



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Jéssica Filipa Silva de Jesus Salas

PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA SOBRE A SEGURANÇA DO TRANSPORTE
INTRA-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA

Perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a Segurança
do Transporte Intra-hospitalar da Pessoa em
Situação Crítica

ⁱRelatório Final de estágio

Jéssica Filipa Silva de Jesus Salas

Relatório Final de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação do Professor Mestre Mário Branco.

“A única forma de chegar ao impossível é acreditar que é possível”

(Lewis Carroll)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Mestre Mário Branco, pelo apoio, dedicação e paciência infinita. Agradeço-lhe a disponibilidade, a partilha de conhecimentos e a motivação em me levar mais além durante esta jornada;

À Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, nomeadamente à Professora Doutora Liliana Mota e à Professora Doutora Sónia Novais, pela disponibilidade, ajuda e apoio durante a realização deste projeto.

Aos meus orientadores de estágio, por me terem acolhido tão bem e me permitirem levar este caminho de forma enriquecedora pela partilha de conhecimentos e experiências. Aos meus companheiros de mestrado, pelos momentos de partilha e alegria.

À equipa do Serviço de Medicina Intensiva 6, em especial à Enfermeira Coordenadora pelo seu apoio e incentivo neste processo, bem como aos colegas pela motivação e paciência.

À minha equipa de trabalho, Equipa E, aos colegas que são amigos, por sempre acreditarem, pela motivação, aplaudirem as minhas vitórias e me apoiarem nas minhas derrotas.

Aos meus amigos pessoais, família de coração, por compreenderem as minhas ausências, tolerarem os meus atrasos, lutarem todas as minhas batalhas como se fossem deles.

À minha família, pelo apoio e carinho demonstrado em todos os meus sonhos.

À minha avó, fonte de amor e colo, nunca deixou que me faltasse a minha comida favorita.

Ao meu irmão, pelo sorriso rasgado, sentido de humor apurado e o abraço mais apertado.

À minha mãe, meu porto seguro e fonte de inspiração, pelo amor incondicional durante toda a vida e pela gratidão de me ter tornado a pessoa que sou hoje.

Ao Fábio, pelo companheirismo, pelos sorrisos, pelas palavras de motivação, pelo abraço apertado durante as lágrimas que não controlei ou pelo cansaço que me consumiu, o teu amor levou-me até aqui.

A ti, papá, que apesar de ter sido a doença que te levou de mim, eu tornei-me enfermeira para cuidar dos outros. É de ti que advém esta vontade de alcançar o impossível para o tornar possível, que me toma tanto de louca como de sonhadora.

A ti, avô, que partiste durante esta jornada, por teres sido o meu maior apoio e me incentivares sempre a conquistar o mundo, espero que a minha missão seja ter sido tua neta, porque a tua missão de vida foi ser Avô.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA – American Psychological Association
CCT – Cirurgia Cardiotorácica
CVC – Cateter Venoso Central
CHUSJ – Centro Hospitalar Universitário de São João
CmH₂O – Centímetros de água
DGS – Direção Geral da Saúde
EA – Eventos Adversos
EE – Enfermeiro Especialista
EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
MI – Medicina Intensiva
OE – Ordem dos Enfermeiros
OM – Ordem dos Médicos
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
PAI – Pneumonia Associada à Intubação
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PSC – Pessoa em Situação Crítica
RNEHR – Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
TIH – Transporte intra-hospitalar
UAG – Unidade Autónoma de Gestão
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCICCT – Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica

RESUMO

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são entendidos como cuidados altamente qualificados, prestados de forma sistemática, com o objetivo de prevenir complicações, limitar incapacidades e otimizar a recuperação total da pessoa.

Cuidar da pessoa em situação crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos com necessidade de transporte intra-hospitalar requer da equipa competências específicas de forma a manter o mesmo nível de cuidados que esta apresenta na Unidade de Cuidados Intensivos. Este transporte é descrito como um procedimento exigente, que requer tempo e recursos humanos e materiais, com uma forte probabilidade de ocorrência de incidentes, cuja finalidade do transporte deve ser superior ao risco que este acarreta.

Com base na complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação crítica, o Enfermeiro Especialista deve adquirir conhecimentos e aptidões para replicar em tempo útil, holisticamente, à situação, abarcando o cuidar como um exercício prático, ao contrário de ser apenas um sentimento ou um conjunto de posturas que estão além da prática, revelando o conhecimento e a competência que o Cuidado de excelência requer.

O estágio de enfermagem à pessoa em situação crítica II foi realizado no Serviço de Medicina Intensiva 1 – Ala A e na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica do Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto. Tendo em conta o exercício de funções no Serviço de Medicina Intensiva da mesma instituição, os estágios foram uma oportunidade para ter uma visão mais abrangente dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica nas diferentes áreas de especialidade e desenvolver as competências comuns e específicas como futura Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à pessoa em situação crítica.

O projeto de investigação, intitulado a Perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a Segurança do Transporte Intra-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica, teve como objetivo identificar os fatores promotores e dificultadores da segurança do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos. Para isso, realizou-se um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. Os dados foram obtidos através de um focus group,

realizado por videoconferência, a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Com os resultados obtidos, concluiu-se que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica identificaram um conjunto de fatores promotores e dificultadores que promovem a segurança do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica internada em Unidades de Cuidados de Intensivos. Além disso, identificam um perfil de competências de quem executa o transporte que pode ser benéfico para a criação de novos protocolos que promovam esta prática mais segura quer para a pessoa quer para a equipa de transporte.

Considera-se que este estudo representará uma estratégia de melhoria progressiva da qualidade dos processos de transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica internada em Unidade de Cuidados Intensivos.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem em Cuidados Críticos; Segurança do Paciente; Transferência de Pacientes

ABSTRACT

Nursing care for critically ill persons is understood as highly qualified care, provided systematically, with the goal of preventing complications, limiting disabilities and optimizing overall recovery of the person.

Caring for critically ill persons admitted to Intensive Care Units with the need for intra-hospital transport requires a team with specific skills in order to maintain the same level of care they have in the Intensive Care Unit. This transport is described as a demanding procedure that requires time and resources, with possibility of incidents, therefore the risk has to be lower than the benefit of the transport.

Based on the complexity of health situations and the responses needed for the critically ill and/or organ failure person and their family/significant person, the Specialist Nurse must mobilize knowledge and skills to respond in a timely and holistic way to the situation, understanding care as a practice, rather than just a feeling or a set of attitudes that are beyond practice, revealing the knowledge and competence that excellent care requires.

The Advanced Nursing Care for Critically Ill person II internship was carried out in the Intensive Medicine 1 Unit - Wing A and in the Cardiothoracic Surgery Intensive Care Unit at São João University Hospital Centre, in Oporto. Taking into account the exercise of functions in an Intensive Medicine Service of the same institution, the internships were an opportunity to have a broader view of the care provided to the critically ill person in the different areas of specialty and develop common and specific skills as a future Master and Specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of specialization of Nursing Care for the Critically Ill person. The research project, entitled the perspective of specialist nurses in medical-surgical nursing on the safety of intra-hospital transport of critical ill persons, aimed to identify the factors that promote and hinder the safety of intra-hospital transport of critical ill persons admitted to Intensive Care Units. In the research project, a qualitative study of exploratory and descriptive nature was carried out. Data were obtained through a focus group, carried out by videoconference, with Specialist Nurses in Medical-Surgical Nursing working in Intensive Care Units for at least 5 years.

From the results obtained, it was concluded that the Specialist Nurses in Medical-Surgical Nursing name a set of factors that can promote and hinder the safety of the critically ill person admitted to Intensive Care Units. In addition, they identify a profile of skills of those

who perform the transport that can be beneficial for the creation of new protocols that promote this practice safer for the person and for the transport team.

It is considered that this study will represent a strategy for the progressive improvement of the quality of intra-hospital transport processes for the critically ill person admitted to Intensive Care Unit.

Keywords: Intensive Care Unit; Critical Care Nursing; Patient Safety; Patient Transfer

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Gestão do TIH	66
Tabela 2: Eventos Adversos	71
Tabela 3: Resolução dos eventos adversos.....	73
Tabela 4: Perfil de Competências	75

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento dos Contextos de Estágio	25
1.1. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos Polivalente	26
1.2. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos de Especialidade	27
2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	29
2.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	29
2.2. Melhoria Continua da Qualidade	31
2.3. Gestão dos Cuidados	33
2.4. Desenvolvimento das Atividades Profissionais	35
3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	37
3.1. Cuidar da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	37
3.2. Maximizar a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas .	40
4. Considerações Finais	44
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	47
1. Resumo	49
2. Abstract	51
3. Fundamentação/enquadramento teórico	53
4. Finalidade e Objetivos	59
5. Metodologia	61

5.1. Desenho do Estudo	61
5.2. Considerações Éticas.....	63
6. Resultados e Discussão	64
7. Conclusão.....	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	89
ANEXO I: FORMAÇÃO EM SERVIÇO SMI1 – ALA A	91
ANEXO II: FORMAÇÃO EM SERVIÇO UCCICT	93
ANEXO III: COMUNICAÇÃO ORAL.....	95
ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO	99
ANEXO V – GUIÃO FOCUS GROUP	102
ANEXO VI – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	104

INTRODUÇÃO

O relatório final surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) – área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), sob orientação do Professor Mestre Mário Branco. Este documento visa analisar e refletir o percurso efetuado entre janeiro e maio de 2022 no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) 1 – Ala A e na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorádica (UCICCT), do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), no Porto, assim como a componente de investigação.

No decorrer do relatório, irá ser feita uma análise crítico-reflexiva sobre as intervenções realizadas para a obtenção de grau de mestre, assim como para dar resposta às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), na área de especialização de Enfermagem à PSC, e ainda a descrição do projeto de investigação que deu nome a este documento: Perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a segurança do Transporte Intra-Hospitalar (TIH).

Segundo o artigo 15º do Decreto-Lei nº65/2018, a obtenção do grau de Mestre é concedida aos que demonstrem capacidade de possuir conhecimentos e capacidade de compreensão com base na sustentação, desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos obtidos ao nível do primeiro ciclo. A obtenção do grau é conferida numa área de especialidade, podendo ser desdobrada em áreas de especialização diferentes.

A área de especialização de Enfermagem à PSC, tem como alvo a pessoa, família/cuidador em situação crítica. Esta, segundo o Regulamento nº429/2018 (p. 19362), é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

Deste modo, os cuidados de enfermagem prestados a esta população exigem observação, colheita e uma procura contínua, sistémica e sistematizada dos dados, cujos objetivos são conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, prever e detetar precocemente as complicações assim como, assegurar uma intervenção precisa, concreta e eficiente (Regulamento nº429/2018). É com base neste conceito que fundamentei a minha prática clínica ao longo do estágio, realizando intervenções diárias que permitissem

o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEEMC, na área de especialização de Enfermagem à PSC bem como nas competências como mestranda.

Relativamente ao projeto de investigação, o TIH faz parte da dinâmica dos profissionais que trabalham em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), devido à necessidade de se facultar um nível de assistência superior ou para realização de meios complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, que não sejam passíveis de serem efetuados no serviço (OM & SPCI, 2008). A execução do TIH dedica-se, essencialmente, sobre a prevenção de incidentes e eventos adversos, cujo objetivo é promover a segurança e qualidade dos cuidados durante a realização do mesmo (Silva et al., 2017).

O tema em estudo surge pela minha prática profissional como Enfermeira numa UCI, cujo TIH acontece frequentemente como uma prática de alta complexidade pela panóplia de equipamentos e recursos que a PSC requer. Na minha experiência profissional e académica, deparei-me com um conjunto de situações dificultadores no TIH que poderiam ser melhoradas com base na evidência científica, bem como com a partilha de conhecimento de quem melhor executa este tipo de transporte.

Como tal, surge a necessidade de perceber as Perspetivas dos EEEMC sobre o TIH da PSC, bem como apresentar fundamento para melhorar todo processo de transporte e, assim, tornar esta prática, uma atividade segura para a pessoa e para os profissionais de saúde. Este projeto tem como principal objetivo: Identificar os fatores promotores e dificultadores da segurança do transporte intra-hospitalar da PSC internada em UCI, na perspetiva dos EEEMC. Para sustentação da temática em estudo, foi utilizado o Modelo de Aquisição de Competências de Patricia Benner. Este descreve como um enfermeiro adquire experiência ao longo do tempo, sendo que esta adquire-se em cinco níveis diferentes: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes níveis são obtidos através de educação, treino e experiência prática, concentrando-se no processo de aprendizagem, pois o enfermeiro precisa adquirir novas habilidades e conhecimentos à medida que se desenvolve como profissional (Benner, 2001).

Este documento encontra-se dividido em dois capítulos: o primeiro referente à componente de relatório de estágio, na qual são descritos os locais de estágio, são apresentadas as competências comuns dos EEEMC atingidas e, por último, a descrição das competências específicas do EEEMC e de mestre desenvolvidas, na área de especialização de Enfermagem à PSC, durante o período de estágio. O segundo capítulo refere-se ao projeto de investigação, no qual é realizada uma fundamentação teórica, no qual se apresenta o estado da arte nesta área; a metodologia do estudo, no qual está descrito os critérios de seleção dos participantes,

o método de colheita de dados, bem como as considerações éticas; os resultados são apresentados por categorias, ao sendo realizada a sua discussão tendo em conta a revisão da literatura; por fim, na conclusão, estão explanadas as principais conclusões do projeto de investigação e as implicações atuais e futuras da prática de Enfermagem.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

As Unidades de Cuidados Intensivos

1. Enquadramento dos Contextos de Estágio

A Medicina Intensiva (MI) é resultado da evolução multidisciplinar, na vertente fisiopatológica, terapêutica e tecnológica, que se tem analisado nos últimos 50 anos, cujo objetivo é suportar e recuperar a função vital do organismo bem como possibilitar qualidade de vida futura, desde que se reúnam no mesmo contexto, competência, saber e tecnologia. Deste modo, a MI é um local qualificado para atribuir-se a total responsabilidade pela pessoa com disfunção orgânica, e assim suportar, prevenir e reverter falências com implicações na vida da mesma (Ministério da Saúde, 2003).

A hipótese de todos os seres humanos terem acesso a uma MI de qualidade, independentemente da sua residência, em locais com o equipamento e a experiência necessários, são direitos básicos na estruturação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Ministério da Saúde, 2013).

Atualmente, em Portugal, a MI tem progredido com as necessidades da população, sendo que algumas das UCI, de vários hospitais, evoluíram para Serviço de Medicina Intensiva (SMI), tendo como missão a gestão da PSC à escala hospitalar (Paiva et al., 2017). Em hospitais de grande dimensão, verificou-se a integração de UCI em unidades nível III (designadas como intensivas) e de unidades de nível II (designadas de intermédias), num único SMI do hospital para promover a maximização da eficiência, otimização da continuidade de cuidados, facilidade na disponibilidade de camas e da sua gestão com equidade, redução de eventos adversos, de readmissões em nível III e aumento de custos de tratamento (Paiva et al., 2017). As unidades de nível III são destinadas à PSC com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida que necessitam de duas ou mais formas de suporte orgânico. Por sua vez, as unidades nível II são destinadas à PSC que necessita de monitorização hemodinâmica e de suporte de apenas uma função orgânica, não exigindo ventilação mecânica invasiva (Paiva et al., 2017).

O estágio final comportou dois grandes momentos de aprendizagem, sendo que o primeiro foi realizado em contexto de UCI polivalente no SMI 1 – Ala A e o segundo, na UCI de Especialidade na UCICCT, do CHUSJ. Ambos os serviços são constituídos por unidades de nível II e nível III, sendo que o SMI1 – Ala A, comporta unidades nível II e III no mesmo espaço físico, ao contrário da UCICCT que dispõe estas unidades em espaços físicos diferentes.

1.1. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos Polivalente

O primeiro momento de estágio decorreu entre 3 de janeiro e 11 de março de 2022 no SMI1 – Ala A do CHUSJ, sendo este um serviço de cuidados intensivos polivalente. Entende-se por Polivalente, as unidades que não restringem a sua atividade de internamento a uma única especialidade médica ou cirúrgica (Ministério da Saúde, 2013).

O SMI1 – Ala A está inserido numa Unidade Autónoma de Gestão (UAG) cuja missão prende-se com o desenvolvimento de medidas que promovem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados bem como do grau de satisfação dos clientes, sendo responsável por desenvolver iniciativas que promovam a valorização profissional e da qualidade dos cuidados, garantido uma resposta adequada à população (CHUSJ, 2022).

Este serviço tem capacidade de doze unidades de nível II ou nível III, distribuídas por duas salas, sendo uma unidade de isolamento físico. A disposição das mesmas em espaço aberto permite uma visão global de todos os doentes. As salas estão constituídas por um posto de vigilância de monitorização hemodinâmica de toda a unidade, onde existem computadores que permitem o acesso rápido aos vários sistemas de informação utilizados no CHUSJ. A unidade comporta, ainda, várias salas de apoio com funções distintas, como o gabinete do Enfermeiro-Gestor, gabinetes médicos, uma biblioteca, gabinete de secretariado, gabinete da Enfermeira responsável pela Consulta de Follow-up, áreas de arrumação e armazenamento de material de uso clínico e equipamentos diversos, no qual se encontra o sistema informatizado de dispensa de terapêutica (Pyxis MedStation®), uma área de limpos e sujos, uma sala da família, um local para refeições e dois vestiários.

A nível dos recursos humanos, a equipa do SMI1 Ala A é constituída por Médicos Intensivistas, médicos internos de diferentes especialidades, Enfermeiros (generalistas e especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em Enfermagem de Reabilitação e de Saúde Comunitária), assistentes operacionais e assistente técnico, cujo o foco comum é o cuidar da PSC e respetiva família/pessoa significativa. Conta, ainda, com a colaboração de vários Técnicos de Saúde de Diagnóstico e Terapêutica bem como de médicos, de diferentes especialidades, que prestam apoio e acompanhamento à PSC internada no SMI.

O SMI apresenta uma equipa multidisciplinar própria, dedicada e em presença física 24h por dia, tal como é recomendado pelo Regulamento da Norma para cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento nº743/2019).

Este campo de estágio, permitiu um leque de experiências enriquecedoras, possibilitando complementar os conhecimentos prévios como enfermeira num SMI, bem como a partilha de experiências e aprendizagens com a equipa de enfermagem, potenciando a aquisição das competências comuns e específicas como futura EEEMC na área de especialização de Enfermagem à PSC. Como tal, foi criado o objetivo específico: desenvolver competências especializados no âmbito do TIH da PSC politraumatizada, que irá ser desenvolvido posteriormente.

1.2. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos de Especialidade

O segundo momento de estágio decorreu entre o período de 14 de março a 30 de maio de 2022, na UCICCT, do CHUSJ. Esta é considerada uma UCI de especialidade, isto é, designada como uma unidade monovalente, uma vez que 90% dos doentes internados referem-se a uma única especialidade (Ministério da Saúde, 2013).

Esta unidade destina-se ao tratamento da pessoa com patologia cardíaca e/ou torácica que necessite de tratamento cirúrgico urgente ou doentes submetidos a Cirurgia Cardiorotáica (CCT) eletiva, sendo também reconhecida como Centro de Referência de Transplante de Coração. Os centros de referência são estruturas multidisciplinares e transversais às estruturas intermédias de gestão da área de produção clínica, sendo uma aposta prioritária com a finalidade de maximizar a eficácia e a qualidade da prestação de cuidados de saúde com elevado nível de diferenciação (CHUSJ, 2022).

A UCICCT é constituída por 20 camas, sendo 10 destinadas a cuidados de nível III (intensivos) e as restantes a cuidados de nível II (intermédios), distribuídas por duas salas em espaço aberto, três salas com duas camas e um quarto de isolamento. As salas em “Open Space” são constituídas por um posto de monitorização hemodinâmica, junto do qual se encontram computadores que permitem o acesso aos diferentes sistemas de informação (SClinic, Clinidata®, JOne, entre outros), um balcão para preparação de terapêutica e vários armários que permitem o acondicionamento de diferente material clínico, não clínico, terapêutico, assim como o sistema informatizado de dispensa de terapêutica (Pyxis MedStation®). O espaço físico é, ainda, constituído pelo gabinete da Enfermeira-Gestora, dois gabinetes médicos, gabinete de secretariado, gabinete do Assistente Social, áreas de arrumação e armazenamento de material e equipamentos, uma área de limpos e sujos, um local para refeições e um vestiário. O Bloco Operatório da especialidade encontra-se no mesmo espaço

físico, proporcionando um circuito fechado dentro do mesmo espaço e maior segurança para a pessoa.

A nível de recursos humanos, a UCICCT contempla uma equipa de enfermagem dedicada, da qual fazem parte enfermeiros generalistas e especialistas em diversas áreas de especialização em Enfermagem, Médicos Especialistas em CCT e médicos internos da respetiva especialidade, assistentes operacionais, assistente técnica, assistente social e fisioterapeuta. Conta ainda, com o apoio externo de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, das diferentes especialidades médicas, nomeadamente da Medicina Intensiva.

Este momento de estágio na UCICCT permitiu a evolução de conhecimento teórico e prático, nesta área de especialidade, tornando-se num momento de aprendizagem importante para a minha prática clínica num SMI que é referência na prestação de cuidados à PSC cardíaca e como futura mestre e especialista em EEEMC na área de especialização de Enfermagem à PSC. Assim sendo, foi estabelecido o objetivo específico: desenvolver competências especializados no âmbito da PSC submetida a CCT, que irá ser apresentado à posteriori.

2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O título profissional de Enfermeiro Especialista (EE) é concedido, após candidatura à Ordem dos Enfermeiros (OE) aquando conclusão do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem ou pela conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem numa área clínica de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os cuidados de Enfermagem assumem, cada vez mais, uma maior valor e exigência técnica/científica, tornando a especialização uma realidade cada vez mais ampla entre os enfermeiros (Regulamento 140/2019).

Entende-se por “Competências Comuns” as competências aformaladas por todos os EE, independentemente da sua área de especialização, apresentadas através da sua alta aptidão de conceção, gestão e supervisão bem como através de uma base efetiva à prática profissional especializada no campo de ação da formação, investigação e assessoria (Regulamento 140/2019).

Deste modo, as Competências Comuns do EE “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento 140/2019, p. 4745).

Neste capítulo serão apresentados os quatro domínios integrantes das competências comuns do EE bem como, algumas das atividades desenvolvidas para concretizá-los.

2.1. *Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*

Com base neste domínio, é esperado que o EE demonstre uma prática profissional, ética e legal, na sua área de especialidade, apresentando uma conduta de acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional, e assim garanta a prestação de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento 140/2019).

Os princípios gerais do código da profissão defendem que as intervenções de enfermagem são executadas com o cuidado pela dignidade e liberdade da pessoa humana e que se deve determinar em valores como: a igualdade, a liberdade responsável, com vista o bem comum, a verdade, a justiça, o altruísmo e a solidariedade, assim como a competência e o aprimoramento profissional (Lei nº156/2015).

Foi com base nos princípios acima referidos que desenvolvi o meu percurso profissional, aplicando-os na prática, promovendo sempre o respeito pela dignidade humana, pelos direitos e deveres a quem prestei cuidados, assumindo as responsabilidades inerentes às ações desenvolvidas. No entanto, ao longo do percurso, foram surgindo algumas dúvidas e inquietações, que acarretavam tomadas de decisão complicadas com necessidade de adaptação aos princípios e valores éticos da profissão. Contudo, é quando estamos perante as adversidades que temos oportunidade de evoluir. Assim, aprofundei as minhas capacidades crítico-reflexivas sobre os comportamentos a adotar na prestação de cuidados, por forma a tomar sempre a melhor decisão possível com base nos princípios e valores éticos que regulam a nossa profissão.

Com a situação pandémica vivida no período pré e durante o percurso de estágio, a relação humana tornou-se, muitas vezes, menosprezada e desvalorizada em virtude das regras impostas pelas diversas instituições e das medidas de contingência adotadas para controlo da situação. O cansaço dos profissionais e desvalorização profissional sentida, verificou-se que existia uma menor disponibilidade para a relação terapêutica, tornando os profissionais seres mais “automáticos”, ao invés de cuidadores de um ser holístico, com uma família, inserido numa comunidade e que apresenta valores e direitos a serem respeitados.

No Código Deontológico da profissão, prevê-se que o enfermeiro desenvolva as suas intervenções com base na humanização dos cuidados, conceda atenção à pessoa unitária, que se insere numa família e numa comunidade, criando um ambiente favorável ao seu desenvolvimento (Lei nº156/2015). Atendendo que o Cuidar em UCI é visto, muitas vezes, única e exclusivamente, pela dimensão física comparativamente com a dimensão humana, pelo seu predomínio técnico e tecnológico, procurou-se aperfeiçoar esta competência, que muitas vezes é desvalorizada, com base no diálogo e reflexão sobre a temática, nomeadamente na importância de posturas e condutas que demonstrem preocupação e individualidade pela pessoa/família/cuidador.

Com isto, demonstrar preocupação e individualidade por esta tríade é respeitar os seus valores, crenças, ideologias e vontades individuais, conferindo-lhe oportunidade para tomar as suas próprias decisões. O paradigma da UCI está em constante mudança, sendo que a

quantidade de pessoas em situação crítica acordadas tem vindo aumentar, tornando esta responsabilidade cada vez mais importante. Deste modo, o dever da informação tem um papel fundamental, permitindo o envolvimento da pessoa/família/cuidador nos cuidados prestados, conferindo-lhes o direito à autodeterminação, assim como o respeito e direito da pessoa ao consentimento informado (Lei nº156/2015). Com base nestes aspetos, foi-se adaptando a prática nos diferentes campos de estágio, consoante a situação clínica de cada pessoa. As intervenções tiveram sempre como fundamento o respeito pela pessoa, pela sua dignidade e pelas suas vontades, sempre que esta apresentasse capacidade para tomar decisões autónomas. Isto vai de encontro ao defendido pela Lei de Bases da Saúde, que todas as pessoas têm o direito de receber informações de forma “adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar” assim como “a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei” (Lei nº95/2019, p.56).

2.2. Melhoria Continua da Qualidade

Requer-se nesta competência que o EE colabore na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, participe na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional, mobilize conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade assim como oriente projetos institucionais na mesma área (Regulamento 140/2019).

Apesar de não existir uma definição aceite universalmente, entende-se que a qualidade é a medida que visa melhorar os resultados preconizados na saúde através dos atuais conhecimentos profissionais (OMS, 2020). Ainda segundo o mesmo autor, esta definição tem como objetivo influenciar os efeitos em saúde, a nível individual e da população, destacando a relevância das evidências e dos saberes profissionais (OMS, 2020).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 apresenta como primazia garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades e assim, ampliar o financiamento da saúde, o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção dos profissionais. É, também, referido no mesmo, que deve haver investimento contínuo na qualidade, educação, capacitação e contextos de trabalho adequados aos profissionais de

saúde, de modo a promover a satisfação profissional e assim, reduzir ou prevenir as situações de burnout e despedimento (DGS, 2022a).

Em ambientes como a UCI, devido à complexidade dos cuidados prestados é difícil definir indicadores de qualidade consensuais, exequíveis, que permitam a comparação e avaliação das várias unidades e implementação de medidas de melhoria da qualidade (Rocheta, 2018). Estes indicadores de qualidade podem ser agrupados de acordo com o modelo de Donabedian em indicadores de estrutura, processo e resultado. Os primeiros são referentes à estrutura da UCI no hospital, o espaço físico e os recursos humanos e materiais; os segundos, procuram monitorizar a ação, quais os cuidados prestados ao doente/família e monitorizar a qualidade dos cuidados prestados; os terceiros, referem-se aos resultados alcançados, morbilidade, qualidade de vida, disfunção de órgão e satisfação da pessoa/família (Curtis et al., 2006).

No que concerne à prática de Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (2017a) elaborou os Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), nomeadamente na área de especialização de Enfermagem à PSC, no qual enuncia a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção das complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem bem como a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados como aspetos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros e na procura da qualidade dos mesmos.

Todavia, tal como defende Benner (2001), a prática de Enfermagem é mais complexa do que a maioria das teorias de enfermagem alvitram. Deste modo, na prática clínica pode-se identificar algumas situações problema para as quais foram sugeridas oportunidades de melhoria, nomeadamente nas medidas de Equipamento Proteção Individual (EPI) e cumprimento dos feixes de intervenção emanados pela Direção Geral da Saúde (DGS) em relação à “Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (PAI)”. Se no SMI, a equipa de enfermagem tinha este feixe de intervenção bem presente e aplicava as respetivas recomendações na sua prática para obterem melhores indicadores, na UCICCT havia uma lacuna nesse sentido, uma vez que a PSC era rapidamente extubada após algumas horas da cirurgia. De forma a tentar colmatar esta necessidade de melhoria de cuidados, foi-se conversando informalmente com a tutora e restantes elementos da equipa, sobre as recomendações do feixe de intervenção acima referido e sobre a experiência prévia como enfermeira num SMI, tendo sido possível verificar uma maior adesão a estas recomendações ao longo do estágio por parte da equipa.

No que diz respeito às medidas de EPI, a adesão a estes equipamentos mantém-se um desafio entre os profissionais de saúde, principalmente nos profissionais não enfermeiros, podendo propiciar a infeção cruzada. Torna-se assim, fundamental, como EE o incentivo à correta utilização dos mesmos para proporcionar maiores ganhos e menos Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

2.3. *Gestão dos Cuidados*

Esta competência requer que o EE realize a gestão os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, para além de liderar e gerir os recursos de acordo com as situações e os contextos, visando a garantia pela qualidade dos cuidados (Regulamento 140/2019).

Durante os dois campos de estágio, tive oportunidade de acompanhar o enfermeiro responsável de turno na gestão do serviço, bem como o enfermeiro gestor na coordenação dos serviços.

Em ambos os locais, o papel do enfermeiro responsável pautou-se pela supervisão dos cuidados; requisição de material/terapêutica; gestão de vagas e tempos cirúrgicos bem como gestão de recursos humanos, sempre que necessário. Estas ações fundamentam que os enfermeiros gestores e as enfermeiras da prática devem criar um ambiente e um clima facilitador das práticas dos cuidados (Benner, 2001).

O enfermeiro coordenador de turno, em ambas as unidades, assume a prestação direta dos cuidados de enfermagem, assumindo paralelamente funções de gestão e coordenação da equipa. No SMI, o rácio de enfermeiros é de 1 enfermeiro para 2 pessoas, com exceção do enfermeiro atribuído à unidade de isolamento e do elemento em funções de coordenação. Na UCICCT, o rácio de enfermeiros é ajustável, uma vez que existem doentes que estão atribuídos a dois enfermeiros, perfazendo um rácio de 1:1,5 na unidade de nível III e 1:2,5 na unidade de nível II. No SMI, a gestão do plano de trabalho mantém-se independentemente da carga de trabalho associada aos cuidados e na UCICCT é ajustado de acordo com os tempos cirúrgicos, não contando assim com a complexidade do doente. No que concerne ao cálculo dos rácios de enfermagem, o Regulamento da Norma para cálculo de Dotações Seguras dos cuidados de enfermagem, define que as unidades consideradas de nível II tenham um rácio de enfermeiro/doente de 1:2 e as unidades de nível III apresentem um rácio 1:1 (Regulamento nº743/2019). Além disso, na constituição da equipa de enfermagem, por

turno de trabalho, a mesma entidade recomenda que 50% sejam EEEMC, preferencialmente na área de especialização de Enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas. Desta forma, pode-se verificar que ambos os serviços não utilizam os rácios enfermeiro/doente recomendados, nem a permanência de especialistas na percentagem sugerida, apesar do crescente número de enfermeiros em formação de especialidade. O Regulamento nº743/2019 defende, ainda, que a dotação adequada de enfermeiros, o seu nível de qualificação e perfil de competências, são aspetos fundamentais para atingir níveis de segurança e qualidade dos cuidados, razão pela qual o cálculo das dotações seguras não se pode limitar ao critério de número de horas de cuidado por pessoa, por dia ou tempos médios.

A UCICCT não utiliza nenhum sistema para avaliação da carga de trabalho, ao contrário do SMI que utiliza o sistema de avaliação da carga de trabalho de enfermagem Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28). Este sistema apresenta diversas lacunas como não integrar todas as intervenções de enfermagem, não espelhando por completo a carga de trabalho horária do enfermeiro, nomeadamente no que concerne às intervenções de substituição dos autocuidados, nos cuidados indiretos à pessoa, apoio familiar e tarefas administrativas e de gestão, como defende Oliveira et al. (2016).

No entanto, num recente estudo de 2020, as pontuações obtidas no TISS-28 revelavam que os enfermeiros gastavam em média 5,7 horas em cada turno de 8 horas (71,3%), o que revelava uma carga de trabalho superior ao estipulado, uma vez que se considera que o TISS-28 apenas contempla 43,3% do tempo gasto pelos enfermeiros na prestação de cuidados (Simões, 2020).

Deste modo, apesar do TISS-28 não ser o melhor método para avaliação da carga de trabalho em enfermagem, é uma ferramenta importante para demonstrar que os enfermeiros que trabalham em UCI têm uma carga de trabalho superior ao preconizado, diminuindo assim a qualidade e a segurança dos cuidados prestados.

Não se pode deixar de realçar que nestas unidades, apesar de toda a sua complexidade, nível tecnológico e fatores promotores de stress, o método de trabalho em equipa prevalece, permitindo uma gestão adequada do serviço e aumentando a segurança da pessoa e dos profissionais. Assim como defende Camelo & Chaves (2012), em UCI, a estratégia de trabalho em equipa enfatiza a cooperação e engloba a participação dos profissionais, fortalecendo o trabalho multiprofissional, podendo interferir na qualidade dos cuidados prestados, tornando-se assim, uma estratégia para a gestão das pessoas.

2.4. *Desenvolvimento das Atividades Profissionais*

Pretende-se com esta competência o desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade; identificar consciência de si como pessoa e como enfermeiro; gerir respostas de adaptabilidade individual e organizacional; basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento nº743/2019).

Espera-se que o EE detenha competências no domínio das aprendizagens profissionais, sendo que este foi um ponto essencial que prevaleceu ao longo dos campos de estágio. Como ser humano, existe a necessidade inata de desenvolver o autoconhecimento e assertividade, como pessoa e profissional em evolução, tentando prestar cuidados com base na evidência científica mais recente, procurando respostas e novas fontes de partilha de conhecimento. Todavia, não só a procura pela melhor e mais recente evidência científica nos permite desenvolver como um todo, pois é na prática que se desenvolve tanto conhecimento clínico como a estrutura moral, aprendendo com os doentes e as suas famílias, em experiências de alto risco que requerem coragem e em ambientes que apoiem a aprendizagem (Benner, 2001).

A procura da qualidade nos cuidados concentra-se, cada vez mais, na prática profissional dos enfermeiros, exigindo um progresso contínuo das competências teóricas e práticas que fundamentam a profissão. Neste contexto, a procura de conhecimentos por parte dos enfermeiros tem-se revelado basilar, por forma a desenvolver uma prática profissional complexa, especializada e rigorosa, possibilitando cuidados de enfermagem personalizados e especializados face às necessidades da pessoa/família/cuidador (Marques, 2021).

Cada serviço tem as suas especificidades e necessidades de formação, pelo que é no contexto prático que os enfermeiros têm mais experiências de formação, no qual se interioriza a maior parte da teoria que se adquire na formação contínua. Assim, a formação em serviço será a sedimentação, a partilha, a reflexão sobre o cuidar, cuja principal meta é melhorar a prestação de cuidados, promovendo o desenvolvimento profissional a partir das necessidades de cada serviço e de cada profissional (Marques, 2021).

Durante os estágios, foram propostas duas formações em serviço em forma de Póster, intituladas como “Transporte intra-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica”, tendo a primeira sido desenvolvida para apresentar no SMI1- Ala A e a segunda na UCICCT. A primeira comunicação em forma de Póster (Anexo I) compreendeu uma breve fundamentação sobre

o TIH da PSC, as três fases do processo de transporte, a equipa, o equipamento e monitorização necessária, os fatores promotores de segurança bem como os eventos adversos mais comuns. A segunda (Anexo II), para além da fundamentação teórica, fases do processo de transporte e fatores promotores de segurança, é realçado o equipamento e monitorização necessários para a realização de TIH seguro, uma vez que estes seriam o foco de atenção do Póster quando este fosse consultado. Ambas não foram operacionalizadas por impossibilidade de tempo dos serviços no momento de estágio, no entanto, foram deixados nos respetivos serviços como instrumento de auxílio e apoio. Apesar da impossibilidade de formação, considero que estes documentos são uma ferramenta fundamental para a progressão e mobilização de conhecimentos que permite melhorar a prática clínica e a qualidade dos cuidados.

E se o desenvolvimento das atividades profissionais é importante dentro dos próprios serviços, também é essencial fora dele, pois não existe serviços de alta qualidade sem o apoio da investigação e sem o incentivo do ensino, sendo estes impulsores básicos do desenvolvimento, conhecimento e inovação (Diário da República, 2016). Assim sendo, o conhecimento científico constitui um bem de maior grandeza, público, pertencente e acessível a todos e como bem comum, é fundamental a sua promoção, devendo ter um papel central nas políticas coletivas (Diário da República, 2016). A participação em Eventos científicos durante este período, permitiu desenvolver novo conhecimento e atualização da melhor prática na área de especialização de Enfermagem à PSC. Durante a participação dos mesmos, foi possível assistir a várias palestras sobre as mais recentes temáticas sobre a PSC que contribuíram para o desenvolvimento do pensamento crítico, do conhecimento e da prática em Enfermagem. A realização e apresentação da comunicação oral (Anexo III) nas “2as Jornadas Internacionais de Cuidados Intensivos e Emergência: Abordagem Multidisciplinar à Pessoa em Situação Crítica”, sobre a Segurança do TIH em unidades de cuidados intensivos, permitiu apresentar a melhor e mais recente evidência científica sobre este tema, assim como, partilhar o mesmo com outros profissionais, promovendo assim a partilha de conhecimento que é tão característico da nossa profissão.

3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Neste capítulo pretende-se elencar as competências específicas do EEEMC à PSC, desenvolvidas ao longo do estágio de Enfermagem à PSC II.

Os cuidados especializados em EMC exigem “a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção de situações de risco” (Regulamento 429/2018, p.136).

Na área de especialização de enfermagem à PSC, estes cuidados são altamente qualificados e contínuos na pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento 429/2018).

3.1. Cuidar da Pessoa, Família/Quidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Com base na complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à PSC e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o EE deve mobilizar conhecimentos e aptidões para dar resposta em tempo útil e de forma holística à situação (Regulamento 429/2018).

Compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um sentimento ou um conjunto de atitudes que estão além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer (Benner, 2001, p.16).

No rumo à especialização, criei os seguintes objetivos específicos: desenvolver competências especializadas no âmbito do TIH da PSC politraumatizada assim como, da PSC submetida a CCT. Estes objetivos específicos, são parte integrante do processo formativo para atingir,

para além das competências comuns do EEEMC, a competência específica de cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

A criação destes objetivos surge pelo interesse sobre a área do TIH bem como por esta ser a temática do projeto de investigação apresentado posteriormente. A criação dos mesmos, permitiu o aprofundamento de conhecimento sobre a temática do TIH, da PSC politraumatizada e da PSC submetida a CCT sempre com o objetivo final de atingir as competências específicas do EEEMC, na área de especialização de Enfermagem à PSC.

Os cuidados especializados à PSC politraumatizada surgem no primeiro momento de estágio que decorreu no SMI1-Ala A.

A PSC politraumatizada surge como a pessoa que sofreu múltiplas lesões decorrentes de um acidente de grandes proporções, que requer cuidados multidisciplinares complexos. A abordagem diagnóstica e terapêutica deve ter como objetivo prevenir complicações e reduzir a mortalidade (Martiniano et al., 2020).

Esta apresenta uma prevalência de complicações durante o internamento, nomeadamente pneumonia, infeção urinária, infeção do local da ferida cirúrgica e sépsis, associado à idade avançada, à gravidade das lesões e comorbilidades prévias (Lopes et al., 2019). Estas complicações intra-hospitalares contribuem para o aumento da morbilidade e mortalidade, aumento do tempo de internamento, readmissão hospitalar não planeada, afetando a sua capacidade funcional e qualidade de vida (Lopes et al., 2019).

Cuidar da PSC politraumatizada requer vigilância, controlo e cuidados especiais por uma equipa capacitada e treinada, capaz de detetar problemas e estabelecer prioridades, preservando assim as funções fisiológicas vitais (Oliveira et al., 2018).

Para além do conhecimento da clínica, requer dos profissionais envolvidos conhecimento específico sobre mobilização e manipulação de equipamentos de imobilização, como mobilização em bloco, alinhamento da coluna, entre outros, pelo risco de lesão sistémica (Araújo & Araújo, 2020).

Por outro lado, aquisição de competências específicas na PSC submetida a CCT surge no segundo campo de estágio decorrido na UCICCT.

A CCT é o campo da medicina que promove o tratamento cirúrgico dos órgãos do tórax, o tratamento da doença cardíaca e pulmonar, incluindo o tratamento de patologias da pleura, da parede torácica, do mediastino e do diafragma (RNEHR, 2017). No domínio da doença cardíaca, são áreas principais de abordagem cirúrgica a doença das artérias coronárias e valvular. São realizadas cirurgias de substituição de uma ou várias válvulas, cirurgias

reconstrutivas da válvula mitral, cirurgias de vascularização e cirurgias coronárias sem circulação extracorporeal. Para além destas, uma diversidade de situações requer tratamento cirúrgico como tratamento, compreendendo a cirurgia da aorta torácica, aguda ou crónica, disseções da aorta ascendente, situações de rotura da parede do ventrículo decorrentes da intervenção por cateterismo, comunicação interventricular pós-enfarte e tronco comum grave. A abordagem cirúrgica na maior parte dos casos é por esternotomia (Malcato, 2016; RNEHR, 2017).

Tanto na UCICCT como no SMI1-Ala A existe uma grande especificidade e complexidade a nível de doentes, procedimentos e equipamento. A PSC internada nestas unidades, encontra-se sob monitorização hemodinâmica e vigilância rigorosas e, frequentemente, são sujeitos a protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, monitorização invasiva, drenos torácicos, terapêutica complexa, técnicas de substituição da função renal bem como dispositivos de suporte circulatório, nomeadamente Balão Intra Aórtico. Nestas situações, o EEEMC tem um papel essencial no que concerne à prestação de cuidados complexos e sua gestão, devendo ser detentor de conhecimentos que permitam reconhecer precocemente alterações e a sua resolução.

Assim, cuidar da PSC politraumatizada ou submetida a CCT requer prestar cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando focos de instabilidade e risco de falência orgânica.

O TIH tem como definição, a deslocação do doente de um espaço físico para outro, dentro da mesma unidade de saúde, por necessidade de um nível assistencial superior ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço (OM & SPCI, 2008). Os mesmos autores, consideram que o planeamento do transporte da PSC se divide em três fases: decisão, planeamento e efetivação. A primeira fase é competência exclusiva médica, sendo que, neste momento, deverão ser equacionados os riscos inerentes ao transporte. A segunda fase deve ser realizada por médico e enfermeiro, e ter em conta os seguintes aspetos: “coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação” (OM & SPCI, 2008, p.9) A terceira fase, consiste na efetivação do transporte, conferindo responsabilidade à equipa que acompanha a pessoa durante o transporte, sendo que esta só termina quando a pessoa é entregue no serviço recetor ou retorna ao serviço de origem.

Perante as três fases do transporte, é a fase de planeamento que confere maior preocupação à equipa de enfermagem uma vez que é nesta fase que se procede à escolha da equipa, aos meios de monitorização, equipamentos e terapêutica necessários, no qual se define os

objetivos fisiológicos da pessoa a ser transportada e os possíveis Eventos Adversos (EA) (OM & SPCI, 2008).

A responsabilidade dos profissionais durante o TIH volta-se para a prevenção de incidentes e EA, como tal é necessário um planeamento adequado de todo o transporte por forma a promover a segurança e qualidade dos cuidados durante a realização do mesmo. Assim, realizar o transporte da PSC, é uma atividade de risco acrescida em que a saída da PSC para realização de exames ou procedimentos expõe-na a potenciais focos de instabilidade que resultam em intercorrências inesperadas, requerendo uma intervenção imediata (Silva et al., 2017).

Durante o transporte, as alterações mais preocupantes são as fisiológicas, nomeadamente as cardíacas e respiratórias, uma vez que se refletem diretamente na condição clínica, sendo que a alteração dos sinais vitais pode indicar alguma disfunção orgânica (Silva et al., 2017). O acompanhamento durante o TIH requer o mesmo rigor de monitorização das funções fisiológicas prestado na UCI até ao seu retorno, razão pela qual a pessoa deve ser avaliada continuamente durante todo o processo de transporte (Silva et al., 2017).

Perante situações ou intercorrências inesperadas, os profissionais devem estar preparados para atuar em conformidade, garantindo assim a administração de protocolos terapêuticos complexos, como é apresentado pela Regulamento 429/2018 para atingir as competências específicas do EEEMC, na área da PSC.

3.2. Maximizar a Prevenção, Intervenção e Controlo da Infecção e da Resistência a Antimicrobianos Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

É parte integrante desta competência, elaborar um plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para dar resposta às carências do contexto de cuidados, assim como liderar a evolução de condutas de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção perante a PSC (Regulamento 429/2018).

Ao longo dos dois estágios, foram observadas e aplicadas as medidas de prevenção e controlo da infeção, consultando as normas e procedimentos em vigor, conversando informalmente com a equipa, prestando cuidados de acordo com as boas práticas, refletindo sobre a temática para promover atitudes de prevenção e controlo da infeção.

Esta competência está bastante relacionada com as IACS, que são infeções adquiridas em meio hospitalar, durante o período de internamento. Com os avanços na área da saúde

existem procedimentos cada vez mais invasivos, expondo a pessoa a uma maior probabilidade de aquisição de IACS, o que acaba por prolongar o processo de internamento e, consequentemente, mais custos para a saúde. A existência de IACS leva ao aumento do uso de antimicrobianos, e, quando estes são prescritos de forma inadequada ou desnecessária, conduzem ao aumento da sua resistência, ameaçando a segurança dos cidadãos. Deste modo, é importante que o EEEMC na área da PSC seja detentor de conhecimentos e competências na área da prevenção e controlo de infeção.

Durante o período de estágio, dado que as normas hospitalares estavam em constante mudança e face à situação pandémica, houveram vários momentos em que foram consultados, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (DGS, 2017b), normas hospitalares mais recentes e aplicando na prática clínica os diferentes feixes de intervenção apresentados pela DGS. Devido à importância da temática, a Ordem dos Enfermeiros (2017a), refere, nos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em EMC, na área da PSC, como sendo um dos descritivos da qualidade do exercício profissional, referindo que o EE deve maximizar a sua intervenção na prevenção e controlo de infeção.

Em ambos os campos de estágio, houve uma preocupação constante para o cumprimento dos feixes de intervenção emanados pela DGS, nomeadamente: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de PAI, Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (CVC) bem como Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical, sendo que estes últimos eram avaliados diariamente relativamente à sua pertinência e permanência.

Em UCI, a PSC está frequentemente sob ventilação mecânica invasiva, podendo ser um fator promotor da PAI. Para prevenir a mesma, existe uma grande preocupação dos profissionais para o cumprimento do feixe de intervenções utilizado para a prevenção da PAI enunciado pela DGS (2017a) prevenindo assim as complicações associadas e diminuindo o tempo de internamento. Deste modo, foram, sempre que possível, cumpridas intervenções apresentadas neste feixe de intervenção, nomeadamente: tentativa de redução de sedação diário, tentativa de redução de suporte ventilatório e/ou extubação, elevação da cabeceira do leito igual ou superior a 30º, realização da higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, manutenção de circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando necessário e regularização da pressão do balão de *cuff* entre 20-30 cmH₂O.

As intervenções associadas ao feixe de intervenção de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, foram sempre tidas em atenção nomeadamente: prestação cuidados de higiene

com clorohexidina a 2% no dia anterior e no dia da cirurgia; administrar profilaxia antibiótica dentro dos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica; evitar tricotomia; manter normotermia peri-operatória bem como glicemia ≤ 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes (DGS, 2022b).

Previamente à colocação de CVC, também, sempre foi avaliada com a equipa multidisciplinar a necessidade de colocação do mesmo, assim como o número de lúmenes e o local de inserção, excluindo sempre que possível o acesso femoral. A preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira de quem executa o procedimento também foi tido em atenção. A realização de antissepsia da pele com clorohexidina a 2% em álcool, antes da colocação do CVC, assim como a utilização de um campo cirúrgico que cobrisse a totalidade da superfície corporal da pessoa também foram medidas tidas em consideração. Como cuidados de manutenção do CVC, sempre se realizou uma higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica; antes do manuseamento do mesmo, procedeu-se a desinfecção das conexões com clorohexidina a 2% em álcool, bem como a realização de tratamento ao local de inserção do CVC, utilizando técnica assética, com a periodicidade adequada (DGS, 2022c).

Por sua vez, os cuidados ao cateter vesical também foram parte integrante nas medidas dotadas para prevenir as IACS. Foi avaliada a possibilidade de evitar o cateterismo vesical; o cumprimento de técnica assética durante o procedimento do mesmo, o cumprimento de técnica limpa no seu manuseamento, mantendo constantemente a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem; a realização da higiene diária do meato urinário; assim como, a manutenção do cateter vesical seguro, com o saco coletor constantemente abaixo do nível da bexiga (DGS, 2022d).

A reflexão de retirada destes dois últimos dispositivos, sempre que não fosse necessário sempre fez parte do dia-a-dia, tal como deve fazer parte do juízo crítico do EE.

Durante os estágios houve contacto com doentes com necessidade de isolamento por IACS, tendo sido cumpridas as normas existentes em cada serviço para tal. Houve também contacto com doentes imunodeprimidos, que exigem medidas de isolamento visto estarem sob terapêutica imunossupressora para evitar a rejeição de um órgão ou por doença autoimune. Nestes doentes, é imprescindível o cumprimento das normas de isolamento instituídas para evitar futuras infeções que resultem em danos graves para o doente pela sua vulnerabilidade acrescida.

Tal como referido previamente, os estágios foram realizados durante um período pandémico, assim, tornou-se fundamental, uma atualização quase semanal das normas

nacionais e institucionais, cumprindo e fazendo-as cumprir por forma a evitar a infeção cruzada e a disseminação da doença. Nos locais de estágio foi feita uma consulta das normas e protocolos existentes sobre o controlo e prevenção de infeções, tendo sido prestados cuidados de acordo com as indicações emanadas nesses documentos.

Assim, o EEEMC na área de especialização de Enfermagem à PSC, desempenha um papel fundamental na prevenção, intervenção e tratamento das IACS, monitorizando e implementando procedimentos de controlo de infeção, trabalhando em conjunto com a equipa multidisciplinar para assegurar que os protocolos instituídos sejam seguidos bem como na prevenção da resistência a antimicrobianos. Assim, destaca-se que o EE tem um papel essencial sobre a educação dos restantes profissionais de saúde sobre práticas mais seguras para evitar e controlar a disseminação da infeção cruzada.

4. Considerações Finais

Com a conclusão dos estágios acima identificados, enfatiza-se o processo de crescimento alcançado com as experiências vividas nestes meios, sempre com base na aquisição das competências comuns e específicas do EEEMC, com enfoque na prestação de cuidados de excelência à PSC, bem como a aquisição de competências de mestre em Enfermagem.

Como tal, foram desenvolvidas atividades durante a prática clínica que permitiram atingir as competências comuns do EEEMC, nomeadamente, no âmbito da responsabilidade profissional ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens. A aquisição competências comuns constituem a base no qual se assenta todas as tomadas de decisão do cuidar em Enfermagem.

Assim, durante o período de estágio e na minha prática profissional, sempre regulei os meus cuidados com princípios éticos e deontológicos para orientar as minhas intervenções cujo objetivo sempre foi promover o respeito pela dignidade humana, pela autonomia da pessoa, pelo respeito da sua cultura e dos valores pessoais, promovendo, assim, uma relação de ajuda com base na ética e na deontologia que orienta a nossa profissão. Durante a prática clínica, também, identifiquei possíveis oportunidades de melhoria, promovendo a melhoria contínua da qualidade, para além, de sempre tentar gerir e liderar os cuidados prestados e os recursos disponíveis da melhor forma possível, promovendo a qualidade dos mesmos. Para promover o desenvolvimento das atividades profissionais, saliento a procura do autoconhecimento e assertividade enquanto profissional de saúde, bem como adoção de uma prática clínica especializada com base na melhor evidência científica.

No que respeita ao desenvolvimento das competências específicas do EEEMC na área de especialização de enfermagem à PSC, a elaboração dos objetivos específicos durante os estágios (desenvolver competências especializadas no âmbito do TIH da PSC politraumatizada, no primeiro campo de estágio, e da PSC submetida a CCT, no segundo campo de estágio), formaram parte integrante do processo formativo para atingir a competência específica de cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Além disso, durante a prática clínica sempre apliquei medidas de prevenção e controlo da infeção, consultando as normas e procedimentos em vigor, prestando cuidados de acordo com as boas práticas, permitindo

assim atingir a competência específica de maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC.

Durante este percurso, a realização dos pósteres nos diferentes campos de estágio, bem como, a participação com uma comunicação oral num evento científico, permitiu a transição e maximização do conhecimento teórico para a prática contribuindo para o meu processo evolutivo como futura enfermeira mestre.

Em suma, a realização desta componente do permitiu-me descrever o processo de aprendizagem durante o período de estágio, no qual desenvolvi uma perspetiva de crescimento pessoal e profissional na aquisição de pensamento crítico e de tomada de decisão autónoma e assertiva nos diferentes domínios das competências comuns e específicas do EE bem como nas competências inerentes à mestria.

A elaboração deste relatório nem sempre foi fácil, pois transmitir as experiências vivenciadas e as competências adquiridas em prática clínica nem sempre são facilmente transcritas; no entanto, espero ter conseguido expressar o meu empenho e dedicação durante este percurso.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem
Médico-Cirúrgica Sobre a Segurança do Transporte Intra-
hospitalar da Pessoa em Situação Crítica

1. Resumo

Introdução: O transporte da pessoa em situação crítica faz parte da prática diária dos Enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados de Intensivos, pela sua necessidade de acompanhar a pessoa sempre que esta precisa de se deslocar, uma vez que esta, pelo seu estado crítico, necessita de realizar exames complementares de diagnóstico ou de terapêutica. Contudo, o transporte da pessoa em situação crítica pode tornar-se num evento stressante para quem o executa, pela grande probabilidade de ocorrência de eventos adversos, colocando em risco a segurança da pessoa em situação crítica. Em Portugal, o enfermeiro com melhor competência para incorporar uma equipa de transporte é o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica bem como de acordo com os Padrões de qualidade especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da Pessoa em situação crítica.

Objetivos: Identificar os fatores promotores e dificultadores da segurança do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos, na perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Material e métodos: Estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. Os dados foram obtidos através de um focus group, realizado por videoconferência, a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica que exercem funções em Unidades de Cuidados Intensivos há pelo menos 5 anos. Para o tratamento dos dados foi utilizado a análise de conteúdo de Bardin (2022).

Resultados: Da análise dos resultados obtidos a partir do focus group, emergiram quatro categorias baseadas na Perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre o Transporte da pessoa em situação crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos, nomeadamente “Gestão do Transporte intra-hospitalar”, “Eventos Adversos”, “Resolução dos Eventos Adversos” e “Perfil de Competências”. As categorias emergiram da análise detalhada dos dados obtidos através do focus group, tendo por base a sua relação com as subcategorias e as unidades de registo.

Conclusão: Os dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica denominam um conjunto de fatores dificultadores e promotores para a segurança da Pessoa em situação

crítica internada em Unidades de Cuidados de Intensivos. Além disso, identificam um perfil de competências de quem executa o transporte que pode ser benéfico para a criação de novos protocolos que promovam esta prática mais segura.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem em Cuidados Críticos; Segurança do Paciente; Transferência de Pacientes

2. Abstract

Introduction: The transport of the critically ill person is part of the daily practice of Nurses working in Intensive Care Units, due to the need to accompany the person whenever they need to move, since they, due to their critical condition, need to perform complementary diagnostic or intervention examinations. However, the transport of the critically ill person can become a stressful event for those who perform it due to the high probability of adverse events, putting the safety of the critically ill person at risk. In Portugal, the nursing professional with the best training to join transport teams is the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, in the specialty area of Critical Care Nursing as well as according to the Quality Standards specialized in Medical-Surgical Nursing in the area of the Person in a critical situation.

Objectives: To identify the promoting and disabling factors of the intra-hospital transport safety of the critically ill person admitted to Intensive Care Units, from the perspective of Nurse Specialists in Medical-Surgical Nursing.

Materials and methods: Study of qualitative nature, exploratory and descriptive type. The data were obtained through a focus group, carried out by videoconference, with Nurse Specialists in Medical-Surgical Nursing who have been working in Intensive Care Units for at least 5 years. Content analysis of Bardin (2022) was used for data processing.

Results: From the analysis of the results obtained from the focus group, four categories based on the Perspective of Nurse Specialists in Medical-Surgical Nursing on IH of PSC admitted to ICU emerged, namely “Management of intra-hospital transport”, “Adverse Events”, “Resolution of Adverse Events” and “Profile of Competences”. The categories emerged from the detailed analysis of the data obtained through the focus group, based on its relationship with the subcategories and the units of record.

Conclusion: Nurse Specialists in Medical-Surgical Nursing identify a set of promoting and disabling factors that can promote the safety of the critically ill person admitted to Intensive Care Units. In addition, they identify a profile of skills for those who perform the transport that can be beneficial for the creation of new protocols that promote this safer practice.

Keywords: Intensive Care Unit; Critical Care Nursing; Patient Safety; Patient Transfer

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento 429/2018, p. 19362). O transporte da mesma apresenta-se como a deslocação, de um espaço físico para o outro, da pessoa que apresenta disfunção ou falência de um ou mais órgãos/sistemas, em que a sua sobrevivência esteja sujeita de meios de monitorização e terapêutica avançados (OM & SPCI, 2008). Face à complexidade da PSC, o TIH desta pode envolver riscos, no entanto, a sua realização justifica-se pela necessidade de se providenciar um nível de ajuda superior ou para concretização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, pela impossibilidade de serem executados no serviço ou instituição (OM & SPCI, 2008). Cuidar da PSC internada em UCI com necessidade de TIH, requer competências acrescidas de forma a manter o mesmo nível de cuidados que esta tem na unidade em que está internada assim como, a sua necessidade de elevação. O ambiente familiar da UCI inclui o apoio próximo dos colegas sempre que necessário, o que proporciona segurança aos profissionais. Ao estar longe deste ambiente, estes sentem-se mais inseguros e descrevem o TIH como um procedimento exigente, que requer tempo e recursos humanos e não humanos (Bergman et al., 2020). Os profissionais, também, reconhecem o TIH como sendo um evento stressante, uma vez que podem ocorrer incidentes que não tenham sido previstos, porque o risco de ocorrer danos pode ser superior ao benefício da finalidade do transporte. Assim, os profissionais de saúde, sentem a necessidade de proteger a PSC, o que requer competências e responsabilidades individuais e partilhadas dentro da equipa (Bergman et al., 2020). Como descrito em vários estudos, o TIH é um procedimento de alto risco para a PSC e está associado a uma elevada ocorrência de EA (Bergman et al., 2020; Nespereira García et al., 2020; Veiga et al., 2019). O tempo médio de transporte está associado a uma maior incidência destes últimos. Para Nespereira García et al. (2020), a incidência de EA é maior quando o transporte tem uma duração superior a 30 minutos em comparação com transferências mais curtas, assim como no estudo de Veiga et al. (2019), tempo de transporte superior a 36,5 minutos está associado a maior risco de ocorrência de EA clínicos. São muitos os EA descritos na literatura, tais como a deterioração clínica, que esteve presente em 24% dos casos descritos no estudo de Bergman

et al. (2020), sendo que a instabilidade hemodinâmica e respiratória foram os EA mais frequentes, nos estudos de Veiga et al. (2019) e de Nespereira García et al. (2020), seguidos de agitação, crise convulsiva ou depressão do estado de consciência (Veiga et al., 2019). Dos EA não clínicos, problemas relacionados com a comunicação e colaboração entre equipas, foram os mais frequentemente descritos nos estudos de Veiga et al. (2019) e de Bergman et al. (2020). Menos comumente identificados, são os problemas relacionados com equipamentos, nomeadamente com equipamentos de monitorização, ventilação e de administração de terapêutica (Nespereira García et al., 2020; Veiga et al., 2019). Os fatores promotores de segurança e minimizadores de EA relacionados ao TIH, varia de autor para autor. Para Bergman et al. (2020), a segurança do transporte aumenta quando os riscos são superados, requerendo que se aprenda com os erros passados para prevenir os futuros; o trabalho em equipa interprofissional e colaboração em todo o hospital permite exponenciar a segurança da pessoa; bem como, assumir que o transporte, apesar de fazer parte da prática dos profissionais que trabalham em UCI, é uma atividade de alto risco. A mesma autora refere, ainda, que um transporte pode decorrer de forma tranquila devido à preparação prévia e cooperação entre profissionais. Além disso, não só a verificação prévia dos equipamentos, a preparação da PSC, a sedação apropriada assim como, uma equipa de transporte experiente e capacitada para o acompanhamento, promovem a segurança da pessoa (Veiga et al., 2019), mas também, a implementação de um protocolo e de uma lista de verificação prévia reduz, consideravelmente, a incidência de EA durante o TIH (Nespereira García et al., 2020). Concomitantemente ao descrito, a educação melhora o conhecimento dos Enfermeiros sobre o transporte, o que ressalva a necessidade de reforçar protocolos e políticas sobre o TIH para promover a segurança do paciente (Ignatyeva et al., 2018). Em Portugal, o profissional de enfermagem com melhor formação para agregar equipas de transportes é o EEEMC, na área de especialização de Enfermagem à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2017b).

Ainda pouco se sabe como as equipas gerem os EA decorrentes do transporte e quais são as medidas utilizadas para promoverem TIH de forma segura, razão pela qual pretende-se com este estudo perceber a Perspetiva dos EEEMC, sendo que estes constituem o profissional mais adequado à realização do TIH.

A qualificação técnica, aspeto fortemente catalogado pela formação e experiência prática, integra um dos aspetos mais importantes para a promoção e segurança do transporte (OM & SPCI, 2008). Para todos, mesmo para os profissionais que, habitualmente cuidam da PSC, deve-se providenciar educação específica na área do transporte da PSC, aconselhando que o

mesmo deve ser, preferivelmente, realizado por um enfermeiro com experiência em reanimação e treino em transporte (OM & SPCI, 2008).

Em Portugal, a Enfermagem tem acrescentado estratégia de melhoria contínua da qualidade, através da elaboração dos “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” publicados em 2001, que se integram como um referencial que organiza e estrutura o exercício profissional da Enfermagem, assim como, em 2017, a criação dos “Padrões de Qualidade especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica” nas diferentes áreas de atuação, nomeadamente na área da PSC.

É referido como padrão de qualidade especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da PSC a prevenção de complicações da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Como tal, pretende-se que o EEEMC na área de especialização de Enfermagem à PSC: identifique, rapidamente, problemas potenciais desta, cujo EE tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que permitam evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis; prescreva intervenções de enfermagem especializadas face a focos de instabilidade; aplique o rigor técnico e científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas; reference as situações problemáticas identificadas para outros profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no processo de cuidados à PSC; se responsabilize pela evacuação e transporte da pessoa em segurança; execute corretamente cuidados técnicos de alta complexidade; implemente medidas de suporte avançado de vida apropriadamente bem como aplique, adequadamente, protocolos terapêuticos complexos (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

Deste modo, confirma-se que o TIH deve ser realizado por um enfermeiro com competências adequadas para o executar, o que vai de acordo com o exposto anteriormente e que é fundamentado pelo Parecer nº9 da Ordem dos Enfermeiros (2017b). Este Parecer defende, ainda, que os Estabelecimentos de Saúde, com a finalidade de valorizar a formação dos EEEMC, devem integrar nas suas equipas, pessoal qualificado para a prestação de cuidados especializados em benefício da pessoa/população consoante a sua área de competência (Ordem dos Enfermeiros, 2017b).

Em consonância, no Parecer nº10 da Ordem dos Enfermeiros (2017c) sobre a diferenciação das intervenções de enfermagem do EEEMC em relação ao enfermeiro generalista, é dado ênfase que o enfermeiro deve-se deparar com o maior número de experiências clínicas possíveis para aprender a focalizar a sua atenção no que é relevante na situação. O mesmo defende que a progressão para a eficiência está baseada na formação de qualidade, com um variado conjunto de experiências clínicas nos diversos contextos, assumindo-se que não seja

possível de se atingir sem uma diversificação experiencial. Deste modo, a experiência clínica aliada ao desenvolvimento da investigação e reflexão entre pares, permite o desenvolvimento de competências do enfermeiro. No âmbito das intervenções especializadas de Enfermagem considera-se que uma intervenção deve assentar na prática do conhecimento, evidência científica e competência, imprescindíveis no processo de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2017c).

O exposto anteriormente sustenta a sua fundamentação no Modelo de Aquisição de Competências desenvolvido por Patrícia Benner. Este modelo aplicado à Enfermagem é o resultado do estudo de investigação desta autora, em 1984, cujo objetivo era a observação da prática clínica dos enfermeiros que trabalhavam em vários hospitais dos Estados Unidos da América, baseando-se no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus. Este modelo foi desenvolvido pelo matemático e analista Stuart Dreyfus e pelo filósofo Hubert Dreyfus e estabelece que, na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, o profissional atravessa cinco níveis consecutivos: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

Com base neste Modelo, o enfermeiro Iniciado, não apresenta experiência prévia face às situações que irá enfrentar, apresentando dificuldades em distinguir entre aspetos importantes e não importantes de uma situação, sendo inflexível e limitado nos seus atos, fundamentando a sua prática em normas, independentemente do contexto (Benner, 2001). Logo, os enfermeiros iniciados não conseguem identificar focos de instabilidade e EA, o que vai contra o preconizado para promover um transporte seguro e de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2017b).

O enfermeiro iniciado avançado, já apresenta um comportamento aceitável, visto que já enfrentou várias situações reais para perceber, autonomamente ou pelo aconselhamento de outrem, os aspetos importantes que se reproduzem em situações similares que só são reconhecidos pela experiência prévia. Este, apesar de se sentir responsável pelos cuidados à pessoa, depende da orientação de enfermeiros mais experientes, seguindo as regras e orientações para as tarefas a executar, mostrando dificuldade em gerir uma situação mais abrangente (Benner, 2001). Com efeito, o enfermeiro neste grau de competência, apesar de já conseguir identificar focos de instabilidade, não consegue dominar a situação complexa por forma a resolvê-la.

Seguidamente, o enfermeiro competente desenvolve-se quando este começa a observar as suas ações com objetivos a longo prazo, que conferem discernimento aos aspetos relevantes e irrelevantes. É notado como competente, o enfermeiro que trabalha entre dois a três anos

com situações clínicas similares pois já usufrui de um planeamento consciente e deliberado que lhe permite ganhar eficiência e organização. Neste nível, o enfermeiro competente tem capacidade para enfrentar o imprevisto, mas não possui a flexibilidade nem a rapidez de um proficiente, pelo que, durante o TIH, este profissional, ainda não consegue atuar em tempo útil, de forma eficaz (Benner, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2017b).

O enfermeