissa presente o envolvimento e o compromisso na obtenção de melhores resultados de saúde, quer seja por implementação de projetos de melhoria continua da qualidade ou através da aplicação e monitorização de indicadores de qualidade estabelecidos pela DGS ou por outras entidades de referencia na área da saúde, através dos elos de ligação da equipa da UCI com outros departamentos da ULS, como por exemplo o Grupo Coordenador Local do Programa e Controle de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

Nas primeiras semanas de EF foi-nos pedido pelo Enfermeiro Orientador a toma de conhecimento sobre os projetos relacionados com a governação clínica existentes no serviço, a leitura do Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026(Lebre et al., 2022), Padrões de qualidade

dos cuidados de Enfermagem(OE, 2001) e por fim os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem especializados na área da EMC-PSC (OE, 2017).

Os dois indicadores para a monitorização da qualidade relacionados diretamente com a prestação de cuidados de Enfermagem monitorizados na UCI são a taxa de úlceras de pressão e a taxa de infeções da corrente sanguínea relacionada com o cateter central. Podemos observar a preocupação por parte da equipa e fomentar a mesma com o compromisso de cumprimento das orientações nº 017/2011 da DGS, relativa ao preenchimento da escala de Bradem (DGS, 2011) e da Norma nº 022/2015 da DGS atualizada no ano de 2022, “*Feixe de Intervenções*” para a Prevenção de Infeção Relacionada com o Cateter venoso Central(DGS, 2022). Para além dos dois indicadores de qualidade atrás descritos, também é avaliado e risco de queda de doentes e tomadas as precauções para a sua prevenção através da aplicação de escala de quedas de MORSE diariamente segundo a norma 008/2019 da DGS(DGS, 2019)

Outro exemplo de projetos de melhoria da qualidade existentes e que teve uma intervenção direta, foi a aplicação da IT, “*Acolhimento de familiares/visitas*”, tendo esta sido elaborada pelo meu Enfermeiro Orientador e aprovada pelo conselho de administração da ULS no decorrer do EF. Para além da preocupação com o bem estar dos doentes, existe também a necessidade de satisfação por parte dos familiares e das visitas, definindo procedimentos no acolhimento e na comunicação equipa/família, visitas. Para além desta IT, também foi informada e incentivada o preenchimento do inquérito de satisfação dos doentes e família para posterior adição como modo de intervenção na melhoria ativa do serviço e dos cuidados prestados.

Com a elaboração do PI de modo a construir uma IT sobre o TIHDC, sendo esta uma temática onde a equipa de certa forma identificou lacunas profissionais e formativas, considerando que esta vai de encontro aos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Pessoa em Situação Crítica, satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados especializados, possibilitando o conhecimento da pessoa alvo dos cuidados num todo, prevenindo e detetando precocemente complicações (OE, 2017).

A conceito de segurança dos doentes e a criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro tem tomado no seio das organizações uma extrema importância, existindo a necessidade de controle de riscos, prestação de cuidados seguros e de qualidade, mantendo como fio condutor o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, sendo a ultima versão aplicada ao período 2021-2026 (Lebre et al., 2022).

De forma a facilitar a integração no serviço, foi tomado conhecimento sobre as dinâmicas de serviço, recursos humanos, físicos, materiais, normas e protocolos em vigor, de forma a facilitar uma total integração na UCI, pois esta também é uma forma de promoção da cultura e segurança nos cuidados.

A segurança no exercício das funções não se pode basear unicamente na experiência profissional, mas também na aquisição de conhecimentos através evidência mais atual a nível científico e da experiência dos pares, levando em conjunto a um aumento da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Neste EF foram cumpridos protocolos em vigor, recomendações do Grupo Coordenador Local do Programa e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [GCLPCIRA], realizadas aprendizagens de uso de todos os equipamentos existentes (monitores, ventiladores, seringas e bombas elétricas, máquinas de dialise, etc.), preenchimentos de listas de verificação diárias e semanais. Todos estes procedimentos de certa forma ajudam a diminuir o risco dos cuidados prestados e o aumento da segurança dos cuidados.

Os registos efetuados e consultas de processos clínicos dos doentes internados na UCI foram efetuadas através do software B-Sample®, garantido a sua segurança e confidencialidade por parte de outras classes com níveis de acesso diferentes pois estes estavam protegidos ao seu acesso por palavra-passe individual e intransmissível como já referido anteriormente.

Ao nível da transmissão de informação entre profissionais, seja em passagens de turno ou transferências entre serviços a mesma é efetuada de acordo com a norma 001/2017 da DGS (DGS, 2017a), garantindo desta forma a continuidade dos cuidados e a passagem de dados de forma segura e concreta. A aplicação desta norma ainda não é consensual no seio da equipa de enfermagem da UCI, sendo o reforço junto desta, e da sua importância na melhoria e segurança dos cuidados com a uniformização do método de comunicação dentro da equipa, diminuindo a perda de informação.

Pela apreciação crítica feita com o Enfermeiro Orientador e Enfermeiro Chefe em relação às dotações seguras de enfermeiros na UCI, conclui-se que na maioria dos turnos esse rácio era garantido, de certa forma pela existência de vagas, existindo sempre a possibilidade de reforço da equipa caso o enfermeiro responsável de turno identificasse essa necessidade, garantindo assim de certa forma a segurança e a qualidade dos cuidados pela manutenção dos rácios adequados á UCI, que é de 1.6 doentes por enfermeiro. Caso o serviço de UCI esteja sem vagas, esse rácio ultrapassa o adequado, ficando nos dois doentes por enfermeiro na maioria dos turnos.

O cumprimento das normas 038/2012 (DGS, 2012), 020/2014 (DGS, 2014), e da 014/2015 (DGS, 2015a) garantiram durante todo o EF a segurança na preparação e administração de medicação e hemoderivados.

O programa Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 identifica os erros mais comuns efetuados pelos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, nomeadamente ao nível da medicação. Como meio de identificação de erro, na UCI efetua-se através de plataforma informática SAGRIS®, de forma anónima, de riscos clínicos e não clínicos, contribuindo para uma melhoria dos cuidados prestados ao nível da qualidade através da auditoria efetuada pelo Gabinete de Risco da ULS.

De modo a garantir uma atualização do conhecimento e do modo de atuação baseado na evidência científica mais recente, houve uma necessidade formativa ao longo deste EF, colmatando e cimentando necessidades formativas por nós identificadas em relação ao DC. Curso de Formação Profissional de Emergência Obstétricas dia 26 de Setembro de 2023 (ANEXO III), Curso de Formador e Auditoria do Sistema de Triagem de Prioridades na Urgência dia 27 de Setembro de 2024 (ANEXO IV), Apresentação da PQ.08-UL-PPcira-Rastreio de MO na admissão e durante o Internamento no dia 24 de outubro de 2023 (ANEXO V), participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 nos dias 24 e 25 de novembro de 2023 e ainda a participação como autor do poster “Confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester” com a atribuição do 3º prémio ainda no mesmo congresso (ANEXO VI) (ANEXO VII), por fim formação em Fundamentos de Prevenção e Controle da Infecção em Cuidados de Saúde I e II nos dias 28 de Novembro e 6 de Dezembro de 2023 (ANEXO VIII) e (ANEXO IX).

Competências do Enfermeiro Especialista, domínio (C) Domínio da gestão dos cuidados:

- C1) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;(Diário da República, 2019, p. 4748)
- C2) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;(Diário da República, 2019, p. 4748)

Competências de Mestre em Enfermagem – Número 1

- “1 *Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;*“(Universidade de Évora, 2015, p. 26)

O enfermeiro Especialista é aquele que deve realizar a gestão dos cuidados, reajustando a equipa às necessidades, identificando o estilo de liderança mais adequado de modo a garantir a segurança e qualidade dos cuidados nas tarefas delegadas.(Diário da República, 2019)

No desenvolvimento desta competência na área da gestão de cuidados, definiu-se um dia de acompanhamento do Enfermeiro Chefe da UCI, de modo a termos uma visão global da gestão feita pelo mesmo. A transmissão de diversas informações sobre dispositivos do serviço, normas e IT, orientações, etc. A reposição e avaliação de níveis de materiais é feita semanalmente e em caso de necessidade, pode-se reforçar os níveis ou até mesmo proceder á articulação com outros serviços da ULS ou mesmo extra ULS, como no caso dos consumíveis da técnica de hemodiafiltação em que á partilha com a UCI de outro hospital fora da ULS.

A distribuição de doentes no turno da manhã e tarde feita pelo enfermeiro chefe. A passagem de turno é feita em dois locais fisco distintos, com os enfermeiros distribuídos pela localização dos doentes a si distribuídos, os enfermeiros que tem doentes distribuídos nos cuidados intensivos, recebem só o turno dos cuidados intensivos, os enfermeiros com doentes distribuídos nos intermédios, só recebem o turno nos cuidados intermédios. O Enfermeiro Chefe por norma recebe o turno com a equipa que necessita de um maior número de cuidados diferenciados, podendo ser nos cuidados intensivos, ou nos cuidados intermédios, embora a maior frequência seja nos cuidados intensivos. A distribuição dos enfermeiros no turno da noite, fins de semana, feriados e em dias que o Enfermeiro Chefe não está presente é efetuada pelos Enfermeiros responsáveis do turno anterior, previamente definidos pelo Chefe ou pela própria equipa, pois existe uma hierarquia definida nesse sentido, sendo os postos mais elevados na mesma composta maioritariamente por Enfermeiros Especialistas. Na ausência do enfermeiro Chefe, cabe ao Enfermeiro responsável a organização da equipa de enfermeiros e auxiliares para as refeições, redistribuição de postos, pedidos de material e medicação necessária em falta e por fim readequar a equipa para o turno posterior, seja ele a nível de equipa de enfermagem ou de auxiliares.

No dia em que acompanhámos o Enfermeiro Chefe, podemos colaborar com o mesmo na distribuição de elementos pelos diversos postos, tanto na equipa de

enfermem como de auxiliares, colaborar e efetuar pedidos de material através do aplicativo interno de gestão para o efeito, percebendo os circuitos internos existentes, desde o pedido ao armazém de produtos clínicos e de consumo, como também o pedido de medicação extra formularia através do aplicativo interno para o efeito.

