



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Pessoa em Situação Crítica**

**A TRANSFERÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA PARA CUIDADOS DEFINITIVOS. Uma  
intervenção especializada de enfermagem.**

**Vânia Caparica de Queirós Lopes**

**2012**





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Pessoa em Situação Crítica**

**A TRANSFERÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA PARA CUIDADOS DEFINITIVOS. Uma  
intervenção especializada de enfermagem.**

**VÂNIA CAPARICA QUEIRÓS LOPES**

**Relatório de estágio orientado por:**

**Prof.<sup>a</sup> Carla Nascimento**

**2012**



“perscrutando os limites do ser sabedor  
aconchegando a alma em novas directrizes  
descobres a liberdade do poeta pensador  
as incertezas das questões, a beleza das novas matizes “

Anónimo (2012)

## AGRADECIMENTOS

À Professora Carla Nascimento pela disponibilidade, empenho e capacidade crítica tendo sido em momentos cruciais não apenas uma professora mas também um ombro amigo;

Aos Enfermeiros Ivo Cardoso, João Borges e Sérgio Realista pela aprendizagem e crescimento profissional e pessoal;

Ao Enfermeiro Hugo Jerónimo pelo apoio constante e por ser um professor e um amigo;

À minha mãe, ao meu irmão. Vocês são sem sombra de dúvida os amores da minha vida;

A ti avô... por me teres feito acreditar que em momentos em que tudo parece perdido a esperança salva pessoas;

À família que escolhi: Cristina, Nuno, André, Dó... não há palavras para definir a indubitável importância que vocês têm.... Obrigada por me fazerem feliz e por me deixarem partilhar convosco cada momento de ternura! Cristina: sem ti todo este processo não teria feito sentido!;

A toda a minha família e aos meus amigos... que sempre acreditaram em mim do mesmo modo que eu acredito neles...

A todos, um "Obrigada" de corpo e alma!

## RESUMO

O serviço de Urgência Geral é uma das portas de entrada na instituição hospitalar, sendo que a condição patológica e hemodinâmica da pessoa é determinante para a necessidade de cuidados diferenciados, no seio de uma equipa multidisciplinar especializada e treinada. Por esta razão, estes doentes necessitam, muitas vezes, de ser transferidos de serviços e até de unidades hospitalares.

Face aos obstáculos encontrados diariamente no meu contexto de trabalho em enfermagem, pela ausência de um plano claro e conciso de transferência e lacunas formativas na área, surgiu a necessidade de investir numa intervenção especializada de enfermagem no processo de transferência da pessoa em situação crítica. Estas intervenções visaram ainda preparar os clientes e a família para a transição eminente facilitando o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com a transferência.

Em suma, é proposta a definição de competências especializadas de enfermagem, defendidas na literatura, no processo de transferência da pessoa em situação crítica, para cuidados definitivos.

Em termos metodológicos, foi realizada uma revisão da literatura e desenvolvido trabalho de campo em três locais distintos: um Serviço de Urgência Geral Polivalente, com grande prática na transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica; um Serviço de Urgência Geral Polivalente, com prática na transferência intra-hospitalar da pessoa em situação crítica; e, finalmente, no Serviço de Urgência Geral Polivalente onde exerço funções, enquanto enfermeira. Serão apresentadas e analisadas as

intervenções de enfermagem desenvolvidas, as quais contribuiram para a aquisição de competências especializadas. Foram, de igual modo, criados instrumentos de trabalho, cuja aplicação se propõe a que permita uma melhoria da qualidade dos cuidados ao nível da decisão, planeamento e efectivação da transferência da pessoa em situação crítica para cuidados definitivos.

Palavras-Chave: Enfermagem, Urgência, Transferência inter e intra-hospitalar, Pessoa em situação crítica.

## ABSTRACT

The Emergency Room is the door of the hospital for many patients with clinical disabilities needing specialized caring, from a well trained multidisciplinary team, with all the appropriate conditions. To attend to this, this patients need, often, to be transferred between unities as well between hospitals.

Facing daily obstacles in the unit where I work as a nurse, with the absence of a focus plan of transference and with all the faults on the education about this theme, emerged the need to invest on a specialized nursing intervention on the process of transfer a critical ill patient. This interventions attempt to prepare clients and family to the transition, easing the learning process and the acquisition of knew competences related to the transfer.

Therefore, it's expected the definition of specialized nursing skills, defended in the literature, in the transference process to definitive care of critical patient.

As methodology, it was performed a literature review on this subject and developed a field work in three different locations: an Emergency room department in Lisbon, with experience in intra-hospital transference; an Emergency room Department in Lisbon, with experience in inter-hospital transference; and, finally, in the Emergency room Department, where I work as a nurse. There will be presented and analyzed the activities we performed at each location, which contributed to our expertise in providing care to people during de transference process. It was also created work instruments, which application it's propose to improve the quality of caring in the process of decision, planning and completion of the transference of critical ill person to definitive care.

.

Keywords: Nursing, Emergency room, Inter and intra-hospital transference, Critical ill patient.

## SUMÁRIO

P.

INTRODUÇÃO 9

PARTE I – A ENFERMAGEM NA TRANSFERÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA PARA CUIDADOS DEFINITIVOS 15

1. TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 15

2. O LUGAR DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 22

PARTE II – PERCURSO DESENVOLVIDO: Atividades realizadas e Resultados Obtidos 24

3. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE: UMA EXPERIÊNCIA DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR 24

4. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE: UMA EXPERIÊNCIA DE TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR 33

5. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE: OPTIMIZAR A EXPERIÊNCIA DA TRANSFERÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 41

6. QUESTÕES ÉTICAS 48

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO 49

BIBLIOGRAFIA 53

APÊNDICE I – ESCALAS DE ETXEARRIA et al (1998), EXTRAÍDO DE SPCI (2008) 56

ANEXOS 58

## LISTA DE TABELAS

P.

Tabela 1 – Avaliação da Pessoa em Situação Crítica, para o processo de tomada de decisão. Adaptado de ETXEBARRIA et al (1998), extraído de SPCI (2008) 57

Tabela 2 – Níveis de acompanhamento, monitorização e equipamento. Adaptado de ETXEBARRIA et al (1998), extraído de SPCI (2008) 57

Tabela 3 – Desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sujeita a transferência para cuidados definitivos e actividades a realizar no SUG A. 25

Tabela 4 – Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no processo de transferência da pessoa em situação crítica e respectivas actividades no SUG A. 28

Tabela 5 – Desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sujeita a transferência para cuidados definitivos e actividades propostas, no SUG B. 34

Tabela 6 – Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no processo de transferência da pessoa em situação crítica e actividades propostas, no SUG B. 36

Tabela 7 – Desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sujeita a transferência para cuidados definitivos e respectivas actividades, no SUG C. 41

Tabela 8 – Dinamizar a incorporação de evidências sobre transferência da pessoa em situação crítica e respectivas actividades, no SUG C.45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
- OM – Ordem dos Médicos
- p. – Página
- AAGBI – The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland
- JQI – Joint Quality Initiative Informal Group
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos enfermeiros
- N.º - Número
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- ARS – Administração Regional de Saúde
- GTU – Grupo de Trabalho de Urgências
- Min. – Minuto
- Fr – Frequência respiratória
- MI – Mililitro
- EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
- > - Maior
- < - Menor
- $\leq$  - Menor ou igual
- $\geq$  - Maior ou igual
- O2 – Oxigénio
- Ev – Endovenoso
- Sat. O2 – Saturações de oxigénio
- ECG – Electrocardiograma
- FC – Frequência cardíaca
- TA – Tensão arterial

- SAV – Suporte Avançado de Vida
- SAT – Suporte Avançado em Trauma
- UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
- SUG – Serviço de Urgência Geral
- % - Percentagem
- Cc – Centilitros
- H – Hora
- NaCl – Cloreto de Sódio
- Mg – Miligrama
- mmHg – Milímetros de mercúrio
- TAS – Tripulantes de Ambulância de Socorro
- TAT – Tripulantes de Ambulância de Transporte
- Kg – Quilograma
- DNI – Dinitrato de Isossorbido
- VNI – Ventilação não Invasiva
- Sr. – Senhor
- L – Litro
- Sra. – Senhora
- IRG – Insuficiência Respiratória Global
- EOT – Entubação orotraqueal
- Bpm – Batimentos por minuto
- PVC – Pressão Venosa Central

## INTRODUÇÃO

*A transferência da pessoa em situação crítica pode ser concretizada de forma segura.  
A equipa de transferência tem a responsabilidade de promover essa segurança.*

(Aagby Safety Guideline, 2009)

Enquanto enfermeira num serviço de Urgência Central Polivalente, sou confrontada com determinados obstáculos inerentes à transferência da pessoa em situação crítica. Algumas contrariedades prendem-se com a ausência de um plano claro e objectivo de transferência dessas pessoas, assim como, dificuldades inerentes à prestação de cuidados especializados aquando da mesma.

O serviço de Urgência Geral é uma porta de entrada de muitas das pessoas em âmbito hospitalar. De igual modo, a sua situação patológica e hemodinâmica confere-lhes uma necessidade de cuidados de excelência, imediatos e até diferenciados. São estas condições críticas que auferem a necessidade de uma transferência para locais com requisitos específicos que permitam a continuidade de cuidados, tendo a equipa de Enfermagem um papel sobremaneira importante neste processo.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos (2008), a transferência de doentes envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não efectuáveis no serviço ou na instituição onde a pessoa se encontra internada.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, no seu parecer 69/2005 do Conselho Jurisdicional, o enfermeiro faz a gestão das prioridades, na planificação dos cuidados, adequando os recursos existentes ou mobilizando novos recursos, procurando satisfazer as necessidades do doente. Dado o contexto multiprofissional e interdisciplinar inerente, estas decisões devem ser tomadas tendo por base protocolos estabelecidos pela equipa e assumidos formalmente pelos órgãos de gestão.

Sendo este relatório realizado no âmbito de um Mestrado numa Área de Especialização, e tendo como propósito a creditação pela Ordem dos Enfermeiros do título de especialista, importa, antes de mais, compreender o *que é ser enfermeiro especialista*, quais as suas funções e competências exigidas.

O conceito de Enfermeiro Especialista foi inicialmente definido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), como *“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (Artigo 4.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, p.2960, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril). Em 2007, foi definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), o conceito de Enfermeiro especialista como o enfermeiro *“com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”* (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

O conjunto de competências clínicas do enfermeiro especialista deriva do aprofundar dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, concretizando-se em competências comuns e específicas. As primeiras são competências que, independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas possuem, concretizadas através da sua *“elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”* (Ordem dos Enfermeiros, 2009) e, as quais se encontram definidas no *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Já as segundas são competências que *“decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”* (*idem*) e que também se encontram definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

O processo de certificação de competências clínicas especializadas, encetado pela Ordem dos Enfermeiros, pretende assegurar que o enfermeiro especialista detém um *“conjunto de conhecimentos, capacidades e 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, em todos os níveis de prevenção”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

É neste quadro que se desenvolve a problemática concreta da transferência da pessoa em situação crítica, delineando-se os objectivos para cada campo de estágio:

1. Desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sujeita a transferência para cuidados definitivos;
2. Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no processo de transferência da pessoa em situação crítica.
3. Dinamizar a incorporação de evidências sobre transferência da pessoa em situação crítica.

