INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uniformização de Procedimentos de Enfermagem num Serviço de Urgência

Ana Filipa Duarte Fernandes

Orientação: Prof.ª Maria Antónia Costa

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uniformização de Procedimentos de Enfermagem num Serviço de Urgência

Ana Filipa Duarte Fernandes

Orientação: Prof.ª Maria Antónia Costa

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

"Se for difícil, farei agora;

Se for impossível, vou demorar mais um pouco"

Robert Baden-Powell

Nada disto seria possível sozinha, por isso agradeço a quem muito me ajudou nesta grande caminhada...

À Prof.ª Maria Antónia Costa, por toda a orientação, mas principalmente por todo o apoio e compreensão nos momentos mais frágeis.

Ao Serviço de Urgência, por me ter acolhido tão bem e me ter permitido desenvolver o estágio sem qualquer obstáculo.

À minha família, principalmente aos meus pais e à minha irmã que sempre foram o meu porto de abrigo e a minha luz para batalhar, para ambicionar e para seguir em frente.

À minha sogra A. por toda a ajuda nos momentos de maior aflição.

Mas, o maior agradecimento e o maior prestígio vão para o meu marido J. e para a minha filha M.V. que me ensinaram que "passo a passo..." e "grão a grão..." é possível completar a "construção". Este trabalho é dedicado a vós... Sem o vosso apoio, carinho e compreensão da minha ausência, chegar ao fim não seria possível.

RESUMO

O transporte secundário da pessoa em situação crítica, tem vários riscos associados. O enfermeiro deve saber identificá-los e implementar medidas preventivas para os reduzir. Foi desenvolvido um Projeto de Intervenção para dar resposta à carência de uniformização de procedimentos de enfermagem à pessoa em situação crítica com necessidade de transporte secundário, com o objetivo de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Visando dar resposta a esta problemática identificada em contexto de prática clínica, foi realizada formação aos enfermeiros, elaboradas duas propostas de alteração de normas hospitalares, uma proposta de alteração de um instrumento de registos para o transporte inter-hospitalar e uma proposta de uma lista de verificação para o transporte intra-hospitalar. A realização deste relatório permitiu ainda refletir sobre o processo de aquisição de competências de mestre e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: Transporte Secundário, Pessoa em Situação Crítica, Enfermagem Médico-Cirúrgica

ABSTRACT

The secondary transport of the person in critical condition has several associated risks. The nurse must know how to identify them and implement preventive measures to reduce them. An Intervention Project was developed to address the lack of standardization of nursing procedures for the person in critical condition with the need for secondary transport, with the objective of improving the quality and safety of nursing care. In order to respond to this identified problem in clinical practice, training was provided to nurses, two proposals for changes in hospital standards were drawn up, a proposal to modify a registry instrument for interhospital transport and a proposal for a checklist for in-hospital transport. The realization of this report also allowed the reflection on the process of acquisition of master's competences and the development of common and specific competences of common and specific competences of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing - The Person in Critical Condition.

Keywords: Secondary Transport, Person in Critical Condition, Medical-Surgical Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS

et al. – e outros

FiO^2 – Fração inspiratória de oxigénio

Km – Quilómetro

N – Tamanho da população

n.º - Número

O^2 – Oxigénio

p. – Página

pp. - Páginas

Prof.ª – Professora

s/d – Sem data

SpO^2 – Saturações periféricas de oxigénio

Vmin – Volume por minuto

Vs. – Versus

LISTA DE SIGLAS

AACN – *American Association of Critical-Care Nurses*

ANZCA - *Australian and New Zealand College of Anaesthetists*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CFIC – Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

CHA – Centro Hospitalar do Algarve

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CMPC – Comissão Municipal de Proteção Civil

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

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

EPE – Entidade Pública Empresarial

EVA – Escala Visual Analógica

GCL – Grupo de Coordenação Local

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISCMM - *India Society of Critical Care Medicine*

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PE – Projeto de Estágio

PI – Projeto de Intervenção

PICCO – *Pulse Contour Cardiac Output*

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e da Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

S.A. – Sociedade Anónima

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SIC – Exatamente assim

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SMPC – Serviço Municipal de Proteção Civil

SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias

SNS – Serviço Nacional de Saúde

START – *Simple Triage and Rapid Treatment*

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axilar Computorizada

TC – Tomografia Computorizada

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UH – Unidade Hospitalar

UHP – Unidade Hospitalar de Portimão

UIDA – Unidade de Internamento de Doentes Agudos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das camas pelas UH do CHUA 25
Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores do CHUA pelas categorias profissionais 26
Tabela 3 - Comparação entre o n.º de atendimentos totais em todos os SU do CHUA e no SUMC da UHP 27
Tabela 4 - Comparação entre total de doentes saídos, total de dias de internamento, demora média e taxa de ocupação nos anos de 2017, 2016 e 2015 35
Tabela 5 - Comparação entre as transferências realizadas por enfermeiros da UHP do CHUA e apenas por enfermeiros do SUMC 38
Tabela 6 - Níveis de monitorização (OM & SPCI, 2008) 57
Tabela 7 - Equipamento adequado ao transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar 58
Tabela 8 - Indicações para a redução de eventos adversos durante o transporte da PSC 61
Tabela 9 - Parte 2 do questionário - Pertinência do tema para o estudo 71
Tabela 10 - Grelha para Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando 74

INDÍCE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Idade dos Enfermeiros 68
Gráfico 2 – Grau académico dos Enfermeiros 69
Gráfico 3 – Enfermeiros de cuidados gerais vs. Enfermeiros Especialistas 69
Gráfico 4 – Especialidades em Enfermagem 70
Gráfico 5 – Tempo de serviço e de experiência profissional em PSC e no SU 70
Gráfico 6 – Enfermeiros com formação em PSC, SAV e Suporte Avançado em Trauma 71
Gráfico 7 – Comparação entre os resultados obtidos no pré-teste e no teste final por enfermeiro 72
Gráfico 8 - Comparação entre a média do pré-teste e do teste final 73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das estruturas físicas do CHUA pela Região do Algarve..... 23

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 18

1. APRECIAÇÃO DO CONTEXTO 22

1.1. Centro Hospitalar Universitário Do Algarve 22

1.2. Serviço De Urgência Médico Cirúrgica 26

1.2.1. Recursos materiais 28

1.2.2. Recursos humanos 30

1.3. Análise De Produção De Cuidados 33

1.4. Análise Da População 35

1.5. Problemática: Segurança Da Pessoa Em Situação Crítica Durante O Transporte Secundário 37

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO 40

2.1. Enquadramento Concetual e Teórico 40

2.1.1. Transporte secundário da pessoa em situação crítica 40

2.1.2. Cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica 43

2.1.3. Qualidade e segurança do doente 43

2.1.4. Formação 46

2.1.5. Modelo para a prática baseada na evidência 47

2.2. Fundamentação 50

2.2.1. Uma breve introdução 50

2.2.2. Como tudo começou 51

2.2.3. Coordenação do transporte 53

2.2.4. Riscos do transporte secundário 59

2.3. Apresentação Dos Objetivos 62

2.4. População 65

2.5. Metodologia 65

2.6. Considerações Éticas 67

2.7. Apresentação dos Resultados 68

2.8. Discussão 74

2.9. Conclusão 78

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS 80

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 83

3.2. Competências Específica do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crítica 93

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO 107

CONCLUSÃO 109

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 111

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Projeto de Estágio CXXIII

APÊNDICE 2 – Projeto de Intervenção CL

APÊNDICE 3 – Artigo Científico "O Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uniformização de Procedimentos de Enfermagem num Serviço de Urgência " CLXVII

APÊNDICE 4 – Apresentação para a Formação aos Enfermeiros **.....** CLXXI

APÊNDICE 5 – Proposta de Alteração da Norma do Transporte Inter-Hospitalar CLXXXVIII

APÊNDICE 6 – Proposta de Alteração da Norma do Transporte Intra-Hospitalar CCI

APÊNDICE 7 – Proposta de Alteração do Boletim de Acompanhamento do Doente no Transporte Inter-Hospitalar CCXI

APÊNDICE 8 – Proposta de Lista De Verificação e Registos para o Transporte Intra-Hospitalar CCXIV

APÊNDICE 9 – Consentimento Informado e Questionário CCXVII

APÊNDICE 10 – Teste de Diagnóstico e Teste de Conhecimentos CCXXII

APÊNDICE 11 – Avaliação da Sessão de Formação pelos Formandos CCXXV

APÊNDICE 12 – Resumo do Projeto de Investigação Enviado para a Comissão de Ética do CHUA CCXXVII

APÊNDICE 13 – Plano de Sessão da Formação aos Enfermeiros CCXXXIV

APÊNDICE 14 – Divulgação da Sessão de Formação no SUMC CCXXXVI

APÊNDICE 15 – Artigo Científico "O Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uma Revisão Integrativa" CCXXXVIII

APÊNDICE 16 – Cartaz "Informação aos Utentes/Familiares no Serviço de Urgência" CCXLI

APÊNDICE 17 – Folheto Informativo "Informação Aos Utentes/Familiares no Serviço de Urgência" CCXLIII

APÊNDICE 18 – Cartaz de Divulgação dos *Mass-Training* de SBV nas Escolas CCXLV

APÊNDICE 19 – Plano de Sessão dos *Mass-Training* de SBV nas Escolas CCXLVII

APÊNDICE 20 – *Check-List* "Como Proceder Perante uma Urgência/Emergência na Escola" CCXLIX

APÊNDICE 21 – Cartaz "Como Deve Proceder Quando Liga 112?" CCLI

APÊNDICE 22 – Trabalho "Kit de Emergência para Catástrofe ou Situação Multi-Vítimas" CCLIII

APÊNDICE 23 – Cartaz "Prevenção da Infeção Associada ao Cateter Vesical" CCLXXV

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Declaração Comprovativa de Realização do Estágio de Observação em Meios INEM CCLXXVIII

ANEXO 2 – Declaração Comprovativa de Realização do Estágio de Observação no Serviço Municipal de Proteção Civil de Portimão CCLXXX

ANEXO 3 – Algoritmo de Decisão para a Realização de Transporte Secundário Proposto pela OM & SPCI (2008) CCLXXXII

ANEXO 4 – Tabela de Avaliação para o Transporte Secundário Adotado pela OM & SPCI (2008) CCLXXXIV

ANEXO 5 – Parecer Positivo da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do CHUA para Realização do Projeto de Intervenção CCLXXXVI

ANEXO 6 – Declaração de Formador do CHUA para os Cursos De SBV E SIV CCLXXXVIII

ANEXO 7 – Certificado de Formador na Formação em Serviço "Terapias de Substituição Renal – Intervenções De Enfermagem" CCXC

ANEXO 8 – Certificado de Membro da Comissão Organizadora das Jornadas De Enfermagem de Cuidados Intensivos CCXCII

ANEXO 9 – Certificado de Presença na Formação "Curso De Vias Verdes" CCXCIV

ANEXO 10 – Declaração de Presença na Formação "Triagem De Prioridades Na Urgência" CCXCVII

ANEXO 11 – Certificado de Presença no "III Congresso Da Secção Regional Do Sul" Da Ordem Dos Enfermeiros CCXCIX

ANEXO 12 – Certificado de Presença na Formação "Ação De Sensibilização Geral Em Segurança Contra Incêndios" CCCI

INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular (UC) Relatório, do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica (EMC – PSC), a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, em parceria com a Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Castelo Branco e Instituto Politécnico de Portalegre, criado pelo aviso n.º 5622/2016, publicado em Diário da República n.º 84/2016, Série II de 2 de maio de 2016, surge no seguimento do Estágio Final, incorporando uma avaliação, apreciação e reflexão crítica de todo o percurso desenvolvido ao longo desde estágio, para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em EMC – PSC e a aquisição das competências de mestre em enfermagem. Todo este percurso culmina no presente Relatório de Estágio, o qual será sujeito a provas públicas.

O campo de estágio selecionado foi o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), da Unidade Hospitalar de Portimão (UHP) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), o qual decorreu entre 24 de setembro de 2018 e 25 de janeiro de 2019, com cumprimento das horas previstas para o estágio. Para tal, contamos com a supervisão clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) Miguel Mariano e a orientação pedagógica da Prof.ª Maria Antónia Costa.

Para complementar as aprendizagens advindas deste estágio, foi realizado um estágio de observação em meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), nomeadamente na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de Portimão e ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Lagos, num total de cinco turnos (Anexo 1). De igual forma foi realizado estágio de observação no Serviço Municipal de Proteção Civil (SMPC) de Portimão, num total de cinco turnos, o que se tornou uma mais valia na aquisição de competências (Anexo 2).

O caminho a escolher nem sempre é o mais fácil, pelo que elaboramos um Projeto de Estágio (PE) (Apêndice 1) no início do Estágio Final, onde reunimos os objetivos a atingir, estratégias e atividades a desenvolver, explanados num cronograma, perspetivando a elaboração do Projeto de Intervenção (PI) (Apêndice 2) e o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em EMC – PSC e a aquisição das competências de mestre em enfermagem. Assim, a sua construção teve como base o Regulamento nº 122/2011 e nº 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011a, 2011b), o Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, assim como a proposta do presente curso de mestrado apresentada à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) (NCE/14/01772). Para a concretização do PI optou-se pela linha de investigação "Segurança e Qualidade de Vida", integrante do preconizado para este mestrado. Ainda como elemento avaliativo para a concretização do Estágio Final, foi elaborado um artigo científico (Apêndice 3), relacionado com o PI desenvolvido.

O transporte secundário da Pessoa em Situação Crítica (PSC) é algo com que os enfermeiros do SUMC da UHP do CHUA se deparam frequentemente. Para além de todos os riscos associados, a segurança e a qualidade do transporte pode estar em causa, caso não seja realizado por equipas formadas e com experiência e competência na área (Ordem dos Médicos [OM] & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2008; *Australian and New Zealand College of Anaesthetists*[1] [ANZCA], 2015; *India Society of Critical Care Medicine*[2] [ISCMM], 2017; Warren, 2004; *Intensive Care Society*[3], 2011). Por outro lado, é inconcebível que o estado de saúde do doente se agrave por qualquer aspeto relacionado com o transporte, sendo primordial que as instituições hospitalares adotem estratégias para a redução das taxas de complicações relacionadas com o transporte da PSC, sendo que nos países onde já existe essa prática, verificou-se a redução significativa da morbilidade e mortalidade (Blakeman & Branson, 2013).

Como ancoragem teórica, para dar suporte a todas as decisões efetuadas, optou-se pelo Modelo das Sinergias, desenvolvido pela *American Association of Critical-Care Nurses*[4] [AACN], um modelo que conjuga as necessidades dos doentes com as competências dos enfermeiros, que ao coincidiram, a sinergia ocorre, permitindo a prestação de melhores cuidados aos doentes

[1] Colégio de Anestesistas da Austrália e da Nova Zelândia
[2] Sociedade de Medicina de Cuidados Críticos da Índia
[3] Sociedade de Cuidados Intensivos
[4] Associação Americana de Enfermeiros de Cuidados Críticos

(AACN, 2016a). Assim, atendendo às necessidades da PSC submetida a um transporte secundário, existindo sinergia, com competências dos enfermeiros ajustadas a cada situação, poderá diminuir as intercorrências, associadas aos riscos adjacentes ao próprio doente, aumentando a segurança do transporte.

Posto isto, definimos como objetivo geral para o Relatório de Estágio, **Descrever detalhadamente as atividades e estratégias desenvolvidas e aplicadas durante o Estágio Final**.

A este objetivo geral suplementamos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever pormenorizadamente o caminho percorrido para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção;
- Analisar o processo de aquisição das competências comuns e as competências específicas de EMC – PSC e as competências de mestre em enfermagem.

No primeiro objetivo específico pretende-se descrever detalhadamente a realização e implementação do PI profissional, o qual foi desenvolvido, com o intuito de melhorar a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSC durante o transporte secundário, mediante formação aos enfermeiros (Apêndice 4), criação de duas propostas de alteração de normas de procedimentos hospitalares, nomeadamente uma para o transporte inter-hospitalar (Apêndice 5) e outra para o intra-hospitalar (Apêndice 6), uma proposta de alteração do boletim de acompanhamento do doente no transporte inter-hospitalar (Apêndice 7) e uma proposta de uma lista de verificação e registos para o transporte intra-hospitalar (Apêndice 8). A sua construção foi realizada com recurso à pesquisa sistematizada, na procura da evidência científica sobre a temática abordada, numa perspetiva de enfermagem avançada.

No segundo objetivo específico, evidencia-se a análise crítica e reflexiva de todas as intervenções implementadas e das estratégias utilizadas, relacionando-as com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e as competências de mestre. Desta forma, evidencia-se a partilha de experiências e a reflexão da prática realizada. Pretende-se ainda, demonstrar as aprendizagens efetuadas, atendendo que cada intervenção e estratégia aplicada constituiu uma aquisição de conhecimento teórico e prático com vista à melhoria dos cuidados prestados.

Após a presente Introdução surge o primeiro capítulo, onde é feita a apreciação do contexto, com apresentação do campo de estágio, integrante numa instituição hospitalar, referindo os recursos materiais e humanos, seguindo-se uma análise da produção de cuidados desta instituição e uma análise da população, culminando na problemática associada que justifica a escolha do tema para o PI.

O capítulo dois, o maior deste trabalho, exibe o caminho percorrido para a efetivação do PI. Começamos por fazer um Enquadramento Conceptual e Teórico, que passa pela contextualização do tema escolhido, seguindo para a referência aos cuidados de enfermagem especializados à PSC, e que continua na ressalva da importância da qualidade e segurança na prestação de cuidados ao doente, assim como, da necessidade e relevância da formação. Este capítulo integra ainda o modelo selecionado para a prática baseada na evidência, sendo ele, o Modelo da Sinergia da AACN. Ainda neste âmbito é apresentado o desenvolvimento do PI durante o estágio, o qual principia com uma fundamentação, e que prossegue para a apresentação dos objetivos, da população e da metodologia, com referência às considerações éticas adjacentes. Para compreensão do culminar deste PI, é possível consultar, também neste capítulo, os resultados obtidos e respetiva discussão, surgindo a conclusão como remate de todo este processo.

Passamos para o terceiro capítulo e, nele é feita uma análise reflexiva sobre as competências adquiridas, nomeadamente as de mestre em enfermagem e as comuns e específicas em EMC – PSC, através de uma referência às atividades e estratégias delineadas no PE, com alusão à sua materialização, assim como os recursos humanos e materiais utilizados.

Seguidamente, no quarto capítulo é possível consultar-se a análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo, terminando este Relatório com uma conclusão, onde é feita a síntese de todos os pontos expostos ao longo dos quatro capítulos apresentados.

De referir que o presente Relatório segue as orientações explanadas nos documentos "Orientações gerais para a realização do relatório" (Santiago et al., s/d), e "Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem" (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, s/d). De referir, ainda, que foi lavrado à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e seguiu as orientações de citação e referenciação emanadas pela *American Psychological Association*, 6ª edição.

1. APRECIAÇÃO DO CONTEXTO

Neste capítulo será possível apresentar a caracterização da instituição e serviço onde foi desenvolvido o Estágio Final, com apresentação dos seus recursos físicos, materiais e humanos, seguindo-se uma análise da produção dos cuidados e análise da população que usufrui dos cuidados prestados nesta instituição.

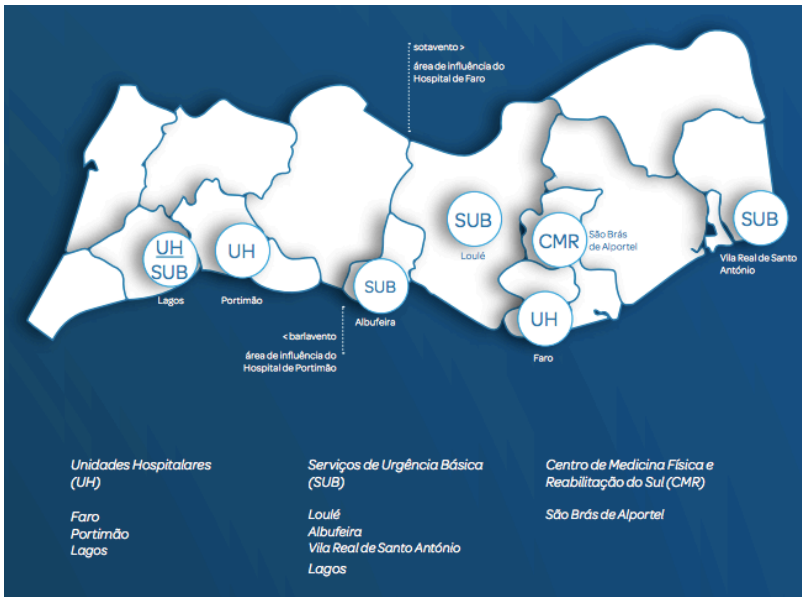
1.1. Centro Hospitalar Universitário Do Algarve

O CHUA como pessoa coletiva de direito público, com autonomia financeira, patrimonial e administrativa, com carácter empresarial, integrado no Serviço Nacional de Saúde [SNS], surge através do Decreto-Lei n.º 101/2017, de 23 de agosto, e substitui o antecedente Centro Hospitalar do Algarve (CHA) E.P.E.. Este último foi criado em 2013, com a união do Hospital de Faro E.P.E. (criado pelo decreto-Lei n.º 180/2008) com o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, S. A., criado pelo Decreto-Lei n.º 214/2004 e que procedeu à extinção do Hospital do Barlavento Algarvio, S.A. e do Hospital Distrital do Algarve (CHUA, 2017a).

Em relação ao desenvolvimento da atividade assistencial o CHUA organiza-se em dois polos, Polo Hospitalar do Algarve Central e Sotavento (Faro) e Polo Hospitalar do Barlavento Algarvio (Portimão) (Figura 1), que "inclui hospitais de nível especializado, central, distrital e distrital menos diferenciado e, quanto ao atendimento urgente, serviços de nível polivalente, médico-cirúrgico e básico" (CHUA, 2018a, p.37).

O CHUA é composto por três Unidades Hospitalares (UH) (Figura 1), assumindo responsabilidade como hospital central (Faro), hospital distrital (Portimão), hospital distrital menos diferenciado (Lagos), dispondo também de uma unidade especializada em São Brás de Alportel - Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul. Em relação a este último as competências administrativas transitaram da alçada da Administração Regional de Saúde do Algarve, conforme o Decreto-Lei n.º 101/2017, de 23 de agosto. Para além disso é composto por quatro Serviços de Urgência Básica (SUB) - Albufeira, Lagos, Loulé e Vila Real de Santo António (Figura 1) (CHUA, 2018a).

Figura 1 - Distribuição das estruturas físicas do CHUA pela Região do Algarve



Fonte: CHUA, 2018a

Para além do já descrito, através da Portaria n.º 75/2016, de 8 de abril, foi criado o Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve, resultante de um consórcio entre o CHA, E.P.E. (antiga denominação do CHUA), e a Universidade do Algarve, cujo objetivo seria servir a comunidade com cuidados de saúde diferenciados e de qualidade (CHUA, 2018a).

O CHUA é a única entidade hospitalar do SNS "responsável pela prestação de cuidados de saúde diferenciados e por toda a rede de serviços de Urgência da região do Algarve, bem como pelo apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde" (CHUA 2017b, p.4).

A **missão** do CHUA é

> "a prestação de cuidados de saúde diferenciados, abrangendo toda a região do Algarve como sua área de influência direta e também parte do Alentejo, para algumas das suas valências, e a investigação e ensino médico e em saúde, sendo uma instituição de referência no Serviço Nacional de Saúde, com estatuto de hospital universitário, mantendo para o ensino clínico uma articulação estreita com a Universidade do Algarve, através do Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve." (CHUA, 2018a, p.20).

Como **Visão**, o CHUA

> "pretende afirmar a sua excelência na prestação de cuidados de saúde diferenciados, a criação de valor em saúde para os seus utentes e a relevância internacional da investigação em saúde, em estreita colaboração com a academia, através de uma gestão sustentável dos seus recursos." (CHUA, 2018a, p.20).

Constituem como **Valores** do CHUA, os seguintes:

> "- Cultura de serviço público, centrado no utente e na satisfação do atendimento recebido;
> - Universalidade da sua missão, constituindo-se como pilar de coesão social para a população que serve;
> - Equidade no acesso e utilização aos cuidados que disponibiliza;
> - Trabalho em equipa, multidisciplinar, assente numa efetiva integração dos níveis de cuidados disponíveis na região, promovendo a adequação da prestação às necessidades dos utentes;
> - Respeito pelos princípios éticos, pela dignidade humana, pelos direitos dos utentes e em elevados padrões de segurança assistencial;
> - Orientação para a obtenção de resultados em saúde, condição necessária para uma efetiva criação de valor em saúde;
> - Efetividade e eficiência na utilização dos recursos disponíveis, contribuindo para a sustentabilidade da instituição" (CHUA, 2018a, p.20).

Seguindo as orientações e os objetivos traçados nos Planos Nacional e Regional de Saúde, o CHUA estabeleceu no seu quadro estratégico, objetivos centrais, sendo eles:

> "- Prestar mais e melhores cuidados de saúde de proximidade, com maior integração de cuidados;
> - Desenvolver e consolidar o Centro Hospitalar como uma unidade hospitalar com um elevado nível de diferenciação adequado às necessidades em saúde da população servida, com sustentabilidade técnica e financeira;
> - Tornar o Centro Hospitalar num parceiro de referência para o desenvolvimento da região do Algarve, com forte contributo para a qualificação da comunidade, como maior empregador de recursos humanos qualificados na região e promotor da qualificação e de produção de conhecimento na área das ciências da saúde." (CHUA, 2017b, p.14).

O CHUA é composto por sete departamentos, que englobam os dois polos hospitalares (Faro e Portimão), nomeadamente:

- Médico
- Cirúrgico
- Criança, Adolescente e da Família
- Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana
- Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos

- Psiquiatria e Saúde Mental
- Clínico de Serviços Tecnológicos e Terapêuticos (CHUA, 2018a).

Cada departamento é composto por um conjunto de serviços clínicos, de acordo com a sua semelhança, com os seus destinatários e com as características intrínsecas a cada serviço, com o objetivo de otimizar os recursos existentes (CHUA, 2018a).

Em relação ao Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, que conta com serviços em 3 Unidades Hospitalares, nomeadamente, em Faro, de nível I, Serviço de Urgência Polivalente (SUP), Serviço de Medicina Intensiva (SMI) I, em Portimão, de nível II, SUMC e SMI 2, e em Lagos, de nível III, o SUB (CHUA, 2017b). No que toca à UHP, o SMI 2 é formado pela Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) 2, Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA), Sala de Emergência (SE) (integrada fisicamente no SUMC), VMER em Portimão e ambulância SIV em Lagos (CHUA, 2018a).

Em relação à lotação do CHUA, este comporta 995 camas, podendo acrescer mais 30 em caso de necessidade (Tabela 1). Verifica-se que a oferta de camas hospitalares é bastante inferior à média nacional embora as estruturas físicas de oferta sejam similares ao padrão nacional (CHUA, 2018a).

Tabela 1 - Distribuição das camas pelas UH do CHUA

Unidade de Faro		**Unidade de Portimão**		**Unidade de Lagos**	
Total	582	**Total**	288	**Total**	**40**
Berçário	34	Berçário	21		
Unidade de convalescença	20	Unidade de Paliativos	10		
Camas Supletivas	30				
Total Final	**666**	**Total Final**	**319**		

Fonte: CHUA, 2018a

De acordo com o CHUA (2018a), a 31 de dezembro de 2017, esta entidade hospitalar contava com 4357 trabalhadores, distribuídos pelos vários setores, conforme se apresenta na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores do CHUA pelas categorias profissionais

Categoria Profissional	Total
Assistente Operacional	1046
Assistente Técnico	506
Conselhos de administração	5
Outro pessoal	2
Enfermeiros	1558
Pessoal de Informática	22
Pessoal Dirigente	19
Pessoal docente	2
Pessoal em formação pré-carreira	242
Médicos	457
Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	323
Pessoal Técnico Superior de Saúde	64
Técnico Superior de Saúde	72
Técnico Superior	103

Fonte: CHUA, 2018a

1.2. Serviço De Urgência Médico Cirúrgica

O CHUA é composto por vários Serviços de Urgência (SU), nomeadamente, um SUP na UH de Faro, um SUMC na UHP e quatro SUB a funcionar na UH de Lagos, em Loulé, em Albufeira e em Vila Real de Santo António (CHUA, 2018a). Assim, o CHUA contempla os três níveis de atendimento de urgência, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto.

No que toca à carteira de serviços relacionados com os atendimentos de urgência, o SUMC dispõe de 24/24 horas de: atendimento geral, pediatria (a funcionar no Serviço de Urgência Pediátrica), medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, bloco operatório, imuno-hemoterapia, imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, tomografia computorizada (TC)), patologia clínica, cuidados intermédios (UIDA), cuidados intensivos (UCIP 2), ambulância SIV e VMER (CHUA, 2018a). Tal é compatível com o disposto no ponto 6.2 do artigo 4º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, para a existência de valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo nos SUMC:

> "a) Medicina Interna; b) Pediatria; c) Cirurgia Geral; d) Ortopedia; e) Anestesiologia; f) Imuno-Hemoterapia; g) Bloco Operatório (em permanência); h) Imagiologia (devendo assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples, TAC); i) Patologia Clínica (devendo assegurar em permanência todos os exames básicos, incluindo análises de gases do sangue e lactatos)" (p. 20674).

Assim, outras especialidades, como cardiologia ou nefrologia, estão asseguradas pela rede de especialidades e de referenciação.

Em 2017, foram realizados 948,9 atendimentos de urgência por dia no CHUA, o que corresponde a menos 28,6 atendimentos por dia quando comparado com o ano de 2016. Verificou-se um decréscimo de 2,9% entre 2017 e 2016, o que correspondeu a menos 10 454 atendimentos de urgência (CHUA, 2018a).

Dos quase 346 720 atendimentos em SU no CHUA, no ano 2017, 94 352 foram no SUMC da UHP. Em 2016, esse valor foi um pouco mais alto, revelando 97 011 atendimentos no SUMC (Tabela 3) (CHUA, 2018a).

Tabela 3 - Comparação entre o n.º de atendimentos totais em todos os SU do CHUA e no SUMC da UHP

	Ano			
	2017	**2016**	**2015**	**2014**
SUMC	94 352	97 011	93 210	88 391
CHUA	346 720	357 174	350 414	283 929

Fonte: CHUA, 2018a

A percentagem dos doentes que ficaram internados após darem entrada num SU do CHUA foi de 6,9%. Do total dos doentes triados, a 38,1% foi atribuída prioridade verde, azul ou branca (CHUA, 2018a).

O SUMC da UHP do CHUA, integra a rede de SU ao nível do SUMC, ou seja, o segundo nível de acolhimento das situações de urgência. De acordo com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, "o SUMC tem uma sala de emergência com equipa com formação especializada em medicina de urgência e uma área de cuidados intermédios para os doentes que necessitem de vigilância organizada e sistemática" (p. 20674).

O CHUA adotou o sistema de triagem de Manchester, o qual é utilizado nos vários SU que o contemplam. O SUMC não é exceção e cumpre o artigo 12º do Despacho n.º 10319/2014, de 11

de agosto, em que "é obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU" (p. 20675).

1.2.1. Recursos materiais

O SUMC encontra-se no piso 1 da UHP, composto por várias áreas que vão, na sua maioria, de encontro ao estabelecido no artigo 20º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, o qual define que os SU devem incluir as seguintes áreas:

> "a) Área de admissão e registo;
> b) Área de triagem de prioridades;
> c) Área de espera;
> d) Área de avaliação clínica;
> e) Área de emergência para doentes críticos com condições para suporte avançado de vida;
> f) Área de ortotraumatologia
> g) Área de curta permanência e observação;
> h) Área de informação e comunicação com familiares" (p. 20677)

Área de Admissão e Registo

- Composto por quatro postos de trabalho (administrativos) para inscrição de doentes, com um posto de atendimento para os doentes que se deslocam pelos próprios meios e outro para atendimento aos meios de emergência.

Área de triagem de prioridades

- Com dois postos de trabalho. Contém uma arrecadação, que armazena material de limpeza e de desinfeção dos equipamentos clínicos. Local onde se localiza a caixa com o material para triagem em caso de catástrofe e o material de estabilização em trauma (planos duros, colares cervicais, maca pluma).

Áreas de Espera

- Sala de espera de doentes triados com azul ou verde - junto à admissão de doentes para aguardarem os doentes triados de azul ou verde com capacidade de deambular;

- Sala de espera dos doentes triados com amarelo ou laranja - junto do balcão de enfermagem, para aguardarem os doentes triados de amarelo ou laranja, com capacidade de deambular.

Área de avaliação clínica

- Um balcão de atendimento médico, com quatro postos de trabalho, localizado junto ao balcão de enfermagem e à sala de espera dos doentes triados com amarelo ou laranja;
- Dois gabinetes médicos;
- Um gabinete para avaliação de especialidade.

Sala de Emergência

- Sala para avaliação e estabilização de doentes críticos. Dispõe de duas boxes totalmente equipadas, cada uma com um ventilador, um monitor, com possibilidade de monitorização invasiva, e todo o material necessário para cateterização venosa. Para além disso, dispõe de uma terceira boxe suplementar, com possibilidade de colocação de um terceiro doente na sala, em caso de necessidade. A SE dispõe de dois monitores/desfibrilhadores e de todo o material necessário à abordagem ao doente crítico.

Área de ortotraumatologia

- Denominado de balcão de ortopedia, dispõe de uma sala para observação dos doentes e de um gabinete para realização de técnicas ortopédicas.

Área de curta permanência e observação

- Balcão de enfermagem – Composto por dois enfermeiros, destina-se à prestação de cuidados aos doentes que estejam sentados em cadeirão ou cadeira-de-rodas e/ou que precisem de observação contínua, necessidade de monitorização ou que se encontrem a realizar oxigenoterapia ou terapêutica por via respiratória. Esta sala dispõe de várias rampas de oxigénio e de três monitores de monitorização contínua portáteis;
- Sala de decisão clínica – Destinada à observação e prestação de cuidados dos doentes que necessitem de maca ou que estejam internados a aguardar vaga num serviço de internamento. Esta sala não tem limite máximo estipulado, recebendo

doentes enquanto existir espaço para colocar as macas. Dispõe de várias rampas de oxigénio e várias boxes, individualizadas por cortinas. Tem um espaço mais resguardado com o objetivo de colocar doentes com necessidade de isolamento respiratório ou por gotículas até transferência para local definitivo. Esta sala tem disponível um carro de urgência.

Outras áreas

- Sala de pequena-cirurgia – destinada à prestação de cuidados aos doentes que necessitem da realização de pensos, suturas, procedimentos invasivos (drenagens toráxicas, punções lombares, entre outros);
- Gabinete da Enfermeira Chefe;
- Gabinete do Diretor Clínico;
- Arrecadação junto à SE – Armazena o seguinte material: Seringas perfusoras, uma maca pluma, material para ventiladores (traqueias e pulmões-teste), dois monitores desfibrilhadores (destinados ao acompanhamento de doentes em transportes intra e inter-hospitalares) e duas malas de transferência para transporte inter-hospitalares (uma apenas para acompanhamento de doentes em Via Verde Coronária e outra para as restantes transferências);
- Arrecadação para armazenamento de material de consumo clínico;
- Dispensa para armazenamento de fluidoterapia;
- Salas para eliminação e armazenamento de resíduos;
- Copa para funcionários;
- Casas de banho para doentes e familiares e para funcionários.

1.2.2. Recursos humanos

O SUMC dispõe de vários profissionais que constituem a sua equipa multidisciplinar, contando com médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos, técnicos de eletrocardiografia, assistente social, vigilantes e prestadores dos serviços de limpeza e distribuição de alimentação.

Conforme o disposto no artigo 21º do Despacho 10319/2014, de 11 de agosto, tanto os médicos como os enfermeiros dos SU devem ter formação em Suporte Avançado de Vida (SAV),

sendo que 50% da equipa deverá ter formação em Suporte Avançado em Trauma, Ventilação e Controle Hemodinâmico, Transporte de Doente Críticos, Vias Verdes, Comunicação e Relacionamento em Equipa, Gestão de Stress e Conflitos, Comunicação do risco e "transmissão de más notícias". Para além do mais, nesses 50% está também previsto em relação aos enfermeiros que detenham a Especialização em PSC.

Equipas Médicas

A equipa médica conta com vários médicos permanentes no SU, desde clínicos gerais até especialistas em Medicina Interna e Cirurgia Geral. Conta também com o apoio de Anestesistas, Ginecologistas/Obstetras e Intensivistas.

A equipa médica da SE, é na sua maioria assumida pelos médicos da UCIP 2 até às 20h30. Durante a noite é da responsabilidade da especialidade de Medicina Interna.

Equipas de enfermagem

A equipa de enfermagem do SUMC é composta por 65 enfermeiros, distribuídos por cinco equipas, das quais quatro trabalham por turnos e uma equipa apenas cumpre horários diurnos.

A Enfermeira Chefe, como responsável máxima de enfermagem do SUMC, coordena todos os recursos humanos e materiais deste serviço. Na sua ausência, no turno da manhã, a chefia é assegurada pela enfermeira que a substitui. Nos restantes turnos e aos dias não úteis, o enfermeiro chefe da equipa que está de serviço toma a responsabilidade da gestão do serviço.

Cada equipa tem um chefe de equipa detentor de uma especialidade em enfermagem, o qual é responsável pela distribuição dos elementos da equipa pelos diferentes postos de trabalho. No SUMC é utilizado o método individual de trabalho, pelo que cada enfermeiro será responsável por toda a organização, prestação de cuidados e registos da área a que ficar alocado. Em relação ao número de enfermeiros escalados por turno, são 12 nos turnos da manhã e da tarde e 10 no turno da noite.

No que toca aos registos de enfermagem, são efetuados no sistema informático ALERT®, quando correspondem aos doentes desde a sua triagem até ao momento da alta ou de

internamento, à exceção dos doentes que estão internados, a aguardar na Área de Decisão Clínica, cujos registos são feitos no programa informático S-Clinic®.

Em relação à distribuição dos enfermeiros pelos postos de trabalho, verifica-se o seguinte:

Chefia de equipa

- Um enfermeiro especialista.

Sala de Emergência

- Um enfermeiro escalado para a SE;
- Um enfermeiro escalado para Via Verde Coronária – Responsável pelo acompanhamento dos doentes durante o transporte inter-hospitalar no caso da existência de uma Via Verde Coronária para a Unidade Hospitalar de Faro. Quando se encontra no SUMC apoia o enfermeiro escalado para a SE.

Balcão de enfermagem

- Um enfermeiro escalado para a triagem de doentes;
- Dois enfermeiros escalados para o balcão de enfermagem.

Pequena Cirurgia

- Um enfermeiro, que apoia a decisão clínica quando não tem doentes na sala de pequena cirurgia.

Sala de decisão clínica

- Dois enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados aos doentes de urgência com necessidade de maca (um enfermeiro para mulheres e outro para homens);
- Um enfermeiro responsável pela prestação de cuidados aos doentes internados a aguardar vaga nos serviços de internamento.

Em cada turno da manhã existe um enfermeiro que assume as primeiras transferências de doentes, não programadas, sendo que nas tardes e noites são dois elementos, para as primeiras e segundas transferências.

Os postos de trabalho descritos são ocupados por enfermeiros, independentemente de serem ou não detentores de especialidade, não existindo um critério definido para a sua distribuição, à exceção da SE onde são alocados elementos que pelo menos já tenham realizado um curso de SIV, ou o posto de triagem, ocupado por enfermeiros que já tenham concretizado o Curso de Triagem de Manchester promovido pelo Grupo Português de Triagem, curso este que, para ser realizado, exige, pelo menos seis meses de experiência profissional (Grupo Português de Triagem, 2015).

Equipas de Assistentes Operacionais

Tal como os enfermeiros se organizam por equipas, também as assistentes operacionais se organizam por equipas e dependem do chefe de equipa de enfermagem. Durante o turno da manhã são quatro, enquanto que nos turnos da tarde e noite são três assistentes operacionais distribuídas por SE, balcão de enfermagem e área de decisão clínica.

1.3. Análise De Produção De Cuidados

O CHUA, para além de integrar as várias UH e os SUB, desde 2014 é a única entidade hospitalar do Algarve responsável pela rede dos SU da região, assumindo-se na prestação de cuidados de saúde diferenciados, acumulando a comprometimento no apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde (CHUA, 2017b).

Atendendo às grandes dificuldades existentes, referidas pelo CHUA (2017), relacionadas com fatores económicos, défice de recursos humanos e materiais, o grande desafio é "assegurar cuidados de saúde de excelência, procurando a eficiência e a sustentabilidade numa estratégia centrada no doente, e em parcerias com outros prestadores de cuidados de saúde, aliada a um esforço de diversificação de fontes de receitas" (CHUA, 2017b, p.7).

O CHUA dispõe de um Centro de Formação, Investigação e Conhecimento (CFIC), com representação nas Unidades Hospitalares de Faro e Portimão. Responsável por criar um

Programa de Formação de Integração para novos colaboradores e um Programa de Formação Obrigatória para todos os profissionais, detém um leque de oferta em formação que abrange várias áreas desde a segurança, a infeção (CHUA, 2017b). Um dos cursos existentes é o curso de SIV, que embora não seja acreditado, está ao dispor dos profissionais do CHUA e é ministrado por enfermeiros com vasta formação na área da reanimação cardio-pulmonar. Desta forma é possível colmatar alguns défices formativos dos profissionais e dar, em parte, resposta ao artigo 21º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, em que tanto os médicos como os enfermeiros dos SU devem ter formação em SAV.

Para além disso, o SUMC promove várias formações de interesse para os enfermeiros, relacionadas com a prestação de cuidados à PSC, nomeadamente o "Curso de Vias Verdes", num total de 16 horas, realizada semestralmente e que de alguma forma consegue ir ao encontro do artigo 21º do despacho atrás referido, em que 50% da equipa deverá ter formação em Vias Verdes.

Na UHP foi criado o serviço de acompanhamento personalizado aos utentes, em que apenas no primeiro mês de funcionamento, cerca de 3 000 utentes beneficiaram desse apoio, mais propriamente na orientação e acompanhamento para a receção de cuidados de saúde, tal como consultas ou realização de exames. Este serviço é prestado por um grupo de voluntários (CHUA, 2018a).

O CHUA foi reconhecido como centro de referência do cancro do reto, na área de oncologia de adultos, sendo a única entidade hospitalar a sul do Tejo que integra os Centro de Referência em Portugal, valida-lhe o conhecimento e a competência técnica no tratamento de patologias (CHUA, 2018a).

Na Unidade Hospitalar de Faro, o CHUA dispõe de um laboratório de Hemodinâmica e respetiva Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), o que implica vários transportes inter-hospitalares, por Via Verde Coronária, entre os dois polos hospitalares.

Verificou-se no ano de 2017 uma lotação média anual de 913,7 (mais 0,50% que em 2016). Quanto à demora média, observou-se 10,25 dias, o que reflete um agravamento de 0,35 dias em relação ao ano anterior (Tabela 4) (CHUA, 2018a).

Tabela 4 - Comparação entre total de doentes saídos, total de dias de internamento, demora média e taxa de ocupação nos anos de 2017, 2016 e 2015

	Ano		
	2017	**2016**	**2015**
Total de doentes saídos	29 188	29 414	29 804
Total de dias de internamento	299 093	291 061	287 463
Demora média	10,25	9,90	9,65
Taxa de Ocupação	89,68%	87,47%	86,45%

Fonte: CHUA, 2018a

No que toca a intervenções cirúrgicas, em 2017 foram realizadas 14 082 cirurgias, e dessas 3 762 foram de cariz urgente (CHUA, 2018a).

São identificados como pontos fracos da análise do ambiente interno e externo do CHUA:

- Distância às unidades hospitalares de referência, limitando a possibilidade de apoio e alternativa efetiva em situações de pico e impondo custos de estrutura elevados;
- Quadro de pessoal bastante deficitário, em particular na área médica, com rácios de cobertura populacional significativamente inferiores à média nacional e aos referenciais desejáveis (CHUA, 2017b).

Na análise comparativa do Grupo D[5] das entidades hospitalares do SNS, percebe-se que o CHUA é a entidade hospitalar que realiza um maior número de atendimentos (SNS, 2019).

1.4. Análise Da População

O território que o CHUA serve é vasto, verificando-se a maior distância, de 140Km, entre a UH de Lagos e a SUB de Vila Real de Santo António (CHUA, 2018a). Entre as três UH verifica-se uma distância de 70 Km entre Faro e Portimão, 90 Km entre Faro e Lagos e 20 Km entre Portimão

[5] O Grupo D é composto pelo CHUA, Hospital Fernando da Fonseca, Hospital de Braga, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Hospital Garcia de Orta, Centro Hospitalar Tondela Viseu e Hospital do Espírito Santo de Évora (SNS, 2019).

e Lagos (CHUA, 2017c). Atendendo à quantidade e dispersão dos locais de prestação de serviços de saúde, por vezes torna-se difícil alocar de forma eficiente os recursos, principalmente os profissionais, o que se reflete num gasto acrescido (CHUA, 2018a).

Assim, pelas dificuldades sentidas na região em assegurar profissionais e valências compatíveis com um hospital de nível central e universitário, verifica-se uma interferência nos tempos de resposta e equidade no acesso aos cuidados de saúde, quando comparado com outras zonas do país, ficando o CHUA "ao nível dos grandes centros, sem ter a centralidade inerente" (CHUA, 2018a, p.16)

A população residente na região do Algarve (NUTS II/III[6]) consegue encontrar a maioria das respostas para as suas necessidades de saúde no CHUA, tendo em conta o quadro do SNS (CHUA, 2018a).

No que toca à área de influência, o CHUA dá resposta aos 16 concelhos do Algarve e aglomera uma população residente anual de 450 000 habitantes, número este que pode duplicar ou triplicar durante os meses de época alta, por ser a principal região turística de Portugal Continental, o que se pode equiparar a entidades hospitalares situadas em grandes áreas metropolitanas (CHUA, 2017b, 2017c). Assim, o CHUA "para cumprir a sua missão tem, necessariamente, que se desenvolver e consolidar como uma unidade hospitalar de excelência, dotado de recursos que lhe permitam garantir à população servida, a equidade, qualidade e universalidade do acesso aos cuidados de saúde" (CHUA, 2017b, p.4).

Pode verificar-se que enquanto no mês de Fevereiro de 2018 o CHUA atendeu cerca de 28 000 doentes nos SU, em Agosto do mesmo ano, esse valor foi acima de 36 000, o que vai ao encontro do aumento populacional na região, durante os meses de Verão (SNS, 2019).

Com o crescimento da população na região do Algarve, verifica-se que as UH do CHUA, principalmente as de Faro e Portimão, não têm atualmente capacidade para dar resposta, atendendo que foram concebidas para uma população residente bastante inferior (CHUA, 2018a). De acordo com o Instituto Nacional de Estatísticas (2017), entre 1999 e 2016 houve um

[6] Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos, subdividindo-se em três níveis (NUTS I/II/III), definidos de acordo com critérios populacionais, administrativos e geográficos, assumindo o Algarve as mesmas definições em NUTS II e III (Pordata, 2013).

aumento de cerca de 27% da população residente no Algarve, sendo quase oito vezes mais que o crescimento verificado a nível nacional. Tendo em conta esta situação, o CHUA (2018a) refere que "a capacidade de resposta é manifestamente insuficiente, resultando nas conhecidas situações de falta de atendimento atempado, elevado número de transferências de doentes para outras unidades e proliferação de unidades privadas na região" (p.18).

Para além do mais, verifica-se que a população servida pelo CHUA apresenta altos níveis de envelhecimento e, por outro lado, no que toca à mortalidade prematura, o Algarve apresenta valores superiores à média nacional, principalmente em causas externas, como envenenamentos ou acidentes rodoviários, sendo estas causas de mortalidade consideradas como não evitáveis pelos cuidados de saúde (CHUA, 2018a).

1.5. Problemática: Segurança Da Pessoa Em Situação Crítica Durante O Transporte Secundário

A UH onde foi desenvolvido o estágio, por ser de tipologia médico-cirúrgico, conforme o previsto no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, dispõe de valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo, existindo uma rede de referenciação, "localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC" (p. 20673).

Assim, verifica-se que, para além de receber doentes dos concelhos limítrofes, a SU desta UH sente a necessidade de encaminhar alguns doentes para outros hospitais de tipologia polivalente, por inexistência de algumas especialidades ou de exames mais diferenciados. Por outro lado, em determinadas situações, são transferidos doentes para hospitais de referência em Lisboa, verificando-se, assim, que em todo o território nacional continental, as UH desta entidade hospitalar são as que ficam mais distantes de outros hospitais que se assumem como referência, distando cerca de 300 Km (CHUA, 2018a).

De acordo com os dados fornecidos pelo enfermeiro supervisor responsável pelas transferências hospitalares, durante o ano 2017, ocorreram 444 transportes secundários de doentes adultos, com exclusão de mulheres grávidas, com proveniência desta UH. Na tabela 5 pode analisar-se o tipo de transferência efetuado com acompanhamento de enfermagem com um enfermeiro da UHP do CHUA, comparativamente com os acompanhamentos efetuados apenas por enfermeiros do SUMC. Tal como pode confirmar-se os enfermeiros do SUMC assumiram 320 das 444 transferências, refletindo-se em cerca de 72%. De referir que todos os transportes inter-hospitalares referentes a Via Verde Coronária foram assumidos na totalidade por enfermeiros do SUMC. Até ao final do Estágio Final não foi possível apurar os valores totais relativos ao ano de 2018 (CHUA, 2019a).