Nos serviços onde passei e permaneço ocupei por diversas vezes o cargo de enfermeiro responsável, na Ambulância de Suporte Imediato de Vida pela sua dinâmica de composição, na Unidade de Cuidados Continuados, por ser um dos elementos com mais anos de experiência profissional e pela confiança da Enfermeira responsável pela instituição, na Urgência por ausência dos chefes de equipa. É de salientar que na ausência do Enfermeiro Chefe, os enfermeiros responsáveis são maioritariamente Enfermeiros Especialista, assumindo a gestão da equipa, adaptando o estilo de liderança consoantes as necessidades e os elementos presentes nas duas equipas, a de enfermagem e de auxiliares. Um aspeto observável tanto no meu serviço de origem, como no de EF, não basta um título académico para se assumir essas tarefas, mas esse título deve ser complementado com competências de liderança reconhecidas pela equipa, domínio das dinâmicas e necessidades do serviço e das equipas, como também ser um meio vinculador de um ambiente seguro para a prática e prestação de cuidados de qualidade.

Por possuir diversa experiência adquirida nos diversos serviços em que já trabalhei, assumimos por diversas vezes durante o EF com a colaboração do Enfermeiro Orientador uma postura de liderança na gestão dos cuidados, de forma proativa na tomada de decisões, na delegação de tarefas aos auxiliares, como também aos colegas em situações específicas.

É ainda de extrema importância referir que a UC de Gestão e Governação Clínica foi fundamental para cimentar a aquisição destas competências deste domínio, pois forneceram-me ferramentas e conhecimentos científicos para uma melhor gestão dos cuidados e conseqüentemente uma melhoria na qualidade dos mesmos.

Competências do Enfermeiro Especialista, domínio (D) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

- *D1) Desenvolva o autoconhecimento e a assertividade;(Diário da República, 2019, p. 4749)*
- *D2) Baseia a sua praxis clinica especializada em evidencia científica;(Diário da República, 2019, p. 4749)*

Competências de Mestre em Enfermagem – Número 2, 4 e 6

- “2 Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;”(Universidade de Évora, 2015, p. 26)
- “4 Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimento, aptidões e competências ao longo da vida;”(Universidade de Évora, 2015, p. 26)
- “6 Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;”(Universidade de Évora, 2015, p. 26)

O enfermeiro especialista deve demonstrar capacidades de autoconhecimento, reconhecendo as interferências por si causadas ao nível das relações terapêuticas e multiprofissionais. O processo de tomada de decisão deve ser alicerçado no conhecimento válido, pertinente e mais atual, assumindo-se como meio facilitador nos processos de aprendizagem dos seus pares e agente ativo no campo da investigação (Diário da República, 2019).

O código deontológico profissional descreve em vários artigos a necessidade de formação contínua de modo a produzir conhecimento através das evidências científicas mais recentes, de modo a desenvolver assertividade profissional. No artigo 100º na alínea e), refere que o enfermeiro deve “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional.”(Assembleia da República, 2015b, p. 8079)

No artigo 109º na alínea a) e c) refere que o enfermeiro deve, “ Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude; (...) c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;”(Assembleia da República, 2015b, p. 8080)

Ao longo deste EF foi efetuada uma reflexão crítica contínua das experiências vivenciadas ao longo do mesmo, tendo como objetivo único o crescimento pessoal e profissional e consequentemente uma melhoria nos cuidados prestados.

Deparando-me com uma equipa de enfermagem motivada no desenvolvimento da mesma através da evidência científica mais recente, comprovada pelo plano anual de formação, que me foi facultado pelo Enfermeiro Orientador, sendo ele também o

Enfermeiro responsável pela formação em serviço. Complementando os meus objetivos pessoais usando a dinâmica existente no serviço, houve uma necessidade de mobilização de todos os conhecimentos adquiridos nas diversas UC que compõem este mestrado, conhecimentos adquiridos ao longo dos 17 anos de profissional e das diversas formações efetuadas ao longo dos mesmos, principalmente sobre o DC, e por fim a minha própria experiência profissional, demonstrando conhecimentos seguros e competentes de modo a suportar a prática clínica especializada.

Todo o processo de tomada de decisão e prática clínica especializada foi baseada na evidencia científica mais atual, usando para além da pesquisa científica, recomendações, normas e orientações das entidades de referência na área da saúde. A procura de novos conhecimentos nas áreas identificadas como lacuna formativa, foram efetuadas da pesquisa em bases de dados científicas que fundamentassem cientificamente o processo formativo, sendo a UC Investigação em Enfermagem a fornecedora de ferramentas e metodologias necessárias para a elaboração e processamento dessa evidencia científica.

Como já referido anteriormente durante este EF houve uma necessidade formativa em diversas áreas do DC, de forma a mantermos sempre os nossos conhecimentos atualizados. Curso de Formação Profissional de Emergência Obstétricas dia 26 de Setembro de 2023 (ANEXO III), Curso de Formador e Auditoria do Sistema de Triagem de Prioridades na Urgência dia 27 de Setembro de 2024 (ANEXO IV), Apresentação da PQ.08-UL-PPcira-Rastreio de MO na admissão e durante o Internamento no dia 24 de outubro de 2023 (ANEXO V), participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023 nos dias 24 e 25 de novembro de 2023 e ainda a participação como autor do poster “Confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester” com a atribuição do 3º premio ainda no mesmo congresso (ANEXO VI) (ANEXO VII), por fim formação em Fundamentos de Prevenção e Controle da Infecção em Cuidados de Saúde I e II nos dias 28 de Novembro e 6 de Dezembro de 2023 (ANEXO VIII) e (ANEXO IX). Por fim é ainda de salientar a frequência dos Cursos de Suporte Avançado de Vida (ANEXO X) e *International Trauma Life Support* (ANEXO XI) no âmbito da UC Enfermagem Medico-Cirurgica 4.

Sempre que oportuno, divulgamos aprendizagens e resultados das diversas pesquisas científicas efetuadas, conhecimentos identificados com importância das diversas formações realizadas á equipa multidisciplinar da UCI.

Um dos objetivos deste EF era a elaboração de um PI durante o mesmo, com base numa problemática identificada como tal e aceite pelo Enfermeiro Orientador,

Enfermeiro Chefe restante equipa de enfermagem. O PI foi desenvolvido seguindo a metodologia de projeto, seguindo todos as fases identificadas inicialmente neste relatório. A temática escolhida foi o **Transporte Inter-Hospitalar de Doente Crítico**, tendo por base a promoção da mudança da prática da equipa de Enfermagem da UCI, baseando-se nas evidências científicas mais atuais.

A revisão sistemática da literatura foi efetuada dando origem a um artigo científico. A recolha e partilha de conhecimento de fontes de referência na área, apoiou de certa forma a justificação da nossa temática. Posteriormente foi criada uma IT sobre o TIHDC, baseada também na evidência científica mais atual e nos resultados da revisão scoping da literatura em forma de uma Chek-list das fases de Planeamento e Efetivação, segundo o manual de Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2023, elaborado pela Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) em parceria com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Ordem dos Médicos, 2023)

Face á argumentação exposta ao longo do subcapítulo 4.1 deste relatório, estamos seguros da aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem nos domínios descritos, cientes da sua relevância para a prática especializada em enfermagem como mestres em enfermagem. Para além das justificações acima referidas e da conduta profissional durante o EF, os conhecimentos adquiridos já extravasam para a minha prática diária fora do contexto académico, influenciando a minha postura e conduta profissional, e diretamente a dos que me rodeiam no âmbito profissional.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No Regulamento n.º 140/2019, SECÇÃO II Conceitos, Artigo 3.º alinha b) define que competências específicas (...) “*são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas;*”(Diário da República, 2019, p. 4745)

Seguindo o regulamento publicado em Diário da República n.º 429/2018, foi definindo como competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC:

“a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”(Diário da Republica, 2018, p. 19359)

No Regulamento n.º 429/2018 *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*, diz ainda que:

“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”(Diário da Republica, 2018, p. 19362)

Competências Especifica do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica:

“1 — Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”(Diário da Republica, 2018, p. 19363)

Devido às complexas situações são necessárias respostas na área de saúde à pessoas/família em situação de doença crítica, falência orgânica significativa, o enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades de forma a responder às necessidades em tempo útil e de forma holística. (Diário da República, 2018)

Esta realidade faz parte do meu quotidiano há mais de 15 anos, em contexto de Serviço de Urgência e em simultâneo como operacional de meios do Instituto Nacional de Emergência Médica. Contudo, o desenvolvimento científico e tecnológico na área do DC é constante, obrigando-nos a uma adaptação quase constante com as novas realidades.

No EF não foi diferente, embora já de certa forma familiarizado com a problemática do DC, mas com um contexto diferente do vivenciado até á data, obrigando-nos a uma adaptação aos recursos humanos, materiais e tecnológicos presentes na UCI, e claro, uma atualização quase constante de conhecimentos com base nas evidencias científicas mais atuais na área do DC.

Inicialmente tivemos a oportunidade e incentivo por parte do Enfermeiro Orientador da consulta e análise dos diferentes manuais dos equipamentos ao nosso dispor, explicações práticas e claro a observação direta do funcionamento dos mesmos nos dias iniciais. Outro dos aspetos chave foi a observação da prestação de cuidados por parte do Enfermeiro Orientador e a interação do mesmo com os equipamentos disponíveis, de modo a garantir um conjunto de experiências para uso futuro, de forma a conseguirmos uma prestação de cuidados de forma autónoma, eficaz e eficiente ao longo de todo o EF.

Ao longo de todo o EF tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a doentes com inúmeras patologias clínicas, desde insuficiências respiratórias tipo I e II e insuficiência cardíaca com necessidades de ventilação invasiva, não invasiva, oxigenoterapia de alto fluxo, insuficiência renal com necessidade de terapia de substituição renal, síndrome coronário agudo, tromboembolismo pulmonar, status pós acidente vascular cerebral com fibrinólise e alterações de coagulação, distúrbios metabólicos e endócrinos, quadros sépticos, politraumatizados, traumatismos craneoencefalicos, doentes cirúrgicos entre outras patologias. O comum a todas elas foi a elevada necessidade de vigilância hemodinâmica, monitorização continua, medidas farmacologias de certa forma agressivas em fases agudas de doenças, proporcionando-nos assim experiências necessárias para a capacitação de conhecimentos para futuras intervenções adequadas em cada situação. Através da experiência já poderemos de certa forma detetar e prever precocemente focos de instabilidade ou agravamento da situação clínica do DC, respondendo prontamente e eficazmente as todas as situações adversas decorrentes dos focos de instabilidade.