As respectivas actividades (ver *Anexo I*) serão desenvolvidas na Parte II deste relatório.

Pretende-se, ainda, com a realização deste relatório descrever o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica, aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010;2011), nomeadamente:

- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;

- Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção 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.

Para a aquisição e desenvolvimento das competências de intervenção especializada, este mestrado é regido pelo Projecto *Tuning* (2000) e descritores de Dublin (2000), desenvolvidos pelo *Joint Quality Initiative Informal Group* (JQI).

Assim, é proposta numa primeira fase a revisão da literatura, visando sintetizar o conhecimento existente na área da transferência da pessoa em situação crítica, com a definição de conceitos, riscos inerentes, protocolos e *guidelines*, assim como, intervenções descritas na literatura e que possam ser adaptadas à intervenção especializada do enfermeiro, por forma a contribuir para a promoção da segurança e qualidade de cuidados prestados à pessoa em situação crítica, aquando da sua transferência. Numa segunda fase, correspondente ao trabalho de campo, decorrente em três hospitais com Serviços de Urgência Polivalentes, serão descritas as actividades realizadas para o atingir dos objectivos delineados.

A estratégia metodológica utilizada para a aquisição das competências propostas e orientação da prática clínica, foi uma revisão da literatura subordinada às competências especializadas de enfermagem na transferência da pessoa em situação crítica para os cuidados definitivos. Toda a pesquisa foi realizada utilizando a base de dados da EBSCO®, disponível nos catálogos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), assim como através do motor de busca Google® e Google académico®. A estratégia utilizada para a pesquisa na EBSCO® bem como os critérios para considerar os estudos para revisão, e critérios de inclusão e exclusão dos mesmos, podem ser consultados em *Anexo II*.

Por constatar a ocorrência de um elevado número de transferências da pessoa em situação crítica no meu contexto de trabalho, considereei pertinente a realização de parte do estágio neste serviço pelo meu dever ético de trazer contributos da

investigação para o mesmo e, desta forma, contribuir para a otimização dos cuidados prestados. Assim, senti a necessidade de realizar um diagnóstico de situação, através do uso de entrevistas exploratórias aos profissionais de enfermagem do meu serviço. Segundo Quivy (2003), as entrevistas exploratórias têm como principal função “*revelar determinados aspectos dos fenómenos estudados em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim, complementar as pistas para o trabalho*”. Foi assim possível constatar a inexistência de um plano claro e conciso de transferência, com a ausência de uma norma de procedimento, e necessidades formativas na área, sublinhadas pelos enfermeiros entrevistados (ver Anexo III).

A escolha pelos Serviços de Urgência Geral Polivalente da Grande Lisboa derivou do forte investimento formativo que estes dois serviços apresentam, além do elevado número de transferências da pessoa em situação crítica que efectuam – embora não existam dados estatísticos concretos realizados nos serviços, os relatos dos profissionais de enfermagem que aí desempenham as suas funções defendem esta premissa algo empírica. Considerou-se o trabalho de campo nestes locais como fundamental para a concretização deste percurso, uma vez que foi possível o desenvolvimento de competências de especializadas de enfermagem na transferência da pessoa em situação crítica intra e inter-hospitalar.

A opção de realizar o trabalho de campo três Hospitais diferentes, sendo que no âmbito de Serviços de Urgência Geral Polivalentes, prende-se com a necessidade de verificar novas abordagens e métodos de cuidar, integrando-as na minha prática profissional e enriquecendo a minha experiência pessoal, alargando os meus horizontes e potencializando a qualidade da prestação de cuidados.

As conversas formais e informais que foram realizadas com os enfermeiros peritos orientadores, nos diferentes locais de estágio foram determinantes, tal como previsto, para a revisão bibliográfica, *per si*, para a aprendizagem global e para o enfoque do estudo no que é realmente importante.

Como teoria norteadora para a prática de enfermagem, assim como, para guiar este relatório, foi utilizada a Teoria de Transição de Afaf Ibrahim Meleis (2000).

Entendendo os cuidados de enfermagem numa perspectiva portadora de sentido para com a pessoa cuidada, a minha atenção centrou-se nos indivíduos e nas suas

capacidades para lidar com os fenómenos de doença, tentando ultrapassar os prejuízos causados pela disfunção física, social ou afectiva.

Ao longo da evolução humana a pessoa experimenta mudanças e transições. As mudanças que ocorrem no estado de saúde do indivíduo geram um processo de transição que pode realçar o bem-estar, assim como, expor os indivíduos aos riscos acrescidos da doença (Meleis et al., 2000). Assim, *“a transição de saúde doença estabelece-se perante a mudança de uma condição saudável para uma condição de doença, na qual o indivíduo se depara com alterações abruptas que provocam sentimentos de inadequação perante a nova situação”* (Meleis, 2000). Este conceito faz particular sentido no processo de transferência, encarado como uma transição situacional, é um acontecimento inesperado que ocorre na vida do indivíduo. Procurei, então, preparar os clientes e a família para a transição eminente facilitando o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com a transferência.

Também o modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Benner (2001), foi utilizado, secundariamente, para enquadrar os objectivos propostos na aquisição de competências. Segundo este modelo, na *“aquisição e desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito”* (Benner, 2001). Todo o trabalho desenvolvido no decorrer do trabalho de campo teve como objectivo, o desenvolvimento de competências de nível proficiente/perito.

## **PARTE I – A ENFERMAGEM NA TRANSFERÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA PARA CUIDADOS DEFINITIVOS**

*Delinear o caminho para que os enfermeiros desempenhem novos papéis na transferência da pessoa em situação crítica*

(Mackintosh, 2006)

## **1. TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Apesar de, desde sempre, terem ocorrido transferências de pessoas em situação crítica entre serviços ou unidades hospitalares, a legislação relativa a esta temática tem um passado recente. De facto, apesar da existência de um Decreto-lei em Portugal datado de 1992 que regia apenas o enquadramento da actividade de transporte, é apenas em 2001 que surge uma lei relativa ao Regulamento do Transporte de Doentes. De acordo com Nunes (2009), a primeira vez que foram publicadas normas de boa prática para a transferência de pessoas em situação crítica foi em 1992, pela Sociedade Americana de Cuidados Intensivos. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) publica em 1997 o Guia de Transporte de Doentes Críticos, seguindo o exemplo norte-americano. Em 2001, a ARS Norte divulga as normas de Transporte Secundário de Doentes secundarizado pelo Grupo de Trabalho de Urgências, que aprova e divulga o seu documento em 2006. Mais recentemente, a SPCI, revê o Guia de Transportes e, após avaliação com a Ordem dos Médicos, publica em 2008 outro documento. De salientar, que não existe nos documentos do Grupo de Trabalho de Urgências, a referência à necessidade da presença de um enfermeiro aquando da transferência da Pessoa em Situação Crítica, sendo que a Ordem dos Enfermeiros (OE), nunca estabeleceu qualquer parecer relativo à legislação em vigor. Contudo, no parecer do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, 69/2005, foi considerado que:

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

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) (2008) definem como doente crítico “(...)aquele em que, por disfunção ou falência

*profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica*". Estes doentes têm ou encontram-se em risco de apresentar falência múltipla dos órgãos, onde a capacidade de adaptação ou a reserva fisiológica para alterações súbitas é praticamente nula, podendo algumas pequenas alterações induzirem grandes instabilidades e, conseqüente, deterioração clínica. Estas alterações a acontecerem têm efeito multiplicativo e não aditivo no agravamento da situação clínica do doente (SPCI & OM, 2008).

Deste modo, os doentes com esta situação clínica, exigem uma intervenção no seio de uma equipa multidisciplinar especializada e treinada, com todas as condições apropriadas. Para atender a este dado, estes doentes necessitam, muitas vezes de ser transferidos de serviços e até de Unidades Hospitalares.

É certo que a transferência de doentes poderá envolver alguns riscos ao nível da sua segurança, contudo a sua realização entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, é determinada pela necessidade de facultar um nível assistencial superior ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não efectuáveis no serviço ou na instituição onde o doente se encontra internado, devendo sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efectivos (SPCI & OM, 2008).

Para diminuir possíveis complicações ao nível hemodinâmico da pessoa em situação crítica é necessário, como defende Nunes (2009), "*(...) a premissa de que o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem, tem de ser sempre considerada e é obrigatória*".

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

De acordo com Junior et al (2001), os principais incidentes, na transferência da pessoa em situação crítica, verificados em estudos clínicos foram a desconexão da leitura electrocardiográfica, falhas do monitor, infiltração inadvertida do tecido subcutâneo pela perda do acesso venoso e desconexão de drogas vasoactivas e sedação, que

ocorreram em 34% das transferências realizadas. Segundo o mesmo autor, destes, ao contrário do previsto, 60% ocorreram nas transferências electivas e a menor parte, cerca de 40%, nas transferências de emergência.

Segundo a SPCI (2008) a transferência de doentes críticos envolve três fases. Vejamos cada uma em detalhe.

- Decisão

A decisão de transferir um doente crítico é um acto médico. Como tal, a responsabilidade é do médico que assiste o doente mas, também, do chefe de equipa e do director do serviço.

De acordo com o Grupo de Trabalho de Urgências (GTU) (2006), *“independentemente do motivo que levou à decisão de transferir, estamos pois perante uma decisão de carácter clínico (...)”*.

Segundo, a Aagby Safety Guideline (2009), a decisão de transferir deve ser tomada de forma reflectida, uma vez que existe a possibilidade de expor a pessoa em situação crítica e a equipa de transporte a riscos adicionais, desencadeando factores de stress nos familiares.

Uma das escalas existentes para facilitar o processo de tomada de decisão é a afectuada por Etxebarria et al (1998) adaptada pela SPCI (2008) (ver Anexo IV). O resultado da avaliação – em pontos – permite definir as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização e o equipamento, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão da transferência.

- Planeamento

O planeamento da acção é feito pela equipa médica e de enfermagem do serviço ou unidade referente, considerando os seguintes elementos:

- Escolha e contacto com o serviço receptor, avaliando a distância a percorrer e o respectivo tempo de demora;
- Escolha do meio de transporte;
- Selecção dos meios adequados de monitorização;

- Previsão individualizada das complicações possíveis;
- Recomendação de objectivos fisiológicos a manter durante o transporte;
- Selecção orientada de meios de terapêutica gerais e específicos;
- Escolha da equipa de transporte (de acordo com as disponibilidades da unidade referente e as características do doente a transportar).

O GTU (2006) menciona que no momento do planeamento “(...) *deverá estar sempre presente que o transporte tem condicionantes próprias, como seja, as vibrações, efeitos aceleração-desaceleração, variações térmicas, o risco de tráfego e as anomalias da fiabilidade na monitorização entre outros, mais específicos, como por exemplo o transporte aéreo, e o que deverão pesar na decisão e no momento do transporte. Por isso não é de aconselhar o início do transporte em doentes ainda instáveis, excepto se houver garantias técnicas para a sua estabilização rápida*”.

- Efectivação

A efectivação do transporte é da responsabilidade da equipa de transporte seleccionada, cuja responsabilidade técnica e legal só cessam no momento de entrega do doente ao corpo médico do serviço destinatário, ou no regresso, ao serviço de origem. Idênticas responsabilidades cabem aos médicos responsáveis pela decisão da deslocação.

No que concerne aos recursos humanos necessários, a equipa responsável pela transferência do doente crítico deve ser constituída, quando se justifica, por um enfermeiro e/ou médico, ambos com experiência em reanimação, com formação diferenciada no mínimo em SAV e preferencialmente em SAT, tendo também experiência em manuseamento e manutenção do equipamento (SPCI & OM, 2008).

A qualificação técnica dos profissionais que constituem a equipa de transporte é um aspecto profundamente relacionado com a formação e a experiência clínica, determinando um factor importante para a promoção e garantia da segurança durante o transporte. Por esta razão, a estes profissionais deve ser proporcionada a formação específica, sendo esta mais relevante, no âmbito do ensino respeitante à Medicina Intensiva e Emergência Médica (SPCI & OM, 2008).

Outra competência mencionada na literatura como essencial é a competência comunicacional (Aagby Safety Guideline, 2009), permitindo o desenvolvimento de uma relação de confiança com a pessoa em situação crítica e os seus familiares, bem como, o estabelecimento de uma linguagem clara e concisa entre todos os membros da equipa de transferência.

É de grande importância também destacar a pertinência dos registos em todas as fases da transferência da pessoa em situação crítica. Segundo a Aagby Safety Guideline (2009), trata-se de uma exigência legal, devendo incluir informação sobre a situação clínica da pessoa, motivo de transferência, identificação da equipa e serviço receptor, valores de sinais vitais, procedimentos e terapêutica administrada durante a transferência para os cuidados definitivos.

Dentro da transferência hospitalar, existem dois tipos de transferência/ transporte de doentes críticos: o intra-hospitalar e o inter-hospitalar.

As pessoas em situação crítica admitidas no Serviço de Urgência são frequentemente transportados para unidades de cuidados intensivos (UCI) ou blocos operatórios, e destes para salas de recobro ou para UCI's. O período de transporte caracteriza-se por grande instabilidade para a pessoa, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser previstas.

De acordo com Junior et al (2001), durante a transferência intra-hospitalar da pessoa em situação crítica, o principal cuidado é o de evitar a hipoxia: mantendo a via aérea permeável e evitando uma diminuição da capacidade ventilatória – por dor ou alteração do estado de consciência.

Devido a outros factores, o principal motivo para a transferência inter-hospitalar de uma pessoa em situação crítica é a inexistência de recursos - humanos e técnicos - no hospital de origem para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado, não sendo de excluir a possibilidade de transporte inter-hospitalar para a realização de exames complementares, não disponíveis no hospital de internamento.

De acordo com a Aagby Safety Guideline (2009), as transferências inter-hospitalares tendem a ser cada vez maiores. De facto, mesmo em Portugal com a formação dos Centros Hospitalares, este tipo de transferências tendencialmente serão mais comuns. Emerge então a necessidade da criação de redes de transferências hospitalares, com

formação e competências de coordenação e de execução das transferências das pessoas em situação crítica. Estas equipas deveriam trabalhar de acordo com protocolos de actuação, documentação e equipamento estandardizado em todas as redes (Aagby Safety Guideline, 2009).

A decisão de transferência de uma pessoa com estas características pressupõe que houve avaliação de benefícios e riscos inerentes ao transporte. De acordo com Markasis et al (2006), a transferência inter-hospitalar de pessoas em situação crítica pressupõe riscos para a pessoa e para toda a equipa que efectua o transporte. Assim deve-se ponderar o *ratio* risco/benefício de forma a justificar o procedimento. O risco de transporte envolve duas componentes: o risco clínico (situação clínica do doente, efeitos das vibrações, a da aceleração-desaceleração e mudanças de temperatura - factores que afectam a fisiologia cardio-respiratória e a fiabilidade da monitorização) e o risco de estrada (vibração, aceleração-desaceleração, risco de colisão, todos eles elevando-se significativamente com a velocidade).

No sentido de minimizar os riscos do transporte, a pessoa deve ser previamente estabilizada no hospital de origem, devendo aí efectuar-se as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte (acessos venosos, drenagens torácicas, entubações e outras).

Antes de se efectuar um transporte, a pessoa ou o seu representante legal deve ser informado do facto, sendo explicada a situação, a necessidade de transporte, o nome do hospital de destino e, quando praticável, obtendo o seu consentimento expresso.

O transporte deve ser considerado como uma extensão do hospital que envia a pessoa, cabendo ao serviço referente a responsabilidade técnica e legal durante as duas primeiras fases (Decisão e Planeamento). Na etapa da efectivação, a responsabilidade caberá à equipa que assegura o transporte.

Segundo Markasis et al (2006), que realizaram um estudo na Grécia envolvendo cento e vinte e oito pessoas em situação crítica sujeitas a transferências inter-hospitalares, estas podem ser seguras quando realizadas por uma equipa de peritos, com formação teórica e experiência profissional, sendo que o Choque continua a ser o problema mais comumente desenvolvido durante a transferência.

## **2. O LUGAR DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Actualmente, o cuidar de enfermagem é cada vez mais baseado no conhecimento científico, sendo que *“a enfermagem como profissão está cada vez mais envolvida com*

*a elaboração de um corpo científico de conhecimentos relacionados à sua prática”* (Polit & Hungler, 1995). A evolução da profissão sentida nos últimos anos, quer ao nível da formação, quer na complexificação e diferenciação do seu exercício profissional, valorizando as competências dos enfermeiros na comunidade científica, bem como na qualidade e eficácia da prestação de cuidados é muito significativa. Relativamente à intervenção dos enfermeiros no processo de transferência para cuidados definitivos, Martins & Martins (2010) referem que *“a decisão de transportar um doente pertence ao médico, contudo compete ao enfermeiro reunir todas as condições necessárias de modo a minimizar os riscos inerentes ao transporte. A promoção de um ambiente calmo e seguro e a vigilância contínua do doente, permitem detectar precocemente alterações, levando à actuação conjunta de toda a equipa envolvida no transporte, com o objectivo de estabilizar o doente”*.

Concretamente, no decorrer da transferência do doente crítico, podem surgir sentimentos como medo, angústia, stress, sofrimento e frustração (Martins & Martins, 2010), os quais afectam directamente a prestação de cuidados de enfermagem. Estas emoções são observadas por mim, no meu contexto de trabalho, aquando do processo de transferência, assim como, verbalizadas e demonstradas pelos restantes enfermeiros. Também segundo os mesmos autores, a experiência profissional e a formação, nomeadamente em Suporte Básico e Avançado de Vida, são fundamentais para diminuir o medo e a ansiedade dos profissionais durante o processo de transferência, na medida em que estes instrumentos ajudam a prever e a resolver com mais segurança os possíveis obstáculos. Tais necessidades formativas foram referidas nas entrevistas exploratórias realizadas (ver *Anexo III*).

Na opinião de Mackintosh (2006), expressa no seu artigo *“Transporting critically ill patients: new opportunities for nurses”*, uma equipa de enfermagem devidamente treinada pode ter um papel determinante na transferência da pessoa em situação crítica, conduzindo ao desenvolvimento de novos papéis no processo de transferência. O facto de encontrarmos o enfermeiro como responsável pela transferência num nível B da mesma e como membro da equipa do nível C, na escala de Etxbarria et al (1998), presente nas *guidelines* da SPCI (2008), sublinha a importância do papel do enfermeiro no processo de transferência da pessoa em situação crítica, em Portugal. De acordo com Neves et al. (2000), o enfermeiro que cuida de pessoas em situação crítica deve desenvolver capacidades e possuir conhecimentos necessários, que lhe permitam uma

adaptação eficiente às alterações detectadas, funcionando a um nível que transcenda o do seu contexto de trabalho diário. É admitido ainda que o enfermeiro tem a responsabilidade de assumir a monitorização e avaliação da pessoa, assegurando que é mantida a perfusão da medicação prescrita, certificando-se ainda que todo o equipamento necessário para a efectivação do transporte está em bom estado de funcionamento. Além disso, assume-se a premissa de que mesmo que a pessoa em situação crítica esteja inconsciente o enfermeiro deve conversar com a mesma, tranquilizando-a e vigiando alterações do seu estado de consciência.

Pelo exposto, e reiterando Nunes (2009), urge a necessidade de perspectivar a transferência da pessoa em situação crítica como uma prioridade de cuidados, revendo as recomendações nacionais existentes, reconhecendo as potenciais dificuldades inerentes à aplicação dessas mesmas recomendações, elaborando manuais com algoritmos de decisão e procedimentos de transporte e promovendo a formação necessária para a criação de equipas que minimizem o risco inerente ao transporte, potencializando a equidade da prestação de cuidados, que se esperam, de excelência. Neste processo, o enfermeiro é um actor predominante na dinamização e operacionalização de uma abordagem protocolada da transferência de pessoa em situação crítica para cuidados definitivos.

O referencial teórico sucintamente apresentado possibilitou, por um lado, sustentar a pertinência das intenções de estágio, bem como contribuir para uma maior definição do caminho a desenvolver no trabalho de campo.

## **PARTE II – PERCURSO DESENVOLVIDO**

### *Actividades Realizadas e Resultados Obtidos*

Como referido na introdução, o trabalho de campo foi desenvolvido em três contextos distintos, sendo que em serviços de Urgência Geral Polivalentes. A abordagem a cada

um dos diferentes locais foi delineada perspectivando uma experiência na transferência inter-hospitalar e intra-hospitalar, que me permitisse a aquisição de competências para adequar o conhecimento à minha realidade enquanto enfermeira. Seguidamente serão apresentadas as actividades desenvolvidas, bem como os resultados obtidos *in loco*.