Tabela 5 - Comparação entre as transferências realizadas por enfermeiros da UHP do CHUA e apenas por enfermeiros do SUMC

TIPO DE TRANSFERÊNCIA	1ª Transferência	2º Transferência	3º Transferência	Via Verde	Programada	**TOTAL**
SUMC	166	11	1	129	14	**320**
UH PORTIMÃO	215	15	2	129	81	**444**

Fonte: CHUA, 2019a

Em relação à SE, dos 875 doentes que deram entrada entre janeiro e dezembro de 2018, 17% (N= 151) usufruíram de transporte inter-hospitalar por necessidade de transferência para outra instituição hospitalar. De referir que dessas 151 transferências inter-hospitalares, 131 foram para a UH de Faro, na sua maioria para a UCIC (68%). Verificou-se, também, que 71% dos doentes que entraram na SE ficaram nesse hospital, resultando em 92 transferências para a UCIP 2 e 187 para a UIDA, ou seja, 45% do número total (CHUA, 2019b). Para além disso, muitos desses doentes foram submetidos a procedimentos ou exames de diagnóstico, refletindo-se na necessidade de acompanhamento de enfermagem no transporte intra-hospitalar, embora não existam dados estatísticos relacionados com a casuística dos mesmos. De acordo com a realidade descrita, constata-se que os enfermeiros do SUMC deste hospital são confrontados diversas vezes com a necessidade de acompanhar a PSC durante o transporte secundário.

Embora no Despacho n.º 10109/2014, de 6 de agosto, refira que deve existir um Transporte Regional do Doente Crítico, com o intuito de assegurar os transportes inter-hospitalares, funcionando como um "modelo integrado nos CODU (Norte, Centro e Sul), (...) tripulado por um

médico e um enfermeiro com formação específica e complementar em transporte do doente crítico, e um Técnico de Emergência" (p. 20234), verifica-se que tal não está posto em prática. Assim, nesta UH o acompanhamento da PSC por enfermeiro e médico durante os transportes secundários é da responsabilidade da entidade hospitalar.

No transporte secundário da PSC existem riscos associados, que se podem traduzir em grande instabilidade da PSC, com agravamento do estado clínico e ocorrência de complicações, as quais devem ser antecipadas (OM & SPCI, 2008). O enfermeiro, como interveniente no transporte da PSC, deve saber identificar eventos adversos e implementar medidas preventivas para os reduzir (ANZCA, 2015). Assim, quanto mais apto for o enfermeiro, maior será a sua intervenção, pois, tal como referem a AACN (2016b) e Curley (2007), ao nível das "Práticas do Cuidado", o enfermeiro mais competente consegue antecipar os perigos e evitá-los, o que promove a segurança do doente.

A formação é, sem dúvida, o vínculo para incrementar as estratégias adequadas para a promoção de um transporte o mais seguro possível. O Despacho n.º 10109/2014, de 6 de agosto faz alusão à pertinência deste aspeto, assim como a OM & SPCI (2008) também reforçam essa ideia, acrescentando que é

> "fundamental que cada instituição clarifique uma política formal sobre o transporte de doentes (com responsabilidade identificada), a organização de equipas dedicadas de transporte (com treino específico e experiência regular), o investimento na formação (...) e a implementação de programas de acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico (...)." (p. 8).

Embora, OE (2017) refira que o profissional mais preparado para realizar transporte de doentes críticos seja o Enfermeiro Especialista em EMC – PSC, nem sempre é possível tal situação, pelo que é essencial formar e qualificar os enfermeiros que acompanham a PSC durante os transportes secundários.

Em relação à existência de diretrizes para a uniformização dos procedimentos de enfermagem na temática do transporte secundário da PSC, verificou-se que as normas de procedimentos hospitalares existentes já careciam de revisão.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Atendendo à linha de investigação do Mestrado em Enfermagem "Segurança e Qualidade de Vida" e ao facto da PSC e/ou em falência multiorgânica serem admitidos na SE do SU desta UH, considerou-se adequada a realização de um PI que desse respostas a uma necessidade relevante na prestação de cuidados de enfermagem (Apêndice 2).

Este capítulo pretende mostrar o caminho traçado para o desenvolvimento do PI no campo de estágio, o qual se baseou "numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução" (Ferrito, 2010, p.2).

2.1. Enquadramento Concetual e Teórico

2.1.1. Transporte secundário da pessoa em situação crítica

As guidelines existentes para o transporte secundário da PSC descrevem, na sua maioria, as mesmas recomendações para o transporte inter-hospitalar e o transporte intra-hospitalar (Brunsveld-Reinders, Arbous, Kuiper & Jonge, 2015).

É primordial que, durante o transporte secundário da PSC se mantenha o mesmo nível de cuidados prestados no serviço de origem (Brunsveld-Reinders et al., 2015). Assim, para que tal ocorra, as instituições hospitalares devem contemplar protocolos para o transporte de doentes (Brunsveld-Reinders et al., 2015; Knight et al., 2015). Para além disso, devem manter uma

cultura de investigação frequente sobre esta temática por forma a cuidar do doente com as orientações mais atuais (Knight et al., 2015).

O transporte secundário da PSC só deve ocorrer quando houver monitorização adequada e todos os equipamentos necessários, na presença de profissionais treinados e familiarizados com este tipo de doentes e quando o motivo desse transporte (procedimento ou exame de diagnóstico) trouxer mais benefícios para o doente do que os próprios riscos associados (Knight et al., 2015). O transporte secundário da PSC é considerado uma tarefa provocadora de ansiedade (Ringdal, Chaboyer & Stomberg, 2015).

Pode dividir-se o transporte secundário da PSC em três fases: fase do pré-transporte, fase do transporte e fase do pós-transporte (Brunsveld-Reinders et al., 2015).

Knight et al. (2015) refere que o transporte secundário da PSC tem grandes riscos associados, os quais podem advir de três fatores, nomeadamente, do doente, do sistema e dos profissionais de saúde. Em relação ao doente, podem surgir complicações respiratórias (incluindo Paragem Cardiorrespiratória), alterações hemodinâmicas, infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), alterações ácido-base e alterações da glicémia (Knight et al., 2015; Ringdal et al., 2015; Comeau, Armendariz-Batiste & Woodby, 2015). Para além disso, Ringdal et al. (2015), acrescenta como complicação a diminuição do estado de consciência, enquanto Comeau et al. (2015) e Brunsveld-Reinders et al. (2015) complementam com a existência de vómito e mal preparação do doente para o fim a que se destina o transporte.

No que toca ao sistema, a maioria dos eventos adversos estão relacionados com a existência de garrafas de oxigénio vazias, equipamento com baterias descarregadas, deslocações dos doentes após o cancelamento dos exames/procedimentos por comunicação inadequada com o serviço recetor (Comeau et al., 2015; Brunsveld-Reinders et al., 2015). Brunsveld-Reinders et al. (2015) referem também a existência de equipamento não compatível com o exame de destino e a falha na mala de transporte como vínculo para a ocorrência de eventos adversos, acrescentando Comeau et al. (2015) a falta de equipamento de reanimação suficiente.

Brunsveld-Reinders et al. (2015) referem quais os itens mais importantes a ter atenção em cada uma das fases, nomeadamente:

- Pré-transporte – garrafas de oxigénio vazias, poucos acessos venosos, falta de equipamento, falha no *trólei*, sistemas de medicação curtos e falha na comunicação com o departamento de radiologia;
- Transporte – deslocação de cateter venoso ou tubo endotraqueal, bombas infusoras com pouca bateria;
- Pós-transporte – instabilidade do doente, reconexão incorreta ao suporte respiratório e reinício incorreto de medicação.

Mais de 50% dos incidentes ocorrem na fase do transporte. Nas três fases o incidente mais ocorrido é a instabilidade hemodinâmica (Brunsveld-Reinders et al., 2015).

Para além dos riscos a que o doente que está a ser transportado está submetido, todos os outros doentes que ficam no serviço de origem ficam com risco acrescido, por terem menos profissionais presentes (Ringdal et al., 2015). O tempo de ausência dos profissionais de saúde que acompanham os doentes durante um transporte secundário pode variar entre 10 e 305 minutos (Brunsveld-Reinders et al., 2015).

Por forma a reduzir as complicações associadas ao transporte da PSC devem ser aplicadas medidas preventivas nas várias fases do transporte. A intervenção deve ser no âmbito da comunicação, organização e planeamento, no estado fisiológico do doente, na medicação em perfusão contínua e outra medicação (Knight et al., 2015; Brunsveld-Reinders et al., 2015). Pode ainda existir interveniência nos sistemas de compressão e de fixação, nos sistemas de drenagem e no cuidado durante a transferência entre as camas (Knight et al., 2015).

Comeau et al. (2015) e Brunsveld-Reinders et al. (2015) propõem a utilização de listas de verificação que permitem fornecer instruções simples de serem aplicadas, por forma a aumentar a segurança do doente durante o transporte e diminuir os riscos adjacentes. Comeau et al. (2015) reforçam ainda que esta pode ser benéfica para serviços que não têm equipas dedicadas ao transporte.

A lista de verificação deve contemplar dados referentes à preparação do doente, triagem do doente de acordo com o risco para o transporte e uma lista de verificação para o local do procedimento (Comeau et al., 2015). Para além disso, pode ser organizada de acordo com as três fases já descritas (Brunsveld-Reinders et al., 2015).

2.1.2. Cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica

A PSC, também assumida como doente crítico, define-se como "aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (OE, 2018, p. 19362).

Assim, definem-se os cuidados de enfermagem especializados à PSC como

> "cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta a necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total" (OE, 2018, p. 19362).

De referir ainda que, estes cuidados de enfermagem

> "exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil" (OE, 2018, p. 19363).

É visível o aumento de doenças súbitas ou a agudização de doenças crónicas, em que facilmente o doente entra em falência ou eminência de falência de funções vitais, sendo que a presença de profissionais de enfermagem qualificados em cuidados especializados à PSC, que saiba implementar medidas de suporte de vida o mais rapidamente possível, faz todo o sentido (OE, 2015a).

2.1.3. Qualidade e segurança do doente

A qualidade e a segurança, de acordo com o Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, apresentam-se como fatores éticos determinantes para a redução de "riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados" (p. 13551).

A segurança, de acordo com a Direção-Geral da Saúde [DGS] (2016a), é um dos elos fulcrais da qualidade em saúde e que fomenta a confiança que os cidadãos podem ter no sistema de saúde, para além de que quando unidas acabam por ser "uma garantia da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde Português", conforme o despacho acima referido (p. 13551).

A "Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020", aprovada pelo despacho supracitado, garante e estende a antecedente Estratégia Nacional 2009-2014, aprovada pelo Despacho n.º 14223/2009, de 24 de junho, a qual

> "visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade e respeito pelo cidadão" (p. 13552).

Desta forma, de acordo com a DGS (2016b) a principal missão desta Estratégia Nacional é "potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde" e pretende reforçar as seguintes ações do sistema de saúde:

> "*a)* Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições;
> *b)* Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
> *c)* Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
> *d)* Reforço da segurança dos doentes;
> *e)* Reforço da investigação clínica;
> *f)* Monitorização permanente da qualidade e segurança;
> *g)* Divulgação de dados comparáveis de desempenho;
> *h)* Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
> *i)* Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação" (Despacho 5613/2015, de 27 de maio, p. 13552).

No que toca ao "Reforço da segurança dos doentes" ressalvam-se como objetivos, "Implementar os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança do Doente" e "Reforçar os mecanismos e melhorar as respostas ao reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde" (DGS, 2016b).

Em relação à "Monitorização permanente da qualidade e segurança" é pretendido:

> "- Avaliar a qualidade clínica e organizacional e da segurança dos doentes, através de painel de indicadores.
> - Criar sede de observação da qualidade e segurança dos cuidados prestados no Serviço Nacional de Saúde.
> - Auscultar a opinião do cidadão sobre a qualidade e o sistema de saúde" (DGS, 2016b).

Coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da DGS, o "Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020" está integrado na "Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde". Este Plano segue as recomendações do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, acerca da segurança dos doentes (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio).

O Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, enquanto "sistema de avaliação da qualidade global dos cuidados de saúde prestados" nos hospitais inclui a cultura de segurança na avaliação das instituições hospitalares, por forma a garantir cuidados de saúde de qualidade e bons resultados (Entidade Reguladora da Saúde, s/d).

A qualidade em saúde é definida como "a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expetativas do cidadão" (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, p. 13551).

O mesmo despacho refere ainda que dois dos pilares da qualidade na saúde são a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde. Para além disso, para que essa qualidade seja visível, exige enormes esforços das organizações de saúde, o que impõe conhecimentos e competências dos profissionais de saúde que possibilitem a intervenção calma, oportuna, segura e com qualidade nas mais variadas situações, contribuindo para minimizar o erro (Martins et al., 2012). Assim, tendo em conta que os problemas de saúde tendem a ser mais complexos, o que reflete uma maior imposição dos padrões de qualidade nos cuidados de saúde, "o enfermeiro especialista em PSC assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português" (OE, 2015a, p. 17241).

Os enfermeiros a nível mundial têm uma função fulcral para a melhoria da segurança do doente (*World Health Orgatization*[7], 2011, p.13). Assim, de acordo com a OE (2006), a segurança, deve ser uma preocupação constante dos profissionais e entidades hospitalares,

[7] Organização Mundial de Saúde

cabendo ao enfermeiro participar ativamente na identificação, análise e controlo de riscos na sua prática laboral. Tal ideia corrobora com o Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro (p. 3882 – (2)), o qual refere que "a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades".

Por forma a que ocorra um ciclo de melhoria contínua na segurança dos doentes, é essencial identificar riscos, para posteriormente avaliar e hierarquizar com vista à melhoria, através das ações identificadas (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro). Com vista à maior segurança possível dos doentes, é primordial que ocorra um processo coletivo na gestão de riscos associados à prestação de cuidados de saúde, com uma adaptação do "Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020", a cada realidade hospitalar, por forma a evitar incidentes, "que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde" (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, p. 3882 – (2)).

2.1.4. Formação

De acordo com Varandas e Lopes (2012), a formação influencia a qualidade dos cuidados, o que interfere no tipo do cuidar exercido, para além de que contribui na satisfação do doente. Tal ideia corrobora com as competências do enfermeiro no Modelo da Sinergia, destacando que o incremento dos conhecimentos através de pesquisas e aprendizagens, melhoram o atendimento ao doente (Curley, 2007). Toda esta vertente, interferindo no desenvolvimento de competências dos profissionais, destaca-se ao nível do âmbito relacional e social.

A formação é um dos pilares, juntamente com a investigação, a promoção da saúde e a prevenção e prestação de cuidados, que influencia na "valorização do país, incluindo desenvolvimento económico e coesão social" (DGS, 2015a, p. 4). Para além disso, a formação dos profissionais de saúde contribui para a implementação de boas práticas nos cuidados de saúde (DGS, 2015a). L. Nunes (2017) complementa tal facto, acrescentando que "o enfermeiro se distingue pela sua formação e pela abordagem holística, num contexto multiprofissional de actuação, bem como pela orientação ética e deontológica do seu agir" (p.13).

Deste modo, a formação prática e a teórica têm toda a sua relevância para manter os enfermeiros atualizados, sendo essa a forma de conseguir aplicar os conhecimentos, baseados em evidência científica, em contexto real (Martins et al., 2012).

2.1.5. Modelo para a prática baseada na evidência

O Modelo da Sinergia, desenvolvido pela AACN, um modelo conceptual, prático e intuitivo, que teve início em 1996 e descreve uma relação entre o doente e o enfermeiro, reconhece a importância essencial do cuidado de enfermagem com base nas necessidades do doente e da sua família (AACN, 2016b; Curley, 2007). Assim, o principal objetivo deste modelo é que o enfermeiro consiga ajudar o doente e a sua família a tornarem-se funcionalmente independentes (Curley, 2007, p.3).

Com a utilização de um modelo, todos os intervenientes vão ser beneficiados, pelo que, de acordo com Curley (2007), o mesmo deve ser individualizado, coordenado, passível de ser avaliado e efetivo em termos de custo. A mesma autora refere que os objetivos primários de um modelo são:

- Eliminar a variação desnecessária nos cuidados;
- Prevenir interrupções nos cuidados através de um ótimo funcionamento da equipa;
- Melhorar as relações com doentes;
- Aumentar a colaboração multidisciplinar.

A principal premissa do Modelo da Sinergia é que as necessidades de um doente impelem competências do enfermeiro, pelo que, ocorrerão melhores resultados quando essas necessidades e as características do enfermeiro coincidem, ou seja, quando a sinergia ocorre (AACN, 2016b; Curley, 2007). Para além disso, apela às relações terapêuticas entre o doente e o enfermeiro, o que influencia fortemente a satisfação profissional dos enfermeiros (Curley, 2007, p.3).

O Modelo da Sinergia identifica oito características do doente e oito competências do enfermeiro, as quais passarão a ser descritas.

Características dos Doentes

O Modelo da Sinergia enumera várias características pessoais, que cada doente e família trazem para uma situação de necessidade de cuidados de saúde, na transição de uma situação de saúde para doença, e que ocorrem em três níveis – nível 1, nível 2 e nível 3 – em que o nível 1 o mais baixo e o nível 3 o mais elevado, sendo eles os seguintes:

- **Resiliência** – capacidade de retornar a um nível de atividade, usando mecanismos compensatórios;
- **Vulnerabilidade** – Suscetibilidade a agentes que provocam ansiedade e afetam os resultados do doente;
- **Estabilidade** – Capacidade de manter estabilidade ao nível psicológico, emocional, familiar ou social;
- **Complexidade** – Relação entre dois ou mais sistemas, os quais podem ser múltiplos e/ou terapias e sistemas corporais, familiares, sociais e/ou intervenções terapêuticas;
- **Disponibilidade de recursos** – Extensão de recursos (pessoal, fisiológico, social, técnico e financeiro) que o doente, a família ou a comunidade trazem para a situação;
- **Participação nos cuidados** – Envolvimento do doente e família na prestação de cuidados;
- **Participação na tomada de decisão** – Envolvimento do doente e família na tomada de decisão;
- **Previsibilidade** – Característica que permite esperar uma certa trajetória da doença. No entanto, nem sempre ocorre (AACN, 2016b; Curley, 2007).

Competências dos Enfermeiros

As competências de enfermagem enquadram-se em oito dimensões, que se desenvolvem de forma contínua ao longo do processo. Assim, estas dimensões/competências do enfermeiro integram de forma dinâmica o conhecimento, as habilidades, a experiência e as atitudes

necessárias, e derivam das necessidades do doente para otimizar os resultados. As competências do enfermeiro enquadram-se em três níveis, variando entre competente (1), nível intermédio (3) e especialista (5), sendo elas:

- **Julgamento clínico** – Capacidade em utilizar os conhecimentos para obter um resultado satisfatório para o doente. Inclui a tomada de decisão clínica, o pensamento crítico e uma compreensão global da situação;
- **Investigação clínica** – Processo contínuo de questões e avaliação do contexto prático, com posterior mudança ou inovação, resultante de pesquisas e da aprendizagem experimental;
- **Práticas de cuidado** – Incluem atividades de enfermagem que respondem à singularidade do doente e da família e criam um ambiente terapêutico e de compaixão, com o objetivo de promover o conforto e prevenir o sofrimento;
- **Resposta à diversidade** – Sensibilidade para reconhecer, apreciar e incorporar diferenças na prestação de cuidados;
- **Advocacia/agência moral** – Trabalhar em nome de outra pessoa representando as preocupações do doente, família ou comunidade e servir como um agente moral na identificação e ajuda para resolver preocupações éticas e clínicas;
- **Facilitador de aprendizagem** – Facilitar a aprendizagem do doente, da família e dos profissionais com menos experiência, e que inclui discurso seguro, orientação e desenvolvimento da equipa;
- **Colaboração** – Trabalho com outras pessoas – doentes, familiares, profissionais de saúde, outros enfermeiros, comunidade – por forma a promover e incentivar as contribuições de cada um e capacidade de resolver conflitos;
- **Pensamento sistémico** – Valorização do ambiente de cuidados a partir de uma perspetiva que reconhece as inter-relações que existem dentro e entre os ambientes dos cuidados de saúde (AACN, 2016b; Curley, 2007).

De acordo com Curley (2007) os **pressupostos** do modelo da sinergia incluem:

1 – A pessoa é vista como um todo – corpo, mente e espírito;

2 – O contexto em que a interação enfermeiro-doente ocorre afeta toda a dimensão. Existe a dinâmica biológica, psicológica, social e espiritual do doente/família/comunidade, bem como o estado de desenvolvimento do doente/família/comunidade;

3 – As dimensões não são independentes e não podem ser vistas isoladamente. Todos devem ser vistos de forma unida para averiguar um perfil quantificável do doente. Isto também se aplica às dimensões dos enfermeiros;

4 – O objetivo dos enfermeiros é restaurar o doente a um nível ideal de bem-estar, conforme o definido pelo doente e pela família. A morte pode ser um resultado aceitável, em que o objetivo do cuidado de enfermagem é levar o doente a uma morte pacífica.

Dentro do Modelo da Sinergia, o doente e a família são, ou são ajudados a se tornar, ativos na interação doente – família – enfermeiro, sendo uma interação sinérgica. Quando o relacionamento está em sincronia, quando é sinérgico, os resultados ideais do doente são propensos a ocorrer (Curley, 2007).

2.2. Fundamentação

2.2.1. Uma breve introdução

De acordo com o local de origem, o transporte da PSC pode tomar distintas designações, podendo assumir-se como primário quando existe o transporte de uma pessoa entre o local de uma ocorrência até uma UH, ou como secundário, quando acontece entre duas instituições hospitalares - transporte inter-hospitalar - ou entre departamentos do mesmo hospital - transporte intra-hospitalar (F. Nunes, 2009).

Constantemente a PSC é submetida a um transporte secundário, quer seja pela necessidade de realização de um exame de diagnóstico ou de um procedimento ou pela carência de transferência para um hospital ou uma área hospitalar com mais condições e/ou com especialidades necessárias à PSC, mesmo quando esta já está internada em Unidade de

Cuidados Intensivos (UCI), ao mais alto nível de cuidados (Blakeman & Branson, 2013; OM & SPCI, 2008; ANZCA, 2015).

A incidência de transportes intra-hospitares, comparativamente a transportes inter-hospitalares é consideravelmente maior (Bérubé et al., 2012). Meneguin, Alegre e Luppi (2014) concluíram que 80,4% dos transportes intra-hospitalares relacionam-se com a realização de exames de diagnóstico. A TC é o exame mais necessário, variando entre 44% e 77%, seguindo-se a realização de angiografia (10%), sendo a causa menos frequente a realização de ressonância magnética (Meneguin et al., 2014; Bérubé et al., 2012).

Sempre que for exequível e seguro, os exames complementares de diagnóstico e os procedimentos devem ser realizados no hospital de origem do doente, por forma a evitar o transporte inter-hospitalar, atendendo que este envolve um meio de transporte e acarreta mais riscos (OM & SPCI, 2008; ISCMM, 2017).

Devemos ter presente que na PSC "a capacidade de adaptação ou a reserva fisiológica para alterações súbitas, durante o transporte (...) é, praticamente, nula, podendo pequenas alterações induzirem grandes instabilidades e consequente deterioração clínica" (OM & SPCI, 2008, p. 24). Desta forma, é imperioso que a coordenação do transporte seja rápido, eficiente, imediato e seguro para o doente, com o intuito de evitar tais complicações (ANZCA, 2015).

2.2.2. Como tudo começou

Tal como a maior parte dos avanços na medicina, também a evolução no transporte de doentes provém de necessidades militares em campos de batalhas. Até ao século XX, este ocorria apenas em ambientes de guerra, pelo que as ambulâncias unicamente eram utilizadas para retirar os soldados feridos dos campos de batalha, contudo, todo o desenvolvimento tecnológico e a modernização dos cuidados de saúde levaram a uma maior necessidade de transferir doentes, passando as ambulâncias a ter outra utilidade (Martim, 2001).

A ambulância, tal como a conhecemos hoje, teve origem em 1792, através de um médico-cirurgião *Baron*[8] Dominique Jean Larrey (1766-1842), o qual acompanhou várias expedições de Napoleão Bonaparte, e que desenvolveu a "*Ambulance Volante*"[9], para evacuar os feridos dos campos de batalha, através de um sistema de triagem, em veículos de duas ou quatro rodas, tripulados por médicos cirurgiões e assistentes, que conseguiam assegurar um socorro precoce aos feridos. Estas ambulâncias acompanhavam os soldados para os campos de batalha (Martim, 2001, Haller, 2011).

Esta ideia tornou-se notável pela europa e, em meados do século XIX, quase todos os seus exércitos dispunham de uma combinação entre macas-portáteis e vagões de ambulâncias (Haller, 2011).

Ainda no mesmo século, esta inovação foi transportada para o âmbito civil e, em Inglaterra, os polícias começaram a ser chamados para assistir vítimas de acidentes ou de doença súbita. Desde macas de mão, até macas de rodas ou veículos puxados por cavalos, foram a evolução para chegar às ambulâncias que hoje conhecemos (Martim, 2001).

A primeira vez que se realizou um transporte inter-hospitalar, foi em 1953 num hospital em Toronto, com acompanhamento médico. Foi criado para fornecer um nível de cuidados durante o transporte o mais próximo possível do que o doente recebia numa das primeiras UCI do Mundo, existente nesse hospital. Posteriormente vários países se dedicaram à evolução de veículos para transporte de PSC, tais como a Austrália, a França ou a Inglaterra (Martim, 2001).

Em Portugal, a assistência organizada a vítimas de acidente e doença súbita é recente, sendo criado em 1971 o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), cujas ambulâncias estavam entregues à Polícia de Segurança Pública nas cidades de Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal. Em 1976, o SNA evoluiu para o INEM (INEM, 2018).

A nível nacional, o INEM é a entidade responsável pelo transporte inter-hospitalar da PSC, definindo no ponto 2 do Despacho n.º 5058-D/2016, de 13 de abril, que

[8] Traduzido para a língua portuguesa, pode ler-se "Barão"
[9] Traduzido para a língua portuguesa, pode ler-se "Ambulância Volante".

> "o transporte integrado de doente crítico tem como objetivo assegurar o transporte inter-hospitalar destes doentes, apoiando os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em complementaridade e articulação, designadamente com os Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos".

A existência de mais meios de diagnóstico e especialidades em cada entidade hospitalar levou a que a necessidade de transportar doentes entre instituições seja menos necessária, ocorrendo mais transportes da PSC dentro das próprias instituições.

2.2.3. Coordenação do transporte

As fases do transporte secundário

O transporte secundário divide-se em três fases: decisão, planeamento e efetivação. Enquanto a decisão é da competência exclusiva do médico, no planeamento e na efetivação a responsabilidade é partilhada entre o médico e o enfermeiro (OM & SPCI, 2008).

Fase da Decisão

A fase da decisão é da responsabilidade não só do médico responsável pelo doente, como também do chefe de equipa e do diretor do serviço (OM & SPCI, 2008). A equipa médica do serviço recetor pode oferecer aconselhamento especializado sobre a transferência do doente, no entanto a última palavra será sempre do médico do local de origem, após a avaliação da situação clínica do doente (*Intensive Care Society*, 2011).

Aquando da decisão, deve existir uma particular atenção aos doentes com "hipoxia, híper/hipocápnia, instabilidade hemodinâmica, hipertensão intracraniana e agravamento de lesão vertebro-medular, ou sempre que a deslocação contribua direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica sem a mais valia aparente" (OM & SPCI, 2008, p. 9).

A utilização de ferramentas para ajudar nesta tomada de decisão torna-se bastante facilitador, tal como o algoritmo de decisão para o transporte proposto pela OM & SPCI (2008) (Anexo 3).

Fase do planeamento

Na fase do planeamento tanto o médico quanto o enfermeiro do serviço de origem do doente são intervenientes, devendo existir particular importância para os seguintes aspetos: "coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação" (OM & SPCI, 2008, p.9).

Após a decisão de transportar o doente, o médico deve estabelecer o contacto telefónico inicial com o local para onde o doente vai ser transferido, por forma a que estejam prontos a recebê-lo (ANZCA, 2015; OM & SPCI, 2008). Neste primeiro contacto é importante que sejam transmitidas informações referentes à situação clínica e intervenções previsíveis, para além de agendar a melhor hora para a chegada do doente. O serviço de origem deve informar sobre a existência de possível transmissão de microrganismos, para que o local recetor possa agir em conformidade, tal como programar a realização de um procedimento ou de um exame desse doente para o fim. No processo do doente deverão ficar registados os nomes e os contactos dos intervenientes desta transferência e, caso exista algum atraso no transporte do doente ou se esse for cancelado deve ser estabelecido novo contacto com o hospital recetor (OM & SPCI, 2008).

Ainda durante esta fase, é essencial escolher a equipa que irá acompanhar o doente durante o transporte, assim como os meios de monitorização mais apropriados, definir os objetivos fisiológicos do doente, selecionar os equipamentos e a terapêutica mais adequados e prever as possíveis complicações. A possibilidade de acidentes é um risco, pelo que a aposta na prevenção é fulcral (OM & SPCI, 2008).

Caso se encontrem em condições de receber informações, o doente ou os seus familiares deverão ser informados sobre a necessidade do transporte e o local para onde vai ser transferido. Para além do mais, caso a sua situação o permita, o doente deve assinar o consentimento informado (OM & SPCI, 2008; ISCCM, 2017).

Tanto as notas de transferência médicas quanto as de enfermagem e os exames complementares de diagnóstico devem ser preparados, para acompanhar o doente (OM & SPCI, 2008).

Fase da efetivação

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

Orientações para o transporte

As orientações emanadas para o transporte secundário da PSC, cada vez mais convergem para recomendações comuns para o transporte inter e intra-hospitalar. Assim, para ambos, torna-se necessário a existência de profissionais qualificados e competentes, monitorização mínima recomendada, equipamento adequado ao doente e existência de mala de acompanhamento para o transporte intra-hospitalar (OM & SPCI, 2008; ANZCA, 2015; *Intensive Care Society*, 2011; Warren, 2004; ISCCM, 2017).

Estratificação de doentes

Duas das guidelines consultadas recomendam a estratificação dos doentes para o transporte secundário (OM & SPCI, 2008; *Intensive Care Society*, 2011).

Em Portugal, a OM & SPCI (2008) recomendam a aplicação da tabela realizada por Etxebarra et al. (1998), composta por dez critérios de avaliação, cada um deles avaliado entre "0" e "2", existindo uma pontuação mínima de "0" e uma pontuação máxima de "20" e que define, tanto para o transporte inter-hospitalar, como para o intra-hospitalar, o nível de cuidados que a PSC necessita durante o transporte (Anexo 4).

De acordo com a pontuação obtida é definido um Nível de cuidados - "A", "B" ou "C" – que se adequa tanto ao transporte inter-hospitalar quanto ao intra-hospitalar, e que define o tipo de acompanhamento, monitorização e equipamento necessário. Contudo, no transporte inter-hospitalar também é definido o tipo de ambulância que deve transportar o doente (OM & SPCI, 2008).

Profissionais que acompanham o doente

O transporte da PSC deve ser realizado por equipas com competências, formação e treino direcionado, para além de experiência nesta área, devendo a PSC ser acompanhada por um enfermeiro com conhecimentos e qualificação ao nível de cuidados intensivos e um médico. Para além disso, torna-se benéfico para o doente a existência de equipas especializadas para o transporte da PSC (Blakeman & Branson, 2013; OM & SPCI, 2008; *Intensive Care Society*, 2011; ISCCM, 2017; ANZCA, 2015). Se, além das competências técnicas, for possível conjugar competências não técnicas, tais como atitudes e habilidades, que vão ao encontro das necessidades dos doentes, incrementa a probabilidade da ocorrência de um transporte adequado a cada pessoa, como ser único e individual (AACN, 2016b; Curley, 2007).

A equipa que acompanha a PSC deve estar familiarizada com o equipamento utilizado e ter conhecimentos relacionados com a proteção da via aérea, ventilação, reanimação cardio-pulmonar e outros procedimentos de emergência (ANZCA, 2015). Deste modo, todos os profissionais envolvidos no transporte de PSC devem ter conhecimento sobre as limitações e funcionamento do equipamento que acompanha o doente, assim como sobre as possíveis complicações do transporte (ANZCA, 2015).

Para reduzir eventos adversos, a existência de uma equipa dedicada exclusivamente ao transporte da PSC, com experiência e competências adequadas é fundamental e pode fazer a diferença, principalmente em doentes mais complexos, como os que estão submetidos a ventilação, que têm mais riscos associados (Valentin e Schwebel, 2016; ANZCA, 2015). Continuando nessa linha de ideias, Graça, Silva, Correia & Martins (2017), referem que “os recursos humanos que acompanham o doente durante o transporte são a base da tomada de decisão para a antecipação e resolução de intercorrências durante a transferência, contribuindo para um transporte bem-sucedido” (p. 134).

Assim, deve sempre ser ponderado, se a PSC não estará em risco, pela falta de conhecimentos e competências da equipa que o acompanha. De acordo com a OM & SPCI (2008), nalgumas situações a PSC é transportada por

> "equipas inexperientes, que conhecem mal o doente e o equipamento de suporte de vida que o acompanha, em ambulâncias com condições deficientes, para uma instituição hospitalar que, muitas vezes, não tem condições para o receber, correndo o risco de ser transferido para outros centros" (p.23).

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

Monitorização

Durante um transporte secundário, a PSC deve estra monitorizada ao nível de uma UCI, sendo essa a chave para a segurança durante o transporte. No mínimo o doente deve ser monitorizado com eletrocardiografia contínua, oximetria de pulso e capnografia, pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura e, caso a PSC esteja ventilada, o ventilador deve ter alarmes de desconexão, pressões elevadas ou falha de equipamento (Blakeman & Branson, 2013; ANZCA, 2015; *Intensive Care Society*, 2011). De referir que, caso o doente tenha avaliação da pressão arterial por método não invasivo, os valores podem ser incorretos, influenciados pelo movimento inerente a qualquer tipo de transporte, mas mais evidente no transporte inter-hospitalar (*Intensive Care Society*, 2011).

A OM & SPCI (2008) definem 3 níveis de monitorização, sendo o nível 1 de carácter obrigatório, o nível 2, com equipamento fortemente recomendado e o nível 3, com equipamento ideal em doentes selecionados pelo seu estado clínico (Tabela 6).

Tabela 6 - Níveis de monitorização (OM & SPCI, 2008)

Nível	Equipamento
Nível 1 - Obrigatório	• Monitorização contínua com registo periódico • Frequência respiratória • Saturação periférica de oxigénio (SpO^2) • Eletrocardiografia (ECG) contínua • Frequência cardíaca • Pressão arterial (não invasiva) • Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente) • Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente)

Nível 2 - Fortemente recomendado	• Medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes potencialmente instáveis) ECG com deteção de arritmias
Nível 3 - Ideal (em doentes selecionados pelo seu estado clínico)	• Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central • Medição da pressão da artéria pulmonar • Medição da pressão intracraniana • Temperatura Corporal

Fonte: OM & SPCI, 2008

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

Equipamento

A escolha do equipamento que acompanha a PSC durante o transporte, deve ter em conta a duração do transporte, o diagnóstico e a gravidade do doente e as intervenções necessárias. Deve considerar-se o tamanho, peso e volume do equipamento, duração da bateria, consumo de oxigénio, durabilidade e as condições de funcionamento durante um transporte. Tanto o oxigénio quanto a medicação necessária devem ser estimados para tempos superiores ao expectável para a duração do transporte (ANZCA, 2015).

Em relação à colocação dos equipamentos, ventilador, seringas e bombas perfusoras, os visores devem estar visíveis para toda a equipa que acompanha o doente (*Intensive Care Society*, 2011).

Existe equipamento recomendado pela OM & SPCI (2008), para acompanhar o doente durante o transporte, o qual se enumera na tabela 7.

Tabela 7 - Equipamento adequado ao transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar

	Transporte intra-hospitalar	**Transporte inter-hospitalar**
Equipamento	Monitor de transporte	
	Material de intubação endotraqueal	
	Fonte de oxigénio	
	Ventilador de transporte	

Fármacos de ressuscitação	
Medicação em perfusão	
Medicações adicionais	
Equipamentos e Mala de transporte	
Aspirador	
Carro de emergência (com desfibrilhador)	
	Drenos torácicos
	Material para punção e manutenção de perfusões endovenosas e respetivas seringas ou bombas volumétricas com bateria
	Soros
	Equipamento de comunicações

Fonte: OM & SPCI, 2008

A quantidade de oxigénio necessária para o transporte também deve ser ponderada, podendo utilizar-se, no doente ventilado, a fórmula recomendada pela OM & SPCI (2008), para perceção da capacidade adequada, sendo ela:

O2 necessário = [(20 + Vmin) x FiO^2 x tempo de transporte em minutos] + 50%

2.2.4. Riscos do transporte secundário

Tendo em conta a premissa, referida por F. Nunes (2009), de que os cuidados prestados durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos existentes no serviço de origem, este deve ser realizado por equipas, com formação e treino direcionado, experiência e competência nesta área, com equipamentos e monitorização adequados ao doente, por forma a manter a sua segurança e a qualidade durante o transporte (OM & SPCI, 2008; ANZCA, 2015; ISCMM, 2017; Warren, 2004; *Intensive Care Society*, 2011).

De acordo com a OM & SPCI (2008), o risco pode dividir-se em dois aspetos:

- risco clínico - referente ao que afeta toda a fisiologia cardiorrespiratória e a credibilidade da monitorização;
- risco de deslocação - adjacente a todos os fatores que possam interferir no movimento do doente, tal como a velocidade ou o risco de colisão.

Assim, todos os riscos devem ser ponderados juntamente com os benefícios, por forma a tirar ilações em relação à necessidade de transportar uma PSC (OM & SPCI, 2008; ISCMM, 2017; Blakeman & Branson, 2013). Com o intuito de diminuir esses riscos, deve estabilizar-se o doente no local de origem e realizar todas as intervenções necessárias, tais como a colocação de cateteres venosos ou drenos toráxicos (OM & SPCI, 2008).

É essencial que exista um bom planeamento do transporte e concomitantemente uma otimização do doente para que o transporte decorra da melhor forma possível. Previamente ao transporte o doente deve ser reavaliado, com principal enfoque depois de ser conectado ao ventilador e ao equipamento de monitorização de transporte. Em qualquer tipo de transporte é importante que se tenha uma via aérea segura, um acesso endovenoso e segurança reforçada de todos os dispositivos invasivos. O doente deverá estar hemodinamicamente estável antes do transporte, sendo essa a chave para evitar complicações, salvo se essa estabilização apenas for possível no local recetor, por necessidade de uma intervenção especializada (OM & SPCI, 2008; *Intensive Care Society*, 2011).

Em relação ao transporte inter-hospitalar, as fases de maior risco são os primeiros 5 minutos do transporte, a passagem do doente e os transportes com mais de 30 minutos de duração (OM & SPCI, 2008).

Valentin & Schwebel (2016) embora refiram que nunca haverá maneira de reduzir o risco a zero, propõem que sejam feitas algumas questões antes do transporte da PSC por forma a minimizar os riscos, nomeadamente:

- Objetivos - Qual o objetivo do transporte?; Os resultados terão consequências clínicas?
- Avaliação do doente - O doente está suficientemente estável?; É a Hora certa?
- Decisão - Os benefícios são superiores aos riscos?

- Preparação e transporte do doente – Equipamento; Profissionais; Meio de Transporte; Listas de Verificação.

Em todas as fases do transporte, o principal objetivo deverá ser a segurança do doente e dos profissionais que o acompanham, pelo que será inaceitável a deterioração do estado de saúde da PSC relacionada com o transporte (OM & SPCI, 2008).

As equipas que acompanham a PSC durante o transporte tentam evitar qualquer problema durante a sua efetivação, mas inevitavelmente nem todos os transportes ocorrem sem problemas. Por forma a antecipar situações e prevenir eventos adversos inesperados, através de medidas corretivas, as equipas deverão receber o máximo de informação sobre a situação do doente (Blakeman e Branson, 2013).

A OM & a SPCI (2008) outorgam algumas indicações para a redução de eventos adversos, as quais estão enumeradas na tabela 8.

Tabela 8 - Indicações para a redução de eventos adversos durante o transporte da PSC

Preparação Para O Transporte	
Contacto inicial da equipa de transporte com o doente	
Observação do doente	- Observar o doente - Rever os diários do doente e os exames complementares realizados - Antecipar necessidades, tal como suporte transfusional - Ressuscitação e estabilização do doente
Passagem do doente	- Passar toda a informação do doente pela equipa do serviço de origem à equipa de transporte (pelo médico e enfermeiro) - Realizar nova observação do doente, segundo a metodologia ABCDE - Registar parâmetros fisiológicos e outros dados importantes como o número e nível do tubo endotraqueal (ainda com o doente na cama de origem) - Decidir se existem intervenções técnicas ou terapêuticas a efetuar antes da realização do transporte - Fixar, de forma redundante, todos os acessos vasculares, tubo endotraqueal, sonda gástrica, cateter vesical, entre outros.
Mudança para a maca de transporte	- Manter o doente monitorizado e ventilado com o equipamento do serviço de origem - Avaliar o doente segundo a metodologia ABCDE - Verificar o posicionamento de todas as linhas, tubos e cateteres - Mudar para o ventilador de transporte - Transferir as seringas e/ou bombas perfusoras - Fixar corretamente o doente à maca - Efetuar nova observação do doente - Transferir a monitorização para o monitor de transporte - Tapar o doente

	- Garantir que o doente e o equipamento estão devidamente fixos à maca

Início e efetivação do transporte

Trajeto	- Efetuar de forma calma - Efetuar um contacto com o local recetor antes da saída do serviço de origem - Evitar zonas congestionadas do hospital - Conhecer localização de equipamentos que possam ser necessários, ao longo do trajeto
Colocação na ambulância (transporte inter-hospitalar)	- Avaliar o doente segundo a metodologia ABCDE - Verificar permeabilidade de tubos e cateteres - Colocar acessível o cateter venoso por onde poderá ser administrada medicação
Chegada ao hospital/serviço destino	- Assumir a existência de vaga antes do início do transporte - Evitar tempos de espera desnecessários
Passagem do doente	- Avaliar o doente segundo a metodologia ABCDE (pela equipa recetora) - Entregar a documentação do doente à equipa recetora - Passar o doente para o equipamento do hospital/serviço recetor (termina a responsabilidade da equipa que acompanhou o doente)
Registos	- Fazer registos, com intervalos adequados, do estado clínico do doente, alterações ou medicação administrada - Registar últimos parâmetros vitais antes da entrega do doente ao serviço recetor
Regresso ao hospital	- Verificar material - Colocar hora de regresso no registo do transporte

Fonte: OM & SPCI, 2008

É primordial que as instituições tenham orientações claras e objetivas, explanadas em protocolos ou normas hospitalares, como forma de redução dos riscos e minimização dos eventos adversos relacionados com o transporte da PSC (OM & SPCI, 2008; ANZCA, 2015; *Intensive Care Society*, 2011). Por outro lado, as listas de verificação e os instrumentos de registos surgem como outras ferramentas recomendadas para a diminuição desses eventos (OM & SPCI, 2008; *Intensive Care Society*, 2011; Warren, 2004).

2.3. Apresentação Dos Objetivos

Quando ocorre a determinação de um objetivo, é feita uma triagem em relação a todas as outras hipóteses existentes previamente (L. Nunes, 2009). A mesma autora continua nesta linha de ideia, ao referir que "tomar a decisão consiste em escolher a melhor alternativa de acordo

com critérios estabelecidos, a partir de uma certa quantidade de informações, com o propósito de atingir um objectivo estabelecido" (p. 98).

A deliberação está inerente em qualquer processo de tomada de decisão, o qual deve ter em conta todas as opções, contingências e eventualidades, mas que vá ao encontro do que conseguimos desenvolver, podendo, no entanto, surgir avaliações incorretas daquilo que nos é possível desenvolver (L. Nunes, 2009).

Para este projeto também houve uma ponderação, uma avaliação e uma tomada de decisão, surgindo como objetivo geral para o PI "**Melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSC, durante o transporte secundário**" (Apêndice 2).

Seguidamente passaremos a descrever os objetivos específicos e respetivas atividades planeadas, recursos humanos, recursos materiais e indicadores de avaliação.

Objetivo específico 1: Atualizar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem do SUMC sobre a prestação de cuidados de enfermagem à PSC durante o transporte inter e intra-hospitalar

Atividades planeadas

- Reunir com enfermeira chefe do SUMC;
- Reunir com enfermeira responsável pela formação do SUMC;
- Reunir com enfermeira supervisora da formação da UHP do CHUA;
- Reunir com Diretora do DMI;
- Realizar pesquisas bibliográficas sobre transporte de doente crítico;
- Informar os chefes de equipa do SUMC sobre a entrega dos questionários aos enfermeiros;
- Elaborar questionários para os enfermeiros;
- Entregar os questionários;
- Planear a ação de formação sobre o transporte do doente crítico;
- Divulgar a calendarização das ações de formação sobre o transporte do doente crítico e da norma hospitalar.

Recursos Humanos: Prof.ª Orientadora, Enfermeiro Supervisor Clínico, Chefes de equipa de enfermagem do SU, Enfermeira chefe do SU, Enfermeira responsável pela formação do SU, Enfermeira Supervisora da formação da UHP do CHUA, Equipa de enfermagem do SU.

Recursos Materiais: Livros, Normas, Manual da OM e SPCI, Bases de Dados Científicas, Computador, Projetor multimédia, Sala de formação, Papel.

Indicadores de Avaliação:

- Realização das ações de formação, com a presença de, pelo menos 50% dos enfermeiros do SU;
- Preenchimento dos questionários de avaliação da ação de formação.

Objetivo específico 2: Uniformizar procedimentos relacionados com o transporte inter e intra-hospitalar da PSC

Atividades Planeadas

- Realizar pesquisa bibliográfica nas bases de dados científicas, sites conceituados e livros sobre o transporte do doente crítico;
- Realizar sessões de formação sobre o transporte do doente crítico;
- Atualizar a norma hospitalar sobre o transporte secundário de doentes;
- Realizar uma lista de verificação para o transporte do doente;
- Submeter a proposta da alteração da norma hospitalar sobre o transporte do doente para apreciação ao Conselho de Administração do CHUA;
- Apresentar norma hospitalar atualizada e lista de verificação à equipa de enfermagem.

Recursos Humanos: Prof.ª Orientadora, Enfermeiro Supervisor Clínico, Enfermeira Supervisora da formação da UHP do CHUA, Enfermeira chefe do SU, Enfermeiro responsável pela formação no SU, Equipa de Enfermagem, Conselho de Administração do CHUA.

Recursos Materiais: Livros, Normas, Manual da OM e SPCI, Bases de Dados Científicas, Computador, Projetor multimédia, Sala de formação do SU, Sala de formação, Papel.

Indicadores de avaliação:

- Elaboração da norma hospitalar sobre o transporte de doentes;
- Elaboração da lista de verificação para o transporte de doentes.

2.4. População

A seleção da população para um estudo é um dos requisitos básicos a ter em conta na apreciação ética de um PI. Por outro lado, a participação num estudo implica um consentimento livre e esclarecido de todos os participantes, o qual deve ser obtido por escrito, após a explicação das várias fases do estudo, ficando ciente desde início que o consentimento pode ser retirado pelo próprio em qualquer momento (L. Nunes, 2013).

Assim, todos os enfermeiros constituintes da equipa de um SU do sul do país, independentemente do grau académico ou de serem detentores de especialização em enfermagem, foram convidados a participar no estudo. Desta forma, foi considerada população-alvo, todos os 61 enfermeiros que preencheram os questionários referentes à caracterização da equipa de enfermagem e aferição sobre a pertinência do tema para o PI, os quais assinaram previamente um consentimento livre e esclarecido (Apêndice 9).

2.5. Metodologia

Por forma a envolver os enfermeiros no estudo e aferir a sua opinião sobre a pertinência do mesmo, foram entregues questionários à equipa de enfermagem, ao longo de três semanas, a

um total de 61 enfermeiros, sendo que os restantes enfermeiros que não entraram no estudo deveu-se a estarem em ausência ao serviço, por motivo de férias ou licença.

O questionário era composto por duas partes e acompanhado de consentimento informado em duplicado para assinar (um para devolver aos investigadores e outro para a pessoa que entrou no estudo). Com a primeira parte do questionário pretendeu-se caracterizar de modo sociodemográfico a equipa de enfermagem, enquanto que a segunda parte serviu para aferir a pertinência do estudo (Apêndice 9).

Para que não existisse forma de identificação dos questionários, por forma a cumprir o Regulamento Geral de Proteção de Dados, conforme o Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril, estes foram colocados num envelope identificado como "Questionários Preenchidos", enquanto que os consentimentos informados eram colocados num envelope à parte identificado como "Consentimentos Informados Preenchidos".

Dos 61 enfermeiros que preencheram o questionário, 21 participaram nas sessões de formação. Foram realizadas cinco sessões, com o intuito de abranger o maior número de enfermeiros possível. A sessão de formação iniciou-se com a entrega de um pré-teste (Apêndice 10), para verificação dos conhecimentos prévios dos participantes acerca da temática do estudo, seguindo-se uma apresentação sobre o transporte secundário da PSC, baseada em recomendações nacionais e internacionais e dados obtidos da pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas (Apêndice 4).

Foram também apresentadas as propostas de alteração às normas hospitalares sobre o transporte inter e intra-hospitalar (Apêndice 5, Apêndice 6), assim como a proposta de alteração ao boletim de acompanhamento para o transporte inter-hospitalar (Apêndice 7) e de elaboração da lista de verificação (*check-list*) e registos para o transporte intra-hospitalar (Apêndice 8). No final da sessão foi entregue aos participantes um teste final (Apêndice 10), com o propósito de comparar os resultados com os do pré-teste e um documento para avaliação da sessão e do formador (Apêndice 11).