Uma ferramenta por nós usada como método de identificação rápida de existência de problemas nos nossos doentes é a metodologia ABCDE (A - airway, B - breathing, C - circulation, D – disability, E- exposure), metodologia esta transportada do meio operacional Pré-Hospitalar do qual faço parte. Esta abordagem possibilita uma identificação rápida dos problemas em cada uma das etapas acima identificadas, embora seja uma metodologia mais usada em meios pré-hospitalares e em Serviços de Urgência, ao nível

da UCI possibilitou-nos a identificação rápida de problemas e uma priorização das intervenções a efetuar. Como já referido anteriormente a atualização constante de conhecimentos nas diversas áreas de intervenção do DC é fundamental, pois a identificação e tratamentos de focos de instabilidade requerem uma abordagem complexa com recurso a conhecimentos avançados.

Nos doentes com ventilação invasiva ventilados evasivamente tivemos a oportunidade de identificar as diversas modalidades ventilatorias usadas na UCI, indicações e contraindicações e complicações associadas à ventilação mecânica. Em relação às complicações associadas à ventilação mecânica poderemos identificar e prevenir inúmeras, desde o posicionamento correto, a pré-oxigenação antes de aspiração de secreções de modo a prevenir ou não agravar a hipoxia durante a execução da técnica, correta fixação e nível do tubo orotraqueal, monitorização de pressão do *cuff* como método preventivo de necrose da traqueia, medidas preventivas de prevenção de pneumonia por ventilação invasiva, interpretação de gasometrias arteriais e de curvas ventilatórias entre muitos outros procedimentos. Em doentes com ventilação não-invasiva tivemos a oportunidade de usar também a nossa experiência profissional anterior, pois é também uma técnica muito frequente em serviços de urgência, na parametrização dos equipamentos, escolha das interfaces, posicionamentos, adaptação dos doentes à técnica explicando sempre as vantagens e possíveis desconfortos que iria sentir. Neste EF foi o primeiro contacto com a oxigenioterapia de alto fluxo, através das explicações dadas pelo Enfermeiro Orientador, recolha da evidencia científica mais recente sobre a técnica e por fim a observação direta, permitiram-nos adquirir satisfatoriamente as competências nesta técnica.

Nos casos de doente com patologias cardíacas tivemos oportunidade de pôr em prática os nossos conhecimentos na interpretação de traçados eletrocardiográficos, de monitorização avançada com interpretação e execução de balanços hídricos, identificação de situações potencialmente críticas por identificação de alterações nos parâmetros vitais avaliados continuamente, entre muitos outros aspetos.

Nas patologias renais ou de falência renal por consequência indireta de outra patologia base, tivemos inúmeras oportunidades de desenvolver competências na terapia de substituição renal, pois ao longo do mesmo tivemos quase sempre um doente a realizar esta técnica. Apesar de já ter experiência com a técnica, embora ainda não tenha sido referido neste relatório por falta de certificado por problemas com chefia na altura, tive formação específica na área numa clínica de substituição renal durante 1300 horas, embora na atualidade os equipamentos dialíticos sejam diferentes, com maior

facilidade de programação e identificação de erros decorrentes da técnica como também na adaptação das técnicas ao DC.

A nível de trauma, a experiência foi em doentes politraumatizados não em fase aguda, mas sim numa fase posterior e com outras patologias decorrentes de internamentos prolongados na UCI, quer a nível respiratório, quer neurológico ou cardíaco. Toda a experiência obtida até ao momento na fase aguda do trauma foi adquirida nos mais de 15 anos de experiência no serviço de urgência, nos 13 anos de enfermagem pré-hospitalar e nos diferentes cursos de trauma frequentados, sendo o último integrado na UC Enfermagem Médico Cirúrgica 4, *International Trauma Life Support* (ANEXO XI).

A nível de patologias cirúrgicas, obtivemos experiências em *status* pós-operatórios de cirurgias *major* com necessidade de ventilação invasiva e de controlo hemodinâmico, usando também aqui todas as competências adquiridas ao nível da ventilação e do controlo hemodinâmico em DC.

Ao nível de patologias metabólicas, sepsies de pontos de partida diversos, alterações da coagulação entre outras, foram mobilizadas diversas competências anteriormente aprendidas, como a vigilância hemodinâmica, ventilação invasiva e não invasiva, técnicas de substituição renal entre outras de forma a colmatar as necessidades deste tipo de doentes.

Durante o EF nunca foi possível efetuar manobras de suporte avançado de vida por não ter existido nenhuma situação de peri-paragem e de paragem cardiorrespiratória com indicação de ressuscitação. Contudo podemos afirmar a aquisição desta competência pelos mais 15 anos de experiência no serviço de urgência, nos 13 anos de enfermagem pré-hospitalar e por ser uma problemática comum, e pelos diversos cursos de suporte avançado de vida que foram sendo frequentados, sendo o último integrado na UC Enfermagem Médico Cirúrgica 4, *Advanced Cardiovascular Life Support*, (ANEXO X).

Na UCI pudemos contactar e aplicar diversas escalas, nomeadamente as da dor (escala numérica, visual e *BPS-Behavioral Pain Scale*), sedação (*RASS-Richmond Agitation Sedation Scale*), escalas de avaliação do estado de consciência (Escala de Coma de *Glasgow*) e por fim escalas de avaliação de risco (*Morse* e *Braden*). A correta avaliação, preenchimento, aplicação e tradução dos resultados obtidos permite ao enfermeiro identificar reais ou potenciais focos de instabilidade de forma atempada, colmatando as necessidades reais do doente através de protocolos terapêuticos instituídos no serviço, técnicas, recursos existentes e através do alerta ao clínico de responsável pelo

doente. O enfermeiro especialista é uma peça fundamental na aplicação e tradução correta das escalas, pois pelas competências adquiridas e pelo uso da evidencia científica é capaz de melhor traduzir as observações efetuadas a doentes com incapacidade de comunicar no preenchimentos das escalas e focar as intervenções nos resultados obtidos. Como exemplo temos a *BPS-Behavioral Pain Scale*, escala usada em doentes ventilados que permite a avaliação de sinais de dor, como a expressão facial, movimentos dos membros superiores e ventilação mecânica e a *RASS-Richmond Agitation Sedation Scale*, escala que interpreta o grau de sedação, deste a abertura dos olhos, a resposta ao chamamento e o grau de mobilidade apresentado pelo doente sedado, e posteriormente a aplicação de protocolos para a dor existentes no serviço, quer sejam farmacológicos ou não, aplicação de protocolos de sedação de modo a obter o grau de sedação que se pretende num determinado momento para um determinado doente.

Pela experiência previa com a maioria dos fármacos utilizados na UCI, sendo as concentrações de diluição de alguns deles as mesmas usadas no serviço de urgência, foi-nos dada autonomia por parte do Enfermeiro Orientador na preparação e administração de terapêutica. Em casos de perfusões com necessidade de ajustes de velocidades de perfusão como diuréticos, vasopressores, sedantes e analgésicos, esta inicialmente foi efetuada com supervisão e no final já de forma autónoma.

A nível da comunicação e da relação de ajuda devem ser desenvolvidas pelos Enfermeiros Especialistas as competências descritas como fundamentais para a obtenção de uma comunicação eficaz e de uma correta relação terapêutica com todos os intervenientes no processo de doença. Na UCI por ser um meio tão tecnológico e de certa forma fechado, a vertente relacional muitas vezes é esquecida ou deixada para trás, e de certa forma os conteúdos lecionados na UC Relação de Ajuda e Enfermagem Médico-Cirúrgica 1, ajudaram a colmatar essas falhas, através de recursos á evidencia científica de autores de renome na área da comunicação em saúde, como Margot Pha-neuf. O acolhimento de um DC, famílias/cuidadores na UCI é o momento privilegiado para o estabelecimento da relação terapêutica, atenuando o impacto negativo de internamento numa unidade com as características como as da UCI. Neste sentido demos continuidade às regras e normas instituídas na mesma para o acolhimento, utilizando as ferramentas aprendidas nas duas unidades curriculares acima expostas. A comunicação com um DC por vezes está comprometida, pela sua situação clínica, pela possibilidade de ter alterações do estado de consciência ou pelo simples facto de estar sedado e desta forma a comunicação não ser eficaz. De modo a ultrapassar esta barreira, foram adotadas estratégias comunicacionais adequadas a cada tipo de doentes, como

linguagem gestual, mímica e instrumentos de comunicação alternativa como imagens e fases simples impressas.

As competências facilitadoras de dignificação da morte e do processo de luto foram adquiridas ao longo deste EF e da experiência profissional já existente no serviço de urgência e na enfermagem pré-hospitalar, onde o óbito é uma realidade frequente. Durante o EF presenciamos duas situações de óbito e uma de morte cerebral com necessidade de manutenção hemodinâmica para potencial dador de órgãos e tecidos, que de certa forma em conjunto com os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares descritas e pela experiência profissional anterior foram adquiridas as competências facilitadoras necessárias para o processo da dignificação da morte e do processo de luto.

Foram inúmeras as situações de comunicação de más notícias, quer seja a doentes, famílias ou cuidadores, sobretudo sobre o agravamento da situação clínica. O estabelecimento de uma relação terapêutica baseada numa comunicação eficaz e numa relação de confiança revelou-se de extrema importância, pois de certa forma promove uma diminuição de ansiedade e stress sempre presente nestes momentos. Na UCI não existe nenhum protocolo de transmissão de más notícias, sendo o adotado por nós o Protocolo SPIKES de Buckman apresentado e desenvolvido na UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 1.

Competências Específica do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica:

“2 — Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”(Diário da Republica, 2018, p. 19363)

O Enfermeiro Especialista deve atuar perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe de forma pronta e sistematizada, planeando e gerindo a resposta no sentido da sua eficácia e eficiência, mantendo e preservando vestígios de indícios de prática de crime.(Diário da Republica, 2018)

O enfermeiro Especialista em EMC-PSC tem um papel importante no processo de articulação com os restantes agentes de proteção civil, quer seja no desenho e conceção de planos de emergência e catástrofe, como no planeamento e na gestão dos mesmos, articulando-os com as restantes agentes de proteção civil.

No decorrer deste EF não presenciei nenhuma situação que desencadeasse os planos de emergência Nacional, Distrital, Municipal, da ULS ou do serviço de UCI. Foi falado com o Enfermeiro Orientador e Enfermeiro Chefe quais seriam os procedimentos

a tomar se alguma situação de catástrofe ocorresse. Tive a oportunidade de consultar o Plano de Emergência disponível em suporte escrito da UCI. A nível institucional consultamos o Plano de Emergência Interna da instituição, desde deslocamento de recursos humanos por exceção ao evacuação da unidade hospitalar onde se encontra a UCI por catástrofe.

Podemos justificar a aquisição desta competência através de experiências profissionais anteriormente adquiridas, como por exemplo no serviço de urgência:

- Acidente de viação com autocarro com a chegada de mais de 30 feridos, entre ligeiros e graves ao serviço de urgência;

- Intoxicação alimentar num lar de idosos com mais de 30 vítimas;

- Período vivido como enfermeiro de um serviço de urgência durante a pandemia Covid 19;

- Várias situações de entrada de vítimas de crimes violentos.

Como Enfermeiro de uma Ambulância de Suporte Imediato de Vida e de Enfermeiro de uma Viatura de Emergência Rápida:

- Incendio urbano num prédio com multivítimas com necessidade de evacuação, sendo o enfermeiro da Ambulância de Suporte Imediato de Vida o elemento ligado à área da saúde o mais diferenciado no local;

- Acidentes de viação com multivítimas;

- Vítimas de agressões;

- Vítimas de agressões com lesões incompatíveis com a vida;

Os conteúdos lecionados na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 3 tornaram-se fundamentais para aquisição de conhecimentos sobre esta temática, através da legislação, nomeadamente a Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto, representa a segunda alteração à Lei n.º 27/2006, promulgada em 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil (Assembleia da República, 2015), o Despacho n.º 3551/2015 de 9 de abril, do Presidente da Autoridade Nacional de Proteção Civil, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 69, de 9 de abril de 2015, estabelece o Sistema de Gestão de Operações o seu desenvolvimento, a simbologia e as ferramentas do sistema (Ministério da Administração Interna, 2015). Consultamos a Orientação n. 007/2010 referente à Elaboração de um plano de Emergência nas Unidades de Saúde(DGS, 2010). Tivemos também a oportunidade de elaborar um póster intitulado “Confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester”, a qual foi apresentado a concurso no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023, onde obteve um 3º lugar. (ANEXO VII)

A experiência adquirida no Serviço de Urgência e em Enfermagem Pré-hospitalar foram preponderantes para a aquisição destas competências, uma vez que foram inúmeras as situações em que intervimos diretamente, inclusive como elemento mais diferenciado dentro da equipa de saúde, permitindo-nos ser o elemento triador das vítimas primárias, gestão do teatro de operações com os restantes elementos presentes e por fim, em algumas o elemento decisor ao nível do transporte e das características dos meios a serem usados.

Competências Específica do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica:

“3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”(Diário da Republica, 2018, p. 19364)

O Enfermeiro Especialista deve considerar (...) *“o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos”.*(Diário da Republica, 2018, p. 19364)

As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde [IACS] e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, são problemas relacionados entre eles e uma importância crescente a nível mundial. Nenhum país, governo ou instituição de saúde pode ignorar as implicações do aumento deste tipo de infeções e o seu impacto nos utentes, unidades de saúde e por fim na comunidade. A morbidade e mortalidade está exponencialmente ligada ao aumento das IACS, prolongando também internamentos e agravamento de custos com a saúde.(DGS, 2017)

O Enfermeiro Especialista em EMC-PSC tem um papel preponderante na prevenção e controle das infeções causadas por microrganismos, pelos contextos dos cuidados, da fragilidade do DC ao qual por urgência se usa diversas técnicas e medidas invasivas para manutenção da vida, aumentando assim o risco de infeções associadas a este procedimento. Competindo ao enfermeiro atuar de forma a melhorar a resposta da equipa na identificação, prevenção e controle das IACS e do aumento da resistência

a antimicrobianos.

De forma a estarmos atualizados em relação aos procedimentos, normas e IT da UCI, consultamos toda a informação referente e disponível sobre a temática, como também diretivas emitidas pelo Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos [GCLPPCIRA] da ULS. Como forma de consolidação de conhecimentos consultamos também o Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos da DGS (DGS, 2017b).

Nas primeiras semanas de EF podemos constatar que todas as atividades, procedimentos e cuidados de enfermagem eram de acordo com as diretrizes emanadas e recomendadas pela DGS e pelo GCLPPCIRA sobre a identificação, prevenção e controle das IACS. Em conjunto com o Enfermeiro Orientador e os dois Enfermeiros que fazem de elo de ligação entre a UCI e o Gabinete do GCLPPCIRA da ULS, evidenciamos a importância da aplicabilidade de normas e diretrizes emanadas pela DGS sobre a temática. Mais uma vez foi exaltada a importância do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, e do seu papel junto das equipas, funcionando também ele como elo de ligação, trabalhando em conjunto com o GCLPPCIRA na avaliação e adição dos cuidados prestados, de forma a obtermos resultados da nossa prestação de cuidados em equipa, para melhorarmos por identificação de lacunas ou erros.

Foram identificados alguns problemas estruturais evidentes na UCI, como a falta de ventilação no serviço, caixotes de lixo identificados como resíduos tipo II na torre ao lado da cabeceira dos doentes e a distância entre camas. Outro aspeto a referir a nível de recursos humanos, é o não uso de medidas de proteção individual quando se vai prestar cuidados, avental, problema identificado em todas as classes profissionais residentes no serviço.

Durante o EF agendamos uma reunião com a Enfermeira Responsável pelo GCLPPCIRA da ULS, de forma a estarmos cientes das políticas da instituição em relação às IACS e todos os processos usados no rastreio, tratamento e seguimento de doentes internados.

Durante o EF foram cumpridos todos os procedimentos emanados pela DGS e pelo GCLPPCIRA para o controle das IACS, dando ênfase aos procedimentos básicos de controle de infeção, como a lavagem das mãos e a utilização correta dos equipamentos de proteção individual. As IACS com maior incidência ao nível das UCI são as pneumonias associadas à ventilação e as infeções da corrente sanguínea relacionadas com cateteres centrais, levando-nos a uma procura da evidência científica mais recente na

prevenção e tratamento das mesmas como a norma 021/2015 atualizada em 2022 da DGS referente às pneumonias associadas á intubação (DGS, 2015b) e a Norma 022/2015 também da DSG referente às infeções sanguíneas atualizada em 2022 (DGS, 2015c). Durante o EF tivemos um doente internado com isolamento respiratório ao qual adotamos todas as medidas preventivas para este tipo de isolamento, nomeadamente a colocação do doente em quarto de pressão negativa e adotando todas as medidas de prevenção individual necessárias. Na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 5 elaboramos um trabalho sobre o Plano de Prevenção e Controle de Infeção Associada ao Cateter Vesical que contribuiu de certa forma para o processo de aquisição de competências. A nível formativo de forma a colmatar algumas necessidades assisti às formações da apresentação da PQ.08-UL-PPCIRA-Rastreio de MO na admissão e durante o Internamento no dia 24 de outubro de 2023 (ANEXO V) e á formação em Fundamentos de Prevenção e Controle da Infeção em Cuidados de Saúde I e II nos dias 28 de Novembro e 6 de Dezembro de 2023 (ANEXO VIII) e (ANEXO IX).

Face á argumentação exposta ao longo do subcapítulo 4.2 deste relatório, estamos seguros da aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC nos domínios descritos, cientes da sua relevância para a prática especializada em enfermagem. Para além das justificações acima referidas e da conduta profissional durante o EF, os conhecimentos adquiridos como também nas competências comuns do Enfermeiro Especialista já se refletem na minha prática diária fora do contexto académico, influenciando a minha postura e conduta profissional, e diretamente dos que me rodeiam no âmbito profissional.

CONCLUSÃO

A redação deste relatório final não é unicamente o resumo do trabalho desenvolvido ao longo destes dois últimos anos, mas sim uma reflexão pessoal, onde renovamos conhecimentos como enfermeiros e adquirimos competências de excelência enquanto futuros enfermeiros especialistas e mestres em enfermagem. Desta forma podemos afirmar que o objetivo principal deste relatório de estágio, como definido na Introdução, foi atingido de forma efetiva, adquirindo as competências de Mestre em Enfermagem, e de Enfermeiro Especialista em EMC-PSC definidas nos regulamentos da OE, publicados em DR.

O EF teve uma relevância neste percurso pois permite a aplicação de conhecimentos teóricos numa prática orientada, tornando-se em si mais uma etapa de reflexão sobre a aprendizagem efetuada.

A análise do contexto do EF permitiu uma perceção estrutural, funcional, dos recursos humanos e a tipologia dos cuidados prestados, promovendo uma melhor perceção e adaptação ao contexto clínico, contribuindo para a identificação e seleção de estratégias para o desenvolvimento do PI.

O PI caracteriza-se por ser um projeto na área da melhoria da Qualidade e Segurança do TIH-DC, desenvolvendo-se com base na Metodologia de Projeto, sendo o Modelo Teórico usado o da Mudança para a PBE. Após a definição do PI, realizou-se uma *scoping review* através de uma pesquisa em bases de dados nacionais e internacionais, servindo posteriormente de fundamentação para o meu PI, a construção de uma Chek-list e a sua aplicação através de uma IT, **Preparação para o transporte de doente crítico**. Esta lista é composta pelos diferentes momentos que integram a fase de Planeamento e Efetivação do TDC e os cuidados adjacentes tendo como objetivo principal a diminuição do risco com a verificação dos múltiplos fatores que interferem ou podem vir a interferir negativamente durante o transporte. A IT foi validada pelo Enfermeiro Chefe e apresentada á equipa de enfermagem através de um momento formativo, onde obtivemos um *feedback* positivo de toda a equipa, conforme pelos gráficos de resumo do questionário de avaliação da formação. Acreditamos que de certa forma construímos conhecimento que partilhamos com a equipa de enfermagem, potencializando a segurança e a melhoria dos cuidados nos TIHDC. A escolha do campo de estágio foi pensada propositadamente, de modo a aproveitar ao máximo todas as

oportunidades que poderiam advir da escolha do local de estágio, ou até quem sabe um pedido de transferência de serviço. Ao nível do PI, independentemente da escolha da temática ter sido feita através de uma das fases da metodologia de projeto, a mesma pode-se extrapolar ao meu serviço de origem, Serviço de Urgência, pois sendo um hospital distrital a evacuação de DC para hospitais centrais é frequente, não dizendo diária, e em conversa com o meu Enfermeiro Chefe, ele demonstrou todo o interesse na minha IT e da sua aplicação ao nível do Serviço de Urgência.

Outro aspeto a referir sobre o EF, é que as experiências vividas nele são ao nível profissional e pessoal. A nível profissional permitiram-me crescer enquanto Enfermeiro e futuramente com Enfermeiro Especialista em EMC-PSC e a nível pessoal permitiram-me crescer com pessoa.

Portanto, considero que adquiri as Competências de Mestre em Enfermagem, e de Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, sendo este um processo de consciencialização da necessidade de análise reflexiva e aplicação dos conhecimentos adquiridos na nossa prática clínica diária, promovendo assim um aumento da qualidade e segurança em Enfermagem.

Avaliando pelo descrito neste relatório de estágio, consideramos ter atingido todos os objetivos inicialmente delineados, e após a sua apresentação e discussão pública encerrará este capítulo formativo e pessoal.

BIBLIOGRAFIA

- Apóstolo, J. (2017). *SÍNTESE DA EVIÊNCIA NO CONTEXTO DA TRANSLAÇÃO DA CIÊNCIA*.
- Assembleia da República. (2015a). *Lei n.º 80/2015 de 3 de agosto referente à segunda alteração à Lei n.º 27/2006 de 3 de julho que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil.pdf*.
- Assembleia da República. (2015b). *Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais*.
- Bourn, S., Wijesingha, S., & Nordmann, G. (2018). Transfer of the critically ill adult patient. *BJA Education*, 18(3), 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2017.11.008>
- Branson, R. D., & Rodriguez, D. (2020). Monitoring During Transport. *Respiratory Care*, 65(6), 882–893. <https://doi.org/10.4187/respcare.07796>
- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., & Rabiais, I. (2020). Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: A scoping review. *Enfermería Global*, 19(4), 525–572. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>
- Cantante, A. P. da S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C., & Albuquerque, F. H. S. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 261–272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>
- Denton, G., Green, L., Palmer, M., Jones, A., Quinton, S., Simmons, A., & Choyce, A. (2021). *Avaliação da segurança das transferências inter-hospitalares de pacientes gravemente enfermos lideradas por profissionais de cuidados intensivos avançados*. 30(8).

- DGS. (2010). *Orientação 007/2010 Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde.*
- DGS. (2011). *n.º 017/2011 da DGS Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q).*
- DGS. (2012). *Norma 038/2012 Utilização Clínica de Concentrado Eritrocitário no Adulto.*
- DGS. (2014). *Norma 020/2014 Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.*
- DGS. (2015a). *Norma 014/2015 Medicamentos de alerta máximo.*
- DGS. (2015b). *Norma 021/2015 atualizada em 2022 «Feixe de Intervenções» para a Prevenção da Pneumonia associada á Intubação.*
- DGS. (2015c). *Norma 022/2015 atualizada em 2022 Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central.*
- DGS. (2017a). *Norma 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.pdf.*
- DGS. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de resistências aos antimicrobianos.*
- DGS. (2019). *Norma 008/2019 Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares.*
- DGS. (2022). *NORMA DGS NORMA CLÍNICA: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022.*
- Diário da República. (2018). *Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa*

em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Diário da República. (2019). *Lei n.º 58/2019, de 08 de Agosto, Lei de proteção de dados.*

Diário da República. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.*

Gonçalves, J., Mulato, E. C., Marquezini, C., Lopes, J., Neto, T., Suele, D., & Balandis, A. (2018). *DESAFIO DA ENFERMAGEM FRENTE A URGÊNCIAS DURANTE O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR.*

ICN. (2012). *Combater a desigualdade: Da evidência à ação.*

Khan, S. M., Lance, M. D., & Elobied, M. A. K. (2021). *Transporte de Pacientes Críticos—Uma Revisão de Intervenções Precoces, Protocolos e Recomendações.*

Kurcgant, P. (2011). A capacitação profissional do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 307–308. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200001>

Larrabee, J. H. (2009). *Nurse to nurse: Evidence-based interventions.* McGraw-Hill Medical.

Lebre, A., Resendes, A., Barbosa, C., & Pereira, C. (2022). *Plano nacional de segurança 2021 2026.pdf.* DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>

Marques, M. (2021). *A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica.*

Matias, A. R. C., & Sá, F. L. F. R. G. de. (2022). Intervenções da equipe multiprofissional no transporte de pacientes em estado crítico: Revisão

- sistemática de métodos mistos. *Escola Anna Nery*, 26, e20210452.
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0452pt>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764.
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Ministério da Administração Interna. (2015). *Despacho n.º 3551/2015 de 9 de abril, do Presidente da Autoridade Nacional de Proteção Civil, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 69, de 9 de abril de 2015, estabelece o Sistema de Gestão de Operações (SGO), o seu desenvolvimento, a simbologia e as ferramentas do sistema.*
- OE. (1996). *REPE-Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.*
- OE. (2001). *Padroes de qualidade dos cuidados-ordem dos enfermeiros.pdf.*
- OE. (2017a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-cirurgica.pdf.*
- OE. (2017b). *Parecer nº 09/2017 Transporte de Pessoa em Situação Crítica.*
- OMS. (2009). *Estrutura Concetual da Classificação internacional sobre a segurança do doente.pdf.*
- Ordem dos Médicos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos Adultos.*
- Peixoto, M., Pereira, R., & Martins, A. (2016). *Enfermagem baseada na evidência: Atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados.*
- Puslecki, M., Baumgart, K., Ligowski, M., Dabrowski, M., Stefaniak, S., Ladzinska, M., Goszczynska, E., Marcinkowski, P., Olasinska-Wisniewska, A., Klosiewicz, T., Pawlak, A., Zielinski, M., Puslecki, L., Podlewski, R., Szarpak, L., Jemielity, M., & Perek, B. (2021). Patient Safety during ECMO Transportation: Single Center

- Experience and Literature Review. *Emergency Medicine International*, 2021, 1–16. <https://doi.org/10.1155/2021/6633208>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, nº 15 (Janeiro-Março)*.
- Santana, R., Betencourt, A., Silva, N., & Silva, M. (2016). *Teorias_enfermagem_estudo_seus_enfoques_aplicabilidade.pdf*.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- União Europeia. (2016). *REGULAMENTO (UE) 2016/ 679 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO - de 27 de abril de 2016*.
- Universidade de Évora. (2015). Apresentação do pedido corrigido—Novo Ciclo de Estudos. 2015. https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf
- Vaz, B. (2011). *Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem*.
- Zayas, R. (2018). Critical Care Transport of Patients With Brain Injuries. *AACN Advanced Critical Care*, 29(2), 175–182. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2018432>

APÊNDICE I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de Administração

Da Unidade Local de Saúde do [REDACTED]

Assunto: Autorização para realização de Projeto de intervenção em Serviço na Unidade de Cuidados Intensivos [REDACTED]

Eu Márcio Filipe Mouquinho Andrade, portador de Cartão de Cidadão nº 12549780 6 ZX3, enfermeiro licenciado com o número de cédula profissional 56364, a exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital Sr. José Maria Grande em Portalegre, com o nº mecanográfico 161944, email Márcio.Andrade@ulsna.min-saude.pt e o contacto telefónico 938134219, venho por este meio solicitar a V. Ex^a. A autorização para realizar um projeto de intervenção na [REDACTED], sobre o Transporte Inter-hospitalar do doente crítico.

Este projeto enquadra-se no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização de Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em situação crítica, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

O referido projeto de intervenção terá início em novembro de 2023 e o seu termino em final de janeiro de 2024, sendo supervisionado pelo Enfermeiro Chefe do serviço, Enfermeiro Gestor [REDACTED], Enfermeiro Orientador Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica- Pessoa em Situação crítica [REDACTED], e docente orientador, Professor Dr. Adriano Pedro.

O objetivo geral deste projeto de intervenção é garantir a segurança do doente crítico durante o transporte inter-hospitalar, através da elaboração de um procedimento de enfermagem para o transporte Inter-hospitalar do doente crítico, posteriormente a elaboração de uma Instrução de trabalho sobre o mesmo assunto e a possível introdução do procedimento de trabalho no Software B-Sample®, de modo a uniformizar os procedimentos e melhorar as competências da equipa de enfermagem no transporte

de doente crítico inter-hospitalar, garantindo a segurança do doente durante o transporte.

Comprometo-me a garantir o anonimato e confidencialidade ao longo de todos os procedimentos para a realização deste Projeto, bem como a informar todos os intervenientes, fornecendo toda a documentação elaborada à UCI [REDACTED]

Pede Deferimento,

Portalegre, 26 de outubro de 2023

(Márcio Filipe Mouquinho Andrade)

APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE RESPOSTA VOLUNTARIA EM FORMA DE QUESTIONÁRIO

Transporte Inter-Hospitalar de Doente Crítico

Eu, Márcio Filipe Mouquinho Andrade, discente da 7ª edição do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem Médico Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre, a realizar estágio na UCI **DEM** de 11 de setembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, venho por este meio pedir à equipa de Enfermagem da UCI **DEM** a colaboração no preenchimento deste questionário para apoio à realização do meu relatório de estágio. Este questionário será dividido em duas partes, Parte I, caracterização da equipa, Parte II, pertinência da temática.

De acordo com a lei 58/2019 de 9 de Agosto, Capítulo III, Artigo 10º alínea 2 “O encarregado de proteção de dados, bem como os responsáveis pelo tratamento de dados, incluindo os subcontratantes, e todas as pessoas que intervenham em qualquer operação de tratamento de dados, estão obrigados a um dever de confidencialidade que acresce aos deveres de sigilo profissional previsto na lei.”

1. Concorda com a participação neste questionário: *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Parte I- Caracterização da equipa de Enfermagem

2. Sexo

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

3. Idade

Marcar apenas uma oval.

20-30

30-40

40-50

50-60

+60

4. Grau Acadêmico

Marcar apenas uma oval.

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

5. Tem Especialidade?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

6. Se respondeu " Sim" á questão anterior, qual?

Marcar apenas uma oval.

- Médico Cirúrgica: Pessoa Situação Crítica
- Médico Cirúrgica: Pessoa Situação Paliativa
- Médico Cirúrgica: Pessoa em Situação Perioperatória
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
- Enfermagem de Saúde Familiar
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

7. Tempo de exercício profissional, em anos. *Marcar apenas uma oval.*

- 0-4
- 5-9
- 10-14
- 15-19
- +19

8. Tempo de exercício profissional na UCI **DEM**, em anos. *Marcar apenas uma oval.*

- 0-4
- 5-9
- 10-14
- 15-19
- +19

9. Já realizou algum transporte inter-hospitalar de doente crítico?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. Sente segurança para a realização de transferências inter-hospitalares de doente crítico?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

11. Já realizou formação no âmbito do transporte inter-hospitalar de doente crítico?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. Considera pertinente a existência de uma instrução de trabalho sobre o transporte inter-hospitalar de doente crítico?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

13. Parece-lhe pertinente a realização de formação no âmbito do transporte inter-hospitalar de doente crítico?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Obrigada pela sua colaboração.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE III- CRONOGRAMA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Ano	2023				2024
Mês	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Atividades					
Identificação das necessidades através de entrevistas não estruturadas com o enfermeiro chefe, enfermeiro orientador e enfermeiros chefes de turno.					
Reunir com o enfermeiro Chefe e o enfermeiro orientador e o professor orientador para discussão da proposta de tema					
Análise através de um instrumento de diagnóstico, análise SWOT.					
Aplicação de um questionário à equipa de enfermagem, para conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a necessidade de intervenção					
Efetuar uma Scoping Review, recorrendo á evidencia mais atual;					
Construir uma proposta de procedimento de trabalho e					

divulgá-la á equipa de enfermagem.					
Apresentação de um documento á equipa de enfermagem de recolha de sugestões, contributos e alterações, passíveis de ser integradas no procedimento de trabalho como melhoria.					
Construção da instrução de trabalho e validá-la com o enfermeiro chefe e o enfermeiro orientador, se necessário reestruturá-la novamente e validá-la novamente.					
Divulgação da instrução de trabalho final através de uma sessão de formação em serviço.					
Possibilidade de implementação da instrução de trabalho sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico.					
Introdução do procedimento no software B-Simple®.					

APÊNDICE IV – RESUMO DO ARTIGO

Resumo

Objetivo: O objetivo principal da presente revisão de literatura é analisar quais as intervenções de enfermagem que garantem a segurança do doente crítico durante o transporte inter-hospitalar

Métodos: De forma a dar resposta ao principal objetivo o método utilizado foi uma scoping review da literatura através de pesquisa efetuada nas bases de dados google académico e EBSCOhost. No total de 609 artigos encontrados, foram aplicados critérios de inclusão e exclusão, sendo o resultado 6 artigos. Estes foram analisados, resumidos e posteriormente apresentadas as conclusões.

Resultados: De um modo geral todos os artigos identificaram a necessidade de transferências de doentes inter-hospitalares pela carência de cuidados diferenciados nas instituições de origem, realização de exames complementares de diagnóstico ou de terapias diagnósticas. Todos eles referem também que estas transferências não são isentas de riscos, quer para o doente, quer para a equipa que procede ao transporte. Foram identificadas intervenções de enfermagem que de certa forma permitem garantir e melhorar a segurança do doente crítico durante o seu transporte inter-hospitalar.

Conclusões: Através da criação de equipas vocacionadas para o transporte inter-hospitalar de doentes críticos, pela sua focalização dos seus cuidados, experiência e treino consegue-se garantir o aumento da segurança do doente transportado. A formação específica e contínua dos profissionais que procedem ao transporte é descrito como um meio de diminuição de falhas, riscos e erros pelo aumento do conhecimento dos cuidados específicos do transporte de doentes críticos. Por fim o uso de Check-lists foi identificado como a intervenção que diminui de forma efetiva as complicações durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico, por ser uma prática fundamental para garantir a segurança do doente durante todo o processo de transporte inter-hospitalar.

Palavras-chave: “Transporte inter-hospitalar”; “doente crítico”, “segurança”, “intervenções de enfermagem”.

Abstract

Objective: The main objective of this review is to analyze the nursing interventions that ensure the safety of critically ill patients during inter-hospital transport.

Methods: In order to respond to the main objective, the method used was a scoping review of the literature through research carried out in the google academy and EBSCOhost databases. In the total of 609 articles found, inclusion and exclusion criteria were applied, resulting in 6 articles. These were analysed, summarized and conclusions were subsequently presented.

Results: In general, all the articles identified the need for inter-hospital patient transfers due to the lack of differentiated care in the institutions of origin, complementary diagnostic tests or diagnostic therapies. All of them also mention that these transfers are not without risks, both for the patient and for the transport team. Nursing interventions were identified that go some way to ensuring and improving the safety of critically ill patients during inter-hospital transportation.

Conclusions: By creating teams dedicated to the inter-hospital transport of critically ill patients, focusing their care, experience and training, it is possible to guarantee an increase in the safety of the patient being transported. The specific and continuous training of transport professionals is described as a means of reducing failures, risks and errors by increasing knowledge of the specific care involved in transporting critically ill patients. Finally, the use of checklists was identified as an intervention that reduces complications during inter-hospital transport of critically ill patients, as it a fundamental practice to guarantee patients safety throughout the inter-hospital transport process.

Keywords: “Patients Transfers”, “Critically Ill”, “Safe”, “Nursing”.

Resumen

Objetivo: El objetivo principal de esta revisión es analizar qué intervenciones de enfermería garantizan la seguridad de los pacientes críticos durante el transporte interhospitalario.

Métodos: Para cumplir con el objetivo principal, el método utilizado fue una revisión bibliográfica a través de una búsqueda en las bases de datos google academy y

EBSCOhost. Del total de 6.9 artículos encontrados se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, resultando 6 artículos. Estos fueron analizados, resumidos y posteriormente presentados las conclusiones.

Resultados: En general, todos los artículos identifican la necesidad de traslados interhospitalarios de pacientes por falta de atención especializada en las instituciones de origen, pruebas diagnósticas complementarias o terapias diagnósticas. Todos ellos mencionan también que estos traslados no están exentos de riesgos, tanto para el paciente como para el equipo que realiza el transporte. Se identificaron intervenciones de enfermería que contribuyen en cierta medida a garantizar y mejorar la seguridad de los pacientes críticos durante el transporte interhospitalario.

Conclusiones: La creación de equipos dedicados al transporte interhospitalario de pacientes críticos, focalizando sus cuidados, experiencia y formación, permite garantizar un aumento de la seguridad del paciente transportado. La formación específica y continuada de los profesionales del transporte se describe como un medio para reducir fallos, riesgos y errores al aumentar el conocimiento de los cuidados específicos que implica el transporte de pacientes críticos. Por último, el uso de listas de comprobación se identificó como una intervención que reduce eficazmente las complicaciones durante el transporte interhospitalario de pacientes críticos, ya que es una práctica fundamental para garantizar la seguridad del paciente durante todo el proceso de transporte interhospitalario.

Palabras clave: "Transporte interhospitalario"; "paciente crítico", "seguridad", "intervenciones de enfermería".

APÊNDICE V – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO SOBRE O TIHDC

Questionário de avaliação da formação sobre o Transporte de Doente Crítico Inter-Hospitalar

Agradeço desde já a sua presença neste momento formativo, peço agora a sua colaboração para a avaliação do mesmo, sendo a sua colaboração de extrema importância para a melhoria do desempenho e da qualidade de futuras formações.

De acordo com a lei 58/2019 de 9 de Agosto, Capítulo III, Artigo 10.º alínea 2 “O encarregado de proteção de dados, bem como os responsáveis pelo tratamento de dados, incluindo os subcontratantes, e todas as pessoas que intervenham em qualquer operação de tratamento de dados, estão obrigados a um dever de confidencialidade que acresce aos deveres de sigilo profissional previsto na lei.”

Para cada afirmação, será solicitada a sua apreciação com base numa escala numérica de 1 a 4, com as seguintes correspondências:

- 1 – Discordo totalmente
- 2 – Discordo
- 3 – Concordo
- 4 – Concordo Totalmente

METODOLOGIA E CONTEÚDOS DE FORMAÇÃO

2. Os conteúdos apresentados na formação foram pertinentes

Marcar apenas uma oval.

- 1 – Discordo totalmente
- 2– Discordo
- 3– Concordo
- 4– Concordo Totalmente

3. Os conteúdos apresentados são uteis para a prestação de cuidados de qualidade

Marcar apenas uma oval.

- 1 – Discordo totalmente
- 2– Discordo
- 3– Concordo
- 4– Concordo Totalmente

4. A formação correspondeu às suas expectativas

Marcar apenas uma oval.

- 1 – Discordo totalmente
- 2– Discordo
- 3– Concordo
- 4– Concordo Totalmente

PRELETOR

5. O preletor apresentou domínio sobre a temática e clareza na exposição da temática

Marcar apenas uma oval.

- 1 – Discordo totalmente
- 2– Discordo
- 3– Concordo
- 4– Concordo Totalmente

6. O preletor cumpriu com a duração de tempo prevista

Marcar apenas uma oval.

- 1 – Discordo totalmente
- 2– Discordo
- 3– Concordo
- 4– Concordo Totalmente

7. Fiquei satisfeito e esclarecido sobre os objetivos propostos para esta sessão de formação

Marcar apenas uma oval.

- 1 – Discordo totalmente
- 2– Discordo
- 3– Concordo
- 4– Concordo Totalmente

8. Sugestões e comentários

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

ANEXO I – PARECER FAVORAVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULS, PARA DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Ao CA
2024.01

04/31

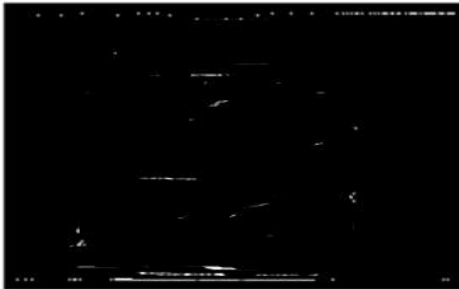
INFORMAÇÃO

N.º36/2023, de 20 de dezembro

De: [Redacted]
Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração [Redacted]
C/C:

Ata 02/2024
Doc. 52

ASSUNTO: Projeto de Intervenção "Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico".



DELIBERAÇÃO
TOMADO CONHECIMENTO e delibera este CA, concordar e APROVAR o proposto na presente informação, autorizando-se o projeto de intervenção: "Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico". Ao Requerente Enf.º Márcio Filipe Mouquinho Andrade, com conhecimento à Comissão de Ética.
2024.01.10.

O mestrando, Márcio Filipe Mouquinho Andrade, a frequentar o mestrado de Enfermagem em Associação-especialização Médico-cirúrgica- A pessoa em Situação Crítica, solicitou autorização à [Redacted] para realização do Projeto de Intervenção em serviço: "Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico."

Cumprе apreciar:

I- Enquadramento/ Fundamentação e Pertinência do Estudo

O estudo insere-se no âmbito do mestrado, tendo sido considerado pela equipa onde o requerente exerce a sua atividade que o desenvolvimento deste projeto contribui positivamente para a segurança do doente crítico durante o transporte inter-hospitalar.

II- Objetivos

Como objetivo major, pretende-se aumentar a segurança do doente crítico durante o transporte inter-hospitalar, contribuindo simultaneamente para a melhoria da qualidade de cuidados de saúde e da segurança do doente.

III- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Para colheita de dados recorrer-se-á a entrevistas não estruturadas ao Enf.º Chefe e aos responsáveis de turno. Posteriormente será também aplicado um questionário aos elementos da equipa. Estes instrumentos de recolha de dados destinam-se ao diagnóstico da situação bem como à necessidade de realização de formação para posteriormente ser elaborada uma instrução de trabalho.

Não são tratados dados sensíveis, pelo que não tem aqui aplicabilidade os fundamentos de legitimidade e licitude, tal como se encontram explanados no RGPD.

MOO.07.ADM.02

Página 1 de 2

INFORMAÇÃO
N.º36/2023, 20 de dezembro

O projeto de intervenção é desenvolvido pelo trabalhador que, no exercício das suas funções, pretende contribuir para a segurança do doente crítico durante o transporte inter hospitalar, criando uma instrução de trabalho a ser utilizada pelo pessoal de enfermagem, que potencie a diminuição de erros.

IV- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do projeto de intervenção, concluímos pela importância do mesmo. A metodologia proposta não viola questões ético legais, não sendo tratados dados sensíveis na conceção que o RGPD lhe atribui.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente projeto e por considerar a importância na sua realização, delibera dar parecer favorável à realização do projeto de intervenção: *"Transporte Inter Hospitalar do Doente Crítico"*

A decisão que recair sobre esta informação deverá ser notificada:

- Ao requerente, Sr. Dr. Márcio Filipe Mouquinho Andrade;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

Anexo: Requerimento com resumo do estudo e todos os documentos anexos.

ANEXO II - LISTA DE PREPARAÇÃO PARA O PARA O TRANSPORTE DE DOENTE CRÍTICO

Preparação para o transporte do doente crítico

Logotipo da instituição



Lista de verificação de preparação para o transporte do doente crítico

Coordenação do transporte	
Confirmar data e hora do transporte	
Garantir contato com o serviço de destino, avaliando a distância a percorrer e estimando o tempo de percurso	
Confirmar pedido de ambulância medicalizada e sua hora de chegada ao serviço de origem	
Garantir a utilização de equipamento de proteção individual adequado por todos os profissionais envolvidos, notificando o serviço de destino, quando necessário	
Garantir os meios necessários de suporte e vigilância do doente (via aérea, ventilação, monitorização e mala de transporte), assim como a sua operacionalidade	
Confirmar que toda a documentação do doente segue com o mesmo até ao serviço de destino	
Transmitir informação, com uma passagem formal à equipa de transporte, quando o mesmo não é realizado pela equipa do serviço de origem	
Observação do doente	
Estabilizar e antecipar as necessidades do doente, de acordo com uma abordagem ABCDE	
Permeabilizar via aérea, confirmando a necessidade de aspiração de secreções	
Entubar endotraquealmente doentes com necessidade de via aérea avançada. Confirmar o nível do tubo endotraqueal à comissura labial, devendo este ficar bem fixo e adaptado a capnógrafo. Efetuar Rx Controle. Aspiração de secreções, se necessário	
Garantir avaliação gasimétrica antes do transporte (preferencialmente com doente conectado a ventilador de transporte)	
Preparar insuflador manual e máscara adaptada às dimensões da face	
Colocar válvulas anti-refluxo nos drenos torácicos e conectá-los a caixas de drenagem torácica com selo de água	
Monitorizar com eletrodos multifunções doentes com risco elevado de desenvolver disritmias	
Confirmar permeabilidade de acessos venosos, devendo estes ser bem fixos (incluindo fixação de prolongamentos) e colocados de forma redundante. Deve ser equacionada a colocação de cateter venoso central	
Identificar corretamente e de forma visível todos os fármacos. Os fármacos de reanimação devem estar facilmente acessíveis e todos aqueles cuja utilização seja previsível durante o transporte devem ser previamente preparados e corretamente identificados	
Avaliar nível de consciência ou nível de sedação	
Otimizar nível de sedação, analgesia e curarização (preferencialmente em doentes sob ventilação mecânica invasiva)	
Evitar exposição prolongada do doente, garantindo a sua privacidade e manutenção da temperatura corporal. Usar mantas aquecidas e/ou soros aquecidos, se necessário	
Suspender administração de alimentação entérica. A sonda nasogástrica/oroquástrica deve ser colocada em drenagem passiva antes do transporte	
Esvaziar todos os frascos e sacos de drenagem antes do transporte	
Garantir informação à família / pessoa de referência	
Transferência para a maca de transporte	
Monitorizar o doente, de acordo com a sua condição clínica, com monitor de transporte	
"Zerar" linhas de pressão invasiva e adaptar limites de alarmes do monitor de transporte à condição clínica do doente	
Verificar nível do tubo endotraqueal, a sua fixação e valores de ETCO ₂ expectáveis para o doente	

Logotipo da instituição



Conectar doente ao ventilador de transporte e verificar adaptação ventilatória	
Transferir o doente da cama para a maca	
Confirmar nível do tubo endotraqueal, verificar valores de $ETCO_2$ e realizar auscultação pulmonar, se necessário	
Aspirar secreções	
Confirmar sonda gástrica (drenagem passiva)	
Observar o doente, de modo a detetar alterações em relação à observação inicial	
Colocar ventilador e monitor de transporte na maca de forma visível para a equipa durante todo o transporte	
Transferir, montar e fixar corretamente as bombas e seringas de infusão na maca de transporte. Colocar bombas e seringas infusoras em local de fácil acesso para suspensão ou alteração de ritmo de infusão durante o transporte	
Verificar o posicionamento de todas as linhas, tubos e cateteres, assegurando a sua permeabilidade. Evitar obstruções ou possíveis lesões ao doente com linhas de infusão	
Colocar manta térmica e aplicar corretamente os cintos de segurança do doente	
Confirmar correto funcionamento da ventilação, monitorização e perfusões	
Verificar a acessibilidade ao acesso venoso onde vai ser efetuada a terapêutica pontual durante o transporte	
Confirmar se fármacos previsivelmente necessários para o transporte (incluindo soros e seringas em quantidade suficiente ao ritmo de perfusão) se encontram preparados	
Verificar que nenhum equipamento se encontra ligado na estação do doente antes do início do transporte	
Percurso até à ambulância	
Confirmar o percurso até à ambulância	
Evitar zonas congestionadas do hospital, ainda que o percurso seja mais longo	
Conhecer a localização de equipamento de emergência ao longo do percurso	
Comunicar, previamente, com outros serviços sobre a necessidade de passagem no seu interior ao longo do percurso até ambulância	
Ambulância	
Verificar a correta fixação da maca, equipamentos e balas de gases medicinais	
Verificar a operacionalidade do aspirador de secreções	
Verificar fonte de oxigénio, calcular a quantidade de oxigénio necessária para o transporte do doente (incluindo os 30 minutos de reserva) e conectar o doente à mesma	
Verificar fontes de energia da ambulância e conectar equipamentos às mesmas	
Efetuar nova observação do doente e verificar permeabilidade de tubos e linhas	
Posicionamento em segurança da equipa de transporte, com visualização correta do ventilador e monitor	
Ordem de início de marcha	
Registar, com intervalos adequados, os parâmetros de avaliação da situação clínica do doente, nomeadamente intervenções realizadas, fármacos administrados e toda a informação considerada relevante ao longo do transporte	
Transporte aéreo / Helitransporte	
Todas as intervenções devem ser planeadas antecipadamente e preferencialmente realizadas antes do voo. Deve solicitar-se orientações específicas sobre a preparação do doente para o helitransporte	
Permeabilizar via aérea, confirmando a necessidade de aspiração de secreções	
Entubar endotraquealmente doentes com necessidade de via aérea avançada e adaptar TOT a capnógrafo. Rx de controle. Aspiração de secreções, se necessário	
Insuflar <i>cuff</i> com água destilada	
Considerar aumentar administração de FIO_2 (para compensar a redução da pressão parcial alveolar de O_2 associada à diminuição da pressão atmosférica)	

Logotipo da instituição



Administrar oxigénio humidificado (em doentes com respiração espontânea)	
Confirmar permeabilidade de acessos venosos, verificar a sua fixação e a sua acessibilidade para terapêutica pontual durante o transporte (colocar um prolongamento com torneira de 3 vias em cada sistema de soro)	
Administrar soros / fármacos por via endovenosa através de bomba infusora	
Antecipar e preparar equipamento para perfusão rápida de fluidos (mangas de pressão)	
Doentes com necessidade de uma vigilância rigorosa da pressão arterial deverão ser monitorizados simultaneamente com pressão arterial invasiva (através de linha arterial) e não invasiva (PNI)	
Administrar fármacos antieméticos, por via endovenosa	
Otimizar sedação, analgesia e curarização. Considerar imobilização física	
Aquecer ativamente o doente (infusão de soros aquecidos e colocar manta térmica de aquecimento ativo)	
Abrir talas de imobilização (pelo risco de aumento de edema)	
Colocar doente na maca de vácuo, que deve ser ajustada e esvaziada (doente vítima de trauma deve ter o plano duro colocado por baixo da maca de vácuo)	
Colocar dispositivos de monitorização de forma a poderem ser facilmente visíveis e rapidamente trocados e/ou conectados ao monitor do helicóptero	
Lubrificar olhos do doente com lágrimas artificiais (em voos com previsão de duração prolongada)	
Colocar auriculares supressores de som (mesmo em doentes sob sedação)	
Monitorizar com alarmes visuais (e não apenas sonoros)	
Após a chegada do helicóptero, informar a equipa que realizará o transporte sobre eventuais alterações do estado clínico do doente e sobre os procedimentos realizados	
Chegada ao serviço de destino	
Transmitir informação, com uma passagem formal, à equipa do serviço de destino	
Entregar toda a documentação e registos do doente à equipa do serviço de destino	
Fotocopiar folha de registo de intervenções no transporte do doente crítico	
Regresso ao serviço de origem	
Verificar equipamentos após o transporte	
Preencher lista de verificação após o transporte do doente crítico	

Legenda: ✓ Verificado / NA Não aplicável

ANEXO III - CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE EMERGÊNCIA OBSTÉTRICAS



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Mais Saúde e Qualidade de Vida.

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL



Certifica-se que **MÁRCIO FILIPE MOUQUINHO ANDRADE** natural de Arronches, nascido(a) em 29-05-1984, com o N.º de Cartão de Cidadão 12549780-6ZX3 válido até 04-09-2030, concluiu com aproveitamento o Curso de Formação Profissional de "EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS" em 26-09-2023, com a duração de 08h00 hora(s).

Portalegre, 17 de outubro de 2023

O(A) Responsável pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

Alberto Correia Alves
Enfermeiro Gestor
Responsável pela Formação

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho n.º 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado n.º 462/2023

ULSNA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei n.º 90-B/2007, DE 28 de Fevereiro

Sede - Avenida de Santo António 7301-853 Portalegre, PORTUGAL
TEL + 351 245 301 000 FAX + 351 245 330 359 EMAIL email_admin@ulsna.min-saude.pt www.ulsna.min-saude.pt

ANEXO IV - CURSO DE FORMADOR E AUDITORIA DO SISTEMA DE TRIAGEM DE PRIORIDADES NA URGÊNCIA

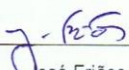
**CURSO
DE
FORMADOR E AUDITOR DO SISTEMA DE
TRIAGEM DE PRIORIDADES NA URGÊNCIA
CERTIFICADO**

Márcio Filipe Andrade

Frequentou com aproveitamento o Curso de Formadores e Auditores do Sistema de Triagem de Prioridades na Urgência (*Manchester Triage Group Protocol*), realizado na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE., pelo Grupo Português de Triagem a 27 de setembro de 2023, com a duração total de 7 horas.

Amadora, 28 de outubro de 2023

O Coordenador do Curso


José Friães

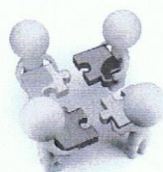
Grupo Português de Triagem


Ângela Valença

ANEXO V - PQ.08-UL-PPCIRA-RASTREIO DE MO NA ADMISSÃO E DURANTE O INTERNAMENTO



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **MARCIO FILIPE MOUQUINHO ANDRADE**, natural de Arronches, nascido(a) em 29-05-1984, com o Nº de Cartão de Cidadão 12549780-6ZX3, válido até 04-09-2030, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **Apresentação da PQ.08-UL-PPCira - Rastreo de MO na admissao e durante o internamento**, no(s) dia(s) 24 de Outubro de 2023, com a duração de 01h30.

Portalegre, 14 de novembro de 2023

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

Luís Corral Alves
Enfermeiro Gestor

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado nº 737/2023

ULSNA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei nº 50-B/2007, DE 28 de Fevereiro
Sede | Avenida de Santo António | 7301-853 Portalegre, PORTUGAL
TEL + 351 245 301 000 | FAX + 351 245 330 359 | EMAIL email_admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt

MOD.45.SFIBD.03

ANEXO VI – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CONGRESSO
INTERNACIONAL DO DOENTE CRITICO 2023



The certificate is issued by the Portuguese Association of Nurses (Associação Portuguesa de Enfermeiros). It certifies the participation of **Márcio Filipe Mouquinho Andrade** in the 2023 International Critical Patient Congress, held on November 24 and 25, 2023, at the Setúbal Polytechnic Institute - School of Health. The certificate is signed by the organizing committee, led by Ana Raquel Filipe Pimentel, and the President of the Portuguese Association of Nurses, João José Santos Fernandes.

**ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE ENFERMEIROS**

CERTIFICADO

Certifica-se que

Márcio Filipe Mouquinho Andrade

esteve presente no Congresso Internacional do Doente Crítico 2023, que decorreu a 24 e 25 de Novembro de 2023, com a duração de 16 horas, no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.
Lisboa, 25 de Novembro de 2023


Pe' A Comissão Organizadora
Ana Raquel Filipe Pimentel
Ana Raquel Filipe Pimentel

O Presidente da APE
João José Santos Fernandes
João José Santos Fernandes


**ANEXO VII – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COMO AUTOR DO POSTER
“CONFIABILIDADE DO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER” COM A
ATRIBUIÇÃO DO 3º PREMIO AINDA NO MESMO CONGRESSO**



ANEXO VIII - FORMAÇÃO EM FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFEÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE I



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **MARCIO FILIPE MOUQUINHO ANDRADE**, natural de Arronches, nascido(a) em 29-05-1984, com o Nº de Cartão de Cidadão 12549780-6ZX3, válido até 04-09-2030, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO EM CUIDADOS DE SAUDE I**, no(s) dia(s) 28 de Novembro de 2023, com a duração de 04h00.

Portalegre, 11 de janeiro de 2024

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

Alberto Correia Alves
Enfermeiro Gestor
Responsável pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora certificada)


Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado nº 2270/2023

ULSNA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei nº 50-B/2007, de 28 de Fevereiro
Sede | Avenida de Santo António | 7301-853 Portalegre, PORTUGAL
TEL + 351 245 301 000 | FAX + 351 245 330 359 | EMAIL email_admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt

MOD.45.SFIBD.03

ANEXO IX - FORMAÇÃO EM FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA INFEÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE II




CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Certifica-se que **MARCIO FILIPE MOUQUINHO ANDRADE**, natural de Arronches, nascido(a) em 29-05-1984, com o Nº de Cartão de Cidadão 12549780-6ZX3, válido até 04-09-2030, esteve presente na Formação em Serviço, com o tema **FUNDAMENTOS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO EM CUIDADOS DE SAUDE II**, no(s) dia(s) 6 de Dezembro de 2023, com a duração de 04h00.

Portalegre, 15 de janeiro de 2024

O Responsável pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.


Marcio Correia Alves
Enfermeiro Gestor
Responsável Gestor da Formação
(Assinatura e selo branco ou azul da entidade formadora certificada)

Divisão de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação
Unidade Formativa Acreditada
Despacho nº 450 de 10/05/99 / Ministério da Saúde

Certificado nº 2373/2023

ULSNA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE
Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei nº 50-B/2007, DE 28 de Fevereiro
Sede | Avenida de Santo António | 7301-853 Portalegre, PORTUGAL
TEL + 351 245 301 000 | FAX + 351 245 330 359 | EMAIL email_admin@ulsna.min-saude.pt | www.ulsna.min-saude.pt

MOD.45.SFIBD.03

ANEXO X – CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA NO CURSO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



CERTIFICADO DE
FORMAÇÃO PROFISSIONAL
Portaria nº 474/2010 de 8 de julho

ocean
medical

Certifica-se que **Márcio Filipe Mouquinho Andrade**, nascido(a) em 29/05/1984, com o número de identificação civil ****9780, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA
ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 20/05/2023 a 21/05/2023, com a duração de 16 horas e 5 anos de validade.

Porto Salvo, 21 de maio de 2023

O coordenador pedagógico


Pedro Caldeira




Certificado nº 23034509
Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 - Saúde

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Formação contínua



COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

// Estabelecer prioridades nos cuidados de SBV entre a aplicação de compressões e a integração do DAE; reconhecer e iniciar o tratamento de imediato nas situações de peri-paragem que possam resultar em paragem cardíaca ou complicar a evolução da reanimação; atuar em situações de bradicardia ou taquicardia; reconhecer uma situação de paragem cardíaca e atuar até ao retorno da circulação espontânea; transferência para o próximo nível de cuidados ou cessação da reanimação; aplicar o algoritmo de SAV, como executante e como líder de equipa; identificar a dor torácica de origem isquémica e agilitar os cuidados ao utente com síndrome coronário agudo; reconhecer outras situações clínicas potencialmente fatais tais como o AVC e aplicar os cuidados iniciais necessários; demonstrar boa comunicação como membro ou líder de uma equipa de reanimação e reconhecer o impacto da dinâmica da equipa sobre o seu desempenho.



ESTRUTURA CURRICULAR

UNIDADES DE FORMAÇÃO	Nº MINUTOS
// Avaliação inicial de suporte básico de vida e de suporte avançado de vida	60 min.
// Paragem respiratória	60 min.
// Suporte básico de vida com desfibrilhação automática externa	60 min.
// Conceito de ressuscitação em equipa	60 min.
// Paragem cardíaca (FMTV sem pulso)	120 min.
// Síndrome coronário agudo	60 min.
// Acidente vascular cerebral	60 min.
// Bradicardia estável e instável	60 min.
// Paragem cardíaca (assistolia e atividade elétrica sem pulso)	120 min.
// Taquicardia estável e instável	60 min.
// Avaliação teórica e de competências	240 min.
Total:	16 horas

Blue Ocean Medical, Lda.

Taguspark, Edifício Qualidade C1, Piso 0 | 2740-296 Porto Salvo | Portugal

Capital Social 50.000 Euros | NIPC 512 106 088 CRC Ponta Delgada

✉ info@ocean-medical.com 🌐 www.ocean-medical.com

DM-005-21/06/21

ANEXO XI - CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA NO CURSO *INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT*



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Márcio Filipe Mouquinho Andrade, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
4/23/2023

course site
Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, INTL
(International)

course director

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-8282 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTroubleIndex>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
2001 Butterfield Road, Suite 320
Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org



ITLS 369128-51505
International
Trauma Life Support

Márcio Filipe Mouquinho Andrade, RN

has successfully completed the cognitive skills evaluation in accordance with the standards of International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date **4/23/2023** Expiration Date **04/2026**

Course Number **51505** Course Location **Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, INTL (International)**