### **3. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE: UMA EXPERIÊNCIA DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR**

A escolha para a o desenvolvimento do trabalho de campo neste serviço, doravante referenciado como SUG A, derivou, tal como referenciado na introdução, do forte investimento formativo que este apresenta, além do elevado número de transferências inter-hospitalares da pessoa em situação crítica que efectua – embora não existam dados estatísticos concretos realizados no serviço, os relatos dos profissionais de enfermagem que aí desempenham as suas funções defendem esta premissa de forma empírica. De facto, por estar inserido num Centro Hospitalar da Grande Lisboa, em conjunto com mais dois Hospitais, e pela gestão de vagas de internamento, é comum a necessidade da realização de transferências inter-hospitalares de pessoas em situação crítica. O SUG A encontra-se organizado do seguinte modo: sala de trauma, balcão geral e de atendimento geral, reanimação, sala de observação e duas salas de decisão clínica. Durante o período de trabalho de campo – ocorrido de 11 de Outubro a 26 de Novembro de 2011, conforme apresentado em *Anexo I* – surgiu a oportunidade de desenvolver competências na sala de reanimação e enquanto membro da equipa de transporte do serviço. Para o atingir dos resultados pretendidos, nomeadamente, desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família no processo de transferência para cuidados definitivos, promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no processos de transferência da pessoa em situação crítica, promovendo a proximidade entre equipa, cliente e família/cuidador informal, e, finalmente, desenvolvimento de competências na área de formação em serviço, no âmbito da transferência da pessoa em situação crítica, foram determinadas actividades *à priori*, sistematizadas na Tabela 3.

<b>Objectivo 1</b>	<b>Actividades Propostas</b>
<b>Desenvolver</b>	Conhecimento da estrutura física, orgânica e funcional do

<b>competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sujeita a transferência para cuidados definitivos.</b>	SUG A
	Integração na equipa multidisciplinar de forma a compreender a sua dinâmica
	Revisão bibliográfica na área da transferência da pessoa em situação crítica para cuidados definitivos
	Colaboração na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica na sua transferência para cuidados definitivos
	Reconhecimento, avaliação e gestão da necessidade de transferência da pessoa em situação crítica

**Tabela 3** – Desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sujeita a transferência para cuidados definitivos e actividades a realizar no SUG A.

De forma a concretizar estas actividades foi determinante o investimento realizado pelo orientador do trabalho de campo. Seguramente, devido a todo o seu entusiasmo, experiência na área de transferência e competências de perito e enquanto enfermeiro supervisor, todo o aprendizado contribuiu para um crescimento e motivação da minha parte, assegurando uma conquista tranquila e segura das competências consideradas especializadas na área de transferência da pessoa em situação crítica para cuidados definitivos. Assim, de acordo com Carvalho (2002), foi-me fornecida a oportunidade de prosseguir uma aprendizagem significativa à medida que identifiquei e demonstrei as minhas competências em experiências congruentes com as mesmas.

Um dos factores mais importantes no imediato para o desenvolvimento de um trabalho de campo valioso foi a integração no serviço – com conhecimento da sua estrutura organizacional e funcional – e na equipa multidisciplinar.

A existência de um enfermeiro responsável pela realização de transferências inter-hospitalares da pessoa em situação crítica, assim como um sistema informático com uma escala de avaliação e auxílio no processo de tomada de decisão da

transferência – semelhante à defendida por Etxebarria et al (1998) – permitiu-me um conjunto de experiências que valorizaram e determinaram muito do caminho percorrido posteriormente, constatando que, provavelmente pelo elevado número de alunos de licenciatura e especialidade em enfermagem no serviço em questão, toda a equipa se encontrava disponível a proporcionar bons momentos de aprendizagem, demonstrando abertura para o esclarecimento de questões, estabelecendo muitas vezes uma relação empática com os alunos, condição promotora de um clima de aprendizagem.

Do mesmo modo, tive a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica na transferência para cuidados definitivos, assim como reconhecer, avaliar e gerir a necessidade de transferência da mesma.

Para uma maior compreensão do desenvolvimento alcançado utilizo um caso concreto por mim experienciado. No dia 24 de Outubro de 2011 colaborei na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao Sr. J.C., de 82 anos, durante o processo de transferência para a Unidade Médica de um Hospital Polivalente de Lisboa. Este havia dado entrada no SUG A no dia 23 de Outubro de 2011 por um quadro de dispneia, tendo como antecedentes pessoais conhecidos Fibrilhação Auricular e Neoplasia da Laringe diagnosticada em 2008, sob tratamento de radioterapia. Ficou internado na sala de observações por Insuficiência Respiratória Global, com necessidade de conexão a ventilação não invasiva. Por agravamento da acidose respiratória e depressão do estado de consciência foi necessária a sua transferência para a sala de reanimação, com subsequente entubação orotraqueal – por *Glasgow Coma Score* inferior a 8 – e suporte ventilatório invasivo. Após conexão a ortótese ventilatória, a pessoa em situação crítica sedada com midazolam, desencadeou uma hipotensão marcada, o que conduziu à administração de dopamina em perfusão e suspensão do midazolam endovenoso.

Aquando da necessidade de realizar a transferência para cuidados definitivos, o Sr. J.C. apresentava estímulo respiratório, localizando os estímulos dolorosos, sem abertura ocular, mordendo por diversas vezes o tubo orotraqueal. Numa abordagem ABCDE (*airway, breathing, circulation, disability e exposition*) apresentava-se estável, com bons volumes correntes ventilatórios, normotenso com aporte de aminas, traçado cardíaco sugestivo de fibrilhação auricular com resposta ventricular controlada. Apresentava ainda cateter venoso central de três luméns onde perfundia: dopamina e

soroterapia com NaCl 0.9%. Foi necessário colocar também sonda nasogástrica em drenagem passiva com saída de conteúdo bilioso e drenagem vesical funcionante com saída de urina clara.

Após o planeamento adequado da transferência, com o enfermeiro orientador, organizando mentalmente a *check list* necessária, activando os recursos necessários, em conjunto com o chefe de equipa de enfermagem e o responsável administrativo, que activou uma ambulância tipo C, medicalizada, e contactada a equipa que iria receber o Sr. J.C. no hospital de destino, foi realizada a transferência com acompanhamento médico e de enfermagem.

Durante o processo de transferência o Sr. J.C. apresentou alguma agitação psicomotora, com necessidade de sedação com 5mg de midazolam endovenoso. Relacionado com a fisiologia do transporte e as forças de aceleração/desaceleração que induzem vasoconstrição e a administração de aminas, que potenciam a hipoperfusão periférica, tornou-se difícil avaliar oximetrias periféricas, tendo sido utilizada uma monitorização de capnografia, que se manteve em valores de 35mmHg. Esta monitorização, de acordo com a SPCI (2008), é também de nível I, ou seja, obrigatória em pessoas conectadas a ortótese ventilatória. Durante a transferência foram sendo elaborados os registos em folha de registo de enfermagem, criada especificamente para este fim, com avaliações frequentes de via área, ventilação, circulação, estado neurológico e exposição da pessoa em situação crítica. Sumariamente, todo o processo decorreu em segurança, com efectivação da transferência e estabilização pós-transferência no serviço de destino.

<b>Objectivo 2</b>	<b>Actividades Propostas</b>
<b>Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no</b>	Observação de práticas de transferência identificando obstáculos nesse processo
	Análise crítica das situações vivenciadas durante o trabalho de campo

<b>processo de transferência da pessoa em situação crítica.</b>	Realização de reuniões formais e informais com o enfermeiro orientador para análise de situações e discussão de ideias
	Realização de formação em contexto de trabalho, na área de transferência para cuidados definitivos da pessoa em situação crítica, fomentando a incorporação da evidência existente na prática de cuidados

**Tabela 4** – Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no processo de transferência da pessoa em situação crítica e respectivas actividades no SUG A.

De modo a ilustrar o início destas actividades, volto a mobilizar a situação de cuidados de transferência supracitada.

Durante todo o processo de transferência vivido senti uma enorme motivação por poder estar a colocar em prática os conhecimentos já assimilados, a teoria revista e por estar perante um momento de aprendizagem enriquecedor e enquadrado nos meus objectivos individuais de trabalho de campo. De facto, esta fase de aprendizagem em que nos sentimos parte integrante e responsável pelo desenvolvimento subjectivo das capacidades técnicas, formativas, teóricas, relacionais e pessoais é sobremaneira motivadora, enriquecedora e, concomitantemente, potencializadora de alguns receios. Quando somos profissionais há alguns anos e queremos evoluir e aprender acaba-se por sentir que nos retiraram a «rede de segurança» que construímos e defendemos afincadamente durante o exercício profissional. É então que ocorre espaço para a mudança, nem sempre fácil, mas imperativa. Foi exactamente este tipo de sentimentos que afluíram durante este processo de transferência da pessoa em situação crítica. Experienciei, assim, alguma insegurança, uma vez que não conhecia a composição, carga e espaço físico específicos da ambulância, nem a unidade que iria receber o Sr. J.C. Outra situação de aprendizagem enriquecedora foi a utilização da capnografia, uma vez que este tipo de monitorização não existe no SUG no qual exerço funções.

Senti-me de facto grata por ter a supervisão do enfermeiro orientador, com prática acérrima na transferência da pessoa em situação crítica, conhecimento dos recursos

existentes e com a capacidade de me conduzir num planeamento e efectivação adequadas. Além disso, a revisão do suporte bibliográfico, em conjunto com o enfermeiro orientador conduziu a que houvesse um maior empenho e organização sequenciada da prática, prevenindo o erro e minimizando os riscos associados à transferência da pessoa em situação crítica.

De destacar que a fase de planeamento do processo de transferência realizado obedeceu às *guidelines* do Grupo de Trabalho de Urgências (GTU) (2006), constituído pelos seguintes elementos:

- Escolha e contacto com o serviço receptor, avaliando a distância a percorrer e o respectivo tempo de demora – Unidade Médica de um Hospital Polivalente de Lisboa, com tempo contabilizado de cerca de uma hora;
- Escolha do meio de transporte – Ambulância tipo C;
- Selecção dos meios adequados de monitorização – Pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca e respiratória, electrocardiograma e capnografia;
- Previsão individualizada das complicações possíveis – com a utilização da mala de transporte inter-hospitalar existente no serviço, com material e drogas necessárias e preparação à priori de perfusão de midazolam, dada a história de agitação psicomotora do Sr. J.C;
- Recomendação de objectivos fisiológicos a manter durante o transporte;
- Selecção orientada de meios de terapêutica gerais e específicos;
- Escolha da equipa de transporte – com um médico diferenciado e com experiência em transferência inter-hospitalar, o enfermeiro orientador com vasta experiência nessa área e TAS e TAT experientes.

A organização do processo do Sr. J.C. também não foi esquecida, assim como dos meios complementares de diagnóstico realizados. Todos estes detalhes organizacionais conduziram a uma minimização dos riscos potenciais e subsequente aumento da segurança na transferência da pessoa em situação crítica.

Outro dos factores que me fez apreciar, de forma significativa, a realização desta transferência, foi o facto de ter sido dado espaço à família para permanecer junto da pessoa, despedindo-se antes da entrada na ambulância, tendo-lhe sido fornecida toda a informação a respeito da transferência, local de efectivação e respectivas visitas.

Considero que estes aspectos são cruciais, marcando a diferença entre cuidados gerais de enfermagem e cuidados especializados de enfermagem.

Assim, como aspectos positivos saliento a organização e empenho de toda a equipa na transferência da pessoa em situação crítica, assim como a disponibilidade para contribuir para a minha aprendizagem. Durante a transferência houve um investimento por parte do enfermeiro orientador em analisar conjuntamente todos os procedimentos realizados, envolvendo-me na prática de cuidados, fazendo-me sentir um elemento integrante. Outros dos aspectos positivos engloba as três fases da transferência que foram desempenhadas com êxito e segurança. Além disso, o envolvimento da família no processo, permitiu-me alargar os meus horizontes, reflectindo e integrando esses factores no meu desenvolvimento enquanto profissional e pessoa.

Quanto aos aspectos negativos destaco a ausência de uma *check list* no SUG A, o que permitiria minimizar o tempo gasto na preparação e planeamento da transferência e o risco de erros na efectivação. Outro dos factores que concluímos, eu e o orientador, é o facto da própria folha de registo de enfermagem existente estar desadequada, quer pela sua organização em si, pouco facilitadora e de difícil leitura, quer pela ausência de espaço para registo de alguns dados importantes. De acrescentar que o meu desconhecimento face à organização da ambulância, conduziu-me a algumas limitações de intervenção no momento.

Contudo, todas as intercorrências aqui relatadas foram indubitavelmente profícuas e estimulantes da minha aprendizagem. O facto de o enfermeiro orientador ter por prática a realização de *briefings* induziu, do mesmo modo, a discussão de ideias, o desempenho de trabalho em equipa e o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Na situação relatada, após a chegada ao SUG A, e previamente analisado o processo em causa, elaborámos uma proposta de trabalho à coordenação da equipa de enfermagem do serviço no sentido de criar uma proposta de *check list* do planeamento da transferência da pessoa em situação crítica. Propusemos também, fazer uma acção de formação à equipa de enfermagem. Após ter sido aceite, a actividade desenvolvida foi concretizada com a criação, desenvolvimento e sugestão, numa sessão formativa realizada a 24 de Novembro de 2011, pelas 15.00h, no serviço. O objectivo seria promover a implementação de uma *check list* para o transporte secundário da pessoa em situação crítica no SUG A. A planificação da sessão, a proposta de *check list* e o

*power point* que serviu de apoio para a sessão formativa encontram-se presentes em *Anexo IV*, os quais foram discutidos com a professora orientadora de estágio. A definição de apenas uma data para a realização da sessão formativa deveu-se, por um lado aos limites temporais existentes, mas também porque foi estabelecido pela equipa de coordenação de enfermagem que alguns membros daquela equipa de enfermagem, por terem seguido com maior proximidade o trabalho por mim desempenhado, ficariam incumbidos de testar, reorganizar e implementar a proposta de *check list* no serviço. A concretização deste objectivo permitiu sobremaneira a organização do pensamento reflexivo e crítico, tendo por base a aquisição das competências especializadas definidas.

A *check list* foi organizada de acordo com o referencial teórico aqui discutido e tendo por base a verificação de cinco pontos:

- A confirmação da transferência;
- A avaliação da pessoa – seguindo uma nomenclatura de avaliação ABCDE, defendida internacionalmente em cursos de Suporte Avançado de Vida e de Cuidados Avançados de Enfermagem em Trauma – induzindo uma uniformização da linguagem técnico-profissional;
- O *briefing* da equipa de transporte, potencializando o trabalho em equipa e o desenvolvimento de competências comunicacionais, tão essenciais na intervenção especializada de enfermagem;
- Os pontos-chave na efectivação – divididos entre pontos-chave referente à ambulância, à pessoa em situação crítica e ao serviço de destino;
- O *debriefing* da equipa de transporte – sublinhando a importância de serem revistos e discutidos os aspectos positivos e negativos de cada experiência, potencializando o crescimento exponencial e melhoria da qualidade de cuidados.

A sessão formativa foi outro momento de relevo no meu trabalho de campo, muito por ter marcado um desfecho com sinais evidentes de produtividade e sintonia com as necessidades da equipa de enfermagem do *SUG A*. De facto, quer pela adesão da equipa presente, quer pela forma atenta e participativa com que o tema foi discutido, assim como, pelas sugestões apresentadas, tendo sido reiterada a intenção de futura

implementação da *check list* no serviço por uma equipa interna, os resultados obtidos foram determinantes na minha motivação pessoal e profissional, induzindo ainda mais a minha vontade de melhorar em termos profissionais, compreendendo de maneira intuitiva cada situação e aprendendo directamente o problema sem me perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis – tal como definido por Benner (2001), a respeito do enfermeiro perito.

Em suma, reflito a minha passagem por este contexto de trabalho como uma importância extrema para o meu estágio tendo sido, de igual modo, avaliado qualitativamente pelo enfermeiro orientador, como “Muito Bom” face aos objectivos traçados.

#### **4. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE: UMA EXPERIÊNCIA DE TRANSFERÊNCIA INTRA-HOSPITALAR**

Para o desenvolvimento do trabalho de campo neste serviço, doravante referenciado como SUG B, foi determinante, novamente, tal como referenciado na metodologia, o forte investimento formativo que este apresenta com a organização de um grupo de trabalho hospitalar na área da Transferência da Pessoa em Situação Crítica para Cuidados Definitivos, informação recolhida através do enfermeiro chefe do serviço numa reunião informal, além do elevado número de transferências intra-hospitalares da pessoa em situação crítica que efectua, também não existem neste contexto dados

estatísticos concretos, porém, os relatos dos profissionais de enfermagem que aí trabalham defendem esta premissa de forma empírica. De facto, pela grandiosidade da unidade hospitalar, com cerca de cinquenta e quatro serviços disponíveis, é comum a necessidade da realização de transferências intra-hospitalares de pessoas em situação crítica.

O SUG B encontra-se dividido entre ambulatório e sala de observação, sendo que, durante o período de trabalho de campo – que decorreu de 28 de Novembro de 2011 e 20 de Janeiro de 2012, como representado no cronograma em *Anexo I* – surgiu a oportunidade de desenvolver competências na sala de observação e enquanto membro da equipa de transporte do serviço.

Para o atingir dos resultados pretendidos, nomeadamente, desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família no processo de transferência para cuidados definitivos, promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no processos de transferência da pessoa em situação crítica, promovendo a proximidade entre equipa, cliente e família/cuidador informal, e, finalmente, desenvolvimento de competências na área de formação em serviço, no âmbito da transferência da pessoa em situação crítica, foram determinadas as respectivas actividades.

Objectivo 1	Actividades Propostas
<b>Desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sujeita a transferência para cuidados definitivos.</b>	Conhecimento da estrutura física, orgânica e funcional do SUG B
	Integração na equipa multidisciplinar de forma a compreender a sua dinâmica
	Revisão bibliográfica na área da transferência da pessoa em situação crítica para cuidados definitivos
	Colaboração na prestação de cuidados especializados à

	pessoa em situação crítica na sua transferência para cuidados definitivos
	Reconhecimento, avaliação e gestão da necessidade de transferência da pessoa em situação crítica

**Tabela 5** – Desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sujeita a transferência para cuidados definitivos e actividades propostas, no SUG B.

A integração na equipa multidisciplinar foi facilitada uma vez que, pelo elevado número de alunos de licenciatura e especialidade em enfermagem no serviço, pelo conhecimento dos enfermeiros face ao processo de supervisão clínica e pela jovialidade dos seus elementos, toda a equipa se encontra disponível para facilitar a aprendizagem, demonstrando abertura para o esclarecimento de dúvidas, estabelecendo muitas vezes uma relação empática com os alunos. Também o funcionamento similar ao do serviço de Urgência Geral no qual desempenho funções como enfermeira, facilitou a minha integração neste serviço.

Do mesmo modo, tive a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica na transferência para cuidados definitivos, mais comumente em meio intra-hospitalar, assim como reconhecer, avaliar e gerir a necessidade de transferência da pessoa em situação crítica. Uma vez que neste contexto existe um enfermeiro responsável pelas transferências do serviço, o meu trabalho de campo foi bastante desenvolvido.

Para um melhor entendimento do desenvolvimento alcançado centrar-me-ei, novamente, numa situação de cuidados específica.

No dia 4 de Dezembro de 2011 colaborei na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao Sr. L.V., de 64 anos, durante o processo de transferência para uma unidade de ortopedia do mesmo hospital. O doente havia dado entrada no SUG B no dia 3 de Dezembro de 2011, por uma queda com traumatismo do membro inferior esquerdo, tendo como antecedentes pessoais conhecidos uma Insuficiência Renal Crónica, em programa de Hemodiálise três vezes por semana. Ficou internado na sala

de observações, ao cuidado da Ortopedia, por fractura subcapital do colo do fémur à esquerda. Durante a madrugada, o Sr. L.V. iniciou um quadro de dispneia agudizada, broncospasmo e crise hipertensiva, tendo desencadeado Edema Agudo do Pulmão. Por acidose respiratória foi necessária a sua conexão a ventilação não invasiva e, subsequente, administração em perfusão de Dinitrato de Isossorbido endovenoso. Pelas 08.00h, foi encaminhado para o serviço de Hemodiálise tendo sido submetido a uma sessão de três horas com perda de 1.500kg, durante a qual suspendeu a perfusão de DNI e a VNI. Após a mesma retornou à sala de observação.

Aquando da necessidade de realizar a transferência para cuidados definitivos, o Sr. L.V. apresentava-se consciente, orientado no tempo, no espaço e na pessoa e colaborante nas intervenções. Numa abordagem ABCDE (*airway, breathing, circulation, disability e exposition*) apresentava-se estável, eupneico em repouso, com respiração toraco-abdominal de média amplitude e saturações periféricas de oxigénio de 99%, sob aporte de O2 por óculos nasais a 1,5l/minuto, normotenso, traçado cardíaco sugestivo de ritmo sinusal. Apresentava ainda cateter venoso periférico clampado, drenagem vesical com saída de urina clara, e tracção cutânea de 3Kg no membro inferior esquerdo.

Após o planeamento adequado da sua transferência com o enfermeiro orientador, organizando mentalmente a *check list* necessária, a equipa de transferência - enfermeiro e assistente operacional, e contactada a equipa que iria receber o Sr. L.V. na unidade de ortopedia, procedeu-se à transferência.

Também a esposa do Sr. L.V., previamente informada da transferência do mesmo, acompanhou todo o percurso.

Durante a transferência foram realizadas avaliações frequentes de via área, ventilação, circulação, estado neurológico e exposição da pessoa em situação crítica. Sumariamente, todo o processo decorreu em segurança, sem intercorrências, com efectivação da transferência e estabilização pós-transferência no serviço de destino.

<b>Objectivo 2</b>	<b>Actividades Propostas</b>
<b>Promover a melhoria contínua da qualidade</b>	Observação de práticas de transferência identificando obstáculos nesse processo

<b>dos cuidados de enfermagem no processo de transferência da pessoa em situação crítica.</b>	Análise crítica das situações vivenciadas durante o trabalho de campo
	Realização de reuniões formais e informais com o enfermeiro orientador para análise de situações e discussão de ideias
	Realização de formação em contexto de trabalho, na área de transferência para cuidados definitivos da pessoa em situação crítica, fomentando a incorporação da evidência existente na prática de cuidados

**Tabela 6** – Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no processo de transferência da pessoa em situação crítica e actividades propostas, no SUG B.

A situação de cuidados especializados de transferência intra-hospitalar da pessoa em situação crítica para cuidados definitivos, descrita anteriormente, será utilizada para demonstrar como estas actividades foram desenvolvidas, através das actividades, e como o objectivo definido foi concretizado.

Como segundo contexto de estágio – após a aprendizagem no SUG A – senti a minha confiança no desempenho das actividades de enfermagem, enquanto aluna do Mestrado, aumentada de forma exponencial. Da mesma forma, os conhecimentos cimentados e a mudança imperativa enquanto profissional, e enquanto pessoa, induziram acções mais eficientes e proficientes, assim como uma análise crítica aprofundada de cada situação.

No SUG B existe um enfermeiro, em cada turno, que se dedica às transferências, quer inter quer intra-hospitalares. Do mesmo modo, encontra-se em fase de desenvolvimento um projecto de controlo da qualidade das intervenções de enfermagem no processo de transferência da pessoa em situação crítica, tal como já referido. Contudo, a ausência de uma folha de registos de enfermagem para a transferência da pessoa, assim como de uma lista de verificação da transferência, induzem comumente o esquecimento no momento da passagem de informação. De

acordo com o enfermeiro orientador, a folha de registos estará em processo de aprovação. Quanto à existência de uma *check list* não existe qualquer tipo de directriz.

Estes obstáculos tornaram-se benéficos para a minha aprendizagem, uma vez que, após o contacto com os enfermeiros da equipa e percebendo a sua vontade em aprofundar conhecimento nesta área, procurei transmitir o que havia aprendido até então, sugerindo realizar não apenas o diagnóstico da situação, mas também soluções. Assim, propus a realização de registos de enfermagem, com parametrização de sinais vitais nas folhas impressas do processo clínico da pessoa em situação crítica. Do mesmo, o facto de o enfermeiro orientador possuir uma vasta experiência em cuidar da pessoa em situação crítica, pertencendo também à equipa de transporte, induziu a aquisição e o cimentar de conhecimento na área.

Durante a transferência intra-hospitalar supracitada, foi realizada, em conjunto com o orientador, uma revisão sequenciada do suporte bibliográfico prevenindo o erro e minimizando os riscos associados ao processo de transferência em causa.

Assim, na fase de planeamento foi realizada, novamente, de acordo com as guidelines do Grupo de Trabalho de Urgências (GTU) (2006):

- Escolha e contacto com o serviço receptor – unidade de ortopedia do hospital;
- Selecção dos meios adequados de monitorização – pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca e respiratória, e electrocardiograma.
- Previsão individualizada das complicações possíveis – com a utilização da mala de transporte intra-hospitalar existente no serviço, com material para permeabilização da via aérea, insuflador manual e fluidoterapia;
- Recomendação dos objectivos fisiológicos a manter durante o transporte;
- Selecção orientada de meios de terapêutica gerais e específicos;
- Escolha da equipa de transporte – com o enfermeiro orientador com experiência em transferência intra-hospitalar e o Assistente Operacional, com conhecimento da estrutura física do hospital.

A organização do processo do Sr. L.V., e dos meios complementares de diagnóstico realizados foi outro dos factores a que demos devida atenção. Todos estes detalhes

organizacionais conduziram a uma minimização dos riscos potenciais e subsequente aumento da segurança na transferência da pessoa em situação crítica.

Outro dos factores que fizemos questão de não descurar durante a realização desta transferência, foi o facto de ter sido dado espaço à esposa para permanecer presente, durante todo o processo, tendo-lhe sido dada informação sobre a transferência, local de efectivação e respectivas visitas. Mais uma vez, importa dizer que estes pormenores são o que fazem a diferença no enfermeiro perito.

Como aspectos positivos destaco o empenho da equipa em contribuir para a minha aprendizagem, assim como o grau de afectividade que me propiciaram, induzindo o sentimento de pertença naquele grupo e, concomitantemente, uma maior proximidade para partilhar o meu saber. Durante a transferência houve um empenho por parte do enfermeiro orientador em explicar os procedimentos, envolvendo-me na prática de cuidados e permitindo-me sentir como parte da equipa multidisciplinar. Outros dos aspectos positivos engloba as três fases da transferência que foram desempenhadas, mais uma vez, com êxito e segurança. Além disso, o envolvimento da esposa do doente no processo de transferência, assegurando a tríade de cuidados – pessoa, equipa, família - foi ilustrativa da minha evolução na prática cuidativa, contribuindo sobremaneira para a minha satisfação profissional e pessoal.

Quanto aos aspectos negativos destaco, novamente, a ausência de uma *check list* no SUG B, o que permitiria minimizar o tempo gasto na preparação e planeamento da transferência e o risco de erros na efectivação. Outro dos factores que concluímos, eu e o enfermeiro orientador, é o facto de ser imperativa a formação dos elementos de enfermagem alertando para a problemática supracitada.

Após a chegada ao SUG B, e concluído o processo de transferência em análise, propusemos uma proposta de trabalho à chefia da equipa de enfermagem do serviço no sentido de criar um poster alusivo às múltiplas verificações necessárias na fase de planeamento da transferência da pessoa em situação crítica, em meio intra-hospitalar. Mais uma vez, foi proposta formação à equipa. Neste sentido, foi agendada uma sessão de formação que se realizou no dia 17 de Janeiro de 2012, pelas 15.30h no SUG B, e que teve como objectivos: promover a implementação de uma *check list* para transferência intra-hospitalar da pessoa em situação crítica no SUG B e divulgar um poster ilustrativo de uma *check list* para o transporte intra-hospitalar da pessoa em

situação crítica no SUG B – conforme apresentado no plano de sessão e poster ilustrativo, presentes em *Anexo V* e validados pela professora orientadora de estágio. A proposta de *check list* para a transferência intra-hospitalar foi construída tendo por base uma organização similar à da transferência inter-hospitalar (discutida em 3.) procurando contudo adequar-se às rotinas do SUG B, não descurando o referencial teórico apresentado. Houve especial atenção na construção gráfica do poster de modo a que fosse apelativo e com informação sintetizada, sendo o mesmo colocado na sala de observações.

A sessão de formação proporcionou um momento de grande riqueza formativa permitindo a discussão de inúmeras questões organizacionais do planeamento da transferência, assim como questões ético-legais, reflectindo sobre saber experiencial e construindo conhecimento novo de forma colaborativa.

Outro dos factores que contribuíram para a minha aprendizagem neste contexto de estágio foi o facto de o enfermeiro orientador desempenhar funções de chefia da equipa, o que me permitiu ter uma visão global sobre os processos de gestão e liderança da equipa de enfermagem. Compreendi que a liderança se torna essencial na vida profissional do enfermeiro uma vez que estar apto para comunicar claramente com o grupo, ser capaz de apontar soluções para os conflitos e ter iniciativa na tomada de decisões, são tudo atributos que garantem uma melhoria da qualidade dos cuidados (Ribeiro et al., 2006).

Sumariando, este percurso foi em bom rigor de evidente grandeza, com um aumento crescente da minha confiança profissional e da necessidade de aprendizagem contínua, tendo um papel determinante na aquisição de competências especializadas e na efectivação das competências já adquiridas, através dos resultados obtidos que foram avaliados qualitativamente pelo enfermeiro orientador como «Muito Bom».

## **5. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE: OPTIMIZAR A EXPERIÊNCIA DA TRANSFERÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Tal como referido na metodologia, uma vez que ocorrem inúmeras transferências de pessoa em situação crítica para cuidados definitivos, no serviço onde exerço funções – agora aqui designado de SUG C – escolhi este contexto como outro campo de estágio, assumindo o dever ético de partilha dos contributos da investigação no processo de transferência e, desta forma, induzir a optimização dos cuidados prestados. Através da realização de um diagnóstico de situação com a realização de entrevistas exploratórias a enfermeiros (ver um exemplo em *Anexo III*) – foi possível identificar lacunas relativas à formação e ao desenvolvimento de normas de procedimento sobre a transferência da pessoa em situação crítica, sendo este excerto exemplificativo: “(...) acho que aqui o que nós precisamos é de ter instrumentos que ajudem os profissionais a decidir e a fundamentar... hummm... um determinado nível de segurança no transporte” (Entrevista ao *Enfermeiro II*). Sendo considerado prioritário desenvolver no SUG C, na

área da transferência da pessoa em situação crítica “(...) a *consciência dos profissionais*” (Entrevista ao *Enfermeiro II*).

Deste modo foram determinados objectivos a alcançar no *SUG C* e respectivas actividades, durante o período compreendido entre 23 de Janeiro e 17 de Fevereiro de 2012 – tal como estabelecido no cronograma apresentado em *Anexo I*.

Objectivo 1	Actividades Propostas
<b>Desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sujeita a transferência para cuidados definitivos.</b>	Revisão bibliográfica na área da transferência da pessoa em situação crítica para cuidados definitivos
	Colaboração na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica na sua transferência para cuidados definitivos
	Reconhecimento, avaliação e gestão da necessidade de transferência da pessoa em situação crítica
	Identificação precoce dos obstáculos que poderão comprometer a continuidade da qualidade de cuidados no processo de transferência da pessoa em situação crítica
	Envolvimento do cliente/família em todo o processo de transferência da pessoa em situação crítica
	Análise crítica das situações vivenciadas durante o trabalho de campo
	Realização de reuniões formais e informais com o enfermeiro orientador para análise de situações e discussão de ideias

**Tabela 7** – Desenvolver competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sujeita a transferência para cuidados definitivos e respectivas actividades, no *SUG C*.

Primeiramente, um dos aspectos a enaltecer corresponde à situação de me encontrar pela primeira vez na posição de enfermeira/aluna no meu local de trabalho. Considerei que a definição de objectivos, assim como de actividades específicas seria de extrema

importância para incorporar o meu «eu mestranda» no meu «eu profissional». No decorrer do trabalho de campo, contudo, esta nova perspectiva acabou por se tornar bastante interessante, permitindo-me um olhar crítico e analítico mais aprofundado sobre situações vivenciadas diariamente.

Um dos factores que contribuiu para esta evolução positiva, além de todo o trabalho de campo realizado até então, foi o de ter tido como enfermeiro orientador, alguém que, embora sendo meu colega, assumia a posição de chefe de equipa, pertencendo a uma equipa de enfermagem com metodologias de trabalho divergentes da que me encontro. Assim, tive a oportunidade de aprofundar também, tal como no SUG B, competências de gestão de equipa, com as s próprias da subjectividade existente, nomeadamente, ao nível da vertente comunicacional, da criação de laços existentes entre o grupo e do código de acção decorrente. Além disso, este enfermeiro orientador é considerado como perito na área de transferência da pessoa em situação crítica para cuidados definitivos, com formação também na área pré-hospitalar.

Surgiram, então, no decorrer deste período algumas situações experienciadas que induziram o meu desenvolvimento pessoal e profissional, designadamente, a Sra. M.A., de 56 anos, que deu entrada no SUG C no dia 26 de Janeiro de 2012, com um quadro de dispneia súbita associada a prostração, ficando internada na unidade de cuidados intensivos, pertencente ao SUG C, com os diagnósticos de IRG com acidose respiratória e choque séptico a esclarecer. EOT com tubo 7.5, ao nível 22 da comissura labial, conectada a ortótese mecânica, na modalidade ventilatória de pressão controlada. Bem adaptada, com bons volumes correntes. Traçado cardíaco de base sinusal, rítmico, com frequências cardíacas de 123bpm. Apresentava linha arterial na radial direita, sem sinais inflamatórios no local de inserção, com curva característica e tensões arteriais sistólicas inferiores a 70mmhg sob aporte de aminas vasoactivas, com pressões arteriais médias <50mmhg. Cateter venoso central na jugular externa direita, com penso externamente limpo e seco, de cinco lúmens, com avaliação contínua de PVC, com soroterapia isotónica, com perfusão de noradrenalina (20mg/50cc) a 10cc/h e com perfusão de midazolam e alfentanil (100mg+5mg/50cc) a 6 cc/h. Tinha colocado sonda orogástrica em drenagem passiva, com saída de 400cc de conteúdo gástrico acastanhado e drenagem vesical, com anúria. Estando sedoanalgesiada com midazolam e alfentanil, a doente apresentava um Ramsay de 6, com pupilas isocóricas

e isorreactivas. Pele e mucosas descoradas e hidratadas. Abdómen volumoso, mole e depressível.

Após estabilização da senhora M.A., fomos informados de que seria necessário proceder à sua transferência para uma unidade de cuidados intensivos polivalente existente neste hospital. O enfermeiro orientador ao tomar conhecimento desta necessidade pediu-me para realizar uma avaliação da pessoa em situação crítica, atentando à escala realizada por Etxebarria et al (1998) e presente nas recomendações da SPCI (2008), quanto ao nível de monitorização e acompanhamento necessário. Após a mesma, e ao informá-lo que seria necessário um nível III de acompanhamento e monitorização, foi-me solicitado que realizasse uma análise crítica de todo o processo de transferência com posterior discussão da situação vivenciada, no qual interviram um clínico existente no serviço – e escolhido pelo chefe de equipa médico – e um enfermeiro – escolhido pelo chefe de equipa de enfermagem/enfermeiro orientador.

Assim, de acordo com o observado naquela circunstância – e em outras à posterior e enquanto enfermeira a desempenhar funções naquele serviço – a escolha dos membros da equipa de transferência recaí, maioritariamente, tendo em atenção a disponibilidade do profissional e não o seu grau de competências teórico-práticas ou formação específica. Se tivermos em atenção que no serviço em questão cerca de metade da equipa de enfermagem apresenta formação em suporte avançado de vida, o mesmo não se coloca na vertente médica. De facto, para intervir neste processo, o médico que realizou a transferência foi um interno de cardiologia com pouca experiência profissional. Outro dos factores importantes foi o de o enfermeiro ter mantido a monitorização da Sra. M.A. durante a transferência, com avaliação de oximetria periférica, pressão arterial invasiva, electrocardiografia, frequência respiratória e frequência cardíaca. O ventilador de transporte também foi adequadamente utilizado e verificadas as capacidades da bateria e da garrafa de oxigénio antes do início do procedimento. Quanto ao material acessório para intervir em caso de alteração da situação clínica, optou-se por levar apenas um insuflador manual. Contudo, toda a documentação foi reunida e a informação correctamente relatada aos enfermeiros do serviço de destino.

Após retorno ao serviço de origem iniciei a discussão com o enfermeiro orientador, tendo por base todo o referencial teórico que sustenta o presente relatório. Foi

demonstrada a preocupação sobre a escolha dos elementos da equipa de transferência e a sua formação, mobilizando Nunes (2009) ao salientar que para evitar riscos e possíveis complicações do estado clínico, *“(...) a premissa de que o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem, tem de ser sempre considerada e é obrigatória”*. A inexistência de uma norma de procedimentos no SUG C que servisse de apoio à tomada de decisão e ao planeamento da transferência foi outro dos pontos identificados, assim como a existência de uma mala de transporte inter-hospitalar, impossibilitando a actuação em caso de complicações individualizadas e possíveis – com material para permeabilização da via aérea, ventilação, circulação e terapêutica de emergência - e o seu uso exclusivo pela equipa, na transferência para outro hospital. Também a ausência de registos durante a transferência foi discutida, embora não exista qualquer folha própria para os realizar, uma vez que, segundo a Aabby Safety Guideline (2009), trata-se de uma exigência legal e deve incluir detalhes sobre a situação clínica da pessoa, motivo de transferência, identificação da equipa e serviço receptor, registo de sinais vitais, procedimentos e terapêutica administrada durante a transferência para cuidados definitivos.

Outro aspecto discutido foi o de o enfermeiro que realizou o transporte ter optado por manter a família à margem de toda a transferência, induzindo nitidamente uma situação de stress individual. Aquando da comunicação da necessidade de transferência estavam a decorrer as visitas familiares, sendo que o enfermeiro optou por tentar explicar à família como se podiam deslocar no dia seguinte à unidade de cuidados intensivos polivalentes e quais os horários de visita. A verdade é que o facto de haver uma interrupção abrupta daquele momento, sendo que haviam passado poucas horas da chegada da senhora ao SUG C e da agudização do seu estado geral, potenciou alguma ansiedade familiar, sendo que a percepção de quem estava a observar o momento é o de que nenhum familiar conseguiu aprender a informação fornecida.

A discussão transcrita induziu as directrizes formativas no trabalho de campo.

Desta forma, considero que foram atingidos os resultados esperados para este objectivo, nomeadamente, reconhecer e gerir adequadamente o processo de transferência da pessoa em situação crítica, integrando os resultados da investigação

na prática, e contribuir para a redução da morbilidade e mortalidade destes clientes, bem como minimização do stress no cliente/família.

Objectivo 1	Actividades Propostas
<b>Dinamizar a incorporação de evidências sobre transferência da pessoa em situação crítica</b>	Realização de formação em contexto de trabalho, na área da transferência da pessoa em situação crítica, fomentando a incorporação da evidência existente na prática de cuidados
	Realização de norma de procedimento para a transferência da pessoa em situação crítica
	Implementação de um protocolo/ <i>guidelines</i> de transferência da pessoa em situação crítica para cuidados definitivos

**Tabela 8** – Dinamizar a incorporação de evidências sobre transferência da pessoa em situação crítica e respectivas actividades, no SUG C.

Após a análise supracitada foram colocadas as mesmas questões ao enfermeiro chefe e ao elemento dinamizador da formação em serviço, ficando agendados momentos de formação a todas as equipas deste serviço – cinco momentos diferentes – sobre o tema: “Transferência da Pessoa em Situação Crítica no SUG C”. Esta formação, prevista para sessenta minutos, teve como objectivos: promover a implementação de uma norma de procedimento, para a transferência da pessoa em situação crítica, e sensibilizar a equipa para a importância da implementação de listas de verificação, para a transferência – inter-hospitalar – da pessoa em situação crítica. Com a apresentação de algumas referencias teóricas, as quais me permitiram iniciar a discussão, segui com a sugestão da norma de procedimento realizada. Alertando para o objectivo *major* da aplicação da norma - garantir a segurança e a prevenção de complicações da pessoa em situação crítica, aquando do seu transporte – intra ou inter-hospitalar – e para o facto de se pretender que a sua aplicabilidade não fosse de todo imperativa, ou seja, imperando a subjectividade de cada pessoa, seguiu-se a discussão da avaliação da pessoa em situação crítica, na tomada de decisão. Esta teve por base a escala de Etxebarria et al (1998) e presente nas recomendações da SPCI (2008), mas com uma organização sob a abordagem ABCDE, pretendendo-se a

uniformização da linguagem, uma vez que também a lista de verificação do planeamento da transferência inter-hospitalar tem o mesmo formato. O resultado da norma, que se encontra ainda sujeita a aprovação pelo Conselho de Administração do hospital em questão, é apresentada em *Anexo VI*, assim como o *powerpoint* que serviu de apoio às sessões de formação. No final de cada uma das sessões, com adesão de quase a totalidade dos enfermeiros do SUG C, pode-se concluir que a equipa necessitava urgentemente de aprendizagem e de *guidelines* nesta área específica, considerando os itens apresentados como válidos, com linguagem adequada, esclarecedora e com informação pertinente. Também a sua aplicabilidade futura foi aceite como passível de ser realizada de forma eficiente.

Além da formação e da apresentação da norma foi sugerida a criação de duas malas específicas de transferência: mala de nível II e mala de nível III. A primeira, a utilizar na transferência com acompanhamento de enfermagem, com material para permeabilização da via aérea e ventilação, evitando que o enfermeiro necessite de levar material disperso consigo aquando do procedimento e aumentando a segurança na efectivação da transferência – possuindo material disponível para actuar em caso de complicações subjacentes. A segunda, para ser utilizada no decorrer da transferência com acompanhamento médico e de enfermagem, organizada de acordo com a abordagem ABCDE. Foi ainda reiterada a necessidade de verificação da capacidade e validade do material existente em cada uma delas, sempre após utilização, e, de uma forma fixa, uma vez por mês, assegurando outra etapa no caminho para o aumento da segurança na transferência da pessoa em situação crítica. Estas listas de verificação podem ser consultadas em *Anexo VI*.

Também uma proposta de folha de registo de enfermagem aplicável à transferência inter-hospitalar para o SUG C, foi apresentada ao enfermeiro orientador e enfermeiro chefe, de forma a cumprir todas as legalidades e a assegurar a correcta vigilância e monitorização da pessoa em situação. Esta folha, também com abordagem ABCDE, está ainda sujeita a aprovação, não tendo sido apresentada e discutida com a equipa (*Anexo VI*).

Em suma, todo o percurso no SUG C foi construído encarando a transferência da pessoa em situação crítica como uma prioridade de cuidados, revendo as recomendações nacionais existentes, reconhecendo as potenciais dificuldades

inerentes à aplicação das mesmas, elaborando uma norma com algoritmos de decisão e procedimentos de transporte e promovendo a formação necessária para fomentar a criação de equipas que minimizem o risco inerente ao transporte.

Posto isto, reflecto que atingi os objectivos propostos, nomeadamente: reconhecer e gerir adequadamente o processo de transferência da pessoa em situação crítica, integrando os resultados da investigação na prática; contribuir para a redução da morbilidade e mortalidade destes clientes, bem como minimização do stress no cliente/família; sensibilização da equipa para os efeitos da melhoria da qualidade dos cuidados, da incorporação dos resultados da investigação na prática clínica; sensibilização da equipa para o papel do enfermeiro na transferência do doente crítico; e desenvolver competências na área de formação em serviço e na supervisão de práticas clínicas.

## **6. QUESTÕES ÉTICAS**

Ao longo do percurso de estágio atentou-se a que a excelência do exercício profissional fosse cumprida, assumindo os deveres determinados pelo Código Deontológico (Secção II, Artigo 88º), em concreto:

- Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;
- Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;
- Manter a actualização contínua dos conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.

Foi suportada nestas premissas que todo o estudo foi desenvolvido, tendo como propósito uma intervenção organizada, fundamentada num quadro conceptual, desenvolvendo competências especializadas essenciais para a qualidade dos cuidados prestados, promovendo a segurança e prevendo os riscos associados à transferência da pessoa em situação crítica.

Baseada numa visão de cuidados holísticos, foi considerado pertinente a sensibilização para a humanização dos cuidados – definida pelo Código Deontológico dos Enfermeiros – Secção II, Artigo 89º – tendo o enfermeiro, com competências especializadas, o dever de *“dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”*.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

É certo que a decisão de transferência de uma pessoa em situação crítica é da competência médica, contudo compete ao enfermeiro reunir todas as condições necessárias de modo a minimizar os riscos inerentes ao transporte. A promoção de um ambiente calmo e seguro e a vigilância contínua do doente, permitem detectar precocemente alterações levando à actuação conjunta de toda a equipa envolvida no transporte, com o objectivo de estabilizar o doente (Martins e Martins, 2010).

Regida pelas palavras de Markasis et al. (2006) as transferências hospitalares de pessoas em situação crítica são comuns mesmo em países com sistemas de saúde desenvolvidos. Todas as transferências hospitalares acarretam os seus riscos contudo, a sua realização justifica-se sempre em prol de cuidados especializados, diferenciados e definitivos. É com o sentido de alertar para a prevenção das complicações, prevendo formas de intervenção quando ocorrem e promovendo a segurança da pessoa em

situação crítica e de toda a equipa multidisciplinar que se desenvolve o âmago deste relatório.

Assim, recorrendo à revisão da literatura, foram definidos conceitos chave, intervenções especializadas de enfermagem nas diferentes etapas da transferência, assumindo o papel do enfermeiro especializado como central em todo o processo de transferência da pessoa em situação crítica.

Deste modo, no SUG A e SUG B foram desenvolvidas competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sujeita a transferência para cuidados definitivos, através do conhecimento da estrutura física, orgânica e funcional do mesmo, da integração na equipa multidisciplinar de forma a compreender a sua dinâmica, da revisão bibliográfica na área da transferência da pessoa em situação crítica para cuidados definitivos; da colaboração na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica na sua transferência para cuidados definitivos, e, finalmente, do reconhecimento, avaliação e gestão da necessidade de transferência da pessoa em situação crítica. Também a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no processo de transferência da pessoa em situação crítica foi conseguida, através de práticas de transferência com identificação de obstáculos nesse processo, da análise crítica das situações vivenciadas durante o trabalho de campo, da realização de reuniões formais e informais com o enfermeiro orientador para análise de situações e discussão de ideias, e, por último, da realização de formação em contexto de trabalho, sobre a uma proposta de *check list* da transferência inter-hospitalar e intra-hospitalar – respectivamente, no SUG A e B - para cuidados definitivos da pessoa em situação crítica, fomentando a incorporação da evidência existente na prática de cuidados.

Finalmente, no SUG C foram desenvolvidas competências clínicas especializadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sujeita a transferência para cuidados definitivos. Através da revisão bibliográfica na área da transferência da pessoa em situação crítica para cuidados definitivos, do reconhecimento, avaliação e gestão da necessidade de transferência da pessoa em situação crítica, da identificação precoce dos obstáculos que poderão comprometer a continuidade da qualidade de cuidados no processo de transferência da pessoa em situação crítica, com o envolvimento do cliente/família em todo o processo de transferência da pessoa em

situação crítica, a análise crítica das situações vivenciadas durante o trabalho de campo e a realização de reuniões formais e informais com o enfermeiro orientador para análise de situações e discussão de ideias. Atentou-se também na dinamização da incorporação de evidências sobre transferência da pessoa em situação crítica, com o diagnóstico das necessidades formativas na área da transferência da pessoa em situação crítica, em parceria com o enfermeiro chefe, o enfermeiro chefe de equipa, com o elemento dinamizador da formação em serviço e com o enfermeiro orientador. A realização de formação em contexto de trabalho, na área da transferência da pessoa em situação crítica, sobre listas de verificação da transferência inter-hospitalar e norma de procedimento, fomentando a incorporação da evidência existente na prática de cuidados. A realização de norma de procedimento para a transferência da pessoa em situação crítica foi outra actividade a destacar. A implementação de um protocolo/*guidelines* de transferência da pessoa em situação crítica para cuidados definitivos, assim como a sugestão de uma folha de registos para a transferência para cuidados definitivos foram outros momentos de grande significância.

O quadro de referência que norteou o desempenho em termos de prática clínica foi o modelo teórico de Meleis (2000), uma vez que associada à transferência da pessoa em situação crítica ocorre um processo de transição saúde-doença, visando preparar os clientes e a família para a transição eminente facilitando o processo de aprendizagem de novas competências.

Também o modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem por Benner (2001) foi utilizado, secundariamente, para enquadrar os objectivos propostos na aquisição de competências. Segundo este modelo, na *“aquisição e desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito”* (BENNER, 2001). Todo o trabalho desenvolvido no decorrer do trabalho de campo teve como objectivo, o desenvolvimento de competências de nível proficiente/perito.

Quanto às limitações existentes em relação ao trabalho de campo realizado, importa sublinhar que, apesar do estudo sobre a temática da transferência da pessoa em

situação crítica ser proeminente no nosso país, não existem dados concretos e científicos sobre o número de transferências da pessoa em situação crítica realizadas ou qualquer estudo comparativo que evidencie a melhoria da qualidade de cuidados com a utilização de uma norma de procedimento sobre o tema em questão.

Também as limitações temporais e burocráticas inerentes ao trabalho realizado constituíram um obstáculo para a aprovação superior de algumas das propostas realizadas no SUG C.

Assim, e dado que “*o caminho faz-se caminhando*” (Antonio Machado, XXIX), seguem-se as actividades previstas:

- Identificar o número de transferências da pessoa em situação crítica realizadas anualmente no SUG C, assim como caracterizar a população identificando os riscos possíveis inerentes;
- Identificar o impacto de uma norma de procedimento na transferência da pessoa em situação crítica através de um estudo comparativo com duas amostras populacionais de pessoas em situação crítica com necessidade de transferência, com e sem aplicação da norma de procedimento;
- Promover a continuidade da realização de sessões formativas no SUG C sobre a transferência da pessoa em situação crítica, com partilha de informação actualizada e esclarecimento de dúvidas pertinentes.

Considera-se que o trabalho desenvolvido contribuiu grandemente para uma motivação e maturidade pessoal e profissional, induzindo a premissa de desenvolvimento na área da transferência, tendo despertado atitudes e mentalidades nos diferentes campos de trabalho, com atenção rigorosa à tríade família/pessoa/equipa de transferência.

## **BIBLIOGRAFIA**

- BENNER, Patrícia (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 294p. ISBN 972-8535-97-X.
- COLÉGIO AMERICANO DE CIRURGIÕES (2008). *ATLS - Manual do curso de alunos*. Chicago: Comité de Trauma.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN 972-95420-0-7.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). *Código Deontológico dos Enfermeiros – Série I – A*. Lisboa: Diário da República.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA (1998). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA (2001). *Série I-B, 226 – Portaria nº 1147/2001 de 28 Setembro*. Lisboa.

- FERNANDES, Maria (1999). *Metodologia de Projecto*. Lisboa: Servir. ISSN 0871-2370.
- JÚNIOR, G. & NUNES, T. (2001). *Transporte do paciente crítico*. Ribeirão Preto: Simpósio Medicina Intensiva.
- LACERDA, M., Cruvinel M. & Silva, W. (2008). Transporte de pacientes: intra-hospitalar e inter-hospitalar. *Curso de Educação à Distância em Anestesiologia - Capítulo 6*. São Paulo.
- LEES, et al (2008). Safety of interhospital transport of cardiac patients and the need for medical escorts. *Emergency Medicine Australasia*, 23-31.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-6723.2007.01020.x/full>.
- MACKINTOSH, Margaret (2006). *Transporting critically ill patients: new opportunities for nurses*, 20 (36), 46-48.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16755893>
- MARKAKIS C. et al. (2006, n.º 23). Evaluation of a risk score for interhospital transport of critically ill patients. *Emergency Medical Journal*. p. 313-317.
- MARTINS, R. & MARTINS, J. (2010, n.º2). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de enfermagem Referência*. p. 111-120.
- MELEIS et al. (2010, Setembro). Experiencing Transition: An emerging middle range Theory. *Advances in Nursing Science*. p. 18-28.
- MELEIS, A. & SHUMACHER, K. (1994, Summer, Vol.26). Transitions: A central concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. p.119-127.
- MORTON, R. & HUDSON, T. (2010). *Critical Care Transport in a Combat Environment: Building Tactical Trauma Transport Teams Before and During Deployment*. p. 57-67. Acedido em: 12.06.2010. Disponibilidade em <http://www.ccnonline.org>.
- NEVES et al. (2000). Transporte de doentes em estado crítico. *Revista Nursing*, 144, 37-40.
- NUNES, F. (2009). Tomada de decisão do enfermeiro no transporte do doente crítico. *Revista Nursing*, 246, 39-46.

➤ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 01/07/2011. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

➤ ORDEM DOS MÉDICOS & SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Lisboa: CELOM.

➤ SERVIÇO DE HELICÓPTEROS DE EMERGÊNCIA MÉDICA. (2009). *Manual do Serviço de helicópteros de Emergência Médica (SHEM)*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.

➤ SHEEHY, S.(2001). *Enfermagem de Urgência - da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência.

➤ THE ASSOCIATION OF ANAESTHETISTS OF GREAT BRITAIN AND IRELAND (2009). *AAGBI Safety Guideline – Interhospital Transfer*. Londres.

➤ WARREN, J.(2004). Guidelines for the inter and intrahospital transport of critically ill patients. *CritCareMedicine*, 32,1. p.256-262.