2.6. Considerações Éticas

L. Nunes (2013), refere que, de acordo com as *Diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem*, os princípios éticos que orientam uma investigação, são os seguintes:

> "Beneficiência, «fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade. (...)
> Avaliação da maleficiência, sob o princípio de «não causar dano», e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis.
> Fidelidade, o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito da investigação.
> Justiça, o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro.
> Veracidade, seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios. (...)
> Confidencialidade, o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo." (pp. 6-7).

Desta forma, os princípios supracitados relacionam-se com a consideração que deve existir para com os participantes num estudo, nomeadamente:

- Direito a não receber dano no decorrer do projeto;
- Direito de conhecimento pleno, ou de informação completa sobre o estudo;
- Direito de autodeterminação, tocando à pessoa a livre decisão de participar ou não no estudo;
- Direito à intimidade, decidindo sobre a aceitação da partilha de informações íntimas e privadas;
- Direito ao anonimato e à confidencialidade, sendo que nenhum dado pessoal poderá ser divulgado sem a prévia autorização do participante e, caso o seja, nunca poderá ser associado à sua identidade (L. Nunes, 2013).

Portanto, para dar resposta a todos estes princípios éticos, foi feito um pedido formal de realização do PI ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do CHUA, através de pedidos de autorização institucionais dirigidas ao Presidente do Conselho de Administração e ao Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, conforme a norma hospitalar para Investigação, NH 13/CHUA, de 12 de abril de 2018 (CHUA, 2018b). Acompanharam esse pedido,

termo de responsabilidade do aluno, termo de responsabilidade do professor orientador, termos de autorização local (enfermeira chefe e diretor clínico do SUMC), *Curriculum Vitae* do aluno, questionário para aplicação aos enfermeiros para apreciação, descrição do PI, composto por resumo, introdução, metodologias (critérios de inclusão/exclusão, amostragem, instrumento de recolha de dados e questões éticas), referências bibliográficas e cronograma de execução do PI (Apêndice 12).

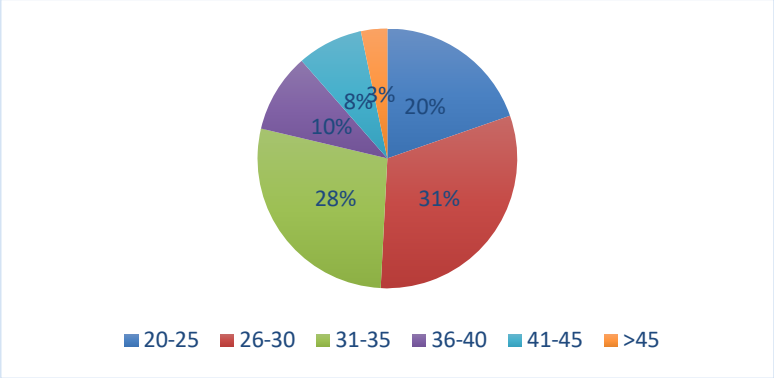
Após a autorização do Conselho de Administração e parecer positivo da Comissão de Ética do CHUA para realização do PI no campo de estágio (Anexo 5), foi entregue o questionário aos enfermeiros, o qual respeitava os princípios exigidos na norma n.º 15/2013 da DGS, conforme a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo (DGS, 2015b) (Apêndice 9).

2.7. Apresentação dos Resultados

Análise dos dados sociodemográficos e da pertinência do estudo

Da população obtida para análise sociodemográfica, constatou-se que a equipa de enfermagem é maioritariamente do género feminino (70%) e que a média da idade dos enfermeiros é de 31,6 anos. Dos 61 enfermeiros, 51% têm idade compreendida entre os 20 e os 30 anos (n=31), e sete enfermeiros (11%) têm idade compreendida entre os 41 e os 55 anos de idade (Gráfico 1).

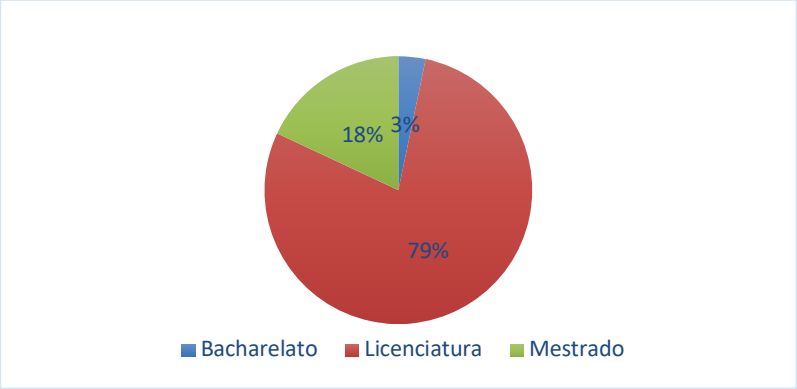
Gráfico 1: Idade dos Enfermeiros



Fonte: Dados do próprio

No que toca à formação académica, a maioria é licenciado (79%), 11 detêm o grau de mestre (18%) e dois enfermeiros são bacharéis (3%) (Gráfico 2).

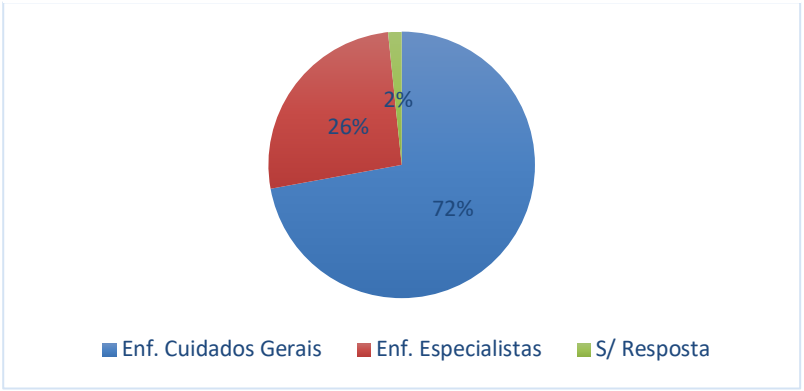
Gráfico 2: Grau académico dos enfermeiros



Fonte: Dados do próprio

No gráfico 3 verifica-se que 72% dos enfermeiros não têm especialidade em enfermagem. Em relação aos enfermeiros especialistas, 62% são detentores da especialidade de EMC, 25% de Enfermagem Comunitária e 13% de Enfermagem de Reabilitação. Não se apurou mais nenhuma especialidade (Gráfico 4).

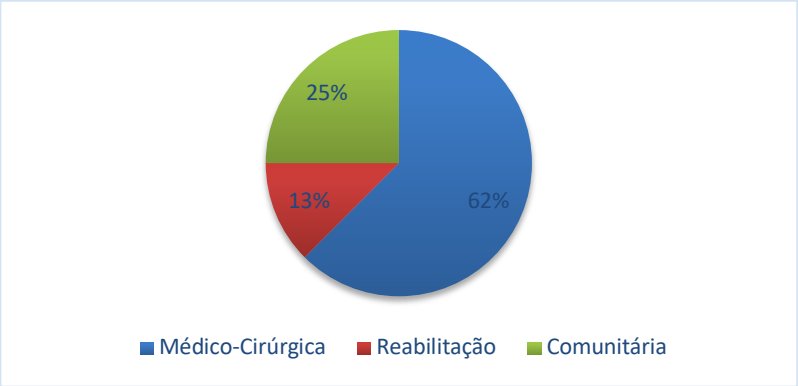
Gráfico 3: Enfermeiros de Cuidados Gerais vs Enfermeiros Especialistas



Fonte: Dados do próprio

Verificou-se que 67% apresenta 10 ou menos anos de tempo de exercício profissional, enquanto 8% apresenta mais de 20 anos. Em relação à experiência profissional com a PSC, 75% dos enfermeiros têm 10 ou menos anos de experiência, enquanto que os elementos com mais experiência nessa área, entre 15 e 20 anos, são 7.

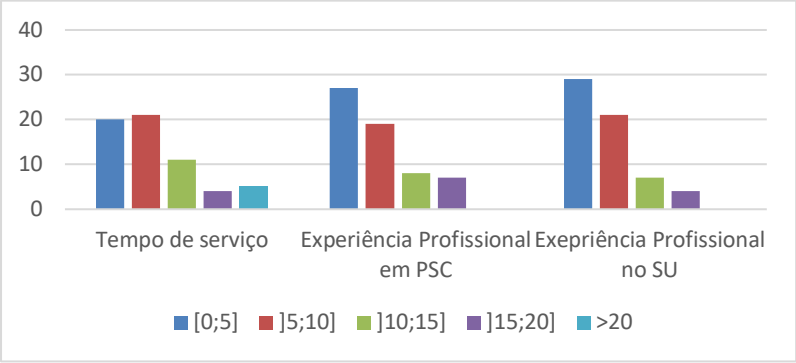
Gráfico 4: Especialidades em Enfermagem



Fonte: Dados do próprio

Outro dos dados sociodemográficos recolhidos foi o tempo de experiência profissional no SU onde foi desenvolvido o estudo, em que 48% da equipa de enfermagem tem menos de 5 anos de experiência (Gráfico 5).

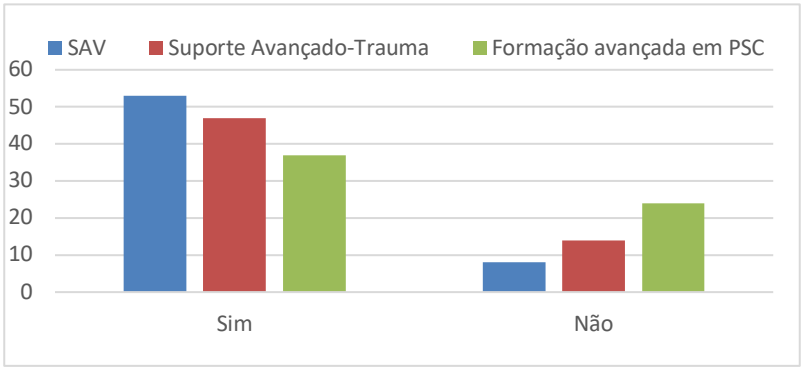
Gráfico 5: Tempo de serviço e de experiência profissional em PSC e no SU



Fonte: Dados do próprio

No que toca à formação na área da PSC, 37 enfermeiros já frequentaram formação avançada em PSC, 53 frequentaram cursos de SAV e 47 detêm formação em Suporte Avançado em Trauma (Gráfico 6).

Gráfico 6: Enfermeiros com Formação em PSC, SAV e Suporte Avançado em Trauma



Fonte: Dados do próprio

A segunda parte do questionário, relacionado com a pertinência do estudo, obteve resultados que podem ser confirmados na Tabela 9.

Tabela 9 - Parte 2 do questionário - Pertinência do tema para o estudo

	Sim	Não	N/R
Já realizou transporte inter-hospitalar?	**88%**	**10%**	**2%**
Já realizou transporte intra-hospitalar?	**90%**	**8%**	**2%**
Sente-se com confiança para realizá-lo?	**69%**	**29%**	**2%**
Tem conhecimento das orientações sobre o transporte do doente crítico emanadas pela OM e SPCI?	**38%**	**62%**	**0%**
Considera importante realizar formação no âmbito do transporte secundário do doente crítico?	**98%**	**2%**	**0%**
Parece-lhe pertinente a atualização das normas hospitalares sobre o transporte secundário do doente crítico?	**100%**	**0%**	**0%**
A documentação que acompanha o doente durante o transporte secundário, nomeadamente a folha de registos é algo que carece de atualização?	**92%**	**8%**	**0%**
A realização de uma check-list *para a preparação de um doente para a realização de um transporte secundário, seria uma ferramenta útil?*	**100%**	**0%**	**0%**

Legenda: N/R – Não respondeu

Fonte: Dados do próprio

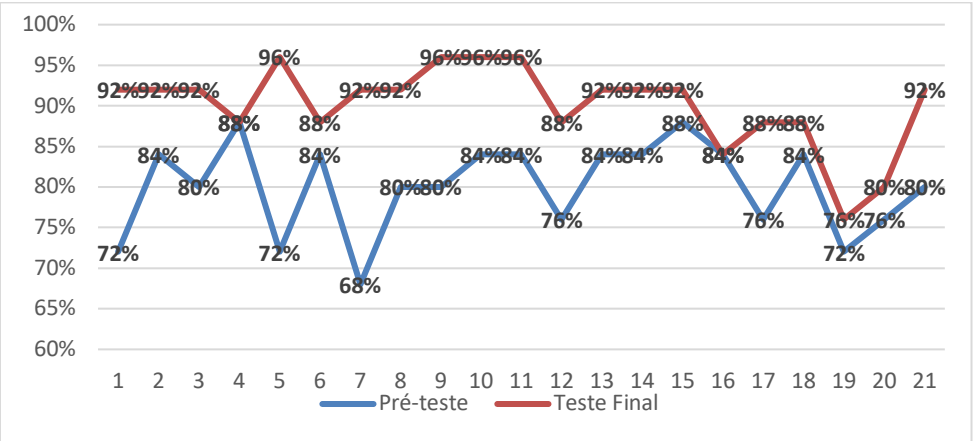
Formação aos enfermeiros

Para a realização das respetivas sessões foi elaborado um plano de sessão, com vários dados referentes à formação, nomeadamente os objetivos e os conteúdos, metodologia utilizada, entre outros (Apêndice 13). Foram realizadas cinco sessões de formação, com o intuito de abranger o maior número de enfermeiros possível (Apêndice 14). No total, dos 61 enfermeiros que responderam ao questionário, participaram 21 nas sessões de formação.

A sessão de formação iniciou-se com a entrega de um pré-teste, com 25 questões de verdadeiro e falso, para verificação dos conhecimentos dos enfermeiros, acerca da temática do estudo (Apêndice 10). Seguiu-se uma apresentação sobre o transporte secundário da PSC, baseada em recomendações nacionais, internacionais e dados obtidos da pesquisa bibliográfica (Apêndice 4). Foram também apresentadas as propostas de alteração às normas hospitalares sobre o transporte inter-hospitalar (Apêndice5) e intra-hospitalar (Apêndice 6), assim como a proposta de alteração do boletim de acompanhamento para o transporte inter-hospitalar (Apêndice 7) e da lista de verificação e registos para o transporte intra-hospitalar (Apêndice 8). No final da sessão foi entregue aos participantes um teste de conhecimentos, também com 25 questões de verdadeiro e falso (Apêndice 10), com o propósito de comparar os resultados com os do pré-teste e averiguar se houve melhoria.

Em relação ao pré-teste, entregue no início da sessão, obteve-se uma média de 80%, com uma mediana de 82%, sendo que o valor mais baixo foi de 68% e o mais alto de 88%, tal como pode ser confirmado no gráfico 7. Os valores mais baixos verificaram-se nos pré-testes dos

Gráfico 7: Comparação entre os resultados obtidos no pré-teste e no teste final por enfermeiro

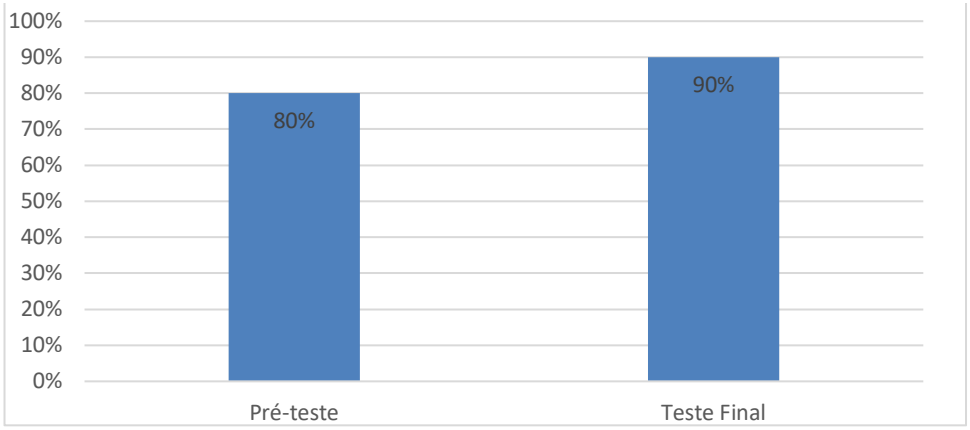


Fonte: Dados do próprio

elementos com 1 ano ou menos de experiência profissional com PSC e nos elementos com 16 ou mais anos, não existindo relação entre a experiência profissional com a PSC e os conhecimentos prévios ou adquiridos sobre o tema.

Em relação ao teste final, a média foi de 90%, com uma mediana de 92% e uma variação entre os 76% e os 96%. A maior alteração foi de 20%, com 68% no pré-teste e uma subida no teste final para 88%. De referir que o elemento que apresentou 76% no teste final tinha tido 72% no pré-teste. Apenas dois elementos mantiveram a percentagem entre o pré-teste e o teste final (gráfico 7). Verificou-se um aumento geral dos conhecimentos, refletindo-se num ganho de 10% na média (gráfico 8).

Gráfico 8: Comparação entre a média do pré-teste e do teste final



Fonte: Dados do próprio

No final da sessão foi entregue uma grelha para Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando, a qual foi adaptada de um instrumento de avaliação do CFIC do CHUA (Apêndice 11). Cada parâmetro deveria ser avaliado de "1" a "4", sendo o "1" o valor mínimo e o "4" o valor máximo. Os resultados da avaliação estão explanados na tabela seguinte:

Tabela 10 - Grelha para Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando

FORMAÇÃO	**1**	**2**	**3**	**4**
Relevância da matéria/Conteúdos	0%	0%	0%	100%
Qualidade da formação	0%	0%	15%	85%
Alcance dos objetivos propostos	0%	0%	8%	92%
Duração da sessão de formação	0%	0%	23%	77%
Avaliação Global da Formação	0%	0%	8%	92%
FORMADOR				
Conhecimentos/Domínio do tema	0%	0%	0%	100%
Pedagogia/Clareza e segurança na exposição	0%	0%	15%	85%
Documentação de apoio	0%	0%	23%	77%
Avaliação Global do Formador	0%	0%	8%	92%
Avaliação da Sessão de Formação	0%	0%	15%	85%
A realização desta formação, sobre o transporte secundário da pessoa em situação crítica contribuiu para melhorar os meus conhecimentos sobre este tema	0%	0%	8%	92%
A realização desta formação contribuiu para melhorar a qualidade e a segurança da prestação de cuidados durante o transporte secundário da pessoa em situação crítica	0%	0%	15%	85%
A realização desta formação permite definir estratégias de melhoria contínua durante o transporte secundário da pessoa em situação crítica	0%	0%	8%	92%

Fonte: Dados do próprio

O instrumento de avaliação terminava com um espaço para sugestões e comentários, surgindo anotações como as seguintes: "*Formação pertinente e esclarecedora"* e *"Informação sucinta e de fácil compreensão"* (SIC).

2.8. Discussão

O transporte da PSC deve ser realizado por equipas com formação e treino direcionado, para além de experiência nesta área e competências, sendo benéfico para a PSC a existência de equipas especializadas para o transporte da PSC (OM & SPCI, 2008; ANZCA, 2015; *Intensive Care Society*, 2011; Warren, 2004; ISCCM, 2017).

No hospital em questão, não existem equipas especializadas para o transporte da PSC, podendo ser qualquer enfermeiro do SU a desempenhar essa função, pelo que se torna

primordial formar os elementos que acompanham a PSC durante um transporte secundário, a qual deveria ser da responsabilidade da instituição hospitalar, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto e a OM & SPCI (2008).

No serviço onde foi realizado o estudo, deparámo-nos com uma equipa de enfermagem com idade compreendida maioritariamente entre os 23 e os 30 anos de idade, uma equipa que pode ser considerada jovem para um SU, pois, tal como refere Lejonqvist, Eriksson & Meretoja (2012) a competência profissional é algo que se constrói ao longo do tempo, pelo que os enfermeiros mais novos podem não possuir o conhecimento necessário para o exercício da sua prática nalguns serviços mais especializados e que requerem uma maior experiência profissional. Também a AACN (2016) e Curley (2007), realçam, em relação ao Modelo da Sinergia, que o cuidar em enfermagem requer conhecimentos, habilidades, experiências e atitudes, que se desenvolvem de forma contínua, ao longo de um processo complexo. Se somarmos ao grupo etário referido a faixa etária compreendida entre os 30 e os 35 anos de idade, verificamos que constituem cerca de 79% da equipa de enfermagem. Para além do mais, é uma equipa que sofre muitas oscilações, pois 48% da equipa exerce funções há cinco ou menos anos naquele SU.

Para Lejonqvist et al. (2012) a sinergia advinda entre o conhecimento e as competências obtidas num determinado contexto, resultam no tipo de cuidados prestados ao doente. Para isso, o enfermeiro deve reunir algumas atribuições tais como confiança, experiência e autodesenvolvimento. Somando ao descrito, a existência de uma equipa de enfermagem bastante jovem, pode justificar o facto de apenas 69% da equipa sentir confiança na realização do transporte secundário, embora este seja frequente. De acordo com o Modelo da Sinergia, o "Julgamento Clínico" é umas das oito dimensões adjacentes às competências do enfermeiro, que inclui a tomada de decisão, o pensamento crítico e a compreensão global da situação, por mais complexa que seja (Curley, 2007). Assim, quanto mais jovem o enfermeiro, menos desenvolvida estará esta dimensão, o que também interfere na sensação de confiança durante o transporte secundário da PSC.

No que toca aos enfermeiros especialistas, 26% dos enfermeiros que responderam ao questionário têm especialidade, que se divide por EMC (62%), Enfermagem Comunitária (25%) e Enfermagem de Reabilitação (13%), o que segue a recomendação de que parte da equipa de enfermagem possua especialidade, preferencialmente na vertente do doente urgente (Paiva et al., 2012).

Verificou-se que a maioria dos enfermeiros deste SU, desde a faixa etária mais nova até à mais velha, já frequentou pós-graduações na área da PSC, o que mostra o interesse em querer adquirir conhecimentos e colmatar algumas lacunas nos seus processos académicos, pois tal como refere Curley (2007), o desenvolvimento da dimensão "Investigação Clínica", através de pesquisas, formação e aprendizagem contribuem para a aquisição de conhecimentos e habilidades necessárias para a melhoria na prestação de cuidados de enfermagem. Podemos somar a formação em SAV e Suporte Avançado em Trauma, que se reflete em 53 e 47 enfermeiros respetivamente. Desta forma consegue haver resposta à orientação da OM & SPCI (2008) de que mesmo os profissionais com vasta experiência em transporte de PSC devem obter formação específica nesta área, sendo desejável a formação em SAV e Suporte Avançado em Trauma.

Embora 98% dos 61 enfermeiros que preencheram o questionário, tenham respondido afirmativamente à necessidade de realização de formação neste âmbito, apenas 21 enfermeiros participaram nas sessões de formação programadas. Houve incremento dos conhecimentos sobre o transporte secundário da PSC em todos os participantes, refletindo-se num aumento de 20%, podendo concluir-se que o objetivo de elevar o nível de conhecimentos da equipa de enfermagem foi concretizado. Não se pôde correlacionar os anos de experiência profissional com a PSC com a sabedoria nesta temática, na medida em que os resultados mais baixos no teste de diagnóstico foram obtidos tanto nos elementos mais novos quanto nos mais velhos.

Em relação à questão *Parece-lhe pertinente a atualização das normas hospitalares sobre o transporte secundário do doente crítico?*, todos os enfermeiros responderam que sim. Na verdade, no hospital onde foi desenvolvido o estudo, as normas de procedimentos hospitalares sobre o transporte secundário careciam de revisão. É primordial que as instituições tenham orientações claras e objetivas, explanadas em protocolos ou normas hospitalares (OM & SPCI, 2008; ANZCA, 2015; *Intensive Care Society*, 2011). Desta forma, tornou-se fulcral apresentar propostas de alteração das normas hospitalares, as quais estavam desatualizadas, por forma a que os profissionais de saúde sigam orientações concretas, diretas, mas adaptadas a cada situação.

Em Portugal, embora a última recomendação sobre o transporte da PSC seja de 2008, emanada pela OM & SPCI, 62% dos enfermeiros referiram desconhece-la. Juntamente com as pesquisas efetuadas, estas foram a base para a respetiva sugestão de alteração. Para além disso,

tendo em conta que o hospital em questão já sofreu diversas reestruturações organizativas, houve a necessidade de atualizar perante a realidade atual. De acordo com as recomendações, para a reestruturação das respetivas normas, foram tidas em conta as fases do transporte (decisão, planeamento e efetivação), os recursos humanos, os equipamentos e a monitorização adequados a cada doente (Apêndice 5, Apêndice 6) (OM & SPCI, 2008; ANZCA, 2015; ISCMM, 2017; *Intensive Care Society*, 2011; Warren, 2004)

Outra questão feita aos enfermeiros foi se *A documentação que acompanha o doente durante o transporte secundário, nomeadamente a folha de registos é algo que carece de atualização?.* 92% dos enfermeiros confirmaram a necessidade da sua atualização.

Atendendo que o transporte inter-hospitalar decorre em constante movimento, considera-se que um documento de fácil acesso é fundamental para a realização de registos durante o transporte (OM & SPCI, 2008; ANZCA, 2015; *Intensive Care Society*, 2011). Procedeu-se à atualização do boletim de acompanhamento do doente para o transporte inter-hospitalar, com a introdução da tabela para avaliação para o transporte, recomendada pela OM & SPCI (2008), por forma a definir o nível de cuidados necessários ao doente. É importante a existência de uma boa coordenação, a qual evita eventos adversos institucionais, pelo que se considerou pertinente existir espaço para registo do nome e contacto da pessoa contactada no hospital de destino, tal como o descrito nas recomendações consultadas (OM & SPCI, 2008; ANZCA, 2015; ISCMM, 2017; *Intensive Care Society*, 2011; Warren, 2004). Durante o transporte da PSC é primordial que existam registos claros de todas as ocorrências (OM & SPCI, 2008; ANZCA, 2015; *Intensive Care Society*, 2011). Assim considerou-se pertinente que no boletim constasse espaço para prescrições terapêuticas, avaliação do doente segundo a metodologia *ABCDE*, e avaliação de parâmetros vitais (Apêndice 7).

Em relação à questão *A realização de uma check-list para a preparação de um doente para a realização de um transporte secundário, seria uma ferramenta útil?*, houve unanimidade entre os enfermeiros de que era necessário intervir.

A existência de listas de verificação (*ckeck-list*) para o transporte secundário é recomendada como forma de minimização de eventos adversos (OM & SPCI, 2008; *Intensive Care Society*, 2011; Warren, 2004). A elaboração da lista de verificação, como forma de incremento da segurança da PSC durante o transporte intra-hospitalar, teve por base a fundamentação teórica

efetuada e a estrutura organizativa do hospital. Optou-se pela divisão da lista de verificação em três (antes, durante e após o transporte), tal como a apresentada por Brunsveld-Reinders et al. (2015). No entanto alguns aspetos foram ajustados à realidade hospitalar e optou-se por desenvolver o documento em duas partes distintas: uma primeira onde é possível fazer registos relacionados com a coordenação do transporte e avaliação do doente durante o transporte e uma segunda parte, a lista de verificação propriamente dita, onde são validadas as ações realizadas (Apêndice 8).

A estratificação dos doentes para o transporte é recomendada em duas das guidelines consultadas (OM & SPCI, 2008; *Intensive Care Society*, 2011). Comeau et al. (2015) incluíram na sua lista de verificação a avaliação para definição do tipo de acompanhamento necessário. Assim, incluiu-se na primeira página, a tabela de avaliação para o transporte, recomendada pela OM & SPCI (2008) para definição do nível de cuidados necessários para o doente. Contém também a avaliação do doente segundo a metodologia *ABCDE,* a realizar na fase do pré-transporte, a avaliação dos sinais vitais e a medicação administrada, cujos registos devem ser feitos desde o momento da saída do doente até ao seu regresso ao serviço de origem, tal como o preconizado em três das guidelines consultadas (OM & SPCI, 2008; ANZCA, 2015; *Intensive Care Society*, 2011).

2.9. Conclusão

Ao longo da implementação do PI, foram desenvolvidas estratégias com vista à melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSC.

Através de um questionário aplicado a 61 enfermeiros, foram recolhidos dados sociodemográficos e aferiu-se ser pertinente a intervenção no âmbito do transporte secundário da PSC. Foi efetuada formação aos enfermeiros, a qual resultou no incremento dos conhecimentos da equipa de enfermagem. Para além disso, foram feitas propostas de atualização das normas de procedimentos do transporte inter e intra-hospitalar, do boletim de acompanhamento do doente durante o transporte inter-hospitalar e de elaboração de uma lista

de verificação e registos para o transporte intra-hospitalar. Para a atualização/elaboração destes documentos, para além da bibliografia consultada, foi tida em conta as necessidades, características e particularidades da instituição hospitalar. Todas estas intervenções pretenderam dar resposta ao objetivo geral definido para este estudo, pelo que se considera que o mesmo foi concretizado.

Uma das limitações encontradas relaciona-se com o factor temporal, na medida em que não foi testada a fiabilidade e praticabilidade de utilização de nenhum dos produtos criados. Considera-se que poderá dar lugar a outro estudo.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Os pilares que sustentam o conhecimento de enfermagem, de acordo com Carper (1978) são, o conhecimento empírico, o conhecimento ético, o conhecimento estético e o conhecimento pessoal, sendo que, de acordo com L. Nunes (2010), mais tarde Christopher Johns (2000) acrescentou o conhecimento reflexivo e o conhecimento sócio-político.

Parafraseando L. Nunes (2010, p.8), "o profissional é aquele que tem a competência, a autonomia e a responsabilidade de realizar actividades com formulação fundamentada de resultados esperados, numa situação complexa". Profissionalmente, no que toca à competência é previsto que o enfermeiro possua "um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas" (OE, 2012, p.7). No entanto, Lopes e L. Nunes (1995) definem a competência como "um conjunto de saberes ligados à formação inicial de base e à experiência adquirida ao longo do tempo de forma empírica e que é mobilizada numa situação concreta, tornando-se difícil de avaliar" (p. 3).

Desta forma, pode frisar-se que o conhecimento e o investimento nele, são sem dúvida fulcrais para o aumento das competências do enfermeiro. Por outro lado, o aprofundamento de conhecimentos numa determinada área é crucial para uma melhor tomada de decisão, com vista a cuidados profissionais de excelência, onde o "enfermeiro especialista assegura/garante uma máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados" (OE, 2011c, p.7). A AACN (2016b) e Curley (2007) referem que quando surgem competências no enfermeiro, derivadas das necessidades do doente e essas se conjugam, ocorre a sinergia, obtendo-se melhores resultados para o doente.

Pode reforçar-se esta ideia com a OE (2014) que, em relação às dotações seguras dos cuidados de enfermagem, refere que "o nível de qualificação e perfil de competências (...) são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações" (p. 30247).

Assim, no planeamento do PE (Apêndice 1) e elaboração do PI (Apêndice 2) foram consideradas tantos as competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, quanto as de mestre em enfermagem. No entanto foi dado realce a este ponto, através da definição do objetivo específico "Alicerçar as competências de mestre e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC". Para tal, foram traçadas atividades, definidos recursos humanos e materiais necessários e indicadores de avaliação, os quais passo a descrever:

Atividades planeadas

- Elaborar o PE;
- Elaborar o PI;
- Entregar pedido à Comissão de Ética e Conselho de Administração do CHUA;
- Executar o PE;
- Realizar as estratégias e atividades delineadas para a aquisição de competências de mestre e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC;
- Elaborar um artigo sobre o PI.

Recursos Humanos: Prof.ª Orientadora, Enfermeiro Supervisor Clínico, Enfermeira chefe do SU, Equipa de enfermagem do CHUA, Conselho de Administração do CHUA.

Recursos Materiais: Livros, Normas, Manual da OM & SPCI, Bases de Dados Científicas, Computador, Projetor multimédia, Auditório da UHP do CHUA, Papel, Sala de formação.

Indicadores de avaliação

- Concretização das atividades propostas para o PI (Apêndice 2);
- Elaboração do artigo (Apêndice 3).

Assim, por forma a avaliar este objetivo específico, considera-se que o mesmo foi concretizado, na medida em que foram executadas as atividades planeadas. A realização de um PE (Apêndice 1) e de um PI (Apêndice 2) tornaram-se peças fundamentais para o decorrer do estágio, atendendo que foram eles que demarcaram o caminho a percorrer.

Em relação à atividade planeada *Realizar as estratégias e atividades delineadas para a aquisição de competências de mestre e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC*, foram esboçadas atividades no PE, à luz do Regulamento das Competências Comuns (OE, 2011a, 2019) e do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC (OE, 2011b, 2018), por forma a dar resposta a cada uma das unidades de competências.

A *Elaboração de um artigo* apresenta-se como um dos indicadores de avaliação deste objetivo específico. Assim, foi elaborado um artigo original (Apêndice 3) relacionado com o PI desenvolvido, com o título "O Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uniformização de procedimentos de enfermagem num Serviço de Urgência", o qual descreveu a metodologia utilizada, os resultados obtidos, confrontando-os numa discussão com autores de relevo para o tema. Foi também produzido um artigo de revisão intitulado "O Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uma Revisão Integrativa" (Apêndice 15), com o intuito de reunir a informação mais atualizada sobre o tema, com recurso a bases de dados científicas *on-line*. Através da elaboração destes artigos foi possível fazer investigação, por forma a promover práticas de enfermagem baseadas na evidência, as quais são imprescindíveis para a melhoria das competências adjacentes ao enfermeiro especialista.

De acordo com o art.º 15.º do capítulo III, do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, republicado no Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, é atribuído o grau mestre, aos que demonstrem:

> *"a*) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
> *i*) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
> *ii*) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
> *b*) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
> *c*) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

> *d*) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
> *e*) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo" (p. 2246).

De acordo com a proposta apresentada à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, para o curso de Mestrado em Enfermagem, os estudantes devem desenvolver os seguintes conhecimentos, aptidões e competências:

> " 1 Demonstra competências clínicas na conceção, na preparação, 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 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."
> (NCE/14/01772, 2015, p. 27).

As competências de mestre acabam por estar intrínsecas nas competências gerais e específicas do enfermeiro especialista, pelo que a sua concretização pode ser identicamente justificada pelas atividades e estratégias descritas nos subcapítulos seguintes.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com a OE (2019), o enfermeiro especialista, independentemente da sua área de especialização, é aquele "a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem", competências essas, que são "aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde"(p. 4744).

Assim, pode afirmar-se que as competências do enfermeiro especialistas advêm de um aprofundamento das competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Para além do descrito o enfermeiro especialista deve desenvolver aptidões relacionadas com "educação dos clientes

e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem" (OE, 2019, p. 4744). O descrito vai ao encontro da característica do enfermeiro "Facilitador da Aprendizagem" descrito pela AACN (2016b) que refere que o enfermeiro especialista para além de promover a aprendizagem dos enfermeiros menos experientes, promove a aprendizagem dos doentes nos seus processos de prestação de cuidados, para melhor compreender a situação.

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a, 2019), estão previstos quatro domínios de competências para o enfermeiro especialista, nomeadamente: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Desta forma, passaremos a descrever de que forma foram corporizadas cada uma das competências descritas, assim como as competências de mestre n.º 2, 3, 4, 5 e 6.

- **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:**

  Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

  A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

  A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

- **Competência de Mestre:**

  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.

Por forma a dar resposta a estas competências, foram postas em prática no decorrer do Estágio Final algumas estratégias. Assim, o aprofundamento dos conhecimentos deontológicos e éticos foram possíveis com a consulta de documentos, os quais suportaram a nossa decisão em princípios, valores e normas deontológicas.

Com o intuito de basear a nossa praxis de enfermagem, a leitura da Deontologia de Enfermagem, integrado no 95º ao 113º artigos do Capítulo VI, dos Estatutos da OE, foi fulcral para a tomada de decisão, na medida em que "o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores

humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra (...)" (OE, 2015b, p. 82).

A liderança dos processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na área da especialidade não é algo estanque, mas sim que resulta de um caminhar de vivências, aprendizagens e aquisição de conhecimentos. Por fim, é imprescindível que o enfermeiro consiga avaliar todo o processo e os resultados da tomada de decisão. Podemos colmatar esta ideia com o artigo 97º da Deontologia Profissional, o qual refere que o enfermeiro deve

> "Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem" (OE, 2015b, p. 78).

Existem valores universais, os quais devem ser vividos na relação profissional, e que estão explanados na Deontologia Profissional, nomeadamente no ponto 2, do artigo 99º:

> "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." (OE, 2015b, 80).

Assim este enriquecimento foi fonte para conseguirmos prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente e acompanhá-los nos processos relacionados com o nosso campo de intervenção, com base em princípios éticos e normas deontológicas, os quais foram essenciais para a tomada de decisão em relação aos cuidados prestados.

Por outro lado, os cuidados prestados na SE tiveram sempre em conta a segurança, privacidade e dignidade dos doentes. Houve sempre uma tentativa de tratar cada pessoa como um ser único e individual com todas as suas características e particularidades associadas, sem descurar a sua proteção, defendendo-a na necessidade de cuidados, tentando ao máximo impedir "práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional" (OE, 2015b, p. 81).

O SUMC, tal como os restantes SU, acarreta diversas situações complexas que necessitam de respostas rápidas, antecipando situações, que muitas vezes são imprevistas. Todo o suporte advindo do conhecimento ético, legal e deontológico foram fulcrais para dar resposta a essas ocorrências, respostas essas que, sucedem sem muita reflexão, atendendo à celeridade exigida.

Na Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, conforme está previsto no artigo 1º deve existir proteção do "ser humano na sua dignidade e na sua identidade e garantem a toda a pessoa, sem discriminação, o respeito pela sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais face às aplicações da biologia e da medicina". A mesma Convenção refere no artigo 2º que "o interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência" (Decreto do Presidente da República n.º 1/2001).

De acordo com o artigo 5º "qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido". No entanto, de acordo com o artigo 8º "sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa" (Decreto do Presidente da República n.º 1/2001).

No que toca à vida privada e direito à informação, esta Convenção prevê no artigo 10º que cada pessoa tem direito a que a sua vida privada seja respeitada e de saber todas as situações sobre a sua saúde, podendo também negar saber essa informação.

Também a Deontologia Profissional antevê no seu artigo 105º de que se deve "Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem", pois tal como refere L. Nunes (2017) quando os enfermeiros "informam, explicam, estão a capacitar as pessoas, a dotá-las de conhecimentos e de perspetivas para suportarem a sua tomada de decisão" (p. 31). Compreendemos que no SU é dada extrema importância à família dos doentes. Assim, sempre que um doente dava entrada na SE, verificou-se a preocupação em explicar aos seus familiares/pessoas significativas a situação, prognóstico e decisões mais relevantes.

Todas as decisões mais complexas foram tomadas juntamente com o enfermeiro supervisor clínico, sendo que, sempre que surgiram situações que comprometiam a segurança, privacidade ou dignidade do doente, foram tentadas medidas corretivas e preventivas por forma a minimizar os danos. Também a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), prevê na Base XIV que o utente tem direito a

> "c) Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito;
> d) Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados;
> e) Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado" (p. 3454).

Não podemos deixar de referir todo o percurso feito a nível académico que contribuíram para a concretização deste domínio, nomeadamente, o trabalho realizado na UC Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem com a temática "Transmissão de Informações aos Familiares dos Doentes", e o trabalho realizado na UC Enfermagem Médico-Cirúrgica 1, referente à comunicação de más notícias, os quais foram fulcrais para a aquisição de conhecimentos, os quais puderam ser postos em prática durante o estágio.

De referir que para a realização do PI foram tidos em conta a confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos. Cada participante recebeu junto a cada questionário dois consentimentos informados, esclarecidos e livres, para participar num estudo de investigação, um para ficar para o participante e outro para devolver aos investigadores, após devidamente assinados. Os consentimentos informados seguiram a norma n.º 15/2013 da DGS (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Conveção de Oviedo) (Apêndice 9). Para além disso foram feitos pedidos de autorização à Comissão de Ética e Conselho de Administração do CHUA (Apêndice 12).

- **Competências Comum do Enfermeiro Especialista:**

  Domínio da melhoria da qualidade

  B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

  B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

  B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro.

- **Competências de Mestre:**

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

  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.

O Plano Estratégico do CHUA, para o triénio 2015/2018, teve término em 2018, sendo, no entanto, o plano estratégico em vigor no início do Estágio Final. A sua leitura foi imprescindível para tomarmos consciência dos seus objetivos estratégicos e indicadores. Por outro lado, também o Plano de Atividade do SUMC, foi uma ferramenta útil na definição de objetivos e estratégias para o decorrer deste Estágio Final, essenciais para atuar em ações de melhoria contínua para o CHUA. Para além disso, foi indispensável compreendermos junto da enfermeira supervisora, responsável pelo domínio da qualidade da UHP do CHUA, acerca das necessidades do SUMC neste âmbito.

No Plano Estratégico do CHUA constava o objetivo estratégico 7 "Dar continuidade ao programa de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem", com o objetivo 7.1 – "Monitorizar indicadores que garantam a qualidade dos cuidados de Enfermagem e a segurança dos doentes, nos Serviços de Urgência", pelo que vimos a oportunidade de implementar uma lista de verificação e intervir no âmbito do transporte secundário da PSC, por ser algo passível de ser monitorizado.

Compreendeu-se que o tema eleito para o PI não era apenas uma necessidade do serviço, mas sim do CHUA. Assim, foram elaboradas duas propostas de alteração de normas hospitalares, relacionadas com o transporte inter-hospitalar e transporte intra-hospitalar (Apêndice 5, Apêndice 6). Considerou-se, ainda, pertinente a criação de uma proposta de lista de verificação e registos para o transporte intra-hospitalar (Apêndice 8) e a elaboração de uma proposta de atualização do boletim de acompanhamento do doente para o transporte inter-hospitalar (Apêndice 7).

Ainda integrado no PI, foram realizadas várias formações em serviço relacionadas com o "Transporte Secundário da PSC", a um total de 21 enfermeiros (Apêndice 4), de acordo com um Plano de Sessão elaborado (Apêndice 13). Duas formações foram agendadas, e tiveram pouca adesão, pelo que houve mudança de estratégia, em que as formações foram feitas às equipas de enfermagem, durante o horário de trabalho em pequenos grupos (Apêndice 14). Numa das

ocasiões delineadas, não foi possível realizar a sessão, atendendo à grande afluência de doentes ao SUMC naquele dia.

Foi realizado, conjuntamente com a colega de estágio um cartaz e um panfleto dirigido aos doentes e seus familiares/pessoas significativas, que elucidavam acerca do sistema de triagem existente no SUMC da UHP, quais os recursos de saúde existentes nas proximidades da UHP, e informações relevantes sobre o SUMC (Apêndice 16, Apêndice 17).

O facto de já termos o Curso de Formação para Formadores e alguma experiência na área da formação de adultos, foi um grande auxílio para materializar esta competência, na medida em que houve alguma facilidade na implementação de estratégias formativas.

A UHP do CHUA sempre primou pela formação dos seus funcionários, existindo vários grupos de formação para áreas distintas, que integram o CFIC do CHUA. Um dos grupos existentes é o da reanimação que incluí os cursos de SBV e SIV, o qual já integramos há algum tempo e é algo (Anexo 6). É um grupo bastante dinâmico que, para além de realizar formações mensais de SBV e SIV, com a presença de um formador para cada seis formandos, no ano de 2018 realizou duas ações de *Mass-Training*[10], uma em Março e outra em Outubro, entre as 8h30 e as 20h00, aberto a toda a população da UHP, que tiveram bastante adesão.

As atividades de *Mass-Training* de SBV realizadas através do estágio realizado no SMPC de Portimão, foram também essenciais para adquirir competências no domínio da melhoria da qualidade (Apêndice 18, Apêndice 19). Sendo que atualmente já existe alguma sensibilidade para a necessidade da formação de SBV junto de todo e qualquer cidadão, torna-se fulcral a realização de ações de sensibilização junto da população. A existência de um protocolo entre as escolas do concelho de Portimão e o SMPC é uma peça chave para essa transmissão de conhecimentos, onde o enfermeiro é uma mais valia, principalmente o Enfermeiro Especialista em PSC, por todos os conhecimentos que tem ao nível da PSC e de reanimação. Para além disso, de acordo com o artigo 101º dos Estatutos da OE, o enfermeiro deve "conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido" e "colaborar com

[10] Traduzido para a língua portuguesa, pode ler-se "Treino em massa". Este tipo de ações pretende que o público-alvo faça treinos em conjunto, as vezes que for necessário.

outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade" (OE, 2015b, p.82).

No decorrer do Estágio Final foi também realizado no serviço onde exercemos a nossa atividade profissional, a UCIP2 da UHP, uma formação em serviço em grupo, no âmbito da formação contínua, intitulada "Terapias de Substituição Renal – Intervenções de Enfermagem", cujo tema é de bastante relevo para quem trabalha em Cuidados Intensivos (Anexo 7). Também a OE (2011c), no que toca aos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC, refere que, em relação à organização dos cuidados especializados, é importante "a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros especialistas promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade de intervenção especializada" (p.7).

Ainda em relação às atividades desenvolvidas no local de trabalho, em Outubro deu-se início às preparações de umas jornadas em Cuidados Intensivos, organizada pela UCIP2 do CHUA e que vai decorrer no presente ano. Existe uma Comissão Científica e uma Comissão Organizadora, sendo que pertencemos a esta última, o que tem sido bastante desafiante (Anexo 8).

- **Competências Comum do Enfermeiro Especialista:**

  Domínio da gestão dos cuidados

  C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

  C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a optimização da qualidade dos cuidados.

No decorrer do Estágio Final, houve a oportunidade de, junto com o enfermeiro supervisor clínico, compreendermos a liderança exercida no SUMC, a qual está bem definida e estruturada. Na ausência da enfermeira chefe ou da enfermeira que a substitui, é o chefe da equipa que está de turno que é o responsável máximo do SUMC.

Tendo em conta que o enfermeiro supervisor clínico assumia também o papel de chefe de equipa, houve a oportunidade de acompanhá-lo em diversas situações que exigiam a sua presença e tomada de decisão. Considera-se que a postura adotada seguia a Teoria Situacional, na medida em que se tentava adaptar a cada situação surgida e a cada pessoa da equipa. O facto

de existirem muitos elementos novos da equipa, exige do chefe de equipa uma maior necessidade de apoio e de orientação em momentos mais exigentes. Também o Modelo da Sinergia dá ênfase a esta dimensão, referido que um enfermeiro especialista como "Facilitador de aprendizagem" tem a capacidade de apoiar, orientar e ajudar a desenvolver a equipa, nomeadamente os profissionais com menos experiência (AACN, 2016; Curley, 2007).

O facto de o chefe de equipa assumir a chefia máxima do SUMC, para além da gestão do serviço, quer ao nível dos recursos humanos, materiais e de todas as situações que careçam da sua presença, tem outras responsabilidades associadas, que ultrapassam a prestação de cuidados. No que toca à aterragem de helicópteros no heliporto da UHP, é responsável por avisar a equipa de segurança acerca da hora prevista de chegada do helicóptero, contactar a corporação de bombeiros para implementação de procedimentos e medidas de segurança operacional referentes ao salvamento e luta contra incêndios e contactar o responsável pelos motoristas da UHP para agilizar ambulância para efetuar ligação entre o heliporto e o SUMC. Outra missão que lhe está atribuída relaciona-se com o Plano de Catástrofe, que, de acordo com o ponto 7.1.1.2, da Norma Hospitalar NH 4/CHUA, relacionado com o Sub-gabinete de Operações, o enfermeiro chefe de equipa do SUMC assume a função de Coordenador do Plano em primeira instância, podendo ser substituído, conforme compareçam no hospital os superiores hierárquicos. Por outro lado, sempre que um enfermeiro se ausente do serviço por necessidade de acompanhamento de um doente num transporte inter-hospitalar, tem a responsabilidade de reorganizar a equipa de enfermagem pelos postos de trabalho.

O trabalho realizado na UC Gestão em Cuidados de Saúde, em parceria com uma colega de curso, acerca das Metodologias de Organização do Trabalho de Enfermagem, foi fundamental para a aquisição de conhecimentos na área da gestão dos cuidados. Embora o foco tenha sido o trabalho em equipa, houve investigação em todas as metodologias de trabalho, incluindo o método individual de trabalho, método este adotado no SUMC.

Desta forma, o posto de trabalho a nós atribuído durante o estágio foi a SE ficando responsável ou colaborando com os enfermeiros também alocados a essa sala na receção e acompanhamento da PSC.

- **Competências Comum do Enfermeiro Especialista:**

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

- **Competências de Mestre:**

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

De acordo com o artigo 109º da Deontologia Profissional o enfermeiro deve "analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude" (OE, 2015b, p. 86). Por esse motivo, após cada dia de estágio foi feita uma autoanálise das situações ocorridas, momentos vividos, situações que tiveram uma boa prestação e situações que necessitavam de melhoria.

O SUMC acarreta momentos bastante *stressantes* e que exigem atuações rápidas, que conduzem a desgastes físicos e emocionais, sendo imprescindível adquirir estratégias de coping. É essencial conseguir ultrapassar o facto de, nem sempre, a nossa atuação ser a suficiente para a melhoria da situação da PSC, de muitas vezes amparamos situações em fim de vida, de enfrentarmos a morte e termos que conseguir ultrapassar tudo o que isso acarreta, desde a frustração de não conseguir fazer mais até ao apoiar a família, tentando explicar o que em muitas circunstâncias não tem explicação. Assim, por forma a promover o conforto e prevenir o sofrimento, o enfermeiro deverá ter a capacidade de criar ambientes terapêuticos e de compaixão, aplicando a sua competência "Práticas de Cuidado", integrado no Modelo da Sinergia (AACN, 2016b; Curley, 2007).

Tentámos munir-nos de informação relacionada com a gestão de conflitos e gestão de emoções. Embora já tivéssemos experiência nessa área, na medida em que em ambiente de UCI, a PSC está na sua maioria "no fim da linha", muitas vezes não temos notícias agradáveis a transmitir aos familiares, mas mesmo assim, temos que saber "dar a mão" e principalmente saber escutar.

Sempre que nos foi possibilitado, partilhamos conhecimentos com os enfermeiros com quem privámos, o que teve toda a sua importância na aquisição de conhecimentos relacionados

com a abordagem à PSC em SU, mas por outro lado, a experiência como enfermeira de UCI, foi também uma mais valia para a equipa que integrámos.

Os conteúdos adquiridos nas UC do mestrado foram fundamentais para adquirir conhecimentos relacionados com este domínio. Alguns exemplos, foram a UC de EMC 1, onde nos foi proposta a realização de um trabalho relacionado com a transmissão de uma má notícia. Embora seja algo frequente, como já foi referido, refletir mais ao pormenor sobre o tema, perceber o que foi feito e o que poderia ter sido aplicado, levou-nos à reflexão de temáticas para as quais não estamos tão despertos.

Por forma a dar também resposta a este domínio, ao nível dos padrões de conhecimento, a elaboração de um PI foi um grande vetor para a sua concretização. A realização de um diagnóstico de necessidades, entendendo a área de intervenção, realizando formação à equipa de enfermagem, através de instrumentos de formação por nós criados, fruto das pesquisas concretizadas tanto em entidades de referência nacionais e internacionais quanto em bases de dados científicas, foi bastante desafiante e motivador. Paralelamente foram feitas duas propostas de alteração de normas de procedimentos hospitalares, atualizado um instrumento de registos e feita proposta de uma lista de verificação.

3.2. Competências Específica do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crítica

No que toca aos cuidados de enfermagem à PSC, pode parafrasear-se Coimbra e Amaral (2016), os quais destacam que "se revestem de uma importância máxima e que englobam uma avaliação diagnóstica e a monitorização constantes por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil".

Tal como já foi referido anteriormente, a PSC carece de cuidados especializados, os quais devem ser contínuos e sistemáticos, por forma a detetar e prevenir complicações adjacentes à

PSC, para que ocorra uma atuação determinada e competente (OE, 2011b, 2018). Tal necessidade deve-se a um incremento significativo de "doenças com início súbito e as crónicas que agudizam, o aumento e a complexidade dos acidentes, o acréscimo de violência urbana e catástrofes naturais" que carecem de intervenções rápidas e objetivas, com medidas de suporte de vida, por forma a evitarem a morte (OE, 2011c, p. 3).

Desta forma, é evidente a importância dada ao desenvolvimento de competências específicas nesta área, que vai ao encontro da OE ao referir que "cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências especializadas" (OE, 2018, p. 19363). De igual forma, reforça o destaque do Enfermeiro Especialista na área de enfermagem em PSC, em resposta a situações de catástrofe ou situações multi-vítimas e na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica.

Juntamente às competências específicas do enfermeiro especialista, irão ser analisadas as competências de mestre n.º 1 e n.º 7.

- **Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC:**

  K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

- **Competências de Mestre:**

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

Em relação à primeira competência específica, pretende-se que o enfermeiro especialista mobilize "conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística" por forma a melhor responder às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e à sua família (OE, 2011c, p.4).

De acordo com o artigo 110º da Deontologia Profissional "o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade" (OE, 2015b, p. 86). Assim, mesmo que a pessoa se apresente em situação crítica,

nunca poderá ser esquecido que é única, com características exclusivas, que tem objetivos de vida que poderão naquele momento estar em risco. Por outro lado, tal como refere L. Nunes (2017) "os cuidados de enfermagem centram-se na relação para ajudar a pessoa a realizar o seu projeto de saúde" (p. 12).

No que toca ao cuidar da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica, não era de todo desconhecido para nós, atendendo à experiência profissional de 10 anos numa UCIP, tipo C parcial, com 9 camas ativas e que tanto recebe doentes do foro médico, quanto do foro cirúrgico. Sendo que muitas das ferramentas de que dispomos advêm dessa mesma experiência, foi possível, através do processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências, validar a UC Estágio I, tendo em conta todo o percurso profissional apresentado. Desta forma, a experiência profissional permitiu-nos alcançar conhecimentos nas seguintes matérias:

- Monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva - Monitorização por ECG, SpO^2, Pressão arterial, Pressão Venosa Central, Catéter PICCO, Catéter *Swan-Ganz*;
- Manutenção da via aérea - entubação orotraqueal; traqueotomia percutânea e cirúrgica;
- Ventilação mecânica invasiva e não-invasiva; Oxigenoterapia por Alto Fluxo; Aspiração de secreções; Técnicas complementares de melhoria de oxigenação (Decúbito ventral, recrutamento alveolar);
- Reanimação cardiorrespiratória avançada;
- *Pace-maker* cardíaco endocavitário;
- Índice bispectral (BIS);
- Monitorização da Pressão intra-abdominal;
- Broncofibroscopia diagnóstica e terapêutica;
- Fisioterapia respiratória e cinesioterapia;
- Terapia da dor (Analgesia epidural, analgesia sistémica) e respetiva avaliação pela escala BPS ou EVA;
- Técnicas contínuas de depuração/substituição renal com citrato ou bicarbonato e heparina;
- Plasmaferese;

- Transporte de PSC com equipamento portátil de suporte vital, inter ou intra-hospitalar;
- Realização de pensos cirúrgicos complexos - "Bolsa de Bogotá", Terapia por vácuo;
- Realização e avaliação de gasimetrais;
- Abordagem ao doente politraumatizado;
- Doente sedado e/ou curarizado;
- Aplicação de vários protocolos, de salientar, desmame ventilatório, analgesia opióide e não opióide, controlo da normotermia, administração de insulina EV, entre outros.

Para a realização do PE (Apêndice 1) foi feita uma retrospetiva sobre a formação realizada durante o percurso profissional, a qual se tornou uma mais valia na aquisição de competências para o melhor cuidar da PSC. Assim, para além da realização de duas Pós-Graduações, uma na área da Emergência e Trauma e outra Avançada em Doente Crítico, foram feitos vários cursos, sempre direcionados para a PSC, nomeadamente, SAV, ministrado pelo INEM, *Advanced Trauma Care for Nurses*[11], *International Trauma Life Support*[12], *Advanced Cardiac Life Support*[13], *Geriatric Education for Emergency Medical Services*[14], *Emergency Medical Patients: Assessment, Care and Transport*[15], Curso em Ventilação Invasiva e Não-Invasiva, entre outros pequenos cursos, formações e congressos na área da PSC.

Apesar de todos os conhecimentos prévios, este Estágio Final foi o vínculo para compreender a abordagem à PSC num SU, perspetiva esta que não existia. Desta forma compreendeu-se que enquanto na maioria das situações a abordagem em UCI permite uma manutenção e vigilância contínua do doente, em SU a abordagem acaba por ser mais "agressiva", porque o estado do doente assim o exige.

Foi-nos possível conhecer as normas e os protocolos adjacentes à SE, sendo que em 2018, munia-se dos seguintes protocolos: Via Verde Sépsis, Dispneia Grave, Politrauma Major, Politraumatizado com Traumatismo Crânio-Encefálico e Via Verde AVC.

[11] Cuidados Avançados em Trauma para Enfermeiros
[12] Suporte de Vida em Trauma Internacional
[13] Suporte Avançado de Vida Cardíaco
[14] Educação Geriátrica para Serviços de Emergência Médica
[15] Emergência Médica: Acesso, Cuidados e Transporte

A SE do SUMC, enquadra-se no Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, onde está definida a Rede Nacional de Emergência e Urgência, cumprindo o disposto no artigo 4º em que a equipa que recebe os doentes nessa sala tem formação especializada em medicina de urgência e existe uma área de cuidados intermédios, na UIDA, para os doentes que precisem de maior vigilância. Para além disso, a SE tem o apoio da UCIP 2, em presença física ou de rápido acesso.

Na SE do SUMC são recebidos os doentes mais graves e urgentes, com risco eminente de vida por falência ou eminência de falência multiorgânica, existindo critérios para a sua admissão. Todos os doentes triados com a cor vermelha pelo sistema de Triagem de Manchester têm entrada direta para esta sala. Para além disso, um doente acompanhado pela VMER, uma PSC transferida de outro hospital ou um doente que requeira aplicação de um protocolo da SE deverá sempre ser avaliado pelo médico que está escalado. Existem, ainda, critérios de avaliação do doente ao nível da via aérea e ventilação, SpO^2, circulação e avaliação neurológica, que podem levar à entrada do doente na SE.

Embora o campo de estágio fosse o SUMC, a maioria do tempo foi dedicado à prestação de cuidados à PSC na SE. No entanto foi-me permitido passar por todas as áreas do SUMC por forma a adquirir competências e aprendizagens dos vários postos de trabalho, permitindo compreender o caminho percorrido pelo doente desde o momento da triagem até ao internamento ou à alta para o domicílio.

Houve a oportunidade de cuidar de PSC, na SE, cuja passagem deverá ser a mais breve possível por forma a encaminhá-la para um local mais definitivo. Assim, tanto acompanhamos doentes durante um transporte intra-hospitalar para realização de exames de diagnóstico ou para transferência para UCI, como participamos na preparação do doente para transporte inter-hospitalar por necessidade de cuidados mais diferenciados, tal como a UCIC, ao abrigo da Via Verde Coronária. Outros doentes, após avaliação e estabilização, acabaram por ficar na área de decisão clínica ou ser transferidos para um serviço de internamento.

Uma das situações que iremos destacar relaciona-se com a entrada de uma jovem, estrangeira, com cerca de 30 anos, que estava de férias com o namorado e dois amigos no barlavento algarvio. Após ficar inanimada no local da ocorrência, foi acompanhada por um meio SIV para o SUMC. À chegada à SE, apresentava abertura ocular espontânea, sem cumprir ordens verbais e com fuga aos estímulos dolorosos, com respiração ruidosa. De imediato realizou TC

crânio-encefálica que revelou uma hemorragia cerebral, cuja localização previa uma deterioração respiratória rápida. Seguiu-se uma entubação endotraqueal e toda a logística para transferir a doente para a UH de Faro. Foi uma situação que, como tantas outras requereu uma atuação rápida e imediata para impedir um agravamento do estado em que já se encontrava. Para além do quadro apresentado, houve outra situação com que nos deparamos, relacionado com as pessoas de referência, ou seja, tínhamos familiares e amigos de outra nacionalidade, que estão de férias na região, pelo que não conhecem os circuitos regionais existentes assim com as políticas de saúde nacionais. Para além disso, o facto de existirem "barreiras de comunicação", podem pôr em causa a compreensão de toda a situação.

As dificuldades na comunicação é uma realidade constante nesta UH atendendo à realidade turística da região do Algarve. Para além disso, verifica-se um número bastante significativo de emigrantes nesta região, com usos, costumes, influências e culturas completamente díspares. Twycross (2001) reforça a importância que tem o desenvolvimento da comunicação com base nas necessidades do doente, o qual é único pelas suas especificidades culturais, sociais, espirituais e vivências pessoais.

Sempre que possível, foram adequadas estratégias, quer ao nível dos cuidados de enfermagem, da relação terapêutica e do tipo de comunicação para a redução dessas barreiras. A comunicação exige treino e assume um papel essencial na compreensão do outro. Podemos parafrasear Porta, Gómez-Batiste & Tuca (2008), que referem que sem habilidades comunicativas, a obtenção de informação terapêutica básica, a prestação de apoio emocional e a realização de qualquer outro processo que exija a partilha de informação, será algo difícil. Conforme referem Querido, Salazar & Neto (2006) existem competências básicas na comunicação, sendo elas, escuta ativa (ouvir, codificar, interpretar e responder), compreensão empática (identificar a emoção vivida pelo doente e a sua causa) e *feedback* (permitir controlar a eficácia da comunicação).

Em relação à família dos doentes, houve também bastante contacto, na medida em que já é uma estratégia implementada na SE o envolvimento da família na tomada de decisão. Verificou-se que, aquando da entrada de um doente nesta sala, já é prática permitir a acesso da família para junto do seu familiar e dar-lhe informações acerca do seu estado.

Quando um doente está num estado crítico e dá entrada na SE, para além de ele próprio se encontrar numa situação complexa, de transição de saúde para doença, que ocorre inesperadamente, também a sua família fica desamparada e mais frágil. Assim, as características da família poderão estar na sua maioria num nível mais baixo, o que implica uma maior adequação das competências do enfermeiro, para que ocorra sinergia neste processo (AACN, 2016b; Curley, 2007).

Durante o estágio houve a oportunidade de participar em formações relacionadas com a PSC que ajudaram a aprofundar os conhecimentos nessa área. De referir o Curso de "Vias Verdes", num total de 14 horas, direcionado a enfermeiros do SUMC, mas aberto a todos os profissionais de saúde da UHP do CHUA, que abordou assuntos relacionados com Via Verde Coronária, Via Verde Sépsis, Via Verde Trauma e Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Anexo 9). Assistimos a um curso de Triagem de Manchester, organizado pelo Grupo Português de Triagem, apenas como observadoras. Este curso foi essencial para compreender a realização da triagem dos doentes em contexto de urgência, quais os fluxogramas existentes e a forma correta de os aplicar (Anexo 10). Ainda, em Dezembro de 2018 decorreu o III Congresso da Secção Regional do Sul da OE, em que foi possível, ao longo de dois dias, apreciar conteúdos, na sua maioria relacionados com a área da Emergência e Urgência, fundamentais para o aprofundamento dos conhecimentos (Anexo 11). Integrado numa reestruturação que o grupo de formação de reanimação está a sofrer, participamos num curso de *Advanced Cardiac Life Support* da *American Hearth Association*, ao longo de dois dias, o qual foi bastante precioso para reavivar conteúdos relacionados com o SAV, situações de Síndrome Coronário Agudo e de AVC, ou a abordagem ao doente com taquicardia ou bradicardia.

Por forma a complementar o estágio com a abordagem à PSC em ambiente extra-hospitalar, foi realizado um estágio de observação em meios do INEM, nomeadamente, na VMER de Portimão, num total de um turno e na ambulância SIV em Lagos, num total de quatro turnos (Anexo 1). A VMER, composta por um médico e um enfermeiro disponíveis apenas para o meio, dá resposta às situações que necessitam de apoio diferenciado em toda a região do barlavento algarvio. A SIV composta por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), está integrada na SUB de Lagos e dispõe de enfermeiros que integram os quadros do CHUA e outros os do INEM. Os enfermeiros do CHUA tanto estão escalados para turnos na SIV quanto para a SUB e, quando estão escalados para a SIV e, enquanto não têm ativações, apoiam os

colegas na SUB. Por esse motivo, foi-nos dada a oportunidade de conhecer a SUB de Lagos, compreender o seu funcionamento e a sua dinâmica.

Foram poucas as ativações ocorridas, num total de uma no meio SIV e duas na VMER, mas que foram essenciais para compreender a dinâmica e relação existente entre o enfermeiro e TEPH ou médico na abordagem à vítima. Por outro lado, foi possível conhecer os materiais e equipamentos que compõem a carga dos meios, compreender os protocolos existentes no meio SIV, apreender de que forma são regulados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e aplicados na situação em questão. Foi-nos também dada a possibilidade de confirmar os equipamentos e materiais existentes tanto na ambulância SIV quanto na VMER.

Consideramos, que adicionar o estágio de observação em meios do INEM no Estágio Final tornou-se uma mais valia na aquisição de competências e conhecimentos, que ajudou a complementar a compreensão na necessidade de cuidados à PSC, que diversas vezes, em ambientes extra-hospitalares se encontra num ambiente hostil e com poucas condições para receber os melhores cuidados, mas que devem ser rápidos e imediatos.

Tal como já foi descrito em capítulo anteriores, foram realizadas duas propostas de alteração de normas hospitalares, relacionadas com o transporte inter e intra-hospitalares (Apêndice 5, Apêndice 6), complementadas com a sugestão de implementação de uma lista de verificação e registos para o transporte intra-hospitalar (Apêndice 8) e uma proposta de alteração do boletim de acompanhamento do doente no transporte inter-hospitalar (Apêndice 7), sendo que todos estes instrumentos incorporam orientações e registos relacionados com a PSC.

- **Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC:**

K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

A catástrofe, de acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil (2015), pode ser considerada "um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional" (p. 5316). Para além disso, é um acontecimento rápido e súbito, maioritariamente imprevisível, que provoca uma

destruição desde o ponto de vista humano, bem como material e onde a área afetada é maior do que no desastre, tornando incapazes as ações de resposta locais, na medida em que, também elas, são afetadas (INEM, 2012; Rodríguez, Rodríguez, García, Carabantes & Puente, 2007).

Para a aquisição desta competência, foram desenvolvidas atividades, na sua maioria no SMPC de Portimão, com a orientação de um Enfermeiro Especialista em EMC, para onde foi pedido estágio de observação. Juntamente com duas colegas, foram várias as ocasiões e as oportunidades advindas deste estágio, que nos permitiram compreender o papel da Proteção Civil no município de Portimão (Anexo 2).

Assim, acompanhamos o enfermeiro responsável pelo nosso estágio de observação e o Comandante Operacional Municipal a reuniões com as direções dos agrupamentos escolares para definição de atividades de interação com os alunos, no âmbito da Programa Municipal de Sensibilização "A Escola e os Riscos... Preparar para Proteger". Atendendo que no decorrer do ano letivo 2018/19 estão a ser desenvolvidas ações de *Mass-training* de SBV para alunos de 6º, 9º e 12º anos, foi-nos proposto colaborar em algumas dessas ações, as quais foram desenvolvidas em três escolas diferentes, para um total de 130 alunos do 9º e 12º ano. Para além de nós, houve a participação de elementos dos Bombeiros Voluntários de Portimão e da Delegação de Portimão da Cruz Vermelha Portuguesa. Para estas ações foram elaborados por nós Plano de Sessão e Cartazes para afixar nas Escolas com as datas das mesmas (Apêndice 18, Apêndice 19). Elaboramos, ainda, um cartaz e uma lista de verificação sobre "Como ligar 112" dirigido aos funcionários das escolas do concelho, sendo este um dos pedidos dos professores ao SMPC (Apêndice 20, Apêndice 21).

A realização do estágio de observação no SMPC de Portimão integrou a participação numa reunião ordinária da Comissão Municipal da Proteção Civil (CMPC) de Portimão. De acordo com a Câmara Municipal de Portimão (2012, p. 21) "a CMPC é o órgão de coordenação em matéria de Protecção Civil, composta por elementos que auxiliam na definição e execução da política de Protecção Civil", entre eles, a presidente da câmara, representante dos Bombeiros, representantes das forças de segurança, representante do CHUA, entre outros. A oportunidade de assistir a esta reunião, onde foram tomadas decisões, feitas avaliações e auscultações, foi, sem dúvida, uma mais-valia para a compreensão do papel da Proteção Civil na comunidade local.

A leitura e compreensão do Plano Nacional de Emergência e Proteção Civil e do Plano Municipal de Emergência e Proteção Civil de Portimão foram cruciais para a realização deste estágio. Desta forma conseguimos compreender quais as entidades intervenientes em situações de emergência ou catástrofe, quais as suas funções e quais os planos existentes.

Para o ano 2018, o SMPC de Portimão desenvolveu um plano de atividades, com os seguintes objetivos definidos:

> "a) Prevenir no território municipal os riscos coletivos e a ocorrência de acidente grave ou catástrofe deles resultante;
> b) Atenuar na área do município os riscos coletivos e limitar os seus efeitos no caso das ocorrências descritas na alínea anterior;
> c) Socorrer e assistir no território municipal as pessoas e outros seres vivos em perigo e proteger bens e valores culturais, ambientais e de elevado interesse público;
> d) Apoiar a reposição da normalidade da vida das pessoas nas áreas do município afetadas por acidente grave ou catástrofe." (SMPC, 2017, p. 5).

Por forma a alcançar os objetivos supracitados, surgiram vários projetos, destacando-se a criação de uma base de apoio logístico municipal, com o intuito de operacionalizar uma Unidade de Reserva Logística Municipal, munida de recursos que permitam potencializar uma resposta eficaz. Neste projeto surge entre os objetivos "criar reserva de consumíveis e equipamentos de intervenção de catástrofe", o qual inclui a formação de um *Kit* de Emergência para resposta a situações de catástrofe e emergência multi-vítima (SMPC, 2017, p.45). Neste sentido, foi-nos proposto a elaboração de um trabalho que fundamentasse a necessidade de aquisição de material de abordagem a vítimas em situação de catástrofe ou de acidente multi-vítimas, intitulado "*Kit* de Emergência para Catástrofe ou Situação Multi-vítimas" (Apêndice 22).

É imperativo que cada localidade seja resiliente, ao ponto de se auto-sustentar em caso de calamidade. Desta forma, é pretendido que a cidade de Portimão seja auto-suficiente para garantir os primeiros socorros a vítimas, tendo em conta de que a ajuda externa pode demorar a chegar, pelo que é importante existir coordenação nestes cenários onde o caos estará patente, sendo as primeiras 72 horas após um desastre, bastante decisivas (*United Nations for the Coordination of Humanitarian Affairs*, 2017).

No que toca ao meio hospitalar, foi-nos possível ler o Plano de Catástrofe Externo existente no hospital, onde está definido que o SUMC é o primeiro serviço a tomar providências relacionadas com a aplicação do plano de catástrofe, o qual pode ter três níveis (CHUA, 2019c). No entanto, não houve a oportunidade de presenciar uma situação real, embora tenha surgido uma implementação do Nível 1 do Plano, pela ocorrência de um acidente rodoviário multi-vítimas.

Participamos numa formação relacionada com o Plano de Evacuação da UHP, na área da segurança contra incêndios, ministrada por uma empresa externa (Anexo 12). Para além disso, foi-nos dada a oportunidade de assistir a um curso de Triagem de Manchester, já referida na competência "**Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica"**, composto por um módulo sobre a triagem em situação de catástrofe (Anexo 10).

Outra forma que presumimos ter dado ferramentas para a concretização desta competência relaciona-se com a experiência como Bombeira Voluntária. Para além de realizar serviços de emergência pré-hospitalar, aquando da calamidade provocada pelos incêndios rurais instalada a nível nacional, durante o Verão de 2018, que não deixou a nossa região de parte, foi feita a requisição dos enfermeiros que acumulam a função de bombeiro, ao hospital onde desempenhamos funções, durante uma semana, ao abrigo do artigo 26º-A do Decreto-Lei n.º 241/2007, de 21 de junho, para dar resposta aos vários pedidos existentes decorrentes do grande incêndio, sem deixar para trás qualquer outro pedido de ajuda.

A experiência como bombeira permitiu também a participação num exercício de uma queda de uma aeronave, onde, para além da aplicação da Triagem "START" em ambiente pré-hospitalar, foram acompanhadas vítimas para uma UH, também com o plano de catástrofe ativado.

- **Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC:**

K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

As IACS são um problema adjacente a qualquer entidade hospitalar, pelo que se torna fundamental a utilização de estratégias para a sua redução. De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS], as IACS são um problema de saúde pública, que põem em causa a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, ameaçando a sua segurança (DGS, 2017a). Num estudo de prevalência realizado em Portugal, verificou-se que a taxa de doentes com IACS é de 10,6%, valor este bastante superior à prevalência europeia que está nos 6,1% (Pina, Paiva, Nogueira & Silva, 2013).

O SUMC, por ser um serviço aberto, com alta rotatividade de doentes, por vezes superior à sua real capacidade, com situações, muitas vezes emergentes e que necessitam de atuação rápida e imediata, podem colocar em causa as Precauções Básicas dos Cuidados de Saúde, prevalecendo o valor da vida. No entanto, sempre que possível, foram incutidas ao doente e respetivos acompanhantes as medidas de prevenção e controlo e infeção, tal como a higienização das mãos.

Foram lidas as normas, documentos e orientações emanados pela DGS no âmbito da infeção, nomeadamente os quatro "Feixes de Intervenção", relacionados com a Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central e Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Para além disso, as normas e orientações relacionadas com a Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina, Prevenção da Transmissão de Enterobacteriáceas resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de Cuidados Agudos, entre outros, a consulta de informação em sites de entidades de referência internacionais, como a OMS, *Centers for Disease Control and Prevention* [16]ou *European Centre for Disease Prevention and Control*[17], também foram essenciais para aprofundar os conhecimentos desta competência.

A nível hospitalar existem também várias normas de procedimentos direcionados para a área da infeção, os quais também foram tidos em conta no aprofundamento dos conhecimentos. Por forma a ter uma melhor noção da realidade hospitalar, foram lidos os relatórios elaborados pelo Grupo de Coordenação Local (GCL) do Programa de Prevenção e

[16] Centro de Controlo e Prevenção de Doenças
[17] Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças

Controlo das Infeções e da Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), relacionados com a incidência e prevalência de infeções na UHP do CHUA.

No CHUA, a prática de realização de formações pelo CFIC, no âmbito do Controlo de Infeção é frequente. Embora tenha sido enviada a inscrição para a participação nessa formação, a mesma foi cancelada.

Por forma a materializar a competência **"Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas"**, foi realizado um cartaz relacionado com a Prevenção de Infeções relacionadas com o Catéter Vesical (Apêndice 23). Para a sua execução foram utilizadas várias fontes bibliográficas, entre elas a Norma da DGS n.º 019/2015 de 15/12/2015, atualizada a 30/05/2017, com o assunto "Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical", assim como a Norma de Procedimentos de Enfermagem NP 1/IV/E do CHUA (2018c), relacionada com a inserção e manutenção de cateter vesical. Embora, inicialmente tenha sido projetada a realização de uma sessão de formação, concluiu-se, com os enfermeiros supervisores clínicos, que a colocação de um cartaz num local estratégico seria mais eficaz.

A decisão acerca do tema a trabalhar nesta competência surgiu da auscultação aos enfermeiros supervisores clínicos, à enfermeira chefe do SUMC e à enfermeira responsável pela formação, sobre necessidades identificadas. Para além disso foi estabelecido contacto com o GCL do PPCIRA, por forma a compreender qual a melhor direção a tomar dentro da área da Infeção.

No entanto, muita da pesquisa efetuada sobre a temática já tinha sido feita para a elaboração de um trabalho em grupo no âmbito da UC EMC 5, cujo objetivo geral foi "Desenvolver um plano de prevenção e controlo de infeção da pneumonia associada à Ventilação (PAV)". Assim, foi possível, através da metodologia de trabalho, definir estratégias e atividades para a redução da PAV.

- **Competências de Mestre:**

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

Através da descrição e análise evidenciada ao longo deste capítulo, assume-se que esta competência de mestre foi concretizada por estar intrínseca nas atividades e estratégias definidas e materializadas para a aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em EMC – PSC.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A escolha do SUMC do UHP como campo de estágio fez todo o sentido, por ser um serviço da entidade hospitalar onde desempenhamos as nossas funções profissionais. Por outro lado, escolher um SU foi fulcral para a compreensão do percurso iniciado pela PSC aquando da entrada num hospital, vertente esta que não existia, atendendo que todo o percurso profissional até ao momento foi na área dos cuidados intensivos.

Assim, foi desenvolvido um PE, onde foi definido o caminho a percorrer para a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC, assim como as de mestre, através da definição de estratégias e atividades, com descrição dos recursos humanos e materiais necessários, com um limite temporal definido, explanando na elaboração de um cronograma. Para além do mais, foram definidos indicadores de avaliação, com a função de aclarar o momento de aquisição das competências referidas. O PE, ao integrar uma linha orientadora, foi, sem dúvida, um vínculo para composição deste Relatório.

A presença e disponibilidade da Prof.ª orientadora ao longo do estágio tornou-se um grande apoio nas tomadas de decisão necessárias, pois todas as suas orientações, proposições e anotações, quer em presença física ou à distância, via telefónica ou correio eletrónico, foram fundamentais para o desenvolvimento e término do Estágio Final, sob o trilho traçado no PE. Para além disso, os momentos de reflexão e avaliação com o enfermeiro supervisor clínico levaram à aquisição de ferramentas fundamentais para a evolução durante o Estágio Final e sua concretização.

A avaliação final do estágio foi executada na última semana programada para o estágio, através de reunião formal com a Prof.ª orientadora e com o enfermeiro supervisor clínico, decorrendo conforme o agendamento planeado. Todo o desempenho relevado ao longo do

estágio foi considerado para a avaliação, assim como a redação de um artigo científico, apelidado "Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uniformização de procedimentos de enfermagem num Serviço de Urgência".

Consideramos que, de grosso modo, superamos o pretendido e o delineado para este Estágio Final.

CONCLUSÃO

A concretização do presente Relatório possibilitou enumerar e analisar, com o maior detalhe, todas as estratégias e atividades definidas e aplicadas no decorrer do Mestrado em Enfermagem, com especialização em EMC – PSC. Desta forma, foi possível tomar consciência de todas as aprendizagens e todos os contributos adjacentes a um caminho, que objetivam uma maior excelência do cuidar.

Aquando da realização do Estágio Final no SUMC da UHP do CHUA desenvolvemos as competências de mestre e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC prenunciadas, complementado pelos estágios de observação realizados tanto na VMER e na SIV, quanto no SMPC de Portimão.

Com a aquisição destas novas competências, estamos cientes de que nos foram entregues mais ferramentas, essenciais para a melhoria contínua dos cuidados prestados no nosso contexto de trabalho. Nem sempre a tomada de decisão foi fácil e nem sempre o trilho traçado inicialmente foi o implementado, contudo, estamos cientes que todas as opções feitas foram com vista a uma melhoria para a prática dos cuidados.

O transporte secundário da PSC, seja de âmbito inter ou intra-hospitalar acarreta riscos para o doente e para os profissionais, quer seja pela própria situação clínica do doente ou mesmo pelos riscos adjacentes ao movimento e mobilização do doente, o que pode condicionar a segurança de todos os envolvidos neste processo. Para além disso, a qualidade dos cuidados prestados à PSC com necessidade de transporte secundário poderá estar em causa, caso não se reúnam os profissionais, o equipamento e a monitorização mais adequados.

Atendendo à linha de investigação escolhida, "Segurança e Qualidade de Vida", consideramos que o PI foi um vetor para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à PSC submetida a um transporte secundário, através da uniformização dos cuidados, quer seja antes, durante ou após o próprio transporte. Foi realizada formação à equipa de enfermagem acerca deste tema e foram feitas duas propostas de alteração e atualização de normas de procedimentos hospitalares relacionadas com o transporte inter e intra-hospitalar, respetivamente, assim como foi feita proposta de alteração do boletim de acompanhamento do doente para o transporte inter-hospitalar e proposta de lista de verificação e registos para o transporte intra-hospitalar. Em nenhum dos instrumentos criados foi testada a sua fiabilidade e praticabilidade, ao quais aguardam aprovação para implementação.

Consideramos que o Modelo da Sinergia como modelo conceptual, que combina as necessidades dos doentes com as competências/dimensões dos enfermeiros, como forma de obter melhores cuidados prestados, foi fundamental para nos guiar no decorrer do Estágio Final, com todas as atividades e estratégias adjacentes à implementação do PI e aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas da especialização em EMC – PSC e competências de mestre em enfermagem.

O término deste Relatório permite chegar ao final desta etapa, no entanto, espera-se um futuro com novas oportunidades de aprendizagem e com possibilidade de intervenção em projetos, sobretudo nesta área de especialização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Association of Critical-Care Nurses (2016a). AACN Synergy Model for Patient Care. Retirado de: https://www.aacn.org/nursing-excellence/aacn-standards/synergy-model

American Association of Critical-Care Nurses (2016b). *The AACN Synergy Model for Patient Care*. Retirado de: https://www.aacn.org/~/media/aacn-website/nursing-excellence/standards/aacnsynergymodelforpatientcare.pdf?la=en

American Psychological Association (2010). Publication Manual of the American Psychological Association. Intellectual Property (6ª ed., Vol. 1968). Washington, DC. Retirado de: http://lumenjournals.com/wp-content/uploads/2017/08/APA6thEdition.pdf

Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (s/d). Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem

Australian and New Zealand College of Anaesthetists (2015). *Guidelines for Transport of Critically Ill Patients*. Victoria: Australasian College for Emergency Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetics, and College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand. Retirado de: http://www.anzca.edu.au/documents/ps52-2015-guidelines-for-transport-of-critically-i

Aviso n.º 5622/2016, de 2 de maio. *Diário da República, Série II, n.º 84*. Publicação do Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora. Retirado de: https://dre.pt/application/conteudo/74313811

Bérubé, M., Bernard, F., Marion, H., Parent, J., Thibault, M., Williamson, D. R. & Albert, M. (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing (29)*. 9-19. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2012.07.001

Blakeman, T. C. & Branson, R. D. (2013). Inter- and Intra-hospital Transport of the Critically Ill. *Respiratory Care. (58)* 6. 1008-1023. doi: 10.4187/respcare.02404

Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G. & Jong, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care (19)* 214. 1-10. doi:10.1186/s13054-015-0938-1

Câmara Municipal de Portimão (2012). *Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil*. Retirado de: https://www.cm-portimao.pt/documentos/informacoes-uteis/planos-municipais/plano-municipal-emergencia-protecao-civil

Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *ANS, 1* (1). 13-24.

Centro Hospitalar do Algarve (2015). *Plano Estratégico de Enfermagem 2015/2018 do CHA, EPE*. Norma Hospitalar de 19 de março de 2015

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2017a). Instituição. Retirado de: http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2017b). *Plano de atividades e orçamento 2017.* Retirado de: http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2017/01/Plano-de-Atividades-e-Orcamento-2017.pdf

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2017c). CHUAlgarve em números. Retirado de: http://www.chualgarve.min-saude.pt/chalgarve-em-numeros/distancias/

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018a). *Relatório de Gestão e Contas 2017*. Retirado de: http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2018/08/CHUA_RC2017.pdf

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018b). *Investigação*. Norma Hospitalar NH 13/CHUA, de 12 de abril de 2018

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018c). *Intervenção de enfermagem na inserção e manutenção de cateter vesical*. Norma de Procedimento de Enfermagem NP 1/IV/E, de 12 de fevereiro de 2018

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2019a). Dados sobre transporte inter-hospitalar fornecidos pelo Enfermeiro Supervisor

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2019b). Dados dos doentes admitidos na Sala de Emergência do SUMC

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2019c). *Plano de Catástrofe externa Unidades Hospitalares de Portimão e Lagos*. Norma Hospitalar NH 4/CHUA, de 7 de fevereiro de 2019

Coimbra, N., & Amaral, T. (2016, Fevereiro). Acompanhamento de Enfermeiro no Transporte Primário do Doente Crítico. Retirado de: http://www.nursing.pt/acompanhamento-de-enfermeiro-no-transporte-primario-do- doente-critico/

Comeau, O. Y., Armendariz-Batiste, J. & Woodby, S. A. (2015). Safety First! Using a Check-list for Intrafacility Transport of Adult Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse (35)*5. 16-26. Retirado de: http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=9d7b99e8-3962-4b1e-a890-80cd4ce7f3ec%40sessionmgr101&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=26427972&db=mdc

Curley, M. (2007). *Synergy – The Unique Relationship Between Nurses and Patients*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International

Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro. *Diário da República. Série I-A, n.º 2.* Lisboa: Presidência da República. Retirado de: https://dre.pt/application/conteudo/235127

Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro. *Diário da República. Série II, n.º 176*. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Retirado de: http://dre.pt/application/conteudo/75319454

Decreto-Lei n.º 241/2007, de 21 de junho. *Diário da República. Série I, n.º 118*. Lisboa: Ministério da Administração Interna. Retirado de: https://dre.pt/application/conteudo/639318

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, republicado no Decreto-Lei n.º 176/2016, de 13 de setembro. *Diário da República. Série I, n.º 63/2016*. Lisboa: Ministério da Ciência,

Tecnologia e Ensino Superior. Retirado de: https://dre.pt/home/-/dre/75319452/details/maximized?p_auth=0xVgXbzq

Decreto-Lei n.º 101/2017, de 23 de agosto. *Diário da República. Série I, n.º 162/2017*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de https://dre.pt/home/-/dre/108041480/details/maximized

Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. *Diário da República. Série II, n.º 28*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de: https://dre.pt/application/conteudo/66463212

Despacho n.º 14223/2009, de 24 de junho. *Diário da República. Série II, n.º 120*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de: http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/17393/Desp142232009QualidSaude1.pdf

Despacho n.º 5058-D/2016, de 13 de abril. *Diário da República. Série II, n.º 72*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de: https://dre.pt/application/conteudo/74146383

Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. *Diário da República. Série II, n.º 102*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de: https://dre.pt/application/conteudo/67324029

Despacho n.º 10109/2014, de 6 de agosto. *Diário da República. Série II, n.º 150*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de: https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/04-Despacho-10106-2014-de-6-de-agosto.pdf

Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. *Diário da República. Série II, n.º 153*. Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de: https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn

Direção-Geral da Saúde (2015a). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020*. Retirado de: http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf

Direção-Geral da Saúde (2015b). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Norma n.º 15/2013 de 03/10/2013, atualizada a 04/11/2015. Retirado de: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx

Direção-Geral da Saúde (2016a). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Retirado de: https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx

Direção-Geral da Saúde (2016b). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Retirado de: https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx

Direção-Geral da Saúde (2017a). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobiano*. Retirado de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde (2017b). *"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Norma n. º 019/2015 de 15/12/2015, atualizada a 30/05/2017. Retirado de: http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015-pdf.aspx

Entidade Reguladora da Saúde (s/d). Segurança do Doente. Retirado de: https://www.ers.pt/pages/218

European Court of Human Rights (s/d). *Convenção Europeia dos Direitos do Homem*. Retirado de: http://echr.coe.int/Documents/Convention_POR.pdf

Ferrito, C. (2010). Editorial. In M. Ruivo, C. Ferrito & L. Nunes (Eds), Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos, (15),* 1-37. Retirado de: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Graça, A., Silva, N., Correia, T. & Martins, M. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência IV* (15). Retirado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000400014

Grupo Português de Triagem (2015). *Sistema de Triagem de Manchester*. Retirado de: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4:sistema-de-triagem-de-manchester&catid=12&Itemid=110

Haller, J. S. (2011). *Battlefield Madicine: a history of the militar Ambulance from Napoleonic.* United States of American: Southern Illinois University Press

India Society of Critical Care Medicine (2017). *To develop guidelines for intrahospital and interhospital Transport Critically ill Patients*. Retirado de https://isccm.org/pdf/Section4.pdf

Instituto Nacional de Emergência Médica, (2012). *Situação de exceção, Manual TAS*. ISBN 978-989-8646-08-8. Retirado de: https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf

Instituto Nacional de Estatísticas (2017). *Estatísticas Demográficas 2016*. Retirado de: www.ine.pt

Intensive Care Society (2011). *Guidelines for the transport of the critically ill adult*. London: Intensive Care Society. Retirado de: https://www.ics.ac.uk/AsiCommon/Controls/BSA/Downloader.aspx?iDocumentStorageKey=79bdff30-7676-46dd-856d-b47e4d667568&iFileTypeCode=PDF&iFileName=Transport%20of%20the%20Critically%20Ill%20Adult

Knight, P., Maheshwari, N., Hussain, J, Scholl, M., Hughes, M., Papadimos, T., Guo, W., Cipolla, J. Stawicki, S. & Latchana, N. (2015). Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *International Journal of Critical Illness and Injury Science. (5)*. 256-264. doi: 10.4103/2229-5151.170840

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. *Diário da República. Série I, n.º 195*. Lisboa: Assembleia da República. Retirado de: https://dre.pt/application/conteudo/574127

Lei n.º 80/2015, de 3 de agosto, que substitui Lei n.º 27/2006, de 3 de julho. *Diário da República. Série I, n.º 149/2015.* Lisboa: Assembleia da república. Retirado de: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/69927759/details/maximized

Lejonqvist, G., Eriksson, K. & Meretoja, R. (2012). Evidence of clinical competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 340-348. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00939.x

Lopes, A. & Nunes, L. (1995). *Acerca da Triologia de Competências Profissionais – Qualidade dos Cuidados – Ética.* Retirado de: https://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/triologia_1995.pdf

Martin, T. (2001). *Handbook of Patient Transportation*. Londres: Greenwich Medical Media Limited

Martins, J., Mazzo, A., Baptista, R., Coutinho, V., Godoy, S., Mendes, A. & Trevizan, M. (2012). A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. *Acta Paulista de Enfermagem (25)* 4. 619-625. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400022

Meneguin, S., Alegre, P. & Luppi, C. (2014). Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. *Acta Paulina Enferm*agem *(27)* 2. 115-119. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400021

NCE/14/01772 (2015). *Apresentação do pedido corrigido – Novo ciclo de estudos*. Retirado de: https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf

Nunes, F. (2009). *Tomada de decisão do enfermeiro no transporte do doente crítico*. Retirado de http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3526-tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico#.XBAGgxP7R-U

Nunes, L. (2009). *Ética: Raízes e Florescência em todos os Caminhos*. Loures: Lusodidacta

Nunes, L. (2010). *Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem – uma exploração da natureza e atributos e dos processos de conhecimento em enfermagem*. Percursos (17). 3-9. Retirado de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas – a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Retirado de: https://core.ac.uk/download/pdf/62690637.pdf

Nunes, L. (2017). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

Ordem dos enfermeiros (2011a). Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro. *Diário da República, Série II, n.º 35.* Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Retirado de: http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf

Ordem dos enfermeiros (2011b). Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro. *Diário da República, Série II, n.º 35.* Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Retirado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecifenfpessoasituacaocritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011c). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). Regulamento n.º 533/2014, de 2 de dezembro. Diário da República. Série II, n.º 233. *Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Retirado de: https://dre.pt/application/conteudo/60651797

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho. Diário da República. Série II, n.º 123. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.* Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retirado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer n.º 09/2017. *Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. Retirado de:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. Diário da República. Série II, n.º 135. *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Critica, 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.* Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Diário da República. Série II, n.º 26. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Retirado de: https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

Paiva, J. (2012) *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: Relatório CRRNEU*. Retirado de: https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx

Pina, E.; Paiva, J.A.; Nogueira, P. & Silva M.G. (2013). *Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses: inquérito 2012.* Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de: http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019020.pdf.

Pordata – Base de Dados Portugal Contemporâneo (2013). O que são NUTS?. Retirado de: http://pordata.pt/O+que+sao+NUTS

Porta, J., Gómez-Batiste, X. & Tuca, A. (2008). *Control de sintomas en pacientes com câncer avanzado y terminal.* (2ª ed.). Madrid, Espanha: Arán ediciones s.l.

Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2006). Comunicação. In: A. Barbosa & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos*, (pp. 357 – 378). Lisboa, Portugal: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016. Jornal Oficial da União Europeia. 59º ano. Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

Retirado de: https://protecao-dados.pt/wp-content/uploads/2017/07/Regulamento-Geral-Prote%C3%A7%C3%A3o-Dados.pdf

Ringdal, M., Chaboyer, W. & Stomberg, W. (2015). Intrahospital transports of critically ill patients: critical care nurses' perceptions. *British Association of Critical Care Nurses (21)* 3. 178-184. doi: 10.1111/nicc. 12229

Rodríguez, F.C, Rodríguez, F. M., García, M. C., Carabantes, J. C. D. & Puente, R. M. E (2007). *Manual de Asistencia Sanitaria en Accidentes Múltiples Víctimas*. Valladolid: Junta de Castilla y Léon (Consejería de Sanidad). Retirado de: http://semesmadrid.es/wp-content/uploads/Manual-Asistencia-a-Accidentes-M%C3%BAltiples-V%C3%ADctimas.pdf.

Santiago, M., Pedro, A., Ruivo, M., Mendes, J., Marques, M. & Martins, M. (s/d). Orientações gerais para a realização do relatório

Serviço Municipal de Proteção Civil (2017). *Plano de Atividades da Proteção Civil Municipal de Portimão*. Portimão: Câmara Municipal de Portimão. Retirado de: https://www.cm-portimao.pt/docman/informacoesuteis/planos-municipais/1239-plano-anual-de-atividades-da-protcivil-municipal-2018/file

Serviço Nacional de Saúde (2019). Monitorização Mensal Hospitais - Produção e Rácios de Eficiência. Retirado de: http://benchmarking.acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard

Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos.* (1ªEd.). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

United Nations for the Coordination of Humanitarian Affairs (2017). *Five essentials for the first 72 hours of disaster response*. Retirado de: https://www.unocha.org/story/five-essentials-first-72-hours-disaster-response

Valentin, A. & Schwebel, C. (2016). Into the out: safety issues in interhospital transport of the critically ill. *Intensive Care Med (42)*. 1267-1269. doi: 10.1007/s00134-016-4386-4

Varandas, M. & Lopes, A. (2012). Formação Profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação (22)*. 141-158. Retirado de: http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n22/n22a09.pdf

Warren, J., Fromm, R. E., Orr, R. A., Rotello, L. C., Horst, H. M. & American College of Critical Care Medicine (2004). Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care Medicine (32)*1. 256-262. doi: 10.1097/01.CCM.0000104917.39204.0A

World Health Organization (2011). *Guia Curricular sobre Seguridad del Paciente*. Retirado de: https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum-guide_SP.pdf?ua=1

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – PROJETO DE ESTÁGIO

2º Mestrado em Enfermagem em Associação

Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

Estágio Final

Projeto de Estágio

Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Unidade Hospitalar de Portimão

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Docente:

Professora Antónia Costa

Enfermeiro Orientador:

Enfermeiro Especialista em EMC Miguel Mariano

Discente:

Ana Fernandes, N.º 170531041

Outubro de 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 4
1 – CAMINHO PROFISSIONAL E FORMATIVO 7
2 – O CAMPO DE ESTÁGIO 9
3 – CONSOLIDAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS 11
3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 11
3.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 17
3.3 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE 20
4 – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO 22
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS 23
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 24

ABREVIATURAS E SIGLAS

Art.º – Artigo

CHA – Centro Hospitalar do Algarve

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CMPCOS – Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro

EE – Enfermeiro Especialista

EF – Estágio Final

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

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

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

OE – Ordem dos Enfermeiros

PI – Projeto de Intervenção

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UH – Unidade Hospitalar

UHP – Unidade Hospitalar de Portimão

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Atividades e estratégias a desenvolver para aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista.....13

TABELA 2 – Atividades e estratégias a desenvolver para aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC – PSC.....18

TABELA 3 – Atividades e estratégias a desenvolver para aquisição de competências de mestre.....21

TABELA 4 - Cronograma de atividades para o estágio.....22

INTRODUÇÃO

O presente Projeto de Estágio integra-se na realização da Unidade Curricular (UC) Estágio Final (EF), no 3º semestre do 2º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica (EMC-PSC), a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal (IPS). A referida UC presume a realização de um estágio, com um total de 388 horas de contacto, em unidades de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC), onde se pretende que o aluno:

> "- Integre princípios das teorias e modelos concetuais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
>
> - Desenvolva a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;
>
> - Saiba gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
>
> - Participe na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
>
> - Participe no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;
>
> - Demonstre uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo." (Santiago, Pedro, Marques, Costa & Pereira, 2018).

Atendendo que, através do processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências, obtive aprovação para o Estágio I, tendo em conta a minha experiência profissional de 10 anos de prestação de cuidados de enfermagem à PSC numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), apenas concretizarei o EF.

Esta UC é desenvolvida em campos de estágio que consigam dar resposta à sua pretensão, pelo que o mesmo decorrerá no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) da Unidade Hospitalar de Portimão (UHP) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), sob orientação da Professora Antónia Costa e com supervisão do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e Mestre, Miguel Mariano. Para além disso, também irei realizar entre 5 turnos em meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), divididos entre a Viatura de Emergência Médica e Reanimação (VMER) de Portimão e ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de

Lagos, e 3 turnos de observação no Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro (CMPCOS) de Portimão, sendo estas oportunidades enriquecedoras para a obtenção de competências adjacentes a este estágio.

No decorrer do EF é requerida a realização de um Projeto de Intervenção (PI), com recurso a uma metodologia de projeto. Assim, por forma a dar resposta a este ponto, pretendo desenvolver um projeto na área do Transporte Secundário da PSC com o intuito de intervir na melhoria da prestação da equipa de enfermagem neste âmbito, tendo sempre presente que deve infindavelmente prevalecer a segurança da PSC e da equipa que o acompanha. Pode reforçar-se esta ideia com o Regulamento n.º 533/2014, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º 233, de 2 de dezembro que, em relação às dotações seguras dos cuidados de enfermagem refere que "o nível de qualificação e perfil de competências (...) são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações".

O desenvolvimento deste EF embate na UC Relatório, o qual prevê a concretização de um relatório de estágio de âmbito profissional, que contemplará as atividades desenvolvidas e estratégias utilizadas para a concretização do respetivo estágio, posteriormente submetido a prova pública perante um júri.

Posto isto, é definido como objetivo geral deste trabalho: Delinear o percurso pretendido para a realização do EF para aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) e de mestre.

E como objetivos específicos:

- Descrever o percurso académico e profissional percorrido até ao momento;
- Descrever e justificar a escolha do local do EF;
- Definir as estratégias e atividades delineadas para a aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e de mestre;
- Apresentar o cronograma deste estágio, com destaque para as atividades relacionadas com o projeto de intervenção.

Ao longo deste trabalho será possível perscrutar todo o percurso académico e profissional realizado até ao momento e fazer a descrição do campo de estágio escolhido, assim como a justificação para a sua seleção. Segue-se a enumeração das competências comuns e específicas do EE em EMC-PSC e de mestre, assim como as atividades e estratégias delineadas para a sua obtenção, sucedendo o cronograma das atividades planeadas.

Este percurso termina com breves considerações finais e apresentação das referências bibliográficas, à luz da *American Psychological Association*, 6ª edição. Este trabalho foi lavrado de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa, com recurso ao guia orientador para elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do IPS.

1. CAMINHO PROFISSIONAL E FORMATIVO

A minha carreira profissional teve início em 2008, ano em que completei a Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Saúde, da Universidade do Algarve. O estágio de integração à vida profissional foi UCI, do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, atual Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) 2, do CHUA. Após o término deste estágio, iniciei a minha carreira profissional nessa UCIP, que tão bem me tinha acolhido, como enfermeira de cuidados gerais, mantendo-me lá passados 10 anos.

Sendo o ambiente de UCI, deveras bastante complexo, e que exige bastantes conhecimentos técnico-científicos, para além de que dispõe de imensa tecnologia, realço a importância que teve toda a formação contínua que realizei, a qual foi essencial para melhorar a minha performance profissional, por forma a ser possível desempenhar a minha profissão à luz da Deontologia Profissional de Enfermagem "com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem" (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015, p.78).

O interesse pela prestação de cuidados ao à PSC foi imenso desde cedo, pelo que continuei a minha formação contínua nessa mesma área, por forma a colmatar algumas necessidades sentidas, com o intuito de melhorar a minha prestação profissional, tanto para o utente como para a sua família.

Por forma a dar resposta à competência "Desenvolve processos de formação contínua" do domínio "Desenvolvimento Profissional" Do Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2012), o qual refere que "o enfermeiro adota uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas" (p.23), completei duas Pós-graduações, uma em "Emergência e Trauma" e outra, "Avançada em Doente Crítico", as quais foram primordiais para o meu crescimento profissional.

Para além disso, investi em cursos, ao longo destes dez anos, nomeadamente Formação de Formadores, Suporte Avançado de Vida, ministrado pelo INEM, *Advanced Trauma Care for Nurses*, *International Trauma Life Support*, *Advanced Cardiac Life Support*, *Geritric Education for*

Emergency Medical Services, *Pediatric Education for Prehospital Professionals*, *Emergency Medical Patients: Assessment, Care and Transport*, Curso em Ventilação Invasiva e Não-Invasiva, entre outros pequenos curso, formações e congressos direcionados para a área da PSC.

Paralelamente à minha progressão profissional, ingressei nos Bombeiros Voluntários, onde tive oportunidade de frequentar com aproveitamento o curso de Tripulante de Ambulância de Transporte e o Curso de Desencarceramento. Assim, alguma da experiência que tenho na abordagem à PSC em ambiente pré-hospitalar, advém da minha prestação como bombeira voluntária, e que embora a assistência ao utente seja ao nível do suporte básico de vida, sem dúvida, fornece-me capacidades, estratégias e aptidões, resultantes dos cenários hostis com que muitas vezes me deparo.

De alguma forma, com a minha experiência profissional, consigo dar resposta a algumas unidades de competência da competência K1 "Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica", do Regulamento de Competências Específicas do EE em Enfermagem em PSC (OE, 2010a).

Sem dúvida, que todo este meu percurso profissional e académico culminou na escolha pela especialidade de EMC-PSC, pois é a área onde sempre investi e me faz todo o sentido continuar a empenhar-me.

2. O CAMPO DE ESTÁGIO

A decisão de estagiar num Serviço de Urgência adveio de uma lacuna que percebi existir no meu conhecimento sobre a abordagem à PSC. Tal como já referi, desde cedo que ingressei na carreira de bombeiro voluntário, pelo que, nesse âmbito consigo ter o primeiro contacto com a PSC, e no transporte para o Serviço de Urgência (SU), mesmo que a um nível básico, sendo que alguns deles acabam por vir a ser internados na UCIP, onde exerço a minha prática profissional.

No entanto, o meu conhecimento sobre a abordagem à PSC em contexto de urgência é muito escasso, e resume-se a algum conhecimento teórico, advindo das formações que frequentei, pelo que percebi que seria fulcral para a minha formação profissional e para o meu percurso académico, realizar este estágio num SU, por forma a conhecer o percurso que a PSC faz desde um "primeiro alarme", com a ativação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) até ao internamento numa UCI.

Para mim, escolher o SUMC da UHP, fez todo o sentido, tendo em consideração que a maioria dos utentes internados na UCIP 2 advêm desse SUMC, mais precisamente da Sala de Emergência.

O CHUA, como pessoa coletiva de direito público, "de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial" (CHUA, 2017a), integrado no Serviço Nacional de Saúde, é composto por três Unidades Hospitalares (UH) – Faro, Portimão e Lagos -, Serviços de Urgência Básica (SUB) do Algarve e Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, cujas competências administrativas deste último transitaram da alçada da Administração Regional de Saúde do Algarve. A designação deste centro hospitalar surge através do Decreto-Lei n.º 101/2017 e substitui o antecedente Centro Hospitalar do Algarve (CHA) E.P.E., criado em 2013, com a união do Hospital de Faro com o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Lagos e Portimão) (CHUA, 2017a).

Para além disso, através da Portaria n.º75/2016, de 8 de abril, foi criado o Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve, resultante de um consórcio entre o CHA, E.P.E. (antiga denominação do CHUA), e a Universidade do Algarve, cujo objetivo seria servir a comunidade com cuidados de saúde diferenciados e de qualidade.

O CHUA é composto por vários departamentos de serviços clínicos, sendo um deles o Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, que conta com serviços nas 3 Unidades Hospitalares, nomeadamente, em Faro, de nível I, Serviço de Urgência Polivalente, Serviço de Medicina Intensiva (SMI) I, em Portimão, de nível II, SUMC e SMI 2, e em Lagos, de nível III, o SUB (CHUA, 2017b). No que toca à UHP, o SMI 2 é formado pela UCIP 2, Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA), Sala de Emergência (integrada fisicamente no SUMC) e VMER.

O SU da UHP dá resposta aos concelhos do Barlavento Algarvio e Baixo Alentejo, recebendo também, utentes encaminhados da SUB de Lagos. Por outro lado, por inexistência de algumas especialidades ou de exames mais diferenciados, alguns utentes são encaminhados para outros hospitais, maioritariamente para Faro, mas também para grandes centros como Lisboa.

O SU da UHP conta com 4 equipas de enfermagem, as quais trabalham por turnos. Cada equipa tem um chefe de equipa, responsável por distribuir os elementos pelos diferentes postos de trabalho, nomeadamente, triagem, sala de emergência, balcões, pequena cirurgia/ortopedia, Via Verde Coronária e Decisão Clínica. Em cada turno da manhã existe um enfermeiro que assume as primeiras transferências de utentes, não programadas, sendo que nas tardes e noites são dois elementos, para as primeiras e segundas transferências. No turno da manhã a 2ª transferência é assumida por um enfermeiro escalado num dos serviços de internamento do hospital.

De ressalvar que o SUMC da UHP é afetado pela oscilação de população sazonal verificada no Algarve, sendo que, para além de assistir os residentes fixos da região, atende, com bastante frequência, turistas de várias nacionalidades e outras zonas do país.

Por forma a complementar o EF irei realizar estágio de observação em meios INEM, nomeadamente VMER de Portimão, sediada na UHP e SIV de Lagos, integrada na UHL, por forma a compreender o papel do enfermeiro nestes dois meios de assistência pré-hospitalar e, assim, desenvolver competências relacionadas com a abordagem à PSC antes da chegada às UH, ou seja, nas fases do "Socorro" e "Transporte" do SIEM, quer seja ao nível do suporte imediato ou avançado de vida.

Outro estágio de observação que irei efetivar será no Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro (CMPCOS) de Portimão, situado no Quartel dos Bombeiros Voluntários de Portimão, por forma a compreender de que modo a proteção civil é trabalhada neste concelho, quais as suas áreas de abrangência e qual a importância que o enfermeiro poderá ter neste âmbito.

3. CONSOLIDAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS

Os pilares que sustentam o conhecimento de enfermagem, de acordo com Carper (1978) são, o conhecimento empírico, o conhecimento ético, o conhecimento estético e o conhecimento pessoal, sendo que mais tarde Christopher Johns (2000) acrescentou o conhecimento reflexivo e o conhecimento sócio-político (Nunes, 2010).

De acordo com Nunes (2010) "o profissional é aquele que tem a competência, a autonomia e a responsabilidade de realizar actividades com formulação fundamentada de resultados esperados, numa situação complexa" (p.8). Profissionalmente, no que toca à competência é previsto que o enfermeiro possua "um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas" (OE, 2012, p.7).

Desta forma, pode frisar-se que o conhecimento e o investimento nele, são sem dúvida fulcrais para o aumento das competências do enfermeiro. Por outro lado, o aprofundamento de conhecimentos numa determinada área é crucial para uma melhor tomada de decisão, com vista a cuidados profissionais de excelência, onde o "enfermeiro especialista assegura/garante uma máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados" (OE, 2011, p.7).

Posto isto, passarei a descrever quais as atividades e estratégias consideradas para materializar as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e as de mestre.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do EE, o EE é aquele que detém "um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis

elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção" (OE, 2010b, p.2).

De igual modo, a OE (2010b) reforça que as competências adjacentes ao EE resultam dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e que, embora cada especialidade detenha um conjunto de competências específicas, existem domínios de competências que se aplicam comumente a todos os EE e que terão a sua pertinência em todos os contextos de cuidados de saúde, "educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem." (p.2).

Assim, por forma a dar resposta às competências comuns do EE, proponho, durante o EF, desenvolver as seguintes atividades e/ou estratégias:

Tabela 1 – Atividades e estratégias a desenvolver para aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista

	Competências	Unidades de competência	Atividades/Estratégias
Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	**A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção**	A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas A1.3. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão	• Consultar/Ler documentos que ajudem a aprofundar conhecimentos deontológicos e éticos: -Deontologia profissional de enfermagem - Regulamento do exercício profissional o enfermeiro - Legislação relacionada com a prática de enfermagem - Convenção para a proteção dos direitos do homem e das liberdades fundamentais - Declaração Universal dos Direitos Humanos • Ser voz ativa na tomada de decisão em situações que envolvam o utente e respetiva família • Prestar cuidados de enfermagem especializados ao utente, com base em princípios éticos e normas deontológicas • Acompanhar os utentes e respetiva família nos processos relacionados com o meu campo de intervenção • Refletir sobre os processos de tomada de decisão
	A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a	• Consultar/Ler documentos que ajudem a aprofundar conhecimentos no domínio dos direitos humanos: - Convenção para a proteção dos direitos do homem e das liberdades fundamentais - Declaração Universal dos Direitos Humanos

		privacidade ou a dignidade do cliente	- Carta dos direitos e deveres dos utentes do SNS - Garantir junto dos clientes e respetiva família que a respetiva proteção dos seus direitos • Colaborar com o Enfermeiro Orientador e restante equipa multidisciplinar na prevenção e deteção de situações de risco que possam por em causa a segurança, privacidade e dignidade do utente e restante família • Adotar medidas preventivas para diminuição do risco de segurança, privacidade e dignidade dos utentes durante a prestação de cuidados • Refletir sobre as situações ocorridas durante o Estágio Final
	B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	B1.1. Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática	• Consultar/Ler o Plano Estratégico para o triénio, do CHUA • Tomar conhecimento dos projetos de melhoria contínua do CHUA • Tomar conhecimento do plano de atividades para o triénio do Serviço de urgência • Colaborar em atividades no âmbito da qualidade dos cuidados, que surjam no decorrer do estágio • Aplicação dos conhecimentos no âmbito da qualidade dos cuidados, adquiridos ao longo do percurso académico, para o contexto profissional

Domínio da melhoria da qualidade	**B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade**	B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado B2.2. Planeia programas de melhoria contínua B2.3. Lidera programas de melhoria	• Elaborar/atualizar uma proposta de norma hospitalar, relacionada com o transporte secundário da PSC • Realizar uma formação no serviço de urgência, relacionada com o PI
	B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais	• Ter em conta a privacidade do utente e respetiva família na prestação de cuidados • Gerir situações que possam colocar em causa a integridade do utente e respetiva família • Envolver o utente na tomada de decisão da prestação de cuidados • Envolver a família na prestação de cuidados de enfermagem • Proporcionar conforto ao utente e respetiva família durante a prestação dos cuidados de enfermagem
Domínio da gestão dos cuidados	**C1. Gere os cuidados, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional**	C1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade	• Compreender as características da equipa multidisciplinar • Compreender os fatores que interferem na liderança da equipa multidisciplinar • Gerir recursos humanos, materiais e físicos com apoio do Enfermeiro Orientador • Saber recursos disponíveis na UHP, para necessidade de encaminhamento de situações para outros profissionais ou para outras entidades hospitalares
	C2. Adapta a liderança e a gestão dos	C2.1. Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados	• Compreender o método de trabalho de enfermagem utilizado no SU

	recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados	C2.2. Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos	• Definir estratégias para melhoria na liderança e na gestão dos recursos • Resolver, com o apoio do enfermeiro orientador, todas as situações que acarretam a tomada de decisão do chefe de equipa • Refletir sobre objeções encontradas na liderança e gestão dos recursos • Gerir, juntamente com o enfermeiro orientador, a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, pelos vários postos de trabalho • Desenvolver estratégias de motivação dentro da equipa
	D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade	D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro D1.2. Gera respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional	• Efetuar momentos de reflexão e avaliação das situações vivenciadas durante o Estágio • Reflexão sobre a minha atuação em situações imprevistas ou que acarretem níveis de stress elevados • Compreender os pontos fortes e os pontos a melhorar na prestação de cuidados • Reconhecer no meu EU, as capacidades, qualidades, particularidades e limitações que interferem no contexto profissional • Definir/redefinir ou continuar estratégias de acordo com a reflexão efetuada

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade D2.3. Provê a liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho	• Efetuar pesquisa bibliográfica relacionada com a PSC e/ou falência multiorgânica • Proporcionar momentos de partilha de conhecimentos advindos da pesquisa efetuada • Efetuar diagnóstico de necessidades formativas na equipa de enfermagem, relacionadas com a prestação de cuidados à PSC • Realizar formação em serviço no âmbito do PI • Realizar avaliação dos momentos formativos desenvolvidos

Fonte: Elaboração Própria; Adaptado do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010b)

3.2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No que toca aos cuidados de enfermagem à PSC, pode parafrasear-se Coimbra e Amaral (2016), os quais destacam que "se revestem de uma importância máxima e que englobam uma avaliação diagnóstica e a monitorização constantes por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil".

Desta forma, é claro a importância dada ao desenvolvimento de competências específicas nesta área, que vai ao encontro da OE (2010a) ao referir que "cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências especializadas". De igual forma, reforça o destaque do EE em enfermagem em PSC, em resposta a

situações de catástrofe ou situações multi-vítimas e na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica.

Assim, com vista à aquisição das três competências adjacentes a esta especialidade, apresento o plano para a sua efetivação.

Tabela 2 – Atividades e estratégias a desenvolver para aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC - PSC

Competências	Unidades de competência	Atividades/Estratégias
K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	K. 1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica K. 1.2. – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos K. 1.3. – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, optimizando as respostas K. 1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica K. 1.5. – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a	• Realizar pesquisa bibliográfica em sites de referência ou bases de dados científicas sobre cuidados de enfermagem à PSC • Desenvolver/ Amadurecer competências na prestação de cuidados de enfermagem à PSC • Aplicação das fases do processo de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica • Conhecer os protocolos e normas existentes no serviço de urgência • Atualização da norma de transporte secundário da pessoa em situação crítica • Gerir ambiente e recursos de acordo com as necessidades da pessoa em situação crítica e respetiva família • Observação e colaboração na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, integrado no estágio na VMER e SIV • Saber antecipar situações de instabilidade na PSC

	relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde K. 1.6. – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica	• Intervir e colaborar em intervenções ao nível do suporte avançado de vida • Adequar estratégias nos cuidados de enfermagem, relação terapêutica e o tipo de comunicação de acordo com o nível de compreensão da pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, para que não existam "barreiras de comunicação"
K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção	K. 2.1 – Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência K. 2.2 – Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe K. 2.3 – Gere os cuidados em situações de Emergência e/ou Catástrofe	• Realização de estágio de observação no CMPCOS; • Colaboração em atividades/projetos do CMPCOS; • Consulta dos seguintes documentos: - Plano Nacional de Emergência e Catástrofe - Plano Distrital de Emergência e Proteção Civil de Faro - Plano Especial de Emergência e Proteção Civil de Risco Sísmico Tsunamis Algarve - Plano Especial de Emergência de Proteção Civil para o Risco de Rotura da Barragem de Odelouca - Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil; • Conhecer e refletir sobre o Plano de Catástrofe da UHP do CHUA e do SUMC; • Pesquisa bibliográfica sobre guidelines de atuação em situações de

		emergência multi-vítimas ou catástrofe;
K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.	K. 3.1 – Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica K. 2.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de acordo com a infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	• Ler/Conhecer/Refletir normas emanadas pela DGS • Ler/Conhecer/Refletir sobre normas e protocolos sobre prevenção e controlo de infeção instituídos no serviço de urgência • Incutir ao utente e respetiva família, medidas de prevenção e controlo de infeção • Prestar cuidados de enfermagem à PSC, com base nas medidas de prevenção e controlo de infeção instituídas • Realizar ação de formação no SUMC no âmbito desta competência

Fonte: Elaboração Própria; Adaptado do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – PSC (OE, 2010a)

3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o art.º 15.º do capítulo III, do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, republicado no Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, é atribuído o grau mestre, aos que demonstrem:

> *"a*) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
>
> *i*) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.o ciclo, os desenvolva e aprofunde;
>
> *ii*) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capa- cidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto- -orientado ou autónomo."

Desta forma, para dar resposta às competências de mestre abaixo descritas, é suposto que tanto competências clínicas especializadas, como competências de investigação, que, primeiramente desenvolvidas no campo de estágio, culminem no Relatório de Estágio.

Tabela 3 – Atividades e estratégias a desenvolver para aquisição de competências de mestre

Competências	**Atividades/ Estratégias**
Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;	Elaboração de um projeto de intervenção Realização de um artigo científico
Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;	
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;	
Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;	
Participa de forma proactiva em equipas e projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;	
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;	
Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.	

Fonte: Elaboração Própria

4. CRONOGRAMA DO ESTÁGIO

Tabela 4 – Cronograma de atividades para o estágio

ATIVIDADES	HORAS
Reunião de início de semestre do 2º Mestrado	**4**
Reunião de turma de EMC-PSC	**3**
Reunião com professora orientadora	**1**
Reuniões de acompanhamento com professora orientadora	**6**
Pedido Comissão de ética do CHUA	**2**
Elaboração, distribuição e recolha dos questionários	**10**
Planificação e agendamento de sessões de formação	**3**
Preparação das sessões formativas	**10**
Realização de sessões de formação (2X – 1 para 2 equipas)	**4**
Reunião com Enf.ª Supervisora responsável pela formação e com Diretora do Departamento de Medicina Intensiva do UHP do CHUA	**2**
Atualização/Realização de proposta de norma do transporte secundário	**50**
Leitura de normas e protocolos do SU	**8**
Planificação e agendamento da ação de formação no âmbito da competência K3	**10**
Apresentação ação de formação no âmbito da competência K3	**2**
Colaboração em atividade/projeto do CMPCOS	**10**
Estágio SUMC	**272**
Estágio VMER/SIV (5 turnos)	**40**
Estágio CMPCOS (3 turnos)	**24**
Orientação Tutorial	**14**
Outras	**38**
Contacto	**388**

Fonte: Elaboração Própria

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização do Estágio Final é expectável que no seu término se consigam alcançar as competências de mestre em enfermagem e as comuns e as específicas de EE em EMC-PSC. Para além disso, depreende-se que, aquando da sua concretização seja possível aplicar todos os conhecimentos adquiridos nas UC, desde o início deste curso especializado.

Assim, enquanto mestranda e futura enfermeira especialista em enfermagem à PSC foi essencial a consulta tanto dos Regulamentos das Competências Comuns e Específicas do EE em Enfermagem em PSC, assim como dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, como base para a estruturação do EF.

A realização de um projeto de estágio tem toda a sua relevância, na medida em que é possível refletir sobre conhecimentos consumados, necessidades sentidas, para além de que o facto de refletir e definir atividades e/ou estratégias para concretizar as competências adjacentes a esta especialização foram essenciais para compreender o caminho a percorrer até ao final do estágio. A existência deste documento torna-se vantajoso atendendo que permite a existência de um fio condutor, por forma a não existirem desvios do objetivo final nem perdas de energia desnecessárias.

Importa referir que o projeto de estágio não é algo estanque, mas que, pelo contrário, deve ser flexível e moldável às circunstâncias ocorridas e aos constrangimentos sentidos.

Por fim, a oportunidade de puder delinear e implementar um Projeto de Intervenção torna-se fundamental para a aquisição de competências e conhecimentos mais aprofundados numa temática. O facto de puder materializar esse projeto na instituição hospitalar onde desempenho funções de enfermagem torna-se estimulador, por ser força ativa numa mudança essencial à instituição, a qual poderei continuar a acompanhar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carper, B. (1978). *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing*. ANS, 1 (1), (pp. 13-24)

Centro Hospitalar Universitário do Algarve. (2017a). Instituição. Retirado de http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve. (2017b). Estrutura orgânica. Retirado de http://www.chalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/CHALG_organograma_29092015.pdf.

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, republicado no Decreto-Lei n.º 176/2016, de 13 de setembro. *Diário da República. Série I, n.º 63/2016*. Retirado de https://dre.pt/home/-/dre/75319452/details/maximized?p_auth=0xVgXbzq

Decreto-Lei n.º 101/2017, de 23 de agosto. *Diário da República. Série I, n.º 162/2017*. Retirado de https://dre.pt/home/-/dre/108041480/details/maximized

Nunes, L. (2010). *Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem - uma exploração da natureza e atributos e dos processos de conhecimento em enfermagem*. Percursos, (17), (pp. 3-9). Retirado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf

Ordem dos enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Portaria n.º 75/2016, de 8 de abril. *Diário da República. Série I, n.º 69/2016*. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e Saúde. Retirado de Portaria https://dre.pt/home/-/dre/74076044/details/maximized?p_auth=D4EbsXrT

Regulamento n.º 533/2014, de 2 de dezembro. *Diário da República. Série II, n.º 233*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retirado de https://dre.pt/home/-/dre/60651797/details/7/maximized?serie=II%2Fen%2Fen%2Fen&dreId=59423371

Santiago, Pedro, Marques, Costa & Pereira. (2018). Estágio Final

APÊNDICE 2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2º Mestrado em Enfermagem em Associação

Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

Estágio Final

Projeto de Intervenção

Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uniformizar procedimentos de enfermagem num Serviço de Urgência

Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Unidade Hospitalar de Portimão - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Docente:

Professora Antónia Costa

Enfermeiro Orientador:

Enfermeiro Especialista em EMC Miguel Mariano

Discente:

Ana Fernandes, N.º 170531041

Novembro de 2018

ABREVIATURAS E SIGLAS

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – PSC – Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

OM – Ordem dos Médicos

PSC- Pessoa em Situação Crítica

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SU – Serviço de Urgência

UHP – Unidade Hospitalar de Portimão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 4

1. **PROJETO DE INTERVENÇÃO** 6
   - 1.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO 6
   - 1.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS 9
   - 1.3. PLANEAMENTO/CRONOGRAMA 10
   - 1.4. METODOLOGIAS 14
   - 1.5. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO 14
2. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 15
3. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 16

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Tabela SWOT 8

TABELA 2 – Planeamento dos objetivos do Projeto de Intervenção 11

TABELA 3 – Cronograma de execução do Projeto de Intervenção 14

INTRODUÇÃO

Integrado na Unidade Curricular Estágio Final, do 2º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica (EMC – PSC), a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), será desenvolvido um Projeto de Intervenção, através da metodologia de projeto, com vista à obtenção de competências de mestre em enfermagem.

Assim sendo, o tema escolhido para a realização deste projeto foi "Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uniformizar procedimentos de enfermagem num Serviço de Urgência", que será desenvolvido no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC) da Unidade Hospitalar de Portimão (UHP) do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA), cujo instrumento de recolha de dados será um questionário, de preenchimento voluntário, aplicado aos enfermeiros deste serviço.

Tal projeto tem o intuito de obter dados para diagnosticar necessidades na equipa de enfermagem ao nível da temática referida e, assim, promover momentos de formação, por forma a atualizar os conhecimentos da equipa, intervindo na melhoria da prestação da equipa de enfermagem neste âmbito, tendo sempre presente que deve infindavelmente prevalecer a segurança da Pessoa em Situação Crítica (PSC) e da equipa que o acompanha.

Por outro lado, prevê-se a realização de propostas de normas para atualização das existentes sobre o transporte secundário de doentes, por estarem desatualizadas, com vista à uniformização de procedimentos.

Posto isto, é definido como objetivo geral deste trabalho: Apresentar o projeto de intervenção no âmbito do transporte secundário da PSC, na vertente intra e inter-hospitalar.

E como objetivos específicos:

- Descrever as atividades necessárias para a efetivação do projeto

- Apresentar os objetivos para o projeto de intervenção;

- Mostrar o cronograma para a concretização das atividades propostas.

Importa referir que as referências bibliográficas têm como base as orientações da *American Psychological Association*, 6ª edição, e que foi utilizado o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do IPS.

1. PROJETO DE INTERVENÇÃO

1.1 . DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A UHP, encontrando-se sediada no barlavento algarvio, dá resposta a todos os concelhos dessa zona e a algumas áreas do baixo Alentejo. Sendo um hospital médico-cirúrgico, e que, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, lhe é exigido a existência de valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo, existem especialidades mais específicas como cardiologia ou neurologia que não existem, sendo que apenas é referido que deve existir uma rede de referenciação. Por esse motivo, constantemente, os enfermeiros do SUMC da UHP são confrontados com a necessidade de acompanhar doentes críticos ou não críticos durante o transporte inter-hospitalar. Dos 875 doentes que deram entrada na sala de emergência, desde o início do ano, 17% necessitaram de transporte inter-hospitalar para Lisboa ou para Faro.

Para além disso, pela necessidade de transferir doentes para serviços onde possa ser incrementado o nível de cuidados ou pela necessidade de realização de procedimentos ou exames de diagnóstico, os enfermeiros deste serviço de urgência (SU) constantemente acompanham doentes em transportes intra-hospitalares. Verificou-se que 71% dos doentes que entraram na sala de emergência ficaram na UHP, resultando em 92 transferências para a Unidade de Cuidados Polivalente 2 e 187 transferências para a Unidade de Internamento de Doentes Agudos, ou seja, 45% dos doentes que ficaram na UHP necessitaram de transporte intra-hospitalar pela necessidade de manter um elevado nível de cuidados.

O despacho acima descrito salienta a importância de um SU deste nível promover formação contínua no Transporte do Doente Crítico. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) (2008) também reforçam essa ideia, acrescentando que é “fundamental que cada instituição clarifique uma política formal sobre o transporte de doentes (com responsabilidade identificada), a organização de equipas dedicadas de transporte

(com treino específico e experiência regular), o investimento na formação (...) e a implementação de programas de acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico (...).” (p.8).

Nunes (2009) salienta a atenção que deve existir nos cuidados prestados durante o transporte, os quais nunca poderão ser inferiores aos existentes na unidade de origem. Continuando nessa linha de ideias, Graça, Silva, Correia e Martins (2017), referem que “os recursos humanos que acompanham o doente durante o transporte são a base da tomada de decisão para a antecipação e resolução de intercorrências durante a transferência, contribuindo para um transporte bem-sucedido” (p. 134).

Embora, a Ordem dos Enfermeiros (2017) refira que o profissional mais preparado para realizar transporte de doentes críticos seja o Enfermeiro Especialista em EMC – PSC, tal não se torna possível na instituição referida tendo em conta toda a sua estrutura organizativa, pelo que será crucial formar e qualificar da melhor forma possível os enfermeiros que acompanham doentes críticos durante transportes.

Assim, o diagnóstico da situação foi feito através de reunião informal, que seguiu uma entrevista não-estruturada, com a Enfª Leonor Luís, responsável máximo pelo SUMC, com o Enf. Especialista em EMC Miguel Mariano, enfermeiro orientador e posteriormente numa reunião informal com a enfermeira supervisora responsável pela formação da UHP do CHUA, Enf.ª Amélia Garcias.

Percebeu-se que a intervenção no âmbito do transporte secundário do doente crítico teria toda a pertinência, atendendo que todas as orientações hospitalares, tal como as normas, e mesmo os documentos relacionados com esta área estão desatualizados e que não seguem as diretrizes mais recentes da SPCI e OM. Após reunião informal com a Diretora do Departamento de Medicina Intensiva da UHP, foi confirmado a necessidade de intervir nessa área.

Por forma a envolver a equipa de enfermagem do SUMC no referido projeto, foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem, com preenchimento voluntário, acompanhado de um consentimento informado para aceitação livre e esclarecida do questionário, cujos documentos foram submetidos para apreciação à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do CHUA. Previamente foram solicitadas as respetivas autorizações à Enfermeira responsável máxima e diretor clínico do SUMC.

Foram incluídos no estudo, todos os enfermeiros da equipa, independentemente do grau académico, tempo de serviço ou com especialidade em enfermagem ou não, sendo que os critérios de exclusão foram profissionais de outras classes profissionais que não a enfermagem.

O questionário, essencialmente composto por duas partes, uma para levantamento dos dados socio-demográficos da equipa e outra para absorver a conveniência do tema proposto, foram essenciais para dar respostas. O tratamento dos dados recolhidos dos questionários aplicados teve sempre em conta a privacidade e a confidencialidade, assim como o Regulamento Geral da proteção de Dados, garantindo sempre o anonimato dos dados colhidos.

Ainda como instrumento de diagnóstico, foi utilizada uma tabela SWOT (*Strenghts, Weakness, Opportunities e Threats*) que, de acordo com Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), é um dos métodos mais utilizados para a elaboração de diagnósticos na investigação social.

Tabela 1 – Tabela SWOT

Pontos fortes - S	**Pontos fracos - W**
• Equipa de enfermagem jovem, motivada e com interesse na aquisição de novos conhecimentos; • Apoio e consentimento da Enfermeira Chefe, do Diretor do SUMC e da Diretora do SMI e da Enf.ª Supervisora • Ganhos em saúde associados à prevenção de ocorrências durante os transportes secundários • Incentivo à formação em serviço como forma de desenvolvimento profissional; • Normas hospitalares e outros documentos de apoio no âmbito do transporte secundário desatualizados.	• Rotatividade da equipa de enfermagem; • Resistência da equipa à mudança; • Não adesão da equipa; • Desmotivação da equipa multidisciplinar secundária à elevada carga de trabalho; • Desconhecimento, por parte de alguns elementos sobre as orientações nacionais e internacionais para o transporte secundário.
Oportunidades - O	**Ameaças - T**
• Instituição em programa de melhoria contínua; • Reconhecimento da importância do desenvolvimento da necessidade identificada;	• Mudanças a nível da administração hospitalar, restruturação organizacional;

• Incrementação de medidas que visem contribuir para a prevenção de ocorrências durante o transporte secundário; • Implementação das orientações nacionais e internacionais para o transporte secundário • Desenvolvimento de padrões de qualidade e boas práticas; • Atualização de normas hospitalares relacionadas com o tema • Implementação de uma lista de verificação sobre o transporte de doentes	• Falta de elementos da equipa multidisciplinar; • Baixa adesão às ações de formação • Baixa adesão ao preenchimento do questionário pelos enfermeiros • Não autorização pela Comissão de Ética • Realização de poucos transportes secundários

Fonte: Adaptado de Ruivo et.al (2010)

1.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Tendo em conta o diagnóstico de situação feito define-se como **objetivo geral** para o projeto de intervenção: **Melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSC, durante o transporte secundário.** Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Atualizar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem do SUMC sobre a prestação de cuidados de enfermagem à PSC durante o transporte inter e intra-hospitalar
- Uniformizar procedimentos relacionados com a transferência inter e intra-hospitalar da PSC
- Alicerçar as competências de mestre e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC

1.3. PLANEAMENTO/CRONOGRAMA

O desenvolvimento do Projeto de Intervenção decorrerá de novembro de 2018 a janeiro de 2019, constitui-se pela aplicação de um questionário aos enfermeiros do SUMC, com o objetivo de realizar a sua caracterização sociodemográfica, e de identificar necessidades formativas no Transporte Secundário da PSC. Permitirá ainda conhecer a opinião da equipa de enfermagem acerca da pertinência do projeto. Com vista à promoção da segurança do doente pretende-se a realização de formação à equipa de enfermagem, de acordo com as necessidades identificadas, com consequente uniformização de procedimentos. Também está prevista a realização de uma lista de verificação para diminuir incidentes críticos durante a realização dos procedimentos.

Tabela 2 – Planeamento dos objetivos do Projeto de Intervenção

Objetivo Geral	**Melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSC, durante o transporte secundário.**				
Objetivo específico	Estratégias/atividades a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
1. Atualizar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem do SUMC sobre a prestação de cuidados de enfermagem à PSC durante o transporte inter e intra-hospitalar	1.1. Reunir com enfermeira-chefe do SU; 1.2. Reunir com enf.ª responsável pela formação do SU 1.3. Reunir com enf.ª supervisora da formação da UHP do CHUA 1.4. Reunir com Diretora do DMI 1.5. Realizar pesquisas bibliográficas sobre transporte de doente crítico 1.6. Informar os chefes de equipa do SU sobre a entrega dos questionários aos enfermeiros. 1.7. Elaborar questionários para os enfermeiros 1.8. Entrega dos questionários 1.9. Planear a ação de formação sobre o transporte do doente crítico 1.10. Divulgar a calendarização das ações de formação sobre o transporte do doente crítico e da norma hospitalar	Prof.ª Orientadora Enf. Supervisor Chefes de equipa do SU Enf.ª chefe do SU Enf.ª responsável pela formação do SU Enf.ª Supervisora da formação da UHP do CHUA Equipa de enfermagem do SU	Livros Normas Manual da SPCI e OE Bases de Dados Científicas Computador Projetor multimédia Sala de formação Papel	Consultar cronograma	- Realização das ações de formação, com a presença de, pelo menos 50% dos enfermeiros do SU - Preenchimento dos questionários de avaliação da ação de formação

2. Uniformizar procedimentos relacionados com a transferência inter e intra-hospitalar da PSC	2.1. Realizar pesquisa bibliográfica nas bases de dados científicas, sites conceituados e livros sobre o transporte do doente crítico; 2.2. Realizar sessões de formação sobre o transporte do doente crítico 2.3. Atualizar a norma hospitalar sobre o transporte secundário de doentes 2.4. Realização de uma lista de verificação para o transporte do doente 2.5. Submeter a proposta da alteração da norma hospitalar sobre o transporte do doente para apreciação ao Conselho de Administração do CHUA 2.7. Apresentar norma hospitalar atualizada e folha de check-list à equipa de enfermagem	Prof.ª Orientadora Enf. Supervisor Enf.ª Supervisora da formação da UHP do CHUA Enf.ª chefe do SU Enf.ª responsável pela formação no SU CA do CHUA Equipa de Enfermagem	Livros Normas Manual da SPCI e OE Bases de Dados Científicas Computador Projetor multimédia Sala de formação do SU Sala de formação Papel	Consultar cronograma	- Elaboração da norma hospitalar sobre o transporte de doentes - Elaboração da lista de verificação para o transporte de doentes
3. Alicerçar as competências de mestre e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC	3.1. Elaborar o Projeto de Estágio 3.2. Elaborar o Projeto de Intervenção 3.3. Entregar pedido à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do CHUA 3.4. Executar projeto de estágio 3.5. Realizar as estratégias e atividades delineadas para a aquisição de competências comuns, específicas e de mestre em EMC-PSC 3.6. Elaborar um artigo sobre o Projeto de Intervenção "O transporte secundário da pessoa em situação crítica"	Prof.ª Orientadora Enf. Supervisor Enf.ª chefe do SU Equipa de enfermagem do CHUA CA do CHUA	Livros Normas Manual da SPCI e OE Bases de Dados Científicas Computador Projetor multimédia Sala de formação do SU Sala de formação Papel	Consultar cronograma	- Concretização das atividades propostas para o projeto de intervenção - Elaboração do artigo

Fonte: Adaptado de Ruivo et al. (2010)

1.4. METODOLOGIAS

Instrumento de recolha de dados

Prevê-se a realização de um questionário antecedente às ações de formação, como forma de avaliação dos conhecimentos dos participantes acerca da temática. Sendo que após as referidas ações de formação será aplicado novo questionário como forma de avaliar os conhecimentos adquiridos.

1.5. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO

Tabela 3 – Cronograma de execução do Projeto de Intervenção

FASES E DATAS / **ATIVIDADES**	**Fase Inicial** 24/09/2018 27/10/2018	**Fase de Planeamento** 28/10/2018 07/12/2018	**Fase de execução** 08/12/2018 25/01/2019	**Fase de conclusão** 26/01/2019 31/03/2019
Reunião com Enf.ª responsável máximo do SUMC				
Reunião com Enf.ª supervisora da formação da UHP do CHUA				
Pedido de parecer à Comissão de Ética do CHUA				
Elaboração e entrega de questionários				
Recolha dos questionários e tratamento dos dados				
Sessões de formação				
Avaliação da sessão de formação				
Realização da proposta de norma				
Realização da lista de verificação				
Elaboração de um artigo científico				
Realização do relatório				
Entrega do relatório				

Fonte: Elaboração Própria

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de Projeto de Intervenção integrado na Unidade Curricular Estágio Final tem toda a pertinência, na medida em que para além de detetar necessidades no campo de estágio, neste caso num SU, permite envolver-nos com a equipa, compreender as suas mais valias, sendo elemento vetor para processos de melhoria contínua.

A oportunidade de puder traçar e implementar um Projeto de Intervenção, com a materialização das atividades e estratégias delineadas torna-se um desafio enriquecedor para conseguir adquirir competências e conhecimentos mais aprofundados na temática escolhida.

De referir que podem surgir constrangimentos que podem pôr em causa o caminho traçado para este projeto. No entanto, será uma mais valia conseguir ultrapassar essas situações, as quais deverão sempre ser vistas como desafios que nos fazem crescer tanto a nível pessoal como profissional.

3. REFERÊCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Diário da República. Série II, n.º 153/2014. Retirado de https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn

Graça, A., Silva, N., Correia, T. e Martins, M. (2017). *Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal*. Revista de Enfermagem Referência. IV (15). Retirado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000400014

Nunes, F. (2009). *Tomada de decisão do enfermeiro no transporte do doente crítico*. Retirado de http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3526-tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico#.XBAGgxP7R-U

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer 09/2017. *Transporte da pessoa em situação crítica*. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Retirado de https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010), Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos, (15),* 1-37. Acedido a 24 de março de 2018 em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

APÊNDICE 3 – ARTIGO CIENTÍFICO "O TRANSPORTE SECUNDÁRIO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UNIFORMIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA "

O Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uniformização de procedimentos de enfermagem num Serviço de Urgência

The Secondary Transport of a Person in Critical Condition: Uniformization of nursing procedures in an Emergency Department

El Transporte Secundario del Paciente en Situación Crítica: Uniformización de procedimientos de enfermería en un Servicio de Urgencia

Ana Filipa Fernandes[1] (anafilipafernandes86@gmail.com), Miguel Mariano[2] (arc4njomm@gmail.com), Maria Antónia Costa[3] (antonia.costa@ipbeja.pt)

[1]Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2 da Unidade Hospitalar de Portimão, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE; Aluna do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, Instituto Politécnico de Setúbal.

[2] Enfermeiro do Serviço de Urgência, da Unidade Hospitalar de Portimão, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE; Enfermeiro na Viatura Médica de Emergência e Reanimação de Portimão; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica; Mestre em Enfermagem.

[3] Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica; Mestre em Enfermagem; Professora na Escola Superior de Saúde de Beja.

RESUMO

Introdução: O Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica, ocorre frequentemente quer seja entre departamentos do mesmo hospital ou entre hospitais e tem riscos associados. O enfermeiro, como interveniente no transporte da Pessoa em Situação Crítica, deve saber identificar eventos adversos, e implementar medidas preventivas para os reduzir. **Objetivo:** Melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à Pessoa em Situação Crítica.

Método: Aplicação de questionário a 61 enfermeiros para caracterização sócio-demográfica e aferimento da pertinência do estudo. Feita formação a 21 enfermeiros, onde foi aplicado teste de diagnóstico e teste final para aferimento do resultado da formação nos conhecimentos dos enfermeiros. **Resultados:** Verificou-se incremento nos conhecimentos dos enfermeiros. Foi feita proposta da atualização das normas hospitalares sobre o transporte secundário, de uma lista de verificação para o transporte intra-hospitalar e de alteração do boletim de acompanhamento do doente para o transporte inter-hospitalar. **Conclusões:** É primordial que sejam uniformizados os procedimentos de enfermagem relacionados com o transporte secundário, por forma a que este não seja um risco para a Pessoa em Situação Crítica, nem para a equipa que a acompanha, sendo fundamental a criação de estratégias.

Palavras-chave: transporte secundário, pessoa em situação crítica, segurança, procedimentos de enfermagem

ABSTRACT

Introduction: The Secondary Transport of a Person in Critical Condition often occurs both between departments of the same hospital and between hospitals and has associated risks. The nurse involved in transporting the person in critical condition must be able to identify adverse events and implement preventive measures to reduce them. **Objective:** To improve the safety and quality of the nursing care provided to a Person in Critical Condition. **Method:** Questionnaire applied to 61 nurses for socio-demographic characterization and assessment of study relevance. 21 nurses took part in a training session, and a diagnostic test and a knowledge test were applied at the end to gauge the result of the training in nurses' knowledge. **Results:** An increase in the nurses' knowledge. A proposal was made to update hospital rules on secondary transport, the checklist for intra-hospital transport and amendment to the patient's follow-up records for inter-hospital transport. **Conclusions:** It is essential that nursing procedures relating to secondary transportation are standardized so that there is no risk to the Person in Critical Condition or to the team accompanying them, and the creation of strategies is fundamental.

Key words: secondary transport, critical condition, safety, nursing procedures

RESUMEN

Introducción: El Transporte Secundario del Paciente en Situación Crítica, ocurre frecuentemente tanto entre departamentos de la misma Institución Hospitalaria como entre hospitales y tiene riesgos asociados. El enfermero, como interviniente en el transporte del Paciente en Situación Crítica, debe saber identificar situaciones adversas, y adoptar medidas preventivas para disminuirlas. **Objetivo:** Mejorar la seguridad y la calidad de los cuidados de enfermería prestados al Paciente en Situación Crítica. **Método:** Cuestionario a 61 enfermeros para caracterización socio-demográfica y evaluación de la pertinencia del estudio. Se realizó una formación a 21 enfermeros, y se aplicó prueba de diagnóstico y prueba final para evaluar el resultado de la formación en los conocimientos de los enfermeros. **Resultados:** Se verificó un aumento del conocimiento de los enfermeros. Se realizó una propuesta de actualizar las normas hospitalarias sobre el transporte secundario. Se realizó una lista de verificación para el transporte intrahospitalario y se modificó el boletín de seguimiento del paciente para el transporte inter-hospitalario. **Conclusiones:** Es primordial que sean uniformados los procedimientos de enfermería relacionados con el transporte secundario, de forma que este no sea un riesgo para la persona en situación crítica, ni para el equipo que lo acompaña, siendo fundamental la creación de estrategias.

Palabras clave: transporte secundario, paciente en situación crítica, seguridad, procedimientos de enfermeira

APÊNDICE 4 – APRESENTAÇÃO PARA A FORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS

2º Mestrado em Enfermagem em Associação
Enfermagem Médico-Cirúrgica –
A Pessoa em Situação Crítica

Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica

Transporte intra e inter-hospitalar

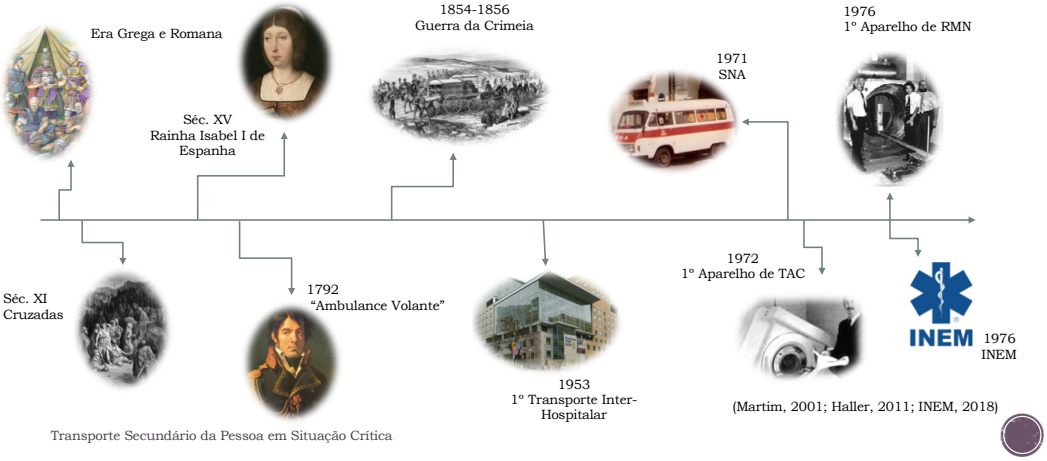
Discente: Ana Filipa Fernandes, Nº 170531041
Orientadores: Enf. Esp. EMC Miguel Mariano
Prof.ª Maria Antónia Costa

4 de Janeiro de 2019

Objetivos

- Definir transporte secundário
- Destrinçar transporte intra-hospitalar de transporte inter-hospitalar
- Definir as fases do transporte secundário
- Saber utilizar a tabela de avaliação para o transporte
- Identificar eventos adversos relacionados com o transporte secundário
- Saber implementar medidas preventivas para a diminuição de eventos adversos
- Compreender o papel do enfermeiro no transporte secundário da Pessoa em Situação Crítica

Como tudo começou...



(Martim, 2001; Haller, 2011; INEM, 2018)

Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica



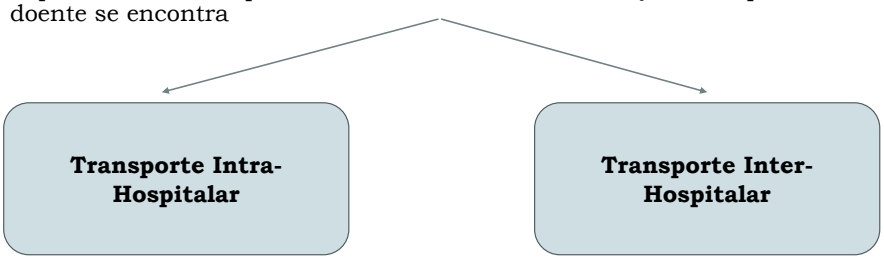
Pessoa em Situação Crítica

- "aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica".

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Transporte secundário

- Necessidade de diagnósticos, procedimentos avançados ou acesso a cuidados superiores e mais especializados, inexistentes no serviço ou hospital onde o doente se encontra



(Blakeman e Branson, 2013; Ordem dos Médicos [OM]e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2008)

Transporte Intra-Hospitalar

- Deslocação de um doente dentro da mesma instituição

Exame de diagnóstico

Procedimento

Incremento de cuidados

(OM e SPCI, 2008)

Transporte inter-hospitalar

- Transferência de um doente de uma instituição hospitalar para outra

Incremento de cuidados

Continuidade dos tratamentos

Exame de diagnóstico

Procedimento

Não disponíveis no hospital de origem

(OM e SPCI, 2008)

Fases do transporte



(OM e SPCI, 2008)

Coordenação do transporte

- Contactar o serviço recetor
- Confirmar a existência de vagas/ disponibilidade
- Agendar a hora de chegada
- Informar sobre existência de microrganismos → programar esses doentes para o fim dos procedimentos

- Preparar notas de transferência
- Informar o doente e/ou família sobre a necessidade do transporte
- Fornecer consentimento informado
- Escolher o meio de transporte (transporte inter-hospitalar)

(OM e SPCI, 2008; Australian and New Zealand College of Anaesthetists [ANZCA], 2015)

Avaliação para o transporte

1 . VIA AÉREA ARTIFICIAL		8. PACEMAKER	
Não	0	Não	0
Sim (tubo de Gudel)	1	Sim, definitivo	1
Sim (se entubado ou com traqueostomia recente	2	Sim, provisório	2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA	
FR entre 10 e 14 ciclos/min	0	SCG = 15	0
FR entre 15 e 35 ciclos/min	1	SCG entre 9 e 14	1
Apneia ou FR< 10 ou >35 ciclos/min ou respiração irregular	2	SCG <= 8	2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO		10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO	
Não	0	Nenhum dos abaixo indicados	0
Sim (Oxigenoterapia)	1	Grupo I	1
Sim (Ventilação Mecânica)	2	Naloxona	
4. ACESSOS VENOSOS		Corticosteróides	
Não	0	Manitol a 20%	
Cateter periférico	1	Analgésicos	
Cateter central em doente instável	2	Grupo II	2
5.AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA		Inotrópicos	
Estável	0	Vasodilatadores	
Moderadamente estável (O2 < 15L/min)	1	Antiarrítmicos	
Instável (inotrópicos no sangue)	2	Bicarbonatos	
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG		Trombolíicos	
Não	0	Anticonvulsivantes	
Sim (desejável)	1	Anestésicos Gerais	
Sim (em doente instável)	2	Dreno toráxico	
7. RISCO DE ARRITMIAS			
Não	0		
Sim, baixo risco* (e EAM > 48h)	1	TOTAL	
Sim, alto risco* (e EAM < 48h)	2		

(Adaptado de Etxebarria et al., 1998, cit. in OM e SPCI, 2008)

Avaliação para o transporte

Transporte intra-hospitalar

PONTOS	NÍVEL	ACOMPANHAMENTO	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO
0-2 (apenas com O2 e linha EV	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum ítem com pontuação 2)	B	Enfermeiro	SpO^2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual, Máscara, Tubo orofaringeo
>=7 ou <7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	SpO^2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador de transporte, Material para via aérea avançada

(Adaptado de Etxebarria et al., 1998, cit. in OM e SPCI, 2008)

Transporte inter-hospitalar

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	ACOMPANHAMENTO	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO
0-2 (apenas com O2 e linha EV	A	Ambulância normal	Auxiliar	Nenhum	"Standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum ítem com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	SpO^2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, injetáveis + soros
>=7 ou <7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicópteo	Médico + Enfermeiro	SpO^2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + ventilador de transporte, material para via aérea avançada, desfibrilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

Profissionais

- Treino e competência
- Familiarizados com o material e equipamento
- Conhecimentos relacionados com via aérea, ventilação, reanimação cardio-pulmonar e outros procedimentos de emergência
- Equipas dedicadas ao transporte (treino específico e experiência regular)
- Formação em Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado em Trauma

(OM e SPCI, 2008, ANZCA, 2015, Intensive Care Society, 2011)



Equipamento

EQUIPAMENTO	TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR	TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR
MONITOR DE TRANSPORTE	• Com alarmes, em conformidade com as exigências de monitorização	• Com alarmes e desfibrilhador, em conformidade com as exigência de monitorização
MATERIAL DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL	• Tubos traqueais adequados ao doente • Insuflador manual (com válvula PEEP)	
FONTE DE OXIGÉNIO	• Com capacidade previsível para todo o tempo de transporte • Com reserva adicional para 30 minutos;	• Com capacidade adequada – O2 necessário = [(20 + Vmin) x FiO^2 x tempo de transporte em minutos] + 50%
VENTILADOR DE TRANSPORTE	• Com monitorização do volume/minuto e da pressão da via aérea • Com capacidade de fornecer PEEP e FiO^2 reguláveis de forma fiável • Com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea	• Com possibilidade de monitorização do volume/minuto, e da pressão da via aérea • Com capacidade de fornecer PEEP e FiO^2, reguláveis de forma fiável • Com alarmes de desconexão e pressão

(OM e SPCI, 2008)



Equipamento

EQUIPAMENTO	TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR	TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR
FÁRMACOS DE RESSUSCITAÇÃO	• Devem acompanhar o doente	• Fármacos, para suporte avançado de vida, e outros que se julguem necessários ou específicos para terapêuticas continuadas ou intermitentes pré-programadas
MEDICAÇÃO EM PERFUSÃO	• Administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria, para não interromper nenhuma das medicações já em curso;	
MEDICAÇÕES ADICIONAIS	• Que possam ser administrada, intermitentemente, de acordo com prescrição médica;	
EQUIPAMENTOS E MALA DE TRANSPORTE	• Colocados desejavelmente no local onde se realiza o maior número de transportes intra-hospitalares. • A carga da mala de transporte deve estar em condições de ser utilizada em qualquer altura.	• Apenas é requerido quando o meio de transporte não tem material e equipamento necessário

(OM e SPCI, 2008)



Equipamento

EQUIPAMENTO	TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR	TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR
ASPIRADOR	• Disponíveis em qualquer ponto do trajeto, devem estar disponíveis num tempo médio de quatro minutos.	• Aspirador elétrico (com baterias) e sondas de aspiração;
CARRO DE EMERGÊNCIA (COM DESFIBRILHADOR)	• Disponíveis em qualquer ponto do trajeto, devem estar disponíveis num tempo médio de quatro minutos.	
DRENOS TORÁCICOS		• Conjunto de introdução e acessórios;
MATERIAL PARA PUNÇÃO, MANUTENÇÃO DE PERFUSÕES ENDOVENOSAS; SERINGAS OU BOMBAS VOLUMÉTRICAS COM BATERIA	• Na mala de transporte ou local de armazenamento	• Agulhas, cateteres venosos, seringas, sistemas de soro, etc
SOROS		• Cristaloides e coloides • Com mangas para administração sob pressão
EQUIPAMENTO DE COMUNICAÇÕES		• Permitindo contactos entre os hospitais de origem e destino

(OM e SPCI, 2008)



Fármacos

✓Adenosina	✓Dobutamina	✓Heparina	✓Morfina
✓Adrenalina	✓Dopamina	✓Insulina	✓Naloxona
✓Amiodarona	✓Etomidato	✓Isoprenalina	✓Nitroglicerina
✓Atropina	✓Fenobarbital	✓Labetalol	✓Noradrenalina
✓Bicarbonato de sódio	✓Flumazenil	✓Lidocaína	✓Paracetamol
✓Captopril	✓Furosemida	✓Manitol	✓Propofol
✓Diazepam	✓Gluconato de cálcio	✓Metilprednisolona	✓Salbutamol
✓Dinitrato de isossorbido	✓Glucose Hipertónica	✓Midazolam	✓Succinilcolina
✓Sulfato de magnésio	✓Tiopental sódico	✓Vecurónio	✓Verapamil

✓Cristalóides/colóides (com equipamento de perfusão rápida de fluidoterapia endovenosa)

(OM e SPCI, 2008)



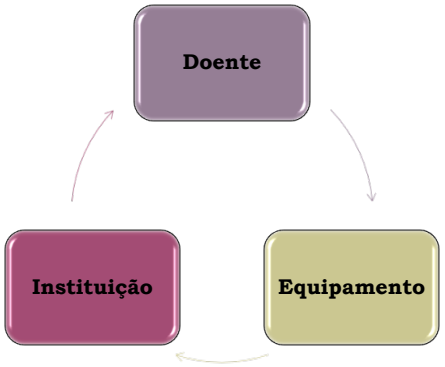
Monitorização

NÍVEL	EQUIPAMENTO
Nível 1 Obrigatório	✓ Monitorização contínua com registo periódico ✓ Frequência respiratória ✓ FiO^2 ✓ Oximetria de pulso ✓ ECG contínuo ✓ Frequência cardíaca ✓ Pressão arterial (não invasiva) ✓ Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente) ✓ Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente).
Nível 2 Fortemente recomendado	✓ Medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes potencialmente instáveis) ✓ ECG com deteção de arritmias
Nível 3 Ideal (em doentes selecionados pelo seu estado clínico)	✓ Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central ✓ Medição da pressão da artéria pulmonar ✓ Medição da pressão intracraniana ✓ Temperatura Corporal

(OM e SPCI, 2008)



Eventos adversos



(Meneguin, Alegre e Luppi, 2014)



Medidas preventivas

- **Avaliação Inicial do doente**
  - Efetuar de forma correta (ABCDE)
  - Rever os diários do doente
  - Permite antecipar problemas (preparação de terapêutica e equipamento adequado ao transporte
- **Estabilização Hemodinâmica**
  - Reduz a mortalidade e morbilidade
- **Via aérea**
  - Se o doente tem pouca capacidade de manter uma via aérea permeável → TET
  - Garantir que o TET está colocado corretamente (confirmação com R-x)
  - Colocar humidificação e $EtCO^2$
  - Deixar o doente estabilizar após a colocação do TET
  - O doente deve estar sedado e ponderar curarização
  - Ponderar colocação de sonda gástrica

(OM e SPCI, 2008)



Medidas preventivas

- **Pneumotórax/Hemotórax**
  - Drenar pneumotórax antes do início do transporte
  - Não clampar os drenos toráxicos
- **Acessos Vasculares**
  - 2 cateteres periféricos de grande calibre
  - Em transporte de longa duração ou necessidade de avaliação de volémia → CVC
- **Monitorização**
  - Personalizar os limites de alarme do monitor
  - Equipa familiarizada com o monitor
  - Monitor com indicação do tempo de bateria
  - Personalizar o nível de monitorização ao doente

(OM e SPCI, 2008)



Medidas preventivas

- **Equipamento de perfusão**
  - Utilizar bombas e seringas perfusoras → correta contabilização do volume administrado e manutenção adequada
- **Fármacos**
  - Acondicionados em mala própria
  - Organizados por grupos terapêuticos
  - Preparar previamente toda a medicação previsível de utilizar
- **Suporte Ventilatório**
  - Antecipar a necessidade de suporte ventilatório
  - Conectar ao ventilador de transporte no serviço de origem → dar tempo para adaptar

(OM e SPCI, 2008)



Medidas preventivas

- **Doente Agitado**
  - Contra-indicado transportar doentes agitados sem sedação prévia
  - Aplicar imobilizações de tórax e membros
  - Reforçar a fixação do cateter venoso
  - Ter terapêutica previamente preparada
- **Dispositivos invasivos**
  - Reforçar a fixação
- **Avaliação e registos durante o transporte**
  - Realizar avaliações periódicas
  - Realizar registos

(OM e SPCI, 2008)



Como intervir?

- **Antes do transporte**

  - Confirmar previamente que a área para onde o doente vai ser transportado está disponível
  - Reunir o processo clínico e os exames que sejam necessários enviar com o doente
  - Confirmar se existe consentimento assinado (no caso de realização de exame ou procedimento)
  - Confirmar que a equipa está disponível para acompanhar do doente
  - Confirmar que o doente tem a via aérea permeável
  - Preparar insuflador manual com máscara
  - Decidir o ventilador de transporte que vai a acompanhar o doente

(OM e SPCI, 2008; ANZCA, 2015, Intensive Care Society, 2011)



Como intervir?

- **Antes do transporte**

  - Preparar garrafa de oxigénio cheia; ((20+Vmin)xFiO^2xtempo de transporte em minutos)+50%
  - Preparar os equipamentos que vão a acompanhar o doente e verificar se todos funcionam só com bateria
  - Confirmar correta colocação de todos os dispositivos invasivos e reforçar a sua segurança
  - Preparar antecipadamente medicação que possa ser necessária durante o transporte intra-hospitalar
  - Trocar medicação ou fluidoterapia que esteja quase a acabar
  - Esvaziar os sacos de drenagem existentes no doente;

(OM e SPCI, 2008; ANZCA, 2015, Intensive Care Society, 2011)



Como intervir?

- **Antes do transporte**
  - Confirmar que o doente tem pelo menos um cateter venoso periférico permeável
  - Obter mala de acompanhamento do doente para o transporte
  - Avaliar os parâmetros vitais antes da saída do doente
  - Mudar o doente para o ventilador de transporte
  - Retirar equipamentos da energia e colocar junto do doente
  - Tapar o doente

(OM e SPCI, 2008; ANZCA, 2015, Intensive Care Society, 2011)



Como intervir?

- **Durante o transporte**
  - Vigiar o doente
  - Avaliar sinais vitais
- **Após o transporte**
  - Avaliar sinais vitais
  - Ligar os equipamentos à energia
  - Conectar o doente ao ventilador de origem
  - Registar todas as ocorrências com o transporte

(OM e SPCI, 2008; ANZCA, 2015, Intensive Care Society, 2011)



Recomendações

- Aplicação da tabela de Avaliação para o Transporte
- Existência de listas de verificação
- Existência de mala de acompanhamento da PSC para o transporte intra-hospitalar
- Curso de transporte secundário de doente crítico
- Atualização das normas hospitalares sobre o transporte inter-hospitalar e o transporte intra-hospitalar
- Atualização da documentação que acompanha o doente durante o transporte secundário



Resumo

- O transporte secundário engloba o transporte inter e intra-hospitalar
- O transporte secundário divide-se em 3 fases: Decisão, Planeamento e Efetivação
- Todos os profissionais intervenientes no transporte devem estar envolvidos na coordenação
- A Escala de Avaliação para o transporte deve ser aplicada a TODOS os doentes que tenham indicação para transporte secundário
- Devem ser cumpridos os requisitos mínimos de monitorização
- É importante identificar os eventos adversos
- Ainda mais importante é implementar medidas preventivas!



Bibliografia

- Australian and New Zealand College os Anaesthetics (2015). *Guidelines for Transport of Critically Ill Patients*. Victoria: Australasian College for Emergency Medicine, Australian and NewZealand College of Anaesthetists, and College of Intensive Care Medicine of Australia andNew Zealand. Retirado de: http://www.anzca.edu.au/documents/ps52-2015-guidelines-for-transport-of-critically-i
- Blakeman, T. C. e Branson, R. D. (2013). Inter- and Intra-hospital Transport of the Critically Ill. *Respiratory Care. (58)* 6. 1008-1023. DOI: 10.4187/respcare.02404
- Haller, J. S. (2011). Battlefield Madicine: a history of the militar Ambulance from Napoleonic. United States of American: Southern Illinois University Press
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2018). *Criação do Serviço Nacional de Ambulâncias foi há 47 anos*. Retirado de: https://www.inem.pt/2018/11/22/criacao-do-servico-nacional-de-ambulancias-foi-ha-47-anos/
- Intensive Care Society (2011). *Guidelines dor the transport of the critically ill adult*. London: Intensive Care Society. Retirado de: https://www.ics.ac.uk/AsiCommon/Controls/BSA/Downloader.aspx?iDocumentStorageKey=79bdff30-7676-46dd-856d-b47e4d667568&iFileTypeCode=PDF&iFileName=Transport%20of%20the%20Critically%20Ill%20Adult
- Martin, T. (2001). *Handbook of Patient Transportation*. Londres: Greenwich Medical Media Limited
- Meneguin, S., Alegre, P., Luppi, C. (2014). Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. *Acta Paul Enferm. (27)* 2. 115-119. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400021
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Retirado de https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf

APÊNDICE 5 – PROPOSTA DE ALTERAÇÃO DA NORMA DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

<table>
<tr><td>Centro Hospitalar Universitário do Algarve</td><td>NORMA DE PROCEDIMENTO</td><td>N.º /NP/CHUA</td><td>Página
1 de 13</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">ASSUNTO:

TRANSPORTE DE DOENTES INTER-HOSPITALAR</td><td colspan="2">ELABORADA POR:
Conselho de Administração
Em: XX/XX/XXXX</td></tr>
<tr><td colspan="2">1ª REVISÃO:
Diretora do Serviço de Urgência
Enf.ª chefe do Serviço de Urgência
Em: XX/XX/XXXX
2ª REVISÃO:
Ana Fernandes (Enf.ª UCIP2 – UHP)
Miguel Mariano (Enf. SU – UHP)
_____
_____
Em: XX/XX/XXXX</td></tr>
<tr><td colspan="2">DIVULGAÇÃO:

MANUAL HOSPITALAR</td><td colspan="2" rowspan="2">APROVADA POR:</td></tr>
<tr><td colspan="2">ENTRADA EM VIGOR: Imediata após publicação</td></tr>
<tr><td colspan="2">SUBSTITUI:
XXXXXXXXXXXXXXXXXX</td><td colspan="2" rowspan="2">A Rever em:

XX/XX/XXXX</td></tr>
<tr><td colspan="2">PALAVRAS-CHAVE: transporte; inter-hospitalar</td></tr>
</table>

I – DEFINIÇÃO

Conjunto de procedimentos que visam a segurança do doente e da equipa durante uma transferência inter-hospitalar, ou seja, quando há a necessidade de transferir um doente entre as Unidades Hospitalares do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) ou de uma Unidade Hospitalar do CHUA para outra Instituição Hospitalar.

II – OBJETIVOS

- Impedir o decaimento dos cuidados durante o transporte inter-hospitalar
- Garantir a estabilidade do doente até ao destino
- Garantir a continuidade dos cuidados
- Garantir a segurança do doente e da equipa que o acompanha
- Manter a qualidade de vigilância e da intervenção durante o transporte inter-hospitalar
- Prevenir falhas com o equipamento que acompanha o doente

- Prevenir a perda de informação do doente
- Assegurar a informação aos familiares

III – INFORMAÇÕES GERAIS

A – Quem executa?

- Enfermeiro
- Médico
- Todos os demais profissionais e técnicos de saúde envolvidos no transporte inter-hospitalar

B – Horário

- Sempre que ocorra a necessidade de um transporte inter-hospitalar

C – Orientações Quanto à Execução

1. **Descrição**

O transporte inter-hospitalar caracteriza-se pela transferência de um doente de uma instituição hospitalar para outra, por falta de recursos humanos e técnicos, pela necessidade de incremento ou continuidade de tratamentos iniciados ou para realização de exames de diagnóstico ou procedimentos não disponíveis no hospital de origem. Pode também existir necessidade de transporte inter-hospitalar para transferir um doente para a sua área de residência, desde que não haja risco para o doente e que mantenha a continuidade dos cuidados prestados no hospital recetor.

Os transportes inter-hospitalares podem ser:

- Urgentes – transporte realizado pela necessidade urgente de um nível assistencial superior noutro hospital, para realização de exames complementares e/ou terapêutica não efetuáveis no hospital de origem.
- Programados – aqueles que permitem um planeamento atempado
- Transferências para a área de residência – transferência de um doente para o hospital da sua área de residência, que possibilite manter o nível de cuidados que dispõe no hospital de origem.

O transporte inter-hospitalar pode efetuar-se por via terrestre (ambulância) ou por via aérea (helicóptero).

A decisão de transferir um doente pressupõe que houve uma avaliação e ponderação entre os benefícios e os riscos inerentes ao transporte. Todo o transporte inter-hospitalar tem riscos adjacentes que se podem dividir em dois tipos:

- Risco clínico - eferente ao que afeta toda a fisiologia cardiorrespiratória e a credibilidade da monitorização
- Risco de deslocação - adjacente a todos os fatores que possam interferir no movimento do doente, tal como a velocidade ou o risco de colisão.

Com o intuito de diminuir esses riscos, deve estabilizar-se o doente no local de origem e realizar todas as intervenções necessárias (acessos venosos, drenagens torácicas, intubações, entre outras).

O doente, caso se encontre em condições de receber informações e/ou os seus familiares deverão ser informados sobre a necessidade do transporte, o local para onde vai ser transferido e deve assinar o consentimento informado, caso se encontre em condições de o fazer.

2. Fases do transporte inter-hospitalar

O transporte inter-hospitalar desenvolve-se em três fases: Decisão, Planeamento e Efetivação.

Fase da Decisão

A fase da decisão é da responsabilidade não só do médico responsável pelo doente, como também do chefe de equipa e do diretor do serviço e pressupõe que houve uma avaliação entre os benefícios e os riscos inerentes ao transporte. Por forma a uma melhor tomada de decisão para o transporte inter-hospitalar, deve ser preenchido o algoritmo de decisão recomendado pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Anexo 1). Deve existir uma particular atenção aos doentes com:

- hipoxia
- híper/hipocápnia
- instabilidade hemodinâmica
- hipertensão intracraniana e agravamento de lesão vertebro-medular
- sempre que a deslocação contribua direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica, sem nenhuma mais valia.

Fase do Planeamento

Na fase do planeamento tanto o médico quanto o enfermeiro do serviço de origem do doente são intervenientes, devendo existir particular importância para os seguintes aspetos: coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação.

Esta fase contempla vários aspetos, todos eles importantes, sendo eles:

- Escolher e contactar o serviço de destino, avaliando o tempo de trajeto estimado;
- Escolher a equipa de transporte (após aplicação da tabela), de acordo com os locais referentes e as características do doente;
- Selecionar os meios adequados de monitorização, caso necessite;
- Recomendar objetivos fisiológicos a manter durante o transporte;
- Selecionar adequadamente o equipamento e a terapêutica
- Prevenir possíveis complicações.

Avaliação para o transporte inter-hospitalar

Para cada doente que necessite de transporte inter-hospitalar, deve existir critério para determinação do tipo de acompanhamento, monitorização e equipamento desejável durante o respetivo transporte. Para isso, deve preencher-se a tabela seguinte, recomendada pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, para obtenção da pontuação, que se traduzirá no nível "A", "B" ou "C".

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL		**8. PACEMAKER**	
Não	0	Não	0
Sim (tubo de Gudel)	1	Sim, definitivo	1
Sim (se entubado ou com traqueostomia recente	2	Sim, provisório	2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		**9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA**	
FR entre 10 e 14 ciclos/min	0	SCG = 15	0
FR entre 15 e 35 ciclos/min	1	SCG entre 9 e 14	1
Apneia ou FR< 10 ou >35 ciclos/min ou respiração irregular	2	SCG <= 8	2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO		**10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO**	
Não	0	Nenhum dos abaixo indicados	0
Sim (Oxigenoterapia)	1	Grupo I	1
Sim (Ventilação Mecânica)	2	Naloxona	
4. ACESSOS VENOSOS		Corticosteróides	
Não	0	Manitol a 20%	
Cateter periférico	1	Analgésicos	
Cateter central em doente instável	2	Grupo II	2
5.AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA		Inotrópicos	
Estável	0	Vasodilatadores	
Moderadamente estável (O2 < 15L/min)	1	Antiarrítmicos	
Instável (inotrópicos no sangue)	2	Bicarbonatos	
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG		Trombolíicos	
Não	0	Anticonvulsivantes	
Sim (desejável)	1	Anestésicos Gerais	
Sim (em doente instável)	2	Dreno toráxico	
7. RISCO DE ARRITMIAS			
Não	0		
Sim, baixo risco* (e EAM > 48h)	1	TOTAL	
Sim, alto risco* (e EAM < 48h)	2		

Pontos	Nível	Veículo	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV	A	Ambulância normal	Auxiliar	Nenhum	"standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum ítem com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	SpO2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, injetáveis + soros
>=7 ou <7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero	Médico + Enfermeiro	SpO2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + ventilador de transporte, material para via aérea avançada, desfibrilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

Fase da Efetivação

A fase da efetivação é da responsabilidade da equipa que acompanha o doente durante o transporte inter-hospitalar, sendo que a responsabilidade técnica e legal da equipa só termina

quando o doente é devidamente entregue ao serviço recetor, ou no caso de deslocação para exames de diagnóstico ou outros atos terapêuticos, quando o doente retorna ao serviço de origem.

3. **Estabilização Clínica do doente**

O médico responsável pelo doente tem a responsabilidade de estabilizar a condição clínica do doente antes do transporte, devendo realizar uma avaliação adequada para que, segundo uma probabilidade razoável, o transporte inter-hospitalar não atente contra as funções vitais ou órgãos do doente. A estabilização do doente deve compreender:

- ✓ A permeabilidade das vias aéreas;
- ✓ O controle da hemorragia;
- ✓ A imobilização adequada do doente ou dos membros;
- ✓ O estabelecimento de um acesso venoso para a administração de solutos
  - ou de transfusões de sangue;
- ✓ A administração da medicação necessária;
- ✓ As medidas necessárias a diminuição de riscos durante o transporte inter-hospitalar.

. Caso as condições do transporte inter-hospitalar sejam inaceitáveis face ao estado do doente, deve manter-se o nível de cuidados possíveis no serviço de origem, até que se possa garantir um transporte com o nível de cuidados idêntico ao existente no hospital. Deve existir sempre o princípio de que a qualidade da vigilância e da intervenção terapêutica durante o transporte não devem ser inferiores às verificadas no serviço de origem.

IV – MATERIAL E EQUIPAMENTO

O equipamento depende da situação do doente, não devendo a qualidade da vigilância e da intervenção terapêutica durante o transporte inter-hospitalar ser inferior à verificada no serviço de origem. Após o preenchimento da tabela de avaliação para o transporte inter-hospitalar é possível perceber que tipo de material e equipamento o doente necessita.

Equipamento que acompanha o doente

- ✓ **Monitor de transporte** com alarmes e desfibrilhador, em conformidade com as exigências de monitorização;
- ✓ **Material de intubação endotraqueal** - com tubos traqueais adequados ao doente e insuflador manual (com válvula de PEEP);
- ✓ **Fonte de oxigénio** com capacidade adequada – O2 necessário = [(20 + Vmin) x FiO^2 x tempo de transporte em minutos] + 50%
- ✓ **Aspirador elétrico** (com baterias) e sondas de aspiração;
- ✓ **Drenos torácicos**, conjunto de introdução e acessórios;
- ✓ **Material para punção** e manutenção de perfusões endovenosas (agulhas, cateteres venosos, seringas, sistemas de soros, etc....);

- ✓ **Seringas e bombas** volumétricas com bateria;
- ✓ **Mangas para administração** de fluidoterapia sob pressão;
- ✓ **Fármacos**, para suporte avançado de vida, e outros que se julguem necessários ou específicos para terapêuticas continuadas ou intermitentes pré-programadas;
- ✓ **Ventilador de transporte**, com possibilidade de monitorização do volume/minuto, e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e FiO^2, reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea;
- ✓ **Equipamento de comunicações** (permitindo contactos entre os hospitais de origem e destino).

Fármacos para o transporte

. Adenosina
. Adrenalina
. Amiodarona
. Atropina
. Bicarbonato de sódio
. Captopril
. Diazepam
. Dinitrato de Isossorbido
. Dobutamina
. Dopamina
. Etomidato
. Fenobarbital
. Flumazenil
. Furosemida
. Gluconato de Cálcio
. Glucose Hipertónica
. Heparina
. Insulina Actrapid
. Isoprenalina
. Labetalol
. Lidocaína
. Manitol
. Metilprednisolona
. Midazolam
. Morfina
. Naloxona
. Nitroglicerina s.l.
. Noradrenalina
. Paracetamol
. Propofol
. Salbutamol
. Succinilcolina
. Sulfato de Magnésio
. Tiopental sódico
. Vecurónio
. Verapamil
. Cristalóides/colóides

Monitorização durante o transporte

<u>Nível 1</u> Obrigatório	• Monitorização contínua com registo periódico • Frequência respiratória • FiO^2 • Oximetria de pulso • ECG contínuo • Frequência cardíaca • Pressão arterial (não invasiva) • Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente) • Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente).

<u>Nível 2</u> Fortemente recomendado	• Medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes potencialmente instáveis) • ECG com deteção de arritmias
<u>Nível 3</u> Ideal (em doentes selecionados pelo seu estado clínico)	• Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central • Medição da pressão da artéria pulmonar • Medição da pressão intracraniana

V – PROCEDIMENTO

<u>Médico que pretende efetuar a transferência:</u>

- Decide a necessidade do transporte inter-hospitalar
- Realiza o contacto inicial com o local para onde se pretende transferir o doente, antes do transporte (e nunca durante ou depois);
- Confirma disponibilidade e vagas do serviço recetor para receber o doente;
- Transmite informações referentes à situação clínica e intervenções previsíveis
- Agenda a melhor hora para a chegada do doente;
- Informa o serviço recetor sobre a existência de possível transmissão de microrganismos, para que o local recetor possa agir em conformidade;
- Regista no processo do doente as informações relativas a quem estabeleceu o contacto, a hora do contacto, quem recebeu a informação e o resultado do contacto: transferência efetivada ou não;
- Regista no Boletim de Transferência os nomes e os contactos dos intervenientes desta transferência (Anexo XXX);
- Prepara as notas de transferência médicas e de enfermagem e os exames complementares de diagnóstico, para acompanhar o doente;
- Caso exista algum atraso no transporte do doente ou se esse for cancelado deve estabelecer novo contacto com o hospital recetor;
- Para a escolha do transporte devem ser ponderados os seguintes fatores:
    - Situação clínica do doente (transporte “emergente”, “urgente” ou “eletivo”);
    - Intervenções médicas necessárias durante o transporte;
    - Disponibilidade de profissionais e dos recursos necessários;
    - Distância/duração do transporte, considerando as acessibilidades rodoviárias, estado do trânsito, dificuldades geográficas e possíveis locais de aterragem do helicóptero;
    - Informações meteorológicas;
    - Custo relativo das alternativas (sem colocar em causa as necessidades clínicas dos doentes).
- No caso do doente crítico, contacta o INEM, por forma a coordenar o transporte;
- Comunica ao Chefe de Equipa Médica e de Enfermagem sobre a programação do transporte:
    - Hora previsível da transferência;
    - Meio de transporte proposto;
    - Acompanhamento necessário;
    - Terapêutica a instituir;

    - Monitorização necessária.
- Assegura que o doente será acompanhado de toda a informação clínica ou outra que seja relevante e fundamental para a continuidade de cuidados.
- Assegura as condições de segurança dos meios de transporte que foram disponibilizados, quer para o doente quer para a equipa de acompanhamento.
- Informa o doente ou o seu representante legal, da situação deste, da necessidade de transporte, o nome do hospital de destino e quando possível e praticável, obter o seu consentimento expresso.

Médico chefe de equipa

- Escala um dos médicos do Atendimento de Adultos para acompanhar o doente, esgotada a capacidade do serviço de origem do doente para organizar uma equipa de transferência.

Médico que acompanha o doente durante o transporte inter-hospitalar

- Confirmar que o equipamento e monitorização sã adequados para o doente;
- Avaliar o doente antes, durante e após o transporte;
- Acompanhar o doente durante o transporte;
- Intervém de acordo com a situação/alterações do doente durante o transporte.

Chefe de equipa de enfermagem

Se transferência por via terrestre:

- Confirma na Admissão de Doentes do Serviço de Urgência (no caso do doente a transferir ter sido admitido no Serviço de Urgência ou o Secretariado da Unidade na qual o doente está internado encontrar-se encerrado):
    - A existência da requisição da transferência;
    - Qual a entidade contactada e a demora previsível da chegada da ambulância;
    - A existência de contacto com a família do doente.
- Verifica a existência de solicitação de acompanhamento de enfermagem;
- Avisa o enfermeiro da escala de transferências da hora previsível de realização do transporte e efetua um breve resumo da situação do doente, assim como das necessidades terapêuticas e de monitorização.
- Verifica a existência de espólio, devendo este acompanhá-lo, caso o doente seja transferido para a área de residência.

Se transferência por via aérea (helitransportada):

Para além dos procedimentos acima descritos e dos normativos relativos às transferências helitransportadas:

- Confirma junto do médico responsável pela transferência qual a hora previsível da chegada do helicóptero;
- Avisa a equipa de segurança da hora previsível da chegada do helicóptero de modo a que estes possam abrir o heliporto;
- Contacta a corporação de bombeiros local para implementação de procedimentos e medidas de segurança operacional referentes ao salvamento e luta contra incêndios, devendo este contacto ser com cerca de 30 minutos de antecedência à hora prevista de aterragem do helicóptero.
- Verifica se algum dos motoristas do hospital se encontra disponível para efetuar a ligação Heliporto/Serviço de Urgência, não estando nenhum disponível, solicita a um dos AAM que tenha carta para preparar uma das ambulâncias;
- Procede de acordo com o estipulado na Norma de Procedimento de Enfermagem XXXX – Atuação perante um pedido de transporte aéreo.

Enfermeiro responsável pelo doente

- Reúne toda a informação a enviar conjuntamente com o doente;
- Elabora carta de transferência de enfermagem;
- Verifica se estão reunidas todas as condições para a transferência;
- Reforça a segurança dos dispositivos invasivos (cateteres periféricos, tubo endotraqueal, sonda vesical, entre outros);
- Esvazia os sacos de drenagem existentes no doente;
- Prepara antecipadamente medicação que possa ser necessária durante o transporte;
- Informa o enfermeiro que acompanha o doente durante o transporte, sobre:
    - Situação clínica do doente;
    - Medidas terapêuticas efetuadas e necessárias durante o transporte;
    - Necessidade de monitorização;
    - Hospital de destino e diligências e contactos efetuados.
- Avaliar o doente antes, durante e após o transporte;
- Administra medicação, caso seja necessário;
- Intervém de acordo com a situação/alterações do doente durante o transporte.

Enfermeiro que acompanha o doente durante o transporte inter-hospitalar

- Reúne o material e equipamento necessário para o transporte;
- Confirma e testa a funcionalidade do equipamento necessário;
- Verifica a autonomia do equipamento, assegurando uma reserva suficiente para o tempo estimado para o transporte:
    - Carga dos acumuladores de energia elétrica (monitores, seringas infusoras, bombas infusoras, ventiladores);
    - Nível de Oxigénio: reserva de autonomia suficiente para a duração estimada para o transporte;
    - Estanquicidade da maca “coquille” (caso seja necessária).

Entregar o material e equipamento utilizado durante o transporte ao enfermeiro Chefe de Equipa do serviço que cedeu o material, comunicando a existência de intercorrências relacionadas com o equipamento durante o transporte.

Administrativo

- Efetua diligências por forma a encontrar uma entidade que disponibilize uma ambulância para efetuar a transferência solicitada, caso a via escolhida seja a terrestre e o transporte não seja assegurado pelo INEM;
- Procede à alta administrativa do doente registando no programa informático de gestão de doentes;
- Confirma junto do médico responsável pela transferência do doente, se informou os familiares.

NOTA:

- Nas transferências urgentes, o enfermeiro que acompanha o doente é o enfermeiro escalado para esse fim;

- Nas transferências programadas e para a área de residência, cabe ao serviço de origem proceder ao planeamento de todos os recursos (humanos e materiais) necessários à execução da transferência do doente.

VI – REGISTOS

- Data e hora da transferência
- Local de destino
- Situação do doente antes, durante e depois do transporte inter-hospitalar
- Eventos adversos durante o transporte inter-hospitalar
- Medicação administrada
- Procedimentos realizados
- Identificar o médico e o enfermeiro que acompanharam o doente durante o transporte inter-hospitalar.

Documentos necessários para o transporte inter-hospitalar

- Requisição de transporte inter-hospitalar – Realizado informaticamente
- Boletim de referência Clínica – MOD XXXX

Efetuado pelo médico responsável pelo utente em duplicado. O original acompanha o doente, sendo a cópia anexada ao Processo Clínico.

- Boletim de acompanhamento do doente no transporte inter-hospitalar

  A equipa que acompanha o doente, após efetuar todos os registos relacionados com o transporte inter-hospitalar, deverá entregar no hospital de destino uma fotocópia do boletim original. O Boletim original deverá ser entregue no serviço de origem para anexar ao processo do doente.

- Nota de Alta/Transferência de Enfermagem

  Deverá ser efetuada pelo enfermeiro responsável pelo doente em duplicado, a cópia ficará anexa ao Processo Clínico do Doente, o original acompanha o doente.

VII – BIBLIOGRAFIA

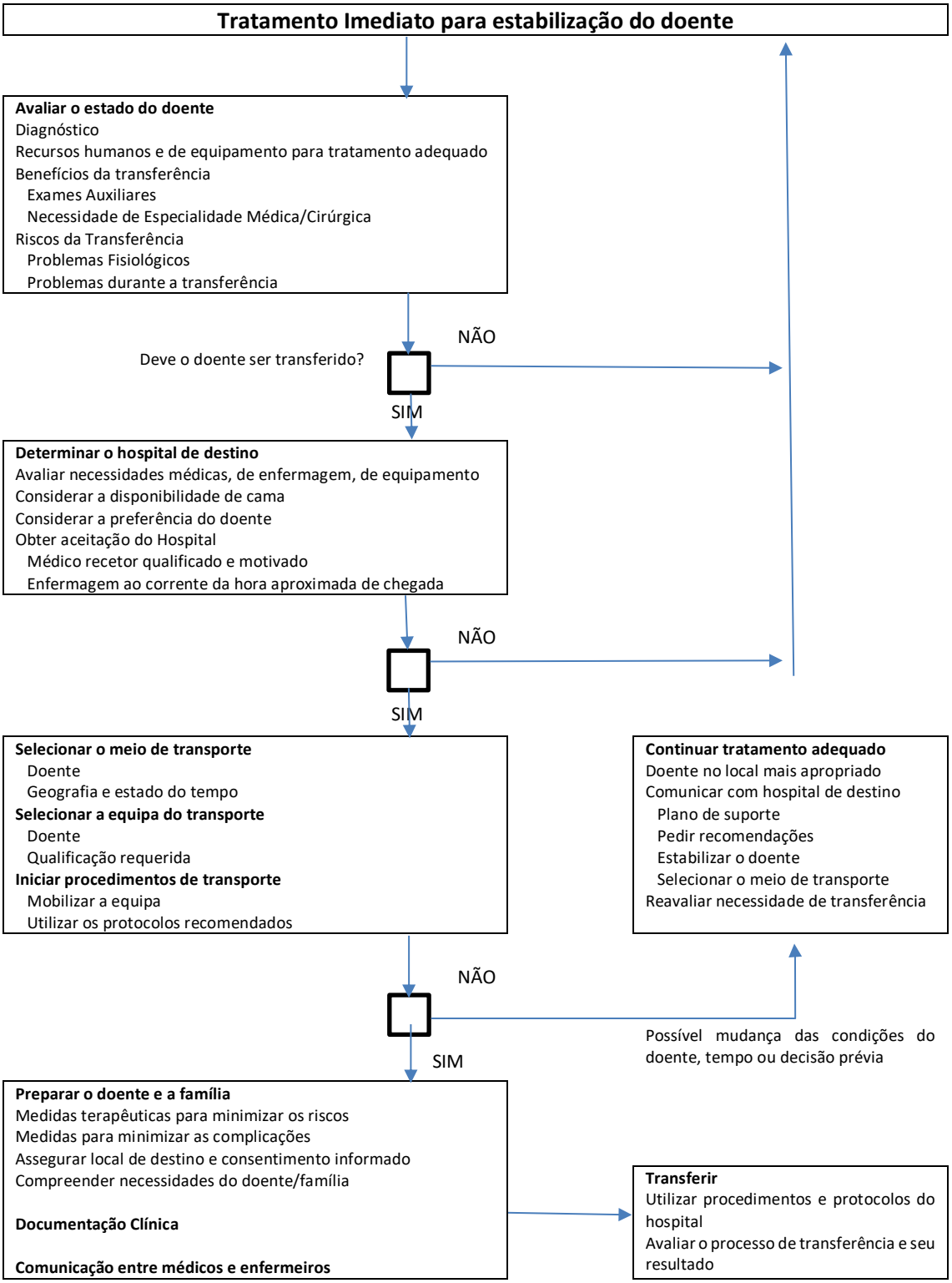
- Australian and New Zealand College of Anaesthetics (2015). *Guidelines for Transport of Critically Ill Patients*. Victoria: Australasian College for Emergency Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, and College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand. Retirado de: http://www.anzca.edu.au/documents/ps52-2015-guidelines-for-transport-of-critically-i

- Blakeman, T. C. e Branson, R. D. (2013). Inter- and Intra-hospital Transport of the Critically Ill. *Respiratory Care. (58)* 6. 1008-1023. DOI: 10.4187/respcare.02404

- Intensive Care Society (2011). *Guidelines for the transport of the critically ill adult*. London: Intensive Care Society. Retirado de: https://www.ics.ac.uk/AsiCommon/Controls/BSA/Downloader.aspx?iDocumentStorageKey=79bdf30-7676-46dd-856d-b47e4d667568&iFileTypeCode=PDF&iFileName=Transport%20of%20the%20Critically%20Ill%20Adult

- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Retirado de https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

Anexo 1 – Algoritmo de decisão para o transporte inter-hospitalar



Adaptado de *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*, da Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008).

APÊNDICE 6 – PROPOSTA DE ALTERAÇÃO DA NORMA DO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

<table>
<tr><td colspan="2">Centro Hospitalar Universitário do Algarve</td><td>NORMA DE PROCEDIMENTO</td><td>N.º /NP/CHUA</td><td>Página
1 de 10</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">ASSUNTO:

TRANSPORTE DE DOENTES INTRA-HOSPITALAR</td><td colspan="2">ELABORADA POR:
Conselho de Administração
Em: XX/XX/XXXX</td></tr>
<tr><td colspan="2">1ª REVISÃO:
Diretora do Serviço de Urgência
Enf.ª chefe do Serviço de Urgência
Em: XX/XX/XXXX
2ª REVISÃO:
Ana Fernandes (Enf.ª UCIP2 – UHP)
Miguel Mariano (Enf. SU – UHP)
_____
_____
Em: XX/XX/XXXX</td></tr>
<tr><td colspan="3">DIVULGAÇÃO:

MANUAL HOSPITALAR</td><td colspan="2" rowspan="2">APROVADA POR:</td></tr>
<tr><td colspan="3">ENTRADA EM VIGOR: Imediata após publicação</td></tr>
<tr><td colspan="3">SUBSTITUI:
XXXXXXXXXXXXXXXXXX</td><td colspan="2" rowspan="2">A Rever em:

XX/XX/XXXX</td></tr>
<tr><td colspan="3">PALAVRAS-CHAVE: transporte; intra-hospitalar</td></tr>
</table>

I – DEFINIÇÃO

Conjunto de procedimentos que visam a segurança do doente e da equipa durante uma transferência intra-hospitalar, ou seja, entre serviços/unidades de internamento dentro da mesma Unidade Hospitalar do Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

II – OBJETIVOS

- Impedir o decaimento dos cuidados durante o transporte intra-hospitalar
- Garantir a continuidade dos cuidados
- Garantir a estabilidade do doente durante o transporte intra-hospitalar
- Garantir a segurança do doente e da equipa que o acompanha
- Manter a qualidade de vigilância e da intervenção durante o transporte intra-hospitalar
- Prevenir a perda de informação do doente
- Assegurar a informação aos familiares

III – INFORMAÇÕES GERAIS

A – Quem executa?

- O Assistente Operacional
- O Enfermeiro em colaboração com o Assistente Operacional
- O Médico em colaboração com o Enfermeiro e com o Assistente Operacional

B – Horário

- Sempre que ocorra a necessidade de um transporte intra-hospitalar

C – Orientações Quanto À Execução

1. Descrição

O transporte intra-hospitalar ocorre quando é necessário deslocar o doente, dentro da mesma instituição onde se encontra, quer seja por uma necessidade de realização de um exame de diagnóstico, procedimento, intervenção cirúrgica ou pela necessidade de deslocação para outra área hospitalar.

Todos os riscos e benefícios devem ser ponderados antecipadamente. No caso do dente crítico, deve ter-se presente que o transporte intra-hospitalar pode resultar em instabilidade, o que pode agravar o estado clínico e originar complicações. Deve ser pensado antecipadamente se o motivo que origina o transporte intra-hospitalar trará algum benefício para o doente, nomeadamente no ajuste terapêutico ou no prognóstico.

2. Fases do transporte intra-hospitalar

O transporte intra-hospitalar desenvolve-se em três fases: Decisão, Planeamento e Efetivação.

Fase da Decisão

A fase da decisão é da responsabilidade não só do médico responsável pelo doente, como também do chefe de equipa e do diretor do serviço. É nesta fase que devem ser pensados em todos os riscos intrínsecos ao doente e ao transporte em si, devendo existir uma particular atenção aos doentes com:

- hipoxia
- híper/hipocápnia

- instabilidade hemodinâmica
- hipertensão intracraniana e agravamento de lesão vertebro-medular
- sempre que a deslocação contribua direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica, sem nenhuma mais valia.

Fase do Planeamento

Na fase do planeamento tanto o médico quanto o enfermeiro do serviço de origem do doente são intervenientes, devendo existir particular importância para os seguintes aspetos: coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação.

Esta fase contempla vários aspetos, todos importantes, sendo eles:

- Escolher e contactar o serviço de destino, avaliando o tempo de trajeto estimado;
- Escolher a equipa de transporte (após aplicação da tabela), de acordo com os locais referentes e as características do doente;
- Selecionar os meios adequados de monitorização, caso necessite;
- Recomendar objetivos fisiológicos a manter durante o transporte (no caso do doente crítico);
- Selecionar adequadamente o equipamento e a terapêutica;
- Prevenir possíveis complicações.

Avaliação para o transporte intra-hospitalar

Para cada doente que necessite de transporte intra-hospitalar, deve existir critério para determinação do tipo de acompanhamento, monitorização e equipamento desejável durante o respetivo transporte. Para isso, deve preencher-se a tabela seguinte, recomendada pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, para obtenção da pontuação, que se traduzirá no nível "A", "B" ou "C".

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL		**8. PACEMAKER**	
Não	0	Não	0
Sim (tubo de Gudel)	1	Sim, definitivo	1
Sim (se entubado ou com traqueostomia recente	2	Sim, provisório	2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		**9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA**	
FR entre 10 e 14 ciclos/min	0	SCG = 15	0
FR entre 15 e 35 ciclos/min	1	SCG entre 9 e 14	1
Apneia ou FR< 10 ou >35 ciclos/min ou respiração irregular	2	SCG <= 8	2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO		**10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO**	
Não	0	Nenhum dos abaixo indicados	0
Sim (Oxigenoterapia)	1	Grupo I	1
Sim (Ventilação Mecânica)	2	Naloxona	
4. ACESSOS VENOSOS		Corticosteróides	
Não	0	Manitol a 20%	
Cateter periférico	1	Analgésicos	
Cateter central em doente instável	2	Grupo II	2
5.AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA		Inotrópicos	
Estável	0	Vasodilatadores	
Moderadamente estável (O2 < 15L/min)	1	Antiarrítmicos	
Instável (inotrópicos no sangue)	2	Bicarbonatos	
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG		Trombolíicos	
Não	0	Anticonvulsivantes	
Sim (desejável)	1	Anestésicos Gerais	
Sim (em doente instável)	2	Dreno toráxico	
7. RISCO DE ARRITMIAS			
Não	0		
Sim, baixo risco* (e EAM > 48h)	1	TOTAL	
Sim, alto risco* (e EAM < 48h)	2		

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum ítem com pontuação 2)	B	Enfermeiro	SpO2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual, Máscara, Tubo orofaríngeo
>=7 ou <7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	SpO2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador de transporte, Material para via aérea avançada

Fase da Efetivação

A fase da efetivação será da responsabilidade da equipa que acompanhará o doente durante o transporte intra-hospitalar, sendo que esta só termina quando o doente é devidamente entregue ao serviço recetor, ou no caso de deslocação para exames de diagnóstico ou outros atos terapêuticos, quando o doente retorna ao serviço de origem.

IV – MATERIAL E EQUIPAMENTO

O equipamento depende da situação do doente, não devendo a qualidade da vigilância e da intervenção terapêutica durante o transporte intra-hospitalar ser inferior à verificada no serviço de origem. Após o preenchimento da tabela de avaliação para o transporte intra-hospitalar é possível perceber que tipo de material e equipamento o doente necessita. Por forma a fazer uma melhor avaliação do doente, minimizar eventos adversos relacionados com o transporte intra-hospitalar e otimizar os recursos humanos e materiais, deverá ser preenchido o documento de avaliação do doente e lista de verificação para o transporte intra-hospitalar, que se encontra em anexo (Anexo 1).

Equipamento que acompanha o doente

- ✓ **Monitor de transporte -** Com alarmes, em conformidade com as exigências de monitorização
- ✓ **Material de intubação endotraqueal** – Tubos traqueais (de vários tamanhos) e insuflador manual (com válvula PEEP) - Colocados dentro da mala de transporte **Fonte de oxigénio** – Com capacidade previsível para todo o tempo de transporte com reserva adicional para 30 minutos. Utilizar a seguinte fórmula:
  ((20 + Vmin) x FiO^2 x tempo de transporte em minutos) + 50%
- ✓ **Ventilador de transporte** - com possibilidade de monitorização do volume/minuto e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e FiO^2 reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea;
- ✓ **Fármacos de ressuscitação**

- ✓ **Perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria** – por forma a não interromper nenhuma das medicações já em curso
- ✓ **Medicações adicionais** que possam ser administradas, intermitentemente, de acordo com prescrição médica
- ✓ **Aspirador e carro de emergência** - Em qualquer ponto do trajeto, devem estar disponíveis um aspirador e um carro de emergência com desfibrilhador, num tempo médio de quatro minutos.
- ✓ **Mala de transporte** – Composta por material previsível consumível que possa ser utilizado durante o transporte. Deve ser colocada no local onde se realiza o maior número de transportes intra-hospitalar e deve estar sempre em condições de ser utilizada em qualquer altura (Anexo 2).

Monitorização durante o transporte

<u>Nível 1</u> Obrigatório	• Monitorização contínua com registo periódico • Frequência respiratória • FiO^2 • Oximetria de pulso • ECG contínuo • Frequência cardíaca • Pressão arterial (não invasiva) • Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente) • Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente).
<u>Nível 2</u> Fortemente recomendado	• Medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes potencialmente instáveis) • ECG com deteção de arritmias
<u>Nível 3</u> Ideal (em doentes selecionados pelo seu estado clínico)	• Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central • Medição da pressão da artéria pulmonar • Medição da pressão intracraniana

V – PROCEDIMENTO

<u>Médico responsável pelo doente:</u>

<u>Transferência de serviço</u>

- Assegura-se que existe uma vaga no serviço de destino e que haverá continuidade dos cuidados;
- Efetua as prescrições na plataforma informática;
- Informa o serviço recetor caso exista risco de transmissão de microrganismos,

- Estabiliza o doente antes do transporte intra-hospitalar;
- Informa o enfermeiro responsável pelo doente;
- Acompanha o doente durante a transferência, caso seja necessário, de acordo com a avaliação do transporte intra-hospitalar.

Realização de exames e/ou intervenções diagnósticas

- Confirma, previamente, a disponibilidade da área para realização do exame ou intervenção disgnóstica pretendidos
- Informa o serviço recetor caso exista risco de transmissão de microrganismos, devendo existir a sensibilidade de programar esses doentes para o fim dos procedimentos
- Informa o enfermeiro responsável pelo doente;
- Acompanha o doente durante a transferência, caso seja necessário, de acordo com a avaliação do transporte intra-hospitalar;
- Regista no processo clínico do doente a evolução do estado do doente durante o transporte intra-hospitalar

Enfermeiro responsável pelo doente:

Transferência de serviço

- Efetua contacto telefónico prévio com a unidade de destino, com o objetivo de organizar a transferência do doente;
- Reúne o processo clínico e exames para enviar conjuntamente com o doente;
- Recolhe os pertences do doente, que devem seguir juntamente com este (vestuário e próteses);
  Nota: No Serviço de Urgência faz-se o espólio dos pertences do doente
- Contacta a administrativa do serviço para realização da transferência administrativa (nos dias úteis entre as 8h e as 17h) ou a administrativa do Serviço de Urgência (aos fins-de-semana, feriados e dias úteis entre as 17h e as 8h)
- Reforça a segurança dos dispositivos invasivos (cateteres periféricos, tubo endotraqueal, sonda vesical, entre outros);
- Esvazia os sacos de drenagem existentes no doente;
- Prepara antecipadamente medicação que possa ser necessária durante o transporte intra-hospitalar;
- Acompanha o doente até ao serviço de destino (com o assistente operacional), caso seja necessário, de acordo com a avaliação do transporte intra-hospitalar;
- Transmite a informação, oral e escrita ao enfermeiro do serviço destinatário acerca da situação do doente.

Realização de exames e/ou intervenções diagnósticas

- Efetua contacto telefónico prévio com a área para realização do exame pretendido, com o objetivo de conhecer a disponibilidade deste para receber o doente;

- Prepara o doente de acordo com o procedimento/exame que vai realizar;
- Reforça a segurança dos dispositivos invasivos (cateteres periféricos, tubo endotraqueal, sonda vesical, entre outros);
- Esvazia os sacos de drenagem existentes no doente;
- Prepara antecipadamente medicação que possa ser necessária durante o transporte intra-hospitalar;
- Acompanha o doente até ao serviço de destino, caso seja necessário, de acordo com a avaliação do transporte intra-hospitalar;
- Administra medicação, caso seja necessário.

Assistente Operacional

Realização de exames e/ou intervenções diagnósticas

- Acompanha o doente até ao serviço de destino, caso seja necessário, sozinho ou acompanhado por enfermeiro ou enfermeiro e médico, de acordo com a avaliação do transporte intra-hospitalar;

Administrativo:

Transferência de serviço

- Procede à transferência administrativa do doente registando no programa informático de gestão de doentes: o Serviço de Destino, Especialidade, Cama e Médico Responsável pela transferência;
- Efetua uma emissão de etiquetas de identificação com os novos dados e substitui as anteriores;
- Informa os familiares acerca da transferência do doente (Serviço, Piso e Horário de Visitas).

NOTA: Todos os transportes intra-hospitalares que sejam transferências de serviços ficam a cargo do serviço de origem, à exceção dos doentes provenientes do Bloco Operatório e da UCI.

VI – REGISTOS

- Data e hora da transferência
- Situação do doente antes, durante e depois do transporte intra-hospitalar
- Eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar
- Medicação administrada
- Procedimentos realizados

- Identificar o médico e o enfermeiro que acompanharam o doente durante o transporte intra-hospitalar.

VII – BIBLIOGRAFIA

Australian and New Zealand College of Anaesthetics (2015). *Guidelines for Transport of Critically Ill Patients*. Victoria: Australasian College for Emergency Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, and College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand. Retirado de: http://www.anzca.edu.au/documents/ps52-2015-guidelines-for-transport-of-critically-i

Blakeman, T. C. e Branson, R. D. (2013). Inter- and Intra-hospital Transport of the Critically Ill. *Respiratory Care. (58)* 6. 1008-1023. DOI: 10.4187/respcare.02404

Intensive Care Society (2011). *Guidelines for the transport of the critically ill adult*. London: Intensive Care Society. Retirado de: https://www.ics.ac.uk/AsiCommon/Controls/BSA/Downloader.aspx?iDocumentStorageKey=79bdff30-7676-46dd-856d-b47e4d667568&iFileTypeCode=PDF&iFileName=Transport%20of%20the%20Critically%20Ill%20Adult

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Retirado de https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

- **Anexo 1** – Lista de material que compõe a mala de transporte intra-hospitalar

	Material	Quantidade
VIA AÉREA	Tubos orofaríngeos (vários tamanhos) Tubos nasofaríngeos Máscaras Laríngeas (N.º 3, 4 e 5) Tubos Traqueais (N.º 6; 6,5; 7; 7,5; 8) Condutor Laringoscópio Gel Lubrificante Pinça de Maguill Estetoscópio Fio de nastro (cortado) Adesivo castanho	1 de cada 1 1 de cada 1 de cada 1 1 2 1 1 2 1 rolo
VENTILAÇÃO	Insuflador manual Máscara Filtros HME	1 1 1
CIRCULAÇÃO	Seringas (2ml; 5ml; 10ml; 20ml; 50ml) Agulhas (SC; EV; Diluição) Cateteres periféricos (N.º 14; 16; 18; 20; 22) Sistemas de perfusão Prolongadores de seringas Compressas (pacote)	2 de cada 3 de cada 2 de cada 2 2 1
OUTROS	Sondas gástricas (N.º 14; 16; 18) Sacos de drenagem Seringa 100 ml	1 de cada 2 1

APÊNDICE 7 – PROPOSTA DE ALTERAÇÃO DO BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DO DOENTE NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Etiqueta do doente

Boletim de acompanhamento do doente no transporte inter-hospitalar

AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL		**8. PACEMAKER**	
Não	0	Não	0
Sim (tubo de Guedel)	1	Sim, definitivo	1
Sim (se entubado ou com traqueostomia recente)	2	Sim, provisório	2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		**9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA**	
FR entre 10 e 14 ciclos/min	0	SCG = 15	0
FR entre 15 e 35 ciclos/min	1	SCG entre 9 e 14	1
Apneia ou FR< 10 ou >35 ciclos/min ou respiração irregular	2	SCG <= 8	2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO		**10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO**	
Não	0	Nenhum dos abaixo indicados	0
Sim (Oxigenoterapia)	1	Grupo I	1
Sim (Ventilação Mecânica)	2	Naloxona	
4. ACESSOS VENOSOS		Corticosteróides	
Não	0	Manitol a 20%	
Cateter periférico	1	Analgésicos	
Cateter central em doente instável	2	Grupo II	2
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA		Inotrópicos	
Estável	0	Vasodilatadores	
Moderadamente estável (O2 < 15L/min)	1	Antiarrítmicos	
Instável (inotrópicos no sangue)	2	Bicarbonatos	
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG		Trombolíticos	
Não	0	Anticonvulsivantes	
Sim (desejável)	1	Anestésicos Gerais	
Sim (em doente instável)	2	Dreno torácico	
7. RISCO DE ARRITMIAS			
Não	0		
Sim, baixo risco* (e EAM > 48h)	1	TOTAL	
Sim, alto risco* (e EAM < 48h)	2		

PONTOS	0-2 (apenas com O2 e linha EV	3-6 (sem nenhum ítem com pontuação 2)	>=7 ou <7 se item com pontuação 2
NÍVEL	A	B	C
VEÍCULO	Ambulância normal	Ambulância normal	Ambulância medicalizada ou helicóptero
ACOMPANHAMENTO	Auxiliar	Enfermeiro	Médico + Enfermeiro
MONITORIZAÇÃO	Nenhum	SpO2, ECG, FC, TA não invasiva	SpO2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado
EQUIPAMENTO	Nenhum	Insuflador manual, Máscara, Tubo orofaríngeo	Monitor sinais vitais, Ventilador de transporte, Material para via aérea avançada

*Baixo Risco – Sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata

*Alto Risco – Risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata

COORDENAÇÃO DO TRANSPORTE

Data: ___ /___/_____ **Hora de saída** _____ : _____ (local de origem)

Hora de chegada _____ : _____ (local recetor)

Serviço de origem _____

- ☐ **UH Portimão**
- ☐ **UH Lagos**
- ☐ **UH Faro**

Motivo do transporte intra-hospitalar:

- Exame de diagnóstico ☐
- Procedimento ☐
- Incremento de cuidados ☐
- Outro ☐ Qual? _____

Equipa que acompanha	Médico	_____	N.º Ordem	_____
	Enfermeiro	_____	N.º Ordem	_____
Serviço Recetor	_____	**Hospital**	_____	
Médico Contactado	_____	**Contacto**	_____	

INSTRUÇÕES PARA O TRANSPORTE (Objetivos para o doente, indicações para a equipa de acompanhamento, ...)

PRESCRIÇÕES

A preencher pelo médico			*A preencher pelo enfermeiro*	
Fármaco	Dosagem/Ritmo	Horário	Hora	Assinatura
_____	_____	_____	___:___	_____
_____	_____	_____	___:___	_____
_____	_____	_____	___:___	_____
_____	_____	_____	___:___	_____
_____	_____	_____	___:___	_____
_____	_____	_____	___:___	_____
_____	_____	_____	___:___	_____

AVALIAÇÃO DO DOENTE

A	Tubo naso/orofaríngeo ☐ TET ☐ n.º: ____; Nível: _____ Máscara Laríngea ☐ Traqueostomia ☐ n.º: ____	
B	Óculos Nasais ☐ ____ L/min Máscara ☐ FiO² ____ %	Ventilação Mecânica ☐ VMI ☐ VNI ☐ Modo Vent. _____ Vol/min_____ Freq _____ciclos /min FiO2 _____% Peep _____ PC _____ PS _____ VC ____ VS ____
C	Cateter Periférico ☐ N.º_____ Localização _____ Data de colocação ___/___/___ N.º _____ Localização _____ Data de colocação ___/___/___	Cateter Central ☐ N.º_____ Localização _____ N.º lúmens ____ Data Colocação ___/___/___
		Cateter Arterial ☐ Localização _____ Data Colocação ___/___/___
D	S.C.G. - O____ V____ M____ = _____ RASS = _____ Glicémia: _____ mg/dl Pupilas – Reativas?____ Simétricas? ____ Tamanho – D ___ E ___	
E	Alterações Cutâneas e/ou músculo-esqueléticas Local Alteração Indicação _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

DRENAGENS

SNG/SOG	Tipo	_____	N.º	____	Data Colocação	___/___/___
Sonda Vesical	Tipo	_____	N.º	____	Data Colocação	___/___/___
Dreno Toráxico	Local	_____	N.º	____	Data Colocação	___/___/___
Outros	Local	_____	N.º	____	Data Colocação	___/___/___
	Local	_____	N.º	____	Data Colocação	___/___/___

PARÂMETROS VITAIS

Hora (__ :__)	**FC** (bat/min)	**TA** (mmHg)	**FR** (ciclos/min)	**SpO²** (%)	**T** (°C)	**Glicémia** (mg/dl)

Médico: _____ **Enfermeiro: _____**

APÊNDICE 8 – PROPOSTA DE LISTA DE VERIFICAÇÃO E REGISTOS PARA O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Etiqueta do doente

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

Data: ___ /___/_____

Local de origem	
Hora de início	
Local recetor	
Hora final	

Motivo do transporte intra-hospitalar:	
Transferência de serviço	☐
Intervenção Cirúrgica Exame de Diagnóstico	☐
Procedimento	☐ Qual? _____
	☐ Qual? _____

AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL		**8. PACEMAKER**	
Não	0	Não	0
Sim (tubo de Guedel)	1	Sim, definitivo	1
Sim (se entubado ou com traqueostomia recente)	2	Sim, provisório	2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		**9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA**	
FR entre 10 e 14 ciclos/min	0	SCG = 15	0
FR entre 15 e 35 ciclos/min	1	SCG entre 9 e 14	1
Apneia ou FR< 10 ou >35 ciclos/min ou respiração irregular	2	SCG <= 8	2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO		**10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO**	
Não	0	Nenhum dos abaixo indicados	0
Sim (Oxigenoterapia)	1	Grupo I	1
Sim (Ventilação Mecânica)	2	Naloxona	
4. ACESSOS VENOSOS		Corticosteróides	
Não	0	Manitol a 20%	
Cateter periférico	1	Analgésicos	
Cateter central em doente instável	2	Grupo II	2
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA		Inotrópicos	
Estável	0	Vasodilatadores	
Moderadamente estável (O2 < 15L/min)	1	Antiarrítmicos	
Instável (inotrópicos no sangue)	2	Bicarbonatos	
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG		Trombolíticos	
Não	0	Anticonvulsivantes	
Sim (desejável)	1	Anestésicos Gerais	
Sim (em doente instável)	2	Dreno toráxico	
7. RISCO DE ARRITMIAS			
Não	0		
Sim, baixo risco* (e EAM > 48h)	1	TOTAL	
Sim, alto risco* (e EAM < 48h)	2		

PONTOS	0-2 (apenas com O2 e linha EV	3-6 (sem nenhum ítem com pontuação 2)	>=7 ou <7 se item com pontuação 2
NÍVEL	A	B	C
ACOMPANHAMENTO	Auxiliar	Enfermeiro	Médico + Enfermeiro
MONITORIZAÇÃO	Nenhum	SpO2, ECG, FC, TA não invasiva	SpO2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado
EQUIPAMENTO	Nenhum	Insuflador manual, Máscara, Tubo orofaríngeo	Monitor sinais vitais, Ventilador de transporte, Material para via aérea avançada

*Baixo Risco – Sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata

*Alto Risco – Risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata

AVALIAÇÃO DO DOENTE

A	Tubo naso/orofaríngeo ☐ TET ☐ n.º: ____; Nível: _____ Máscara Laríngea ☐ Traqueostomia ☐ n.º: ____	
B	FR: _____ SpO^2: _____ Óculos Nasais ☐ ____ L/min Máscara ☐ FiO^2 ____ %	Ventilação Mecânica ☐ VMI ☐ VNI ☐ Modo Vent. _____ Vol/min_____ Freq ____cicl/min FiO2____% Peep _____ PC _____ PS _____ VC _____ VS _____
C	FC: _____bat/min TA: _____/_____ (_____) mmHg Cateter Periférico ☐ N.º_____ Localização _____ N.º _____ Localização _____ Cateter Central ☐ - N.º_____ Localização _____ Cateter Arterial ☐ - Localização _____	**Aminas vasoativas:** Noradrenalina ☐ ____ ml/min Dopamina ☐ ____ ml/min Dobutamina ☐ ____ ml/min **Outras Perfusões:** _____ ☐ ____ ml/min _____ ☐ ____ ml/min
D	S.C.G. - O____ V____ M____ = _____ Sedação – Fármaco _____ RASS = _____ Glicémia: _____ mg/dl Pupilas – Reativas?____ Simétricas? ____ Tamanho – D ___ E ___	
E	Temperatura: _____ °C DV: N.º _____ ___/___ SNG: N.º_____ ____/____	

Registo de Sinais Vitais

Hora	FC	TA	FR	SpO2

Registo de Medicação Administrada

Hora	Fármaco	Dosagem	Motivo

Médico: _____ **Enfermeiro: _____**

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

LISTA DE VERIFICAÇÃO

AÇÕES	VALIDAÇÃO		
	SIM	NÃO	N/A
Antes do transporte			
A área para onde o doente vai ser transportado está disponível			
Reunir o processo clínico e os exames que sejam necessários enviar com o doente			
Confirmar se existe consentimento assinado (quando aplicável)			
Foi feita a preparação ao doente para exame/procedimento (quando aplicável)			
A equipa está disponível para acompanhar do doente			
O doente tem a via aérea permeável			
Preparar insuflador manual com máscara			
Decidir o ventilador de transporte que vai a acompanhar o doente			
Preparar garrafa de oxigénio cheia; ((20+Vmin) xFiO2xtempo de transporte em minutos) +50%			
Preparar os equipamentos que vão a acompanhar o doente e verificar se todos funcionam só com bateria			
O doente tem pelo menos um cateter venoso periférico permeável			
Confirmar correta colocação de todos os dispositivos invasivos e reforçar a sua segurança			
Preparar antecipadamente medicação que possa ser necessária durante o transporte			
Trocar medicação ou fluidoterapia que esteja quase a acabar			
Esvaziar os sacos de drenagem existentes			
Obter mala de acompanhamento do doente para o transporte intra-hospitalar			
Avaliar os sinais vitais antes da saída do doente			
Mudar o doente para o ventilador de transporte			
Retirar equipamentos da energia e colocar junto do doente			
Tapar o doente			
Durante o transporte			
Vigiar o doente			
Avaliar sinais vitais			
Registar medicação administrada			
Após o transporte			
Avaliar os sinais vitais			
Ligar os equipamentos à energia			
Conectar o doente ao ventilador de origem			
Repor material utilizado da mala de transporte			
Registar todas as ocorrências relacionadas com o transporte			

Legenda: N/A – Não se aplica

APÊNDICE 9 – CONSENTIMENTO INFORMADO E QUESTIONÁRIO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO, DE ACORDO COM A NORMA N.º 15/2013 DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

"TRANSPORTE SECUNDÁRIO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UNIFORMIZAR PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA"

Caro (a) colega,

Eu, Ana Filipa Duarte Fernandes, enfermeira na UCIP 2 da Unidade Hospitalar de Portimão do Centro Hospitalar Universitário do Algarve no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, estou a desenvolver um projeto de intervenção profissional na área dos **"Cuidados de Enfermagem à pessoa adulta em situação crítica durante o transporte secundário"** no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) da Unidade Hospitalar de Portimão (UHP) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), integrada nas Unidades Curriculares Estágio Final e Relatório. Pretende-se, com o desenvolvimento deste projeto, formar a equipa de enfermagem do SUMC e atualizar as normas hospitalares relacionadas com o transporte secundário dos doentes (intra e inter-hospitalar), por forma a melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa adulta em situação crítica, durante o transporte secundário.

O projeto de intervenção decorrerá entre novembro de 2018 e janeiro de 2019 e a sua supervisão clínica é da responsabilidade do Enf. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Miguel Mariano, contando com a orientação da Prof.ª Maria Antónia Costa.

Desta forma, venho pedir a sua colaboração no preenchimento de um questionário com o intuito de reunir informação acerca da opinião sobre este projeto de intervenção, o qual, ainda que voluntário, é fundamental para a continuidade do mesmo.

Como objetivo para este questionário é definido: **Caracterizar sócio-demográficamente os enfermeiros do SUMC da UHP do CHUA e apurar a pertinência da realização do Projeto de Intervenção.**

O questionário é composto por duas partes: a primeira parte servirá para caracterizar os participantes no estudo e a segunda parte que atenderá à avaliação, pelos enfermeiros, da pertinência deste projeto de intervenção. Prevê-se uma duração de cerca de 15 minutos para o seu preenchimento.

Mais informo que a sua participação no estudo é voluntária e que poderá desistir em qualquer momento sem ter que dar qualquer tipo de justificação. Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

Qualquer esclarecimento pode ser feito através do endereço eletrónico: anafilipafernandes86@gmail.com.

Muito obrigado pelo seu contributo!

Agradeço que leia a seguinte informação. Se algo lhe parecer incorreto ou pouco claro, não hesite em solicitar mais informações. Casso concorde com a proposta feita, por favor assine este documento.

_____

Ana Filipa Duarte Fernandes,

N.º 170531041

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem ter de dar qualquer tipo de justificação. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

O PRESENTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA VIA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

"TRANSPORTE SECUNDÁRIO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UNIFORMIZAR PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA"

QUESTIONÁRIO

Parte I – Caracterização da equipa de enfermagem do SUMC da UHP do CHUA

1. **Idade:** _____ anos
2. **Género:** Masculino _____ Feminino _____
3. **Grau académico:**

   Bacharelato _____ Licenciatura _____ Mestrado _____ Doutoramento _____

4. **Possui alguma especialização em Enfermagem?** Sim ____ Não ____

   4.1. Se sim, qual?

   ☐Enfermagem Médico-Cirúrgica

   ☐Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

   ☐Enfermagem de Reabilitação

   ☐Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

   ☐Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

   ☐Enfermagem Comunitária

5. **Tempo de experiência profissional:** _____ anos _____ meses
6. **Experiência Profissional com a pessoa em situação crítica:** _____ anos _____ meses
7. **Tempo de exercício profissional no SUMC da UHP do CHUA:** _____ anos _____ meses
8. **Tem formação avançada em doente crítico?** Sim ____ Não ____

   8.1. Se sim, qual? _____

9. **Já frequentou algum curso de Suporte Avançado de Vida?** Sim ____Não ____
10. **Já frequentou algum curso de Trauma?** Sim ____ Não ____

Parte II – Pertinência do Projeto de Intervenção

Por favor, responda de forma afirmativa (SIM) ou negativa (NÃO) às seguintes questões:

	SIM	NÃO
1. Já realizou transporte secundário de doente crítico?		
1.1. Intra-hospitalar?		
1.2. Inter-hospitalar?		
2. Sente-se com confiança para realizá-lo?		
3. Tem conhecimento das orientações sobre o transporte secundário do doente crítico, emanado pela Ordem dos Médicos e Sociedade portuguesa de Cuidados Intensivos?		
4. Considera importante realizar formação no âmbito do Transporte Secundário do Doente Crítico?		
5. Parece-lhe pertinente a atualização das normas hospitalares sobre o transporte secundário dos doentes?		
6. A documentação que acompanha o doente durante o transporte secundário, nomeadamente a folha de registos, é algo que carece de atualização?		
7. A realização de uma check-list para a preparação do doente para a realização de um transporte secundário, seria uma ferramenta útil?		

APÊNDICE 10 – TESTE DE DIAGNÓSTICO E TESTE DE CONHECIMENTOS

2º Mestrado em Associação

Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Número de identificação: _____

Idade: _____

Tempo de experiência profissional com a Pessoa em Situação Crítica: _____

Tempo de serviço no SUMC da UHP do CHUA: _____

"Transporte secundário da pessoa em situação crítica"

Por favor, indique se cada uma das seguintes afirmações é Verdadeira **(V)** ou Falsa **(F)**

	V	F
1. O transporte secundário caracteriza-se pelo tipo de transporte não urgente do doente crítico.		
2. No transporte intra-hospitalar, o doente é deslocado entre serviços do mesmo hospital		
3. O que difere o transporte intra-hospitalar para o transporte inter-hospitalar é a criticidade do doente		
4. O transporte secundário contempla o transporte pré-hospitalar, inter-hospitalar e intra-hospitalar		
5. A decisão do tipo de acompanhamento que o doente necessita durante um transporte é única e exclusivamente do médico.		
6. Antes de iniciar-se o transporte, deve conectar-se o doente ao ventilador de transporte e aguardar estabilização		
7. A capnografia apenas deve ser colocada em doentes selecionados pelo seu estado clínico		
8. A segurança de todos os dispositivos invasivos deve ser reforçada		
9. A fórmula para avaliar a quantidade de oxigénio necessário é a seguinte: ((20+Vmin)xFiO^2xtempo de transporte em minutos)+50%		
10. O enfermeiro não intervém em nenhuma das fases do transporte secundário		
11. O transporte secundário do doente crítico justifica-se apenas pela necessidade de realização de exames de diagnóstico e procedimentos		

12. Nunca se deve levar medicação previamente preparada a acompanhar o doente, pelo risco de acidente		
13. A tabela de avaliação para o transporte é composta por 12 itens de avaliação		
14. Os níveis de monitorização são 3		
15. O nível 1 corresponde à monitorização fortemente recomendada		
16. A Pressão da Via Aérea (nos doentes ventilados mecanicamente) enquadra-se no nível obrigatório da monitorização		
17. Os eventos adversos estão relacionados com o Doente, a Instituição e o Equipamento		
18. Em relação à coordenação do transporte, quando o doente está colonizado com um microrganismo multirresistente deve ser o primeiro a realizar os exames		
19. As baterias dos equipamentos devem ser testadas para garantir a sua operacionalidade durante o transporte		
20. Caso o doente necessite de passar para uma cama/maca para a realização do transporte secundário, só é conectado ao ventilador de transporte depois de passar para a nova cama/maca		
21. Todos os equipamentos devem ser ligados à eletricidade após o regresso ao serviço de origem		
22. É recomendado a utilização de uma mala de transporte tanto para o transporte inter-hospitalar como para o transporte intra-hospitalar		
23. Todos os doentes que careçam de um transporte secundário têm que ter acompanhamento de enfermagem		
24. De acordo com os pontos obtidos na tabela de avaliação para o transporte é definido um nível, composto pelo tipo de acompanhamento, equipamento, monitorização e ambulância		
25. A avaliação dos sinais vitais do doente apenas é feita antes e depois do transporte		

APÊNDICE 11 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS

Avaliação da Sessão de formação pelo Formando

Tema: "Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica"

Data: ____ de janeiro de 2019

Por favor, avalie cada parâmetro da tabela abaixo, fazendo uma apreciação entre 1 e 4, sendo que 1 é o valor mínimo e 4 o valor máximo.

FORMAÇÃO	1	2	3	4
Relevância da matéria/Conteúdos				
Qualidade da formação				
Alcance dos objetivos propostos				
Duração da sessão de formação				
Avaliação Global da Formação				
FORMADOR				
Conhecimentos/Domínio do tema				
Pedagogia/Clareza e segurança na exposição				
Documentação de apoio				
Avaliação Global do Formador				
Avaliação da Sessão de Formação				

Por favor, indique a sua opinião em relação às afirmações abaixo descritas, fazendo uma apreciação entre 1 e 4, sendo que: **1 – Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 – Concordo totalmente**

	1	2	3	4
A realização desta formação, sobre o transporte secundário da pessoa em situação crítica contribuiu para melhorar os meus conhecimentos sobre este tema				
A realização desta formação contribui para melhorar a qualidade e a segurança da prestação de cuidados durante o transporte secundário da pessoa em situação crítica				
A realização desta formação permite definir estratégias de melhoria contínua durante o transporte secundário da pessoa em situação crítica				

Sugestões e comentários

Indique aspetos positivos e aspetos a melhor, em relação à formação:

_____

_____

Muito obrigado pela sua colaboração!

Adaptado do impresso "Avaliação da Formação pelo Formando" do CFIC DO CHUA

APÊNDICE 12 – RESUMO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO ENVIADO PARA A COMISSÃO DE ÉTICA DO CHUA

Projeto de Investigação em contexto de Estágio

Nome da Investigadora: Ana Filipa Duarte Fernandes

Curso: Mestrado em Enfermagem – Especialização em Pessoa em Situação Crítica

Entidade: Instituto Politécnico de Setúbal

Tema: Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uniformizar procedimentos de enfermagem num serviço de urgência.

RESUMO

O Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica, seja ao nível do transporte inter-hospitalar ou intra-hospitalar, deve seguir o princípio de que os cuidados prestados não devem decair em relação aos cuidados da unidade de origem, por forma a garantir a segurança da pessoa transportada.

Com vista à obtenção da competência de mestre, será desenvolvido um Projeto de Intervenção sobre a temática acima referida, no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC) da Unidade Hospitalar de Portimão (UHP) do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUA), cujo instrumento de recolha de dados será um questionário, de preenchimento voluntário, pelos enfermeiros deste serviço.

Tal projeto tem o intuito de obter dados para diagnosticar necessidades na equipa de enfermagem ao nível da temática referida e, assim, promover momentos de formação, por forma a atualizar os conhecimentos da equipa.

Por outro lado, prevê-se a realização de propostas de normas para atualização das existentes sobre o transporte secundário de doentes, por estarem desatualizadas, com vista à uniformização de procedimentos.

INTRODUÇÃO

Integrado na Unidade Curricular Estágio Final do 2º Mestrado em Associação em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica (EMC – PSC), será desenvolvido um estágio no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade Hospitalar de Portimão (UHP) do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHUA), o qual teve

início em setembro de 2018 e tem término previsto para 25 de janeiro de 2019. Uma das atividades previstas para a aquisição do grau mestre será a implementação de um Projeto de Intervenção no serviço acima referido.

A UHP, encontrando-se sediada no barlavento algarvio, dá resposta a todos os concelhos dessa zona e a algumas áreas do baixo Alentejo. Sendo um hospital médico-cirúrgico, e que, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, lhe é exigido a existência de valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo, existem especialidades mais específicas como cardiologia ou neurologia que não existem, sendo que apenas é referido que deve existir uma rede de referenciação. Por esse motivo, constantemente, os enfermeiros da SU da UHP são confrontados com a necessidade de acompanhar doentes críticos ou não críticos durante o transporte secundário.

O mesmo despacho salienta a importância de um Serviço de Urgência deste nível promover formação contínua no Transporte do Doente Crítico. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) (2008) também reforçam essa ideia, acrescentando que é "fundamental que cada instituição clarifique uma política formal sobre o transporte de doentes (com responsabilidade identificada), a organização de equipas dedicadas de transporte (com treino específico e experiência regular), o investimento na formação (...) e a implementação de programas de acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico (...)."

Nunes (2009) salienta a atenção que deve existir nos cuidados prestados durante o transporte, os quais nunca poderão ser inferiores aos existentes na unidade de origem. Continuando nessa linha de ideias, Graça, Silva, Correia e Martins (2017), referem que "os recursos humanos que acompanham o doente durante o transporte são a base da tomada de decisão para a antecipação e resolução de intercorrências durante a transferência, contribuindo para um transporte bem-sucedido" (p. 134).

Embora, a Ordem dos Enfermeiros (2017) refira que o profissional mais preparado para realizar transporte de doentes críticos seja o Enfermeiro Especialista em EMC – PSC, tal não se torna possível na instituição referida tendo em conta toda a sua estrutura organizativa, pelo que será crucial formar e qualificar da melhor forma possível os enfermeiros que acompanham doentes críticos durante transportes.

Assim, o diagnóstico da situação foi feito através de reunião informal, que seguiu uma entrevista não-estruturada, com a Enfª Leonor Luís, responsável máximo pelo SUMC, com o Enf. Especialista em EMC Miguel Mariano, enfermeiro orientador e posteriormente numa reunião informal com a enfermeira supervisora responsável pela formação da UHP do CHUA, Enf.ª Amélia Garcias.

Percebeu-se que a intervenção no âmbito do transporte secundário do doente crítico teria toda a pertinência, atendendo que todas as orientações hospitalares, tal como as normas, e mesmo os documentos relacionados com esta área estão desatualizados e que não seguem as diretrizes mais recentes da SPCI e OM.

Deste modo define-se como objetivo geral para o projeto de intervenção: Melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica, durante o transporte secundário.

METODOLOGIAS

O desenvolvimento do Projeto de Intervenção decorrerá de novembro de 2018 a janeiro de 2019, constitui-se pela aplicação de um questionário aos enfermeiros do Serviço de Urgência, com o objetivo de realizar a sua caracterização sociodemográfica, e de identificar necessidades formativas no Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica. Permitirá ainda conhecer a opinião da equipa de enfermagem acerca deste projeto e da pertinência do mesmo. Com vista à promoção da segurança do doente pretende-se a realização de formação à equipa de enfermagem, de acordo com as necessidades identificadas, com consequente uniformização de procedimentos. Também está prevista a realização de uma check-list para diminuir incidentes críticos durante a realização dos procedimentos.

Critérios de inclusão/exclusão

Para participar no estudo incluem-se todos os enfermeiros do SUMC da UHP, sem exceção. Como critérios de exclusão para a participação no estudo serão todos os profissionais do SUMC de outras classes profissionais que não a enfermagem.

Amostragem

Todos os enfermeiros do SUMC do UHP, sem exceção, poderão participar no estudo, com ou sem especialidade, com ou sem formação na área do âmbito do Projeto de Intervenção.

Instrumento de recolha de dados

Por forma a envolver a equipa de enfermagem do SUMC no referido projeto e compreender a pertinência do mesmo, tenho previsto a aplicação de um questionário aos enfermeiros desse serviço, com preenchimento voluntário.

O instrumento de recolha de dados será um questionário, essencialmente composto por duas partes: na primeira parte serão recolhidas informações sócio-demográficas dos participantes; na segunda parte serão recolhidas informações relacionadas com o tema que dá o nome ao Projeto de Intervenção, mais especificamente sobre a pertinência da aplicação do mesmo no SUMC.

Prevê-se a realização de um questionário antecedente às ações de formação, como forma de avaliação dos conhecimentos dos participantes acerca da temática. Sendo que após as referidas ações de formação será aplicado novo questionário como forma de avaliar os conhecimentos adquiridos.

Questões éticas

Será elaborado um consentimento informado, para aceitação livre e esclarecida no questionário, de acordo com a norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Conveção de Oviedo). O tratamento dos dados recolhidos dos questionários aplicados terá sempre em conta a privacidade e a confidencialidade, assim como o Regulamento Geral da proteção de Dados, garantindo sempre o anonimato dos dados colhidos.

Previamente foram solicitadas as respetivas autorizações à Enfermeira responsável máxima SUMC.

Será emitido um pedido de parecer à Comissão de Ética do CHUA e à Presidente do Conselho de Administração do CHUA.

Comprometo-me em garantir sempre o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos e consentimento informado, cumprindo os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO

FASES E DATAS / ATIVIDADES	Fase Inicial	Fase de Planeamento	Fase de execução	Fase de conclusão
	24/09/2018 27/10/2018	28/10/2018 07/12/2018	08/12/2018 25/01/2019	26/01/2019 31/03/2019
Reunião com Enf.ª responsável máximo do SUMC				
Reunião com Enf.ª supervisora da formação da UHP do CHUA				
Reunir com Diretora do SMI2				
Pedido de parecer à Comissão de Ética do CHUA				
Elaboração e entrega de questionários				
Recolha dos questionários e tratamento dos dados				
Sessões de formação				
Avaliação da sessão de formação				
Realização da proposta de norma				
Realização da check-list				
Elaboração de um artigo científico				
Realização do relatório				
Entrega do relatório				

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Diário da República. 2ª Série, n.º 153/2014.

Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. Centro Editor Livreiro da ordem dos Médicos. Retirado de https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf

Graça, A., Silva, N., Correia, T. & Martins, M. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência.* IV (15). (pp.133-144). Disponível em: https://doi.org/10.12707/RIV17042

Nunes, F. (2009). *Tomada de decisão do enfermeiro no transporte do doente crítico*. Retirado de http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3526-tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico#.XBAGgxP7R-U

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer n.º 09/2017. Transporte da Pessoa em Situação Crítica.

APÊNDICE 13 – PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO					
Serviço	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica da Unidade Hospitalar de Portimão do Centro Hospitalar Universitário do Algarve				
Tema	**TRANSPORTE SECUNDÁRIO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA (PSC)**				
Data	04/01/2019	**Hora**	14h30	**Local**	Auditório da UHP do CHUA
Destinatários	Enfermeiros do Serviço de Urgência da UHP do CHUA			**Duração**	60 min
Formador	Enf. Ana Fernandes (aluna da Especialidade de EMC – PSC)				
Orientadores	Enf. Esp. EMC Miguel Mariano e Prof.ª Maria Antónia Costa				

OBJETIVOS

- ✓ Atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre o Transporte Secundário da PSC
- ✓ Compreender o papel do enfermeiro no transporte secundário da PSC
- ✓ Reconhecer processos de melhoria contínua na prestação de cuidados de enfermagem durante o transporte secundário da PSC

	Conteúdos	**Metodologia**	**Duração**
INTRODUÇÃO	Apresentação; Aplicação do pré-teste de conhecimentos; Objetivos da sessão de formação.	Método expositivo Questões de escolha múltipla	10 min
DESENVOLVIMENTO	Contextualização histórica do transporte secundário Definição de transporte secundário, transporte intra-hospitalar e transporte inter-hospitalar As fases do transporte A coordenação do transporte secundário Avaliação para o transporte - acompanhamento/Profissionais, equipamento/fármacos e monitorização Eventos adversos durante o transporte Medidas preventivas Intervenções antes, durante e depois do transporte secundário Recomendações Visualização de um filme sobre o tema Aplicação de cenários	Método expositivo Brainstorming	35 min
CONCLUSÃO	Sumário dos pontos-chave da sessão; Esclarecimento de dúvidas existentes; Diálogo e recolha de sugestões.	Método expositivo Método interrogativo Brainstorming	10 min
AVALIAÇÃO	Aplicação do teste de conhecimentos; Aplicação de questionário de avaliação da ação.	Questões de escolha múltipla e de resposta aberta para sugestões	5 min

Meios audiovisuais e outros materiais	Projetor multimédia, Computador, Papel Impressões: Pré-teste; Teste; Avaliação da sessão

APÊNDICE 14 – DIVULGAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SUMC

FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Data:<u>04 de Janeiro de 2019</u>
Horário: 14h30 e 16h00
Duração: 1 hora

Local: Auditório da Unidade Hospitalar de Portimão do CHUA

Formadora: Ana Fernandes
(aluna da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica)
Orientador: Enf. Esp. EMC Miguel Mariano

APÊNDICE 15 – ARTIGO CIENTÍFICO "O TRANSPORTE SECUNDÁRIO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA"

O Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uma Revisão Integrativa

The Secondary Transport of Critical Ill Patient: An Integrative Review

El Transporte Secundario del Paciente en Situación Crítica: Una Revisión Integrativa

Ana Filipa Fernandes[1] (anafilipafernandes86@gmail.com), Maria Antónia Costa[2] (antonia.costa@ipbeja.pt)

[1] Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 2 da Unidade Hospitalar de Portimão, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE; Aluna do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, Instituto Politécnico de Setúbal.

[2] Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Enfermagem; Professora na Escola Superior de Saúde de Beja.

RESUMO

Enquadramento: O transporte secundário da Pessoa em Situação Crítica ocorre frequentemente nas instituições hospitalares e acarreta vários riscos. É primordial que os enfermeiros saibam intervir por forma a reduzir esses mesmos riscos e tornar o transporte secundário o mais seguro possível.

Objetivos: Identificar as recomendações para o transporte secundário da pessoa em situação crítica, qual o conhecimento dos enfermeiros sobre essas recomendações e quais as vantagens de seguir recomendações para a segurança da Pessoa em Situação Crítica.

Metodologia: Feita revisão da literatura, através de pesquisa de artigos nas bases de dados *Ebsco* e *B-On*, publicados entre os anos de 2014 e 2019.

Conclusão: Identificados 29 artigos iniciais, dos quais foram selecionados 4 artigos para integrar na revisão.

Palavras-chave: Transporte Secundário, Enfermagem, Pessoa em Situação Crítica

ABSTRACT

Background: Secondary transport of the Critically Ill Patient occurs frequently in hospital institutions and entails several risks. It is paramount that nurses know how to intervene in order to reduce these risks and make secondary transport as safe as possible.

Objectives: To identify the recommendations for the secondary transportation of the critically ill person, the nurses' knowledge about these recommendations and the advantages of following recommendations for the safety of the Critically Ill Patient.

Methodology: A review of the literature was done by searching articles in the *Ebsco* and *B-On* databases, published between 2014 and 2019.

Conclusion: Identified 29 initial articles, of which 4 articles were selected to be included in the review.

Keywords: Secondary Transport, Nursing, Critical Ill Patient

RESUMEN

Encuadramiento: El transporte secundario del Paciente en Situación Crítica ocurre frecuentemente en las instituciones hospitalarias y acarrea varios riesgos. Es primordial que los enfermeros sepan intervenir para reducir esos mismos riesgos y hacer el transporte secundario lo más seguro posible.

Objetivos: Identificar las recomendaciones para el transporte secundario del paciente en situación crítica, cuál es el conocimiento de los enfermeros sobre esas recomendaciones y cuáles son las ventajas de seguir recomendaciones para la seguridad del Paciente en Situación Crítica.

Metodología: Hecho revisión de la literatura, a través de investigación de artículos en las bases de datos *Ebsco* y *B-On*, publicados entre los años 2014 y 2019.

Conclusión: Identificados 29 artículos iniciales, de los cuales fueron seleccionados 4 artículos para integrar en la revisión.

Palabras clave: Transporte Secundario, Enfermería, Paciente en Situación Crítica

APÊNDICE 16 – CARTAZ "INFORMAÇÃO AOS UTENTES/FAMILIARES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA"

INFORMAÇÃO AOS UTENTES /FAMILIARES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Autoras: Fernandes, Ana*; Mariano, Luciana*
Orientadores: Reis, Dário**; Mariano, Miguel**
Supervisão: Costa, Maria ***

QUANDO DEVO RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA?



- Deverá recorrer ao Serviço de Urgência quando a situação é grave, urgente/emergente ou situações em que a demora de diagnóstico e/ou tratamento possa acarretar graves riscos para a sua saúde.

EM CASO DE SITUAÇÃO URGENTE/EMERGENTE DEVERÁ LIGAR 112 FORNECENDO TODAS AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS.

SE A SITUAÇÃO NÃO FOR GRAVE, EXISTEM OUTROS RECURSOS DISPONÍVEIS.

DEVERÁ:

1. Em primeiro lugar dirigir-se ao Centro de Saúde da sua área de residência.
2. Poderá ainda ligar para a **linha de Saúde 24 (808 24 24 24)** para se aconselhar antes de se deslocar para o Serviço de Urgência.

DEVE EVITAR SOBRECARREGAR O SERVIÇO DE URGÊNCIA DESTINADO A TRATAR SITUAÇÕES GRAVES.

O QUE DEVE LEVAR PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA?



- Quando recorre ao serviço de urgência deve fazer-se acompanhar do seu documento de identificação (bilhete de identidade, cartão de cidadão, passaporte); informação sobre o seu estado de saúde (antecedentes pessoais) e contato de familiar ou amigo.

ADMISSÃO/TRIAGEM

1. Quando chega ao Serviço de Urgência deve fazer a sua inscrição no serviço de atendimento e aguardar na sala de espera;
2. A triagem é efetuada numa sala própria e por um enfermeiro que possui formação específica para o efeito;
3. O Serviço de Urgência da Unidade Hospitalar de Portimão utiliza o Protocolo de Triagem de Manchester que classifica a **prioridade de atendimento aos utentes de acordo com a gravidade da situação, permitindo um atendimento rápido e eficiente.** É-lhe atribuída uma pulseira com uma cor dependendo da **gravidade do motivo** que recorre ao Serviço de Urgência.

QUANTO TEMPO EM MÉDIA VOU AGUARDAR PARA SER ATENDIDO?



ACOMPANHANTES/FAMILIARES

- Todos os utentes têm o direito de fazer-se acompanhar de um familiar ou amigo durante a sua permanência no Serviço de Urgência.
- O acompanhante deverá cumprir todas as regras instituídas no Serviço de Urgência para um correto funcionamento e uma maior segurança, sendo que em caso de incumprimento poderá ser retirado de perto do utente.
- Caso necessite de uma justificação para a entidade patronal deverá pedir no serviço de atendimento.

- geral@chalgarve.min-saude.pt
- 282450300

*Mestrandas em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica
** Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica
*** Supervisão Pedagógica

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

DEZEMBRO 2018

BIBLIOGRAFIA:
- Grupo Portugués de Triagem (2015). Sistema de Triagem de Manchester. Acedido a 5 de Novembro de 2018, disponível em: http://www.grupoportuguesdetriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=1109
- Serviço Nacional de Saúde (2014). Guia de acolhimento ao doente. Acedido a 30 de Novembro de 2018, disponível em: https://www.ens.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/Guia_de_Acolhimento_CHSJ.pdf
- Serviço Nacional de Saúde (2014). Guia do utente do Serviço de Urgência. Acedido a 9 de Novembro de 2018, disponível em: https://www.ens.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/INE_CHMA_0001v1_Guia-Utente-SU.pdf

APÊNDICE 17 – FOLHETO INFORMATIVO "INFORMAÇÃO AOS UTENTES/FAMILIARES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA"



O principal objetivo do serviço de urgência é prestar cuidados a todos os utentes urgentes e emergentes de um modo atempado.

ASSIM:

DEVE EVITAR SOBRECARREGAR O SERVIÇO DE URGÊNCIA DESTINADO A TRATAR SITUAÇÕES GRAVES.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Geral – Hospital de Portimão
Sítio do Poço Seco
8500-338 Portimão
Telefone – 282 450 300
Email – geral@chalgarve.min-saude.pt

Gabinete do Cidadão – Hospital de Portimão
Piso 0 | Sítio do Poço Seco
8500-338 Portimão
Telefone – 282 450 316
Email – secsocial@chalgarve.min-saude.pt

Consulta Externa Geral – Hospital de Portimão
Piso 0 | Sítio do Poço Seco
8500-338 Portimão
Telefone – 282 450 307
Email – paula.granha@chalgarve.min-saude.pt

Recursos Humanos – Hospital de Portimão
Telefone – 289 450 305

Elaborado por: Ana Fernandes e Luciana Mariano, Mestrandas em Enfermagem- Área de Especialização Médico Cirúrgica- A pessoa em situação crítica.

SERVIÇO DE URGÊNCIA

UNIDADE HOSPITALAR DE PORTIMÃO

INFORMAÇÕES AOS UTENTES/FAMILIARES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA



QUANDO DEVO RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA?

Deverá recorrer ao Serviço de Urgência quando a situação é grave, urgente/emergente ou situações em que a demora de diagnóstico e/ou tratamento possa acarretar graves riscos para a sua saúde.

EM CASO DE SITUAÇÃO URGENTE/EMERGENTE DEVERÁ LIGAR 112 FORNECENDO TODAS AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS.

SE A SITUAÇÃO NÃO FOR GRAVE, EXISTEM OUTROS RECURSOS DISPONÍVEIS.

DEVERÁ:

Em primeiro lugar dirigir-se ao Centro de Saúde da sua área de residência.

Poderá ainda ligar para a **linha de Saúde 24 (808 24 24 24)** para se aconselhar antes de se deslocar para o Serviço de Urgência.

ADMISSÃO/TRIAGEM

A triagem é efetuada numa sala própria e por um enfermeiro que possui formação específica para o efeito;

O Serviço de Urgência da Unidade Hospitalar de Portimão utiliza o Protocolo de Triagem de Manchester que classifica a **prioridade de atendimento aos utentes de acordo com a gravidade da situação, permitindo um atendimento rápido e eficiente.** É-lhe atribuída uma pulseira com uma cor dependendo da **gravidade do motivo** que recorre ao Serviço de Urgência.



ACOMPANHANTES/FAMILIARES

Todos os utentes têm o direito de fazer-se acompanhar de um familiar ou amigo durante a sua permanência no Serviço de Urgência.

O acompanhante deverá cumprir todas as regras instituídas no Serviço de Urgência para um correto funcionamento e uma maior segurança, sendo que em caso de incumprimento poderá ser retirado de perto do utente.

Caso necessite de uma justificação para a entidade patronal deverá pedir no serviço de atendimento.

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

As informações clínicas são disponibilizadas pelo médico de acordo com a sua disponibilidade e não são fornecidas informações via telefone.

ALTA

Quando tem alta do Serviço de Urgência é garantida a continuidade dos cuidados com o fornecimento em papel do episódio de urgência ou carta de alta.

APÊNDICE 18 – CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DOS *MASS-TRAINING* DE SBV NAS ESCOLAS

MASS TRAINING

EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA
AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

10 **DEZEMBRO 2018**

8:30-12:10



ALUNOS DO 9ºANO

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS JUDICE FIALHO

VEM APRENDER A SALVAR VIDAS.

Bombeiros de Portimão

APÊNDICE 19 – PLANO DE SESSÃO DOS *MASS-TRAINING* DE SBV NAS ESCOLAS

2º Mestrado de Enfermagem em Associação
Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Local de Estágio: Serviço Municipal de Proteção Civil de Portimão

PLANO DE SESSÃO					
Nome da ação	*Mass Training* SBV				
Local	XXXXX			**N.º da ação**	1
Data	10/12/2018	**Hora**	8h30	**N.º Participantes**	XX alunos XX turmas - XX turmas por sessão
Público-Alvo	Alunos do XX º ano			**Duração**	45 min por sessão - XX sessões consecutivas
Formadores	Enf.ª Ana Fernandes Enf.ª Luciana Mariano Enf.ª Mónica Martins Elementos dos Bombeiros Voluntários de Portimão				

OBJETIVOS
- Compreender a importância da aquisição de conhecimentos na área dos primeiros socorros - Saber ligar 112 corretamente - Adquirir competências no âmbito do Suporte Básico de Vida

	Conteúdos	**Metodologia**	**Duração**
INTRODUÇÃO	Apresentação ao grupo de formandos; Objetivos da sessão de formação;	Método expositivo	5 min
DESENVOLVIMENTO	Para todo o grupo: - Explicar o protocolo de SBV - Exemplificar o protocolo de SBV Dividir o grupo por pequenos grupos para todos os formadores: - Cada formando pratica o protocolo de SBV	Método expositivo Método Demonstrativo Método Ativo	35 min
CONCLUSÃO	Sumário dos pontos-chave da sessão; Esclarecimento de dúvidas existentes.	Método expositivo	5 min

Recursos Materiais	Manequins para treino de SBV Protetores individuais para ventilação “boca-a-boca”.

APÊNDICE 20 – *CHECK-LIST* "COMO PROCEDER PERANTE UMA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA ESCOLA"

COMO PROCEDER PERANTE UMA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA NA ESCOLA



Deve seguir os seguintes passos:

- ☐ Manter-se calmo/a, de modo a conseguir gerir a situação e ajudar;
- ☐ Garantir as condições de segurança necessárias para si e para a vítima;
- ☐ Abordar a vítima;
- ☐ Tentar perceber o que se passou junto da vítima, caso seja possível, ou de alguém que tenha presenciado a situação;
- ☐ Pedir ajuda;
- ☐ Ligar 112 e responder a todas as questões que lhe forem colocadas de forma simples, clara e objetiva:
  - ☐ **Onde está?** Qual o local exato da ocorrência, se possível deve saber e informar alguns pontos de referência de forma a que a chegada dos meios de socorro seja mais eficaz;
  - ☐ **O que aconteceu?** Acidente, doença súbita, ...;
  - ☐ **Quem?** Deve informar do número de vítimas, a idade que aparentam ter, o sexo, o que observa nas vítimas e quais as alterações;
  - ☐ Informar do número de telefone do qual está a efetuar a ligação;
  - ☐ Informar da existência de qualquer outra situação que exija outros meios para o local;
  - ☐ Desligue o telefone apenas quando lhe for indicado.
- ☐ Seguir todas as instruções que lhe são facultadas via telefone pelo profissional;
  - ➢ Em caso de queda ou de acidente deve manter a vítima no mesmo local até à chegada de ajuda especializada!
- ☐ Informar familiares ou os encarregados de educação da criança/adolescente, no caso de a vítima ser um aluno;
- ☐ Tentar acalmar os familiares/ encarregados de educação, realçando que já foram tomadas todas as medidas necessárias;
- ☐ Disponibilizar apoio aos familiares/ encarregados de educação da criança/adolescente;
- ☐ Aguardar a chegada dos meios de emergência;
- ☐ Obter o número de utente da vítima;
- ☐ Estabelecer diálogo com a vítima se for possível de forma a mantê-la consciente;
- ☐ Mantenha-se calmo/a e tente transmitir isso à vítima;
- ☐ Permanecer junto da vítima;
- ☐ Colaborar com os profissionais à sua chegada, fornecendo todas as informações necessárias;
- ☐ Acompanhar a vítima até ao hospital.

2º Mestrado de Enfermagem em Associação
Enfermagem Médico – Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Local de Estágio: Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro de Portimão

Realizado por: Ana Fernandes; Luciana Mariano; Mónica Martins
Supervisão: Técnico Superior Dr. Luís Mestre
Docentes: Prof.ª Dr.ª Dulce Santiago; Prof.ª Maria Antónia Costa

APÊNDICE 21 – CARTAZ "COMO DEVE PROCEDER QUANDO LIGA 112?"

COMO DEVE PROCEDER QUANDO LIGA 112?

QUANDO LIGAR?



- Em caso de situação de urgência/emergência.
- Acidente ou doença súbita.

COMO LIGAR?

112

CHAMADA GRATUITA

PSP /GNR CENTRAL DE EMERGÊNCIA

CODU

Centro de Orientação de Doentes Urgentes

Triagem e avaliação da situação por profissionais qualificados e de onde são enviados os meios de emergência adequados.

- Manter-se calmo/a, de modo a conseguir gerir a situação e ajudar;
- Garantir as condições de segurança;
- **PEDIR AJUDA → LIGAR 112;**
- Informar familiares ou os encarregados de educação da criança/adolescente no caso de a vítima ser um aluno;
- Disponibilizar apoio aos familiares/ encarregados de educação da criança/adolescente;
- Aguardar a chegada dos meios de emergência e colaborar com os mesmos aquando a sua chegada;
- Permanecer junto da vítima;
- Acompanhar a vítima até ao hospital.

- **Onde está?** Qual o local exato da ocorrência, se possível deve saber e informar alguns pontos de referência de forma a que a chegada dos meios de socorro seja mais eficaz;
- **O que aconteceu?** Acidente, doença súbita.
- **Quem?** Deve informar do número de vítimas, a idade que aparentam ter, o sexo e o que observa nas vítimas, quais as alterações.
- Informar do número de telefone do qual está a efetuar a ligação;
- Desligue o telefone **apenas** quando lhe for indicado.

BIBLIOGRAFIA:

Elaborado por: Ana Fernandes, Luciana Mariano e Mónica Martins, Mestrandas em Enfermagem Médico Cirúrgica, Área de Especialização- A Pessoa em Situação Crítica

APÊNDICE 22 – TRABALHO "KIT DE EMERGÊNCIA PARA CATÁSTROFE OU SITUAÇÃO MULTI-VÍTIMAS"

2º Mestrado em Enfermagem em Associação

Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

Estágio Final

Contexto de Estágio:

Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro de Portimão

Kit de Emergência para Catástrofe ou Situação Multi-vítimas

Docentes:

Prof.ª Dr.ª Dulce Santiago

Prof.ª Antónia Costa

Orientador:

Enf. Especialista em EMC Luís Mestre

Discentes:

Ana Fernandes

Luciana Mariano

Mónica Martins

Janeiro de 2019

2º Mestrado em Enfermagem em Associação

Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular

Estágio Final

Contexto de Estágio:

Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro de Portimão

Kit de Emergência para Catástrofe ou Situação Multi-vítimas

Docentes:

Prof.ª Dr.ª Dulce Santiago

Prof.ª Antónia Costa

Orientador:

Enf. Especialista em EMC Luís Mestre

Discentes:

Ana Fernandes, N.º 170531041

Luciana Mariano, N.º 170531040

Mónica Martins, N.º 17053112

Portimão, 07 de janeiro de 2019

SIGLAS

ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil

CMP - Câmara Municipal de Portimão

CMPCOS - Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro

CNPC - Comissão Nacional de Proteção Civil

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ICN - International Council of Nurses

INE - Instituto Nacional de Estatísticas

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

OE - Ordem dos Enfermeiros

PMEPC - Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil

PNEPC - Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil

SMPC - Serviço Municipal de Proteção Civil

WHO - World Health Organization

INDICE

INTRODUÇÃO ……5

1. **CATÁSTROFE E SITUAÇÃO MULTI-VÍTIMAS** ……7
2. **OS PLANOS DE EMERGÊNCIA** ……10
3. **RISCOS IDENTIFICADOS E LESÕES ASSOCIADAS** ……..14

3.1. KIT DE EMERGÊNCIA PARA CATÁSTROFE OU SITUAÇÃO MULTI-VÍTIMA 16

CONCLUSÃO ……..18

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ……..19

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Mecanismos de lesão e potenciais lesões/complicações……..……15

Quadro 2. Kit de emergência para catástrofe/situação multi-vítimas…… ……..17

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular "Estágio Final", integrada no 2.º ano /1.º semestre, do 2.º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Setúbal, propusemo-nos à realização de um breve estágio no Serviço Municipal de Proteção Civil (SMPC) de Portimão, a funcionar no Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro (CMPCOS).

Com a realização deste estágio objetivamos o desenvolvimento de competências concernentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) em Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente a competência: "Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção", que integra as unidades de competência:

> "K.2.1 - Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.
> K.2.2- Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.
> K.2.3 - Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe."
> (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011, p. 8657).

O estágio decorre sob a orientação do enfermeiro especialista em EMC Luís Mestre, que nos deu a conhecer os projetos de proteção civil em curso no município, alertando-nos para a necessidade de aquisição de um Kit de resposta a situações de catástrofe e emergência multi-vítima, como medida de reforço da capacidade da resposta do SMPC de Portimão, perante situações desta envergadura.

Posto isto, entre outras atividades a desenvolver, propusemo-nos a pesquisar sobre o tema, por forma a apresentar uma sugestão fundamentada sobre a constituição deste Kit, fornecendo assim o nosso contributo e tendo em vista o desenvolvimento das competências supracitadas.

O presente trabalho está dividido em três capítulos, inicia-se por um capítulo de definições acerca de catástrofe e situações multi-vítimas, segue-se um capítulo sobre os planos de emergência, e culmina na identificação dos riscos e possíveis lesões adjacentes e

apresentação da proposta do Kit de resposta a situações de catástrofe e emergência multi-vítima.

De referir que este trabalho foi lavrado à luz do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e seguiu as orientações de citação e referenciação emanadas pela *American Psychological Association*, 6.ª edição.

1. CATÁSTROFE E SITUAÇÃO MULTI-VÍTIMAS

Nas últimas décadas, tem havido uma tendência maior para situações de desastre e catástrofe, sendo que as mesmas provocam alterações críticas na comunidade, com um impacto dramático em todos os indivíduos. As comunidades podem levar anos a recuperar dos danos sofridos, sendo que as que possuem poucos recursos nunca chegam a recuperar. Para além dos danos materiais sofridos, os danos físicos e psicológicos dos indivíduos são outra das consequências graves destas situações de desastre e catástrofe (World Health Organization [WHO] e International Council of Nurses [ICN], 2009).

O desastre pode ser definido como um fenómeno natural ou induzido por ação humana externa que produz um elevado número de vítimas (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2012). Os desastres ocorrem diariamente em todo o mundo, causando ameaças à saúde pública e resultando num grande número de mortes, feridos, infraestruturas, danos e destruição das instalações, sofrimento e perdas de meios de subsistência (ICN, 2009).

Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil, definida na Lei n.º 80/2015, de 3 de agosto, que substitui a Lei n.º 27/2006 de 3 de julho, no artigo 3.º, é definido acidente grave como "um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente" (p. 5316).

A catástrofe é definida como um acontecimento súbito, quase sempre imprevisível, que ocorre rápido e subitamente e que provoca uma destruição desde o ponto de vista humano bem como material e onde a área que é afetada é maior do que no desastre, tornando incapazes as ações de resposta locais, na medida em que, também elas, são afetadas. (INEM, 2012; Rodríguez, Rodríguez, García, Carabantes & Puente, 2007). De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, pode ser considerado "um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional" (p. 5316).

As catástrofes podem ser classificadas como naturais ou tecnológicas. As catástrofes naturais incluem tempestades, como furacões, ciclones, inundações, terramotos, emergências por calor e frio extremo, tsunamis, erupções vulcânicas, pandemias e fome. As catástrofes tecnológicas incluem transportes de químicos, acidentes biológicos e radiológicos, bem como atos de terrorismo. Existem ainda as catástrofes complicadas por guerras ou conflitos internos, que levam a um colapso das estruturas sociais, políticas e económicas e são classificadas como emergências complexas ou catástrofes complexas (WHO e ICN, 2009).

As situações de catástrofe provocam um desequilíbrio entre as necessidades e os meios de auxílio/recursos disponíveis podendo afetar a saúde, a economia e o ambiente negativamente, por este motivo podem necessitar de intervenção local, nacional ou internacional, por forma a dar resposta aos afetados por este evento (Rodriguez *et al*., 2007).

As catástrofes podem representar sérias ameaças de saúde pública para qualquer nação. Morte, trauma, lesões, agravamento de doenças crónicas, infeções, disseminação de doenças e problemas de saúde mental, são apenas algumas das potenciais consequências para a saúde pública advindas de uma catástrofe. Os cuidados de saúde devem estar rapidamente disponíveis para que haja uma diminuição do risco. A aptidão de resposta de um país perante uma catástrofe deve-se em certa parte à capacidade dos profissionais de saúde em realizarem uma avaliação rápida, comunicarem e gerirem todo o processo de desastre de uma forma eficaz perante a adversidade (WHO e ICN, 2009).

Numa situação de catástrofe, é inevitável que o momento inicial seja de grande confusão e desorganização, no entanto é essencial ter consciência da situação com o intuito de salvar o maior número de vítimas, otimizando os recursos disponíveis. Posto isto, é fundamental a presença de alguém no comando que obtenha uma visão global do problema e que seja capaz de organizar e coordenar todas as operações necessárias para gerenciar uma situação de crise (Rodriguez *et al*., 2007).

Para uma resposta eficaz, perante situações de emergência multi-vítima, para além da importância do comando, comunicação e controle, são considerados três princípios básicos: triagem, tratamento e transporte (Campos, 2015).

A triagem consiste no processo de categorização e priorização das vítimas com o objetivo de proporcionar cuidados ao maior número possível de pessoas, com os recursos disponíveis (WHO, 2011a).

Em catástrofe, o método de triagem primária mais utilizado é o método START, que considera a frequência respiratória, tempo de preenchimento capilar e a capacidade para cumprir ordens simples. Permite classificar as vítimas, através de um sistema de cores que correspondem a uma escala de prioridade de tratamento (Silva, 2009; Oliveira, 2013).

No que toca aos tratamentos, é no posto médico avançado que são prestados todos os cuidados necessários à estabilização das vítimas, para que possam posteriormente ser transportadas nas melhores condições possíveis para uma unidade de saúde (INEM, 2012).

O planeamento e treino prévios à ocorrência de incidentes é fundamental para o sucesso da resposta e que deve ter em conta os recursos materiais e humanos disponíveis (Campos, 2015). O objetivo é salvar o maior número de vítimas e para que isso seja possível todo o processo de gestão deverá ser organizado e eficiente (INEM, 2012).

2. OS PLANOS DE EMERGÊNCIA

De acordo com Alexander (2016), um plano de emergência pode ser definido como um processo de preparação estruturada para futuras situações de contingência, tal como desastres ou situações multi-vítimas, não sendo um produto ou um resultado, pelo que alguns dos objetivos do plano são a manutenção da segurança pública, a limitação dos danos, a proteção da vulnerabilidade e a utilização eficiente dos recursos de emergência. O mesmo autor refere, ainda, que o bom plano deve ser realista e pragmático, deve corresponder às necessidades urgentes dos recursos disponíveis e deve ter em conta as limitações nas capacidades de respostas.

Muito tem sido feito na elaboração de planos de emergência que contemplem "todos os riscos", na medida em que nenhum lugar é totalmente livre de perigo e riscos. Assim, todos os locais devem estar preparados para todos os tipos de emergência, pois serão poucos os locais onde apenas existirá um risco associado (Alexander, 2016).

A Lei de Bases da Proteção Civil, prevê no Artigo 50º, que os planos de emergência sejam elaborados com base nas orientações da Comissão Nacional de Proteção Civil (CNPC), podendo existir planos gerais ou especiais de acordo com a sua finalidade, e nacionais, regionais, distritais ou municipais, conforme a extensão territorial.

A nível nacional vigora o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (PNEPC), com parecer favorável a 29 de maio de 2013, o qual reúne vários pontos definidos pela CNPC e que se organiza, de grosso modo, em duas fases, no que toca à sua efetivação: Fase de Emergência e Fase de Reabilitação. Na primeira fase, são privilegiadas ações, destacando-se entre elas, Operações de socorro e salvamento, Emergência pré-hospitalar e Transporte de vítimas (Autoridade Nacional de Proteção Civil [ANPC], 2013).

O respetivo plano, prevê também que em relação às Câmaras Municipais/ SMPC, uma das ações adjacentes à fase de emergência, seja "Disponibilizar meios, recursos e pessoal para a resposta de proteção civil e socorro, de acordo com as missões operacionais legalmente

definidas" (ANPC, 2013, p. 51). Dessa forma, também a nível municipal devem existir planos de emergência, que consigam dar resposta às características inatas de cada município.

O concelho de Portimão é composto por três freguesias, nomeadamente, Portimão, Alvor e Mexilhoeira Grande, sendo que nos censos de 2011, residiam 55614 habitantes em todo o concelho, de acordo com Instituto Nacional de Estatísticas (INE). Para além disso é um dos 6 concelhos algarvios com uma maior densidade populacional (INE, 2012).

Tal como todos os concelhos algarvios, Portimão sofre diversas oscilações populacionais sazonais, sendo o pico máximo entre os meses de julho e agosto, podendo ocorrer uma duplicação ou triplicação da população. Desta forma, devemos ter em mente que, existindo uma situação de catástrofe, dependendo da época do ano, também o número de vítimas expectável será variável.

A nível municipal, o SMPC, dispõe de um Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil (PMEPC), o qual foi "aprovado pela Comissão Nacional de Proteção Civil em 9 de Dezembro de 2010" (Câmara Municipal de Portimão [CMP], 2012, p.10).

De entre os seus vários objetivos, salientam-se, "Providenciar, através de uma resposta concertada, as condições e os meios indispensáveis à minimização dos efeitos adversos de um acidente grave ou catástrofe" (CMP, p. 11).

De acordo com o Artigo 35º da Lei de Bases da Proteção Civil,

> "1 - Compete ao presidente da câmara municipal, no exercício de funções de responsável municipal da política de protecção civil, desencadear, na iminência ou ocorrência de acidente grave ou catástrofe, as acções de protecção civil de prevenção, socorro, assistência e reabilitação adequadas em cada caso.
>
> 2 - O presidente da câmara municipal é apoiado pelo serviço municipal de protecção civil e pelos restantes agentes de protecção civil de âmbito municipal." (p. 5321)

O PMEPC já foi ativado nalguns momentos do passado, nomeadamente em situações de inundações, no ano de 1997, e incêndios florestais, sendo que a última vez foi em agosto deste ano, pelos grandes incêndios que deflagraram em Portimão, Monchique e Silves. Portimão assumiu a liderança no apoio logístico nesta adversidade e deu resposta aos três concelhos afetados, nomeadamente no acolhimento das pessoas evacuadas, confeção de refeições para os profissionais no terreno, entre outros.

Tal como o PNEPC, também o PMEPC se divide em duas fases de desenvolvimento da ação – Emergência e Reabilitação. No que toca à fase da emergência, esta

> "envolve as ações de resposta tomadas e desenvolvidas nas primeiras horas após um acidente grave ou catástrofe no sentido de providenciar, através de uma resposta concertada, as condições e meios indispensáveis à minimização das consequências, nomeadamente as que impactem nos cidadãos, no património e no ambiente" (CMP,2012, p. 23).

De entre as medidas adotadas, surge "promover o socorro e assistência aos sinistrados e a sua eventual evacuação para os locais destinados ao seu tratamento" (CMP, 2012, p. 24).

Depreende-se que, existindo um acidente grave ou uma catástrofe, seja ativado o PMEPC, que prevê a articulação entre as várias entidades intervenientes. Os agentes de proteção civil que, a nível municipal, têm uma ação rápida e prioritária numa situação de acidente grave ou catástrofe, são: Guarda Nacional Republicana, Polícia de Segurança Pública, Bombeiros Voluntários de Portimão, INEM e Autoridade Marítima (caso a situação seja na orla marítima) (CMP, 2012).

De acordo com o PNEPC, os Corpos de Bombeiros sendo agentes de Proteção Civil, têm também ações definidas, entre elas "apoiar o socorro e transporte de acidentados e doentes, incluindo a emergência pré-hospitalar, no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica" (ANPC, 2013, p. 54).

No que respeita à triagem primária, numa situação de catástrofe ou multi-vítimas, o PNEPC refere que é da competência da Área de Intervenção de Socorro e Salvamento, sendo em regra realizada pelos Corpos de Bombeiros, sob coordenação do INEM (ANPC, 2013).

A nível municipal, Portimão conta com um Corpo de Bombeiros Voluntários, composto por um quadro ativo de 120 elementos. Desses, cerca de 40 são bombeiros profissionais, sendo os restantes voluntários. No entanto não existe diferenciação no que respeita a formação, progressão ou prontidão nos elementos, pelo que a maioria estarão capacitados para a resposta a uma situação multi-vítimas ou de catástrofe.

De acordo com a *American College of Surgeons* [18](2012), a resposta das equipas de emergência pré-hospitalar a situações de catástrofe natural ou de intervenção humana, ocorre em 4 fases: fase do caos (entre 15 a 20 minutos); fase da organização (entre uma a duas horas);

[18] Colégio Americano de Cirurgiões

fase de limpeza e evacuação; e recuperação gradual. No entanto, e sendo realistas, nunca poderemos prever os recursos humanos disponíveis de imediato para responder a uma adversidade, pelo menos nas primeiras horas.

Contudo, devemos ter presente que as próprias equipas de emergência podem ser vítimas num evento catastrófico, pelo que podem não responder, podendo alguns estar feridos, mortos ou infetados, enquanto outros podem estar a ajudar as suas próprias famílias. Para além disso, algumas estradas podem ficar intransitáveis, pelo que impedem as equipas de emergência de chegar ao local, tal como aconteceu com o Furacão Katrina (Institute of Medicine of the National Academies, 2007).

Para além do mais, se a situação de catástrofe for a nível regional ou mesmo, nacional, de acordo com a *United Nations for the Coordination of Humanitarian Affairs*[19] (2017), temos que ter em mente que reinará o caos, mas que é fundamental existir coordenação, sendo as primeiras 72 horas após um desastre bastante cruciais.

Reconhecendo, que num desastre regional ou nacional não contaremos com ajuda imediata externa, teremos que contar com os próprios recursos existentes, pelo que a aplicação de boas práticas, com vista à diminuição dos riscos identificados, será uma arma fulcral para tornar as comunidades e as entidades locais cada vez mais resilientes.

[19] Coordenação de Assuntos Humanitários das Nações Unidas

3. RISCOS IDENTIFICADOS E LESÕES ASSOCIADAS

Na última década, mais de 2,6 biliões de pessoas em todo o Mundo foram afetadas por desastres naturais, tais como, deslizamentos de terra, ciclones, inundações, alterações de temperatura extremas, como ondas de calor ou frio severo, e dessas morrem cerca de 1,2 milhões de pessoas. Todos estes incidentes levam a um aumento significativo do número de ocorrências. Para além disso, os conflitos civis, após um desastre ou uma situação de catástrofe, também podem resultar em muitos casos de trauma. As lesões resultantes de uma situação de desastre ou incidente grave, quer pela sua quantidade, gravidade ou quantidade, tornam escassas as equipas médicas pré-hospitalares (WHO, 2011b).

Em situações de colapso de infraestruturas, acidentes de viação, violência e conflitos civis ocorrem, na sua maioria, situações de trauma, enquanto que, nas inundações e tsunamis a maior causa de morte é o afogamento. Em relação a situações de terramotos, podemos mencionar o exemplo do terramoto de *Gujarat*, em 2001, onde surgiram lesões traumáticas na sua maioria, dividindo-se por: trauma dos membros inferiores (56%); trauma da coluna e zona pélvica (17%); trauma dos membros superiores (13%); trauma torácico e/ou abdominal (<4%); esmagamento (<2%) (WHO, 2011b).

De acordo com a WHO (2011b), após uma situação de catástrofe, as situações de trauma grave e as feridas são as situações que carecem de uma intervenção mais precoce, para minimização de danos e aumento da sobrevivência.

Podemos compreender que, os padrões de lesão, decorrentes de situações de catástrofe ou de situações emergência multi-vítima, estão diretamente relacionados com os mecanismos de lesão e com as propriedades específicas do agente agressor. Não obstante, a evidência demonstra que a maioria das vítimas de catástrofes ou de situações de emergência multi-vítima apresentarão lesões traumáticas graves, corroborando o supracitado (Rodríguez *et al*, 2007; American College of Surgeons, 2012).

Por forma a perceber os tipos de lesões decorrentes de situações multi-vítimas ou de catástrofes, é primordial fazer o levantamento dos riscos existentes numa comunidade.

A CMP (2012), no PMEPC, identifica os principais riscos do município, nomeadamente:

· **Riscos naturais:** Secas, inundações/cheias, incêndios florestais, sismos, situações meteorológicas adversas (ventos fortes), maremotos/tsunamis e instabilidade geomorfológica;

· **Riscos tecnológicos ou provocados pelo Homem**: incêndios e explosões, acidentes graves (rodoviários, ferroviários, aéreos, marítimos e fluviais), acidentes graves que envolvam substâncias perigosas, colapso de estruturas/soterramentos; rotura de barragens, contaminação (ar, água e do solo) e poluição marítima.

Tendo em conta os riscos reconhecidos, entende-se que, em caso de ocorrência dos referidos eventos, haverá uma elevada probabilidade de desencadeamento de situações de catástrofe ou de emergência multi-vítima. Perante situações desta natureza, é importante que as equipas de resposta se encontrem preparadas, uma vez que estas ocorrências geram problemas diversos, relacionados com a desproporção entre os meios disponíveis e o número de vítimas, coordenação de meios, evacuação de vítimas, entre outros (Rodriguez *et al*., 2007).

Deste modo, pretende-se identificar as potenciais lesões decorrentes de situações de catástrofe e situações de emergência multi-vítima, tendo em consideração os mecanismos de lesão mais frequentes (Quadro 1.).

QUADRO 1. MECANISMOS DE LESÃO E POTENCIAIS LESÕES/COMPLICAÇÕES

MECANISMOS DE LESÃO	POTENCIAIS LESÕES/COMPLICAÇÕES
– Impacto (frontal, traseiro, rotacional, capotamento) – Ejeção – Encarceramento – Esmagamento – Exposição química – Exposição térmica – Queda – Explosão – Soterramento – Afogamento	– Obstrução da via aérea – Trauma vertebro-medular – Traumatismo crânio-encefálico – Trauma torácico – Trauma abdominal – Contusão do miocárdio – Aneurisma/disseção da aorta – Fratura/luxação da bacia – Fratura/esmagamento/lesão de tecidos moles das extremidades – Hemorragias internas ou hemorragias exsanguinantes – Queimaduras térmicas e químicas – Amputações – Hipotermia

(American College of Surgeons, 2012; Campbell, Alson & Chapter, 2016)

Neste âmbito, importa referir que o SMPC de Portimão, desenvolveu um plano de atividades para o ano 2018, tendo definido como objetivos:

> "a) Prevenir no território municipal os riscos coletivos e a ocorrência de acidente grave ou catástrofe deles resultante;
>
> b) Atenuar na área do município os riscos coletivos e limitar os seus efeitos no caso das ocorrências descritas na alínea anterior;
>
> c) Socorrer e assistir no território municipal as pessoas e outros seres vivos em perigo e proteger bens e valores culturais, ambientais e de elevado interesse público;
>
> d) Apoiar a reposição da normalidade da vida das pessoas nas áreas do município afetadas por acidente grave ou catástrofe."
>
> (SMPC, 2017, p. 5)

Por forma a alcançar os objetivos supracitados foram desenvolvidos diversos projetos, entre os quais a criação de uma base de apoio logístico municipal, que visa a operacionalização de uma Unidade de Reserva Logística Municipal, provida de recursos que permitam potencializar a eficácia da resposta. Neste projeto surge entre os objetivos: "criar reserva de consumíveis e equipamentos de intervenção em catástrofe", o que inclui a aquisição de Kit de Emergência para resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas (SMPC, 2017, p.45).

3.1. KIT DE EMERGÊNCIA PARA CATÁSTROFE OU SITUAÇÃO MULTI-VÍTIMAS

Após a identificação das potenciais lesões decorrentes de eventos catastróficos ou de emergência multi-vítima, considera-se pertinente que o Kit de Emergência contenha recursos materiais que permitam às equipas de primeira intervenção responder perante vítimas com lesões major e/ou hemorragias (Quadro 2.).

QUADRO 2. KIT DE EMERGÊNCIA PARA CATÁSTORFE/SITUAÇÃO MULTI-VÍTIMAS	
Abordagem	**Material**
A Via Aérea com Controlo da Cervical	• Tubos orofaríngeos (vários tamanhos) • Aspirador de secreções portátil • Planos duros • Colares cervicais • Estabilizadores de cabeça • Cintos aranha • Macas-pluma • Colete de extração
B Respiração	• Pocket-mask • Máscaras faciais • Garrafas de oxigénio • Insufladores manuais • Máscaras faciais para insufladores manuais
C Circulação	• Talas • Ligaduras • Compressas • Soros de irrigação • Torniquetes • Adesivo
D Disfunção Neurológica	• Máquinas para avaliação de glicémia • Tiras de glicémia • Lancetas
E Exposição	• Lençóis térmicos • Tesouras • Sacos de frio • Sacos de quente
Outro Material	• Luvas • Sacos de óbito • Caixões descartáveis • Sacos para lixo • Quadro para escrever • Canetas de acetato

CONCLUSÃO

Tudo o que pode acontecer, um dia acontece. Nunca sabemos quando, nem onde, vai acontecer um desastre, um acidente ou mesmo uma catástrofe. Nunca saberemos se estamos preparados até ao dia em que acontece. Assim, é importante formar, é importante capacitar, definir planos, definir estratégias e tornar os locais e as suas entidades cada vez mais resilientes.

A realização deste trabalho, ao ter como objetivo desenvolver competências adjacentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente a competência "Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção", permitiu-nos compreender qual o panorama nacional, regional e municipal relativamente aos planos de emergência, aos recursos existentes, quer humanos quer materiais.

A análise dos riscos patentes no concelho de Portimão e a identificação das lesões mais frequentes, em situações de emergência multi-vítima e catástrofe, foi a pedra basilar que nos permitiu definir os recursos materiais necessários para a composição do Kit de Emergência para Catástrofe ou Situação Multi-vítimas.

Para além disso, este estágio permitiu-nos compreender a importância de um SMPC bem desenvolvido e bem dinamizado com uma boa articulação das entidades intervenientes, com funções bem definidas e com aposta na prevenção, são um grande passo para o atenuar dos efeitos numa situação de acidente grave ou catástrofe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexander, D. (2015). *Disaster and Emergency Planning for Preparedness, Response, and Recovery*. Oxford Research Encyclopedia, Natural Hazard Science. DOI: 10.1093/acrefore/9780199389407.013.12

American College of Surgeons (2012). *Advanced Life Support® Student Course Manual* (9.ª Edição). Chicago, Estados Unidos da América: American College of Surgeons.

Autoridade Nacional de Proteção Civil [ANPC] (2013). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil*. Retirado de: http://www.prociv.pt/bk/RISCOSPREV/Documents/Componentes_p%C3%BAblicas.pdf

Câmara Municipal de Portimão [CMP] (2012). *Plano Municipal de Emergência de Proteção Civil*. Retirado de: https://www.cm-portimao.pt/documentos/informacoes-uteis/planos-municipais/plano municipal-emergencia-protecao-civil

Campbell, J. E., Alson, R. L. & Chapter, A. (2016). *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers* (8.ª Edição). Estados Unidos da América: Pearson Education.

Campos, A. L. (2015). Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médico, bombeiros e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 4(1), 84-96. Retirado de: http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=8&sid=e365f9ad-b58f-4501b69faaf15f5161fa%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC 1saXZl#AN=102859547&db=lth

Institute of Medicine of the National Academies (2007). *Emergency Medical Services: At the Crossroads*. Retirado de: https://www.nap.edu/read/11629/chapter/8#182

Instituto Nacional de Emergência Médica, (2012). *Situação de exceção, Manual TAS*. ISBN 978-989-8646-08-8. Retirado de: https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). Censos 2011 *Resultados Definitivos - Região Algarve.* Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.. Retirado de: http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=156658355&att_display=n&att_download=y

Lei n.º 80/2015, de 3 de agosto, Diário da República. Série I, n.º 149/2015, que substitui Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Retirado de: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/69927759/details/maximized

Oliveira, F.A.G. (2013). Análise do método START para triagem em incidentes com múltiplas vítimas: uma revisão sistemática. *Universidade Federal da Bahia*, Salvador da Bahia. Retirado de: http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/13977

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). Regulamento n.º 124/2011, 18 de fevereiro. Diário da República, 2.ª série, parte E, n.º 35. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*.

Rodríguez, F.C, Rodríguez, F. M., García, M. C., Carabantes, J. C. D. & Puente, R. M. E (2007). *Manual de Asistencia Sanitaria en Accidentes Múltiples Víctimas*. Valladolid: Junta de Castilla y Léon (Consejería de Sanidad). Retirado de: http://semesmadrid.es/wp-content/uploads/Manual-Asistencia-a-Accidentes-M%C3%BAltiples-V%C3%ADctimas.pdf.

Serviço Municipal de Proteção Civil [SMPC] (2017). *Plano de Atividades da Proteção Civil Municipal de Portimão*. Portimão: Câmara Municipal de Portimão. Retirado de: https://www.cm-portimao.pt/docman/informacoesuteis/planos-municipais/1239-plano-anual-de-atividades-da-protcivil-municipal-2018/file

Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades: Triagem de Manchester*. Universidade do Porto (Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe), Porto. Retirado de: https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/19983

United Nations for the Coordination of Humanitarian Affairs (2017). *Five essentials for the first 72 hours of disaster response*. Retirado de: https://www.unocha.org/story/five-essentials-first-72-hours-disaster-response

World Health Organization (2011a*). Hospital emergency response checklist. Copenhaga: The Regional Office for Europe of the World Health*. Retirado de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/148214/e95978.pdf?ua=1

World Health Organization (2011b). Disaster Risk Management for Health MASS CASUALTY MANAGEMENT. Retirado de: https://www.who.int/hac/events/drm_fact_sheet_mass_casualty_management.pdf?ua=1

World Health Organization & International Council of Nurses, (2009). *ICN Framework of Disaster Nursisng Competencies.* Geneve: International Council of Nurses. Retirado de: http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf

APÊNDICE 23 – CARTAZ "PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VESICAL"

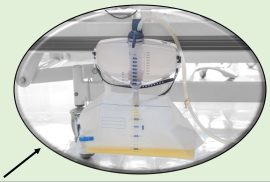
PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VESICAL

Autoras: Fernandes, Ana*; Mariano, Luciana*
Orientadores: Reis, Dário**; Mariano, Miguel**
Supervisão: Costa, Maria ***

Em Portugal, as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) matam mais que os acidentes de viação e, para além disso, aumentam a morbilidade, os tempos de internamento e os gastos em saúde (DGS, 2016, 2017a). De acordo com a DGS (2017b), a infeção urinária associada a cateter urinário é uma das mais frequentes infeções hospitalares e é o mais importante evento adverso associado ao uso do cateter urinário. Para se associar a infeção urinária ao cateter vesical, os sintomas devem iniciar-se com um intervalo de, pelo menos 48 horas, da colocação do cateter vesical. Para além disso, o utente deve apresentar um dos seguintes sintomas: febre (>38ºC), urgência urinária, polaquiúria, disúria ou desconforto supra-púbico (ECDC, 2017).

Manter cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga

- Esvaziar o saco coletor sempre que é atingido 2/3 da sua capacidade



Cumprir técnica limpa, nomeadamente, correta higiene das mãos e uso de luvas e avental

- No manuseamento do sistema de drenagem de forma individualizada utente a utente
- Manter constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem



Realizar higiene diária do meato urinário

- Pelo utente, sempre que possível ou pelo profissional de saúde
- Ação de educação para a saúde ao doente e família sobre cuidados de prevenção de infeção urinária associada a catéter vesical



Feixe de Intervenções "Prevenção de Infeção Urinária Associada ao Cateter Vesical"



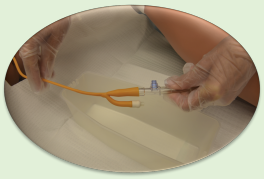
Verificar diariamente a necessidade de manter cateter vesical

- Retirar cateter vesical logo que possível
- Registar diariamente no processo clínico as razões para a sua manutenção



Avaliar sistematicamente a possibilidade de evitar cateterismo vesical

- Documentar sistematicamente a razão necessária do cateterismo vesical no processo clínico



Cumprir técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem

(Adaptado de Norma no 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017, da DGS)

QUANDO SE DEVE MANTER O CATETER VESICAL?

- O utente apresenta retenção urinária aguda ou obstrução
- Controlo rigoroso do débito urinário em pessoas em situação
- Preparação pré-operatória para determinados procedimentos cirúrgicos:
  - Utentes submetidos a cirurgia urológica ou outra cirurgia em estruturas contíguas do trato geniturinário
  - Antecipação de cirurgia prolongada a utentes que recebam aportes de fluídos ou diuréticos durante a cirurgia
  - Necessidade de monitorização intraoperatória do débito urinário
- Auxiliar na cicatrização de feridas na região sagrada ou perineais abertas em pacientes incontinentes.
- O utente necessita de imobilização prolongada
- Para aumento do conforto nos cuidados em fim da vida, se necessário.

(Centre for Disease Control and Prevention , 2017)

QUANDO NÃO SE DEVE MANTER O CATETER VESICAL?

- Como um substituto dos cuidados de enfermagem do utente com incontinência.
- Após a realização de colheita de urina em utente não colaborante.
- Após um procedimento cirúrgico, sem uma indicação específica.

(Centre for Disease Control and Prevention , 2017)

O QUE REGISTAR?

Sobre a algaliação

- O motivo da algaliação;
- Tipo e calibre do cateter,
- Volume e características da urina;
- Data e hora da algaliação,
- Reação do utente ao procedimento;
- Tipo e sistema de drenagem;
- Substituição ou remoção da algália e ou do sistema e motivo;
- Volume de água do balão;
- Assinatura legível e no mecanográfico;
- Diariamente deve ser avaliada a necessidade de manutenção da algália com registo dessa mesma necessidade.

Sobre os cuidados ao utente algaliado

- Procedimento (data/hora);
- Tipo e sistema de drenagem;
- Volume e características da urina;
- Existência de exsudados e suas características;
- Integridade cutânea;
- Reação do utente ao procedimento;
- Assinatura legível e no mecanográfico

(Norma Hospitalar NP 1/IV/E do CHUA)

*Mestrandas em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica
** Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica
*** Supervisão Pedagógica

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

DEZEMBRO 2018

Referências Bibliográficas:
Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018). Norma Hospitalar NP 1/IV/E de 15/02/2018. *Intervenção de Enfermagem na Inserção e Manutenção de Cateter Vesical.*
Centre for Disease Control and Prevention (2017). *Guideline for Prevention of Catheter-Associated urinary tract infections 2009.* Acedido em https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines.pdf
Direção Geral da Saúde (2016). *Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015.* Lisboa. Acedido em https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-de-infeccao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015-pdf.aspx
Direção-Geral da Saúde (2017a). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.* Lisboa. *Acedido em* https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
Direção Geral da Saúde (2017b). *"Feixe de Intervenções" da Prevenção da Infeção Urinária Associada ao Cateter Vesical.* Norma nº 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017. Lisboa. Acedido em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192015-de-15122015.aspx
European Centre Disease Prevention and Control (2017). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units - Annual Epidemiological Report for 2015.*

ANEXOS

ANEXO 1 – DECLARAÇÃO COMPROVATIVA DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM MEIOS INEM

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

INEM

DECLARAÇÃO COMPROVATIVA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

Para os devidos efeitos, declara-se que **Ana Filipa Duarte Fernandes**, nº identificação 12946641, residente no Beco Secadura Cabral, lote 7– 8500-073 Portimão, realizou Estágio de Observação no INEM, na Ambulância de Suporte Imediato de Vida – SIV Lagos: 4 turnos de 08horas cada, no totalizando 32horas, no dia 16 de novembro de 2018; 17 de novembro de 2018; 18 de novembro de 2018 e 21 de novembro de 2018, na Viatura Médica de Emergência e Reanimação – VMER de Barlavento: um turno de 08horas, 22 de novembro de 2018.

Delegação Regional do Sul
Lisboa, 06 de fevereiro de 2018

Teresa Brandão, Drª.
(Responsável pela Delegação Regional do Sul)

ANEXO 2 – DECLARAÇÃO COMPROVATIVA DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO NO SERVIÇO MUNICIPAL DE PROTEÇÃO CIVIL DE PORTIMÃO

Portimão
Câmara Municipal

DECLARAÇÃO

Richard Nunes Marques, Comandante Operacional Municipal em acumulação com as funções de Coordenador do Serviço Municipal de Proteção Civil de Portimão, declara para os devidos efeitos que a Enfermeira **Ana Filipa Duarte Fernandes**, com o nº de Identificação 12946641, realizou estágio de observação no Serviço Municipal de Proteção Civil de Portimão, sob a orientação do Enfermeiro Luis Mestre, nas seguintes datas:

- Dias 14, 27 e 30 de novembro de 2018;
- Dia 10 de dezembro de 2018;
- Dia 10 de janeiro de 2019.

Participando nas seguintes atividades:

- Reunião ordinária da Comissão Municipal da Proteção Civil de Portimão;
- Reuniões de planeamento com os agrupamentos de escolas para a realização de ações de sensibilização no âmbito do Programa Municipal de Sensibilização "A Escola e os Riscos... Preparar para Proteger";
- Participação em ações de Mass-Training de Suporte Básico de Vida para alunos de 9º e 12º ano;
- Elaboração de check-list e de poster sobre "Chamadas 112" para os funcionários das escolas do concelho;
- Desenvolvimento de um trabalho escrito sobre "Kit de emergência para catástrofe ou outras situações multi-vítimas.;

Portimão, 14 de março de 2019

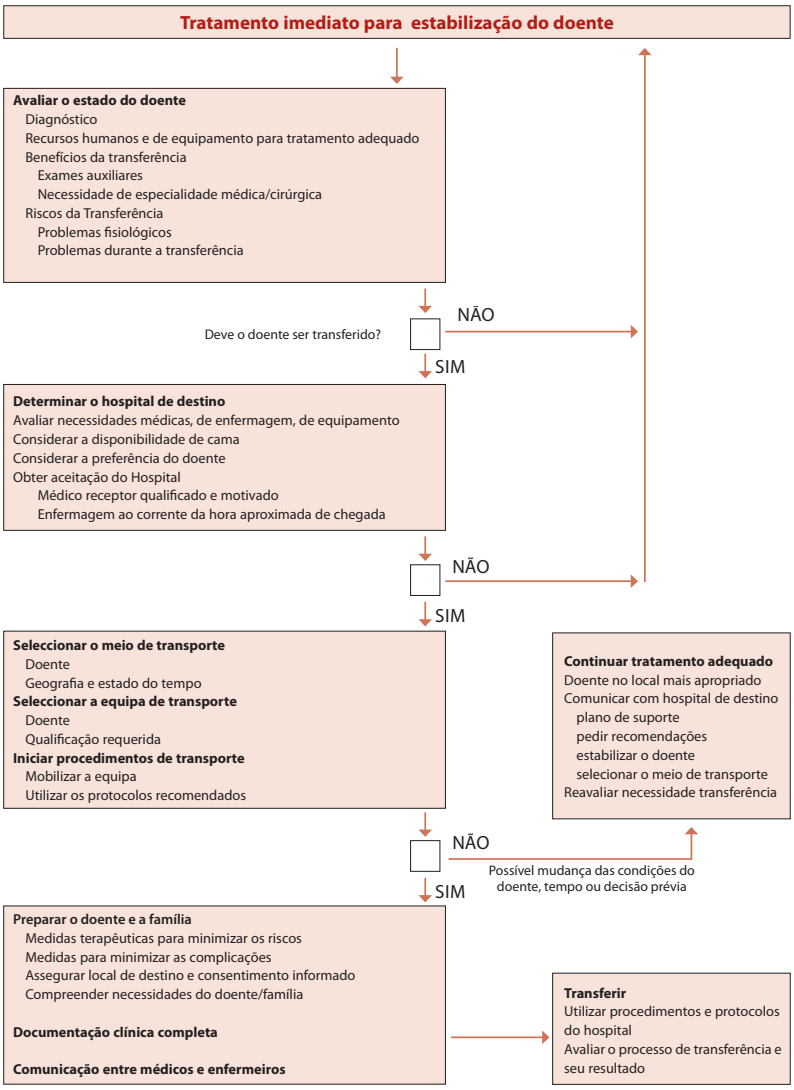
O Comandante Operacional Municipal
em acumulação com as funções de
Coordenador do Serviço Municipal de Proteção Civil,

Richard Nunes Marques

Praça 1º de Maio | 8500-543 Portimão | Tel. 282 470700, Fax 282 470792 | Email: geral@cm-portimao.pt | www.cm-portimao.pt

ANEXO 3 – ALGORITMO DE DECISÃO PARA A REALIZAÇÃO DE TRANSPORTE SECUNDÁRIO PROPOSTO PELA OM & SPCI (2008)

ANEXO 3
Algoritmo de decisão para o transporte secundário



Fonte: OM & SPCI (2008)

ANEXO 4 – TABELA DE AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE SECUNDÁRIO ADOTADO PELA OM & SPCI (2008)

Avaliação para o transporte secundário*

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo, para qualquer nível de gravidade do doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuado o transporte.

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

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

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

O material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

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

Fonte: OM & SPCI (2008)

ANEXO 5 – PARECER POSITIVO DA COMISSÃO DE ÉTICA E DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHUA PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Gmail

Ana Fernandes <anafilipafernandes86@gmail.com>

Projeto de Investigação " Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uniformizar procedimentos de enfermagem num serviço de urgência"

2 mensagens

· 16 de novembro de 2018 às 16:31

Exma. Sra. Enfª Ana Filipa Fernandes,

Relativamente ao estudo supra mencionado, cumpre-me informar que o mesmo teve o parecer favorável da n/Comissão de Ética para a Saúde, tendo sido aprovado posteriormente pelo n/ C.A. em 15/11/2018, nos termos propostos obrigatoriamente pela Exma. Vogal Executiva, , a salvaguardar pelo CFIC:

1 – O CFIC deverá informar os proponentes que o Centro Hospitalar Universitário do Algarve deve ser referido em todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, decorrentes do estudo;

2 – Devem ser informados os proponentes que deverão comunicar ao CFIC (Centro de Formação, Investigação e Conhecimento) todos os trabalhos, comunicações, posters, apresentações, decorrentes do estudo.

Com os melhores cumprimentos

Secretariado do Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

ANEXO 6 – DECLARAÇÃO DE FORMADOR DO CHUA PARA OS CURSOS DE SBV E SIV

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Declaração de Formador

Declara-se que:

Ana Filipa Duarte Fernandes

Integra a Bolsa de Formadores Internos dos Cursos Suporte Básico de Vida e Suporte Imediato de Vida, na Unidade Hospitalar de Portimão, desde **Abril de 2015**.

Portimão, 08 de Maio de 2019.

Nuno Bernardino Vieira

Coordenador do CFIC

Entidade Reguladora

ACSS ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro
Tel. 289 89 11 47 - ext. 11 529
centroformacao@chalgarve-min.saude.pt

Baseado no modelo publicado na
Portaria n.º 474/2010

CHUALG_CFIC_03_CERT_2017

ANEXO 7 – CERTIFICADO DE FORMADOR NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO "TERAPIAS DE SUBSTITUIÇÃO RENAL – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM"

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E
Centro de Formação, Investigação e Conhec
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Certificado de Formação

Certifica-se que:

Ana Filipa Duarte Fernandes

Participou como **formadora** na seguinte ação de formação que decorreu na Unidade Hospitalar de Portimão:

No dia 28 de setembro de 2018, com duração de 60 minutos.

" Terapias de Substituição Renal - Intervenções de Enfermagem"

Funções do rim; Lesão Renal Aguda (LRA) vs Lesão Renal Grave; Dados estatísticos; Fatores de Incidência; Etiologia da LRA ;Indicação para TSR contínuas; Modalidade das TSR; Mecanismos de transporte; Anticoagulação; Monitorização do Cálcio; Registos de Enfermagem; Diagnósticos de Enfermagem; Indicações para substituição do circuito; Clearance da urina; Manipulação de bolsas; Recirculação do set; Problemas Potenciais relacionados com as TSR.

Nuno Bernardino Vieira

Coordenador do CFIC

Portimão, 08-05-2019

Administração Central ACSS do Sistema de Saúde

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro
Tel. 289 89 11 47 - ext. 11 529
centroformacao@chalgarve-min.saude.pt

Baseado no modelo publicado na
Portaria n.º 474/2010

CHUALG_CFIC_04_CERT_2017

ANEXO 8 – CERTIFICADO DE MEMBRO DA COMISSÃO ORGANIZADORA DAS JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS



CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Filipa Duarte Fernandes** , esteve presente nas "V Jornadas de Enfermagem em Cuidados Intensivos - Da Evidência ao Cuidar", que decorreram nos dias 23 e 24 de Maio de 2019, no auditório do Museu de Portimão, participando na qualidade de: ***Membro Comissão Organizadora***

Portimão, 24 de Maio de 2019

Pela Comissão Organizadora das Jornadas

(Enf.º Álvaro Silva / Enf.º Nuno Barros)

O Presidente do Conselho Executivo do ABC

(Dr. Nuno Marques)

UAlg UNIVERSIDADE DO ALGARVE DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS E MEDICINA · CBMR · Centro Hospitalar Universitário do Algarve · ABC ALGARVE BIOMEDICAL CENTER

UCIP2 CHUA - Portimão
jornadasuciportimao@gmail.com

ANEXO 9 – CERTIFICADO DE PRESENÇA NA FORMAÇÃO "CURSO DE VIAS VERDES"

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Formação 20/10/2008-A
Diário da República de 23/12/2008

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Certificado de Formação

Certifica-se que:

Ana Filipa Duarte Fernandes

Participou como **formando/a** nas seguintes ações de formação que decorreram na Unidade Hospitalar de Portimão:

No dia 19 de novembro de 2018, com duração total de 3horas e 30minutos

"Vias Verdes - Coronário"

Procedimento de Urgência da Unidade de Portimão na Via Verde Coronária; Sinais e Sintomas que possam indicar EAM; Critérios clínicos de Via Verde Coronária; Assistência à pessoa vítima de EAM na sala de reanimação; Preparação do doente para transferência inter-Hospitalar.

No dia 19 de novembro de 2018, com duração total de 3horas e 30 minutos

"Vias Verdes - AVC "

Critérios de inclusão no Procedimento de Via Verde AVC; Objetivos dos exames imagiológicos (TAC, Angiotac); Sinais Precoces do AVC Isquémico; Conduta Terapêutica-Opções; Circuito de actuação no SU-Unidade de Portimão e na transferência Inter-Hospitalar

No dia 20 de novembro de 2018, com duração total de 3horas e 30 minutos

"Vias Verdes - Trauma"

"Normas de Boa Prática em Trauma":- Critérios de activação VVT; - Existência de equipa de trauma organizada;- Avaliação primária <20min;- Avaliação Secundária em <1h;- Registos; Transporte Inter-Hospitalar do doente crítico.

No dia 20 de novembro de 2018, com duração total de 3horas e 30 minutos

"Vias Verdes - Sépsis"

Identificação Precoce de caso suspeito VVS; -Recomendações da DGS na abordagem ao doente suspeito de caso de VVS;- Critérios de caso suspeito VVS;-Algoritmo Básico de Avaliação e Terapêutica;- Algoritmo Avançado de Avaliação e Terapêutica

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Portimão, 20-12-2018

Nuno Bernardino Vieira

Coordenador do CFIC

ACSS ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

ANEXO 10 – DECLARAÇÃO DE PRESENÇA NA FORMAÇÃO "TRIAGEM DE PRIORIDADES NA URGÊNCIA"

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
Pessoa Coletiva nº 510 745 937

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2008

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Declaração de Presença

Declara-se que:

Ana Fernandes

Esteve presente na qualidade de **observadora** na seguinte Ação de Formação que decorreu na Unidade Hospitalar de Portimão:

- ***"Triagem de Prioridades na Urgência"***, no dia 05 de novembro de 2018 com a duração de 7 horas.

Portimão, 06 de novembro de 2018.

Enfª Supervisora Amélia Gracias

Subcoordenadora do CFIC, UHP

Administração Central do Sistema de Saúde ACSS

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro
Tel. 289 89 11 47 - ext. 11 529
centroformacao@chalgarve.min-saude.pt

Baseado no modelo publicado na
Portaria nº 426/2010

CHUAlG_CFIC_04_CERT_2017

ANEXO 11 – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO "III CONGRESSO DA SECÇÃO REGIONAL DO SUL" DA ORDEM DOS ENFERMEIROS

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

membro n.º desta Ordem, esteve presente no **III Congresso da Secção Regional do Sul** nos dias **5 e 6 de Dezembro de 2018,** no **Teatro das Figuras** em **Faro**.

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O **Presidente do Conselho Diretivo Regional do Sul**



Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,9** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas .

ANEXO 12 – CERTIFICADO DE PRESENÇA NA FORMAÇÃO "AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO GERAL EM SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIOS"

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
Pessoa Coletiva nº 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009

Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Certificado de Formação

Certifica-se que:

Ana Filipa Duarte Fernandes

Participou como **formando/a** nas seguintes ações de formação que decorreram na Unidade Hospitalar de Portimão:

No dia 13 de novembro de 2018, com duração de 45 minutos

"Ação de Sensibilização Geral em Segurança Contra incêndio"

- Organização dos meios Humanos em caso de emergência: funções e responsabilidades
- Plano de evacuação
- Procedimentos em caso de emergência

Portimão, 14-01-2019

Nuno Bernardino Vieira

Coordenador do CFIC

ACSS ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro
Tel. 289 89 11 47 - ext. 11 529
centroformacao@chalgarve-min.saude.pt

Baseado no modelo publicado na
Portaria n.º 474/2010

CHUALG_CFIC_04_CERT_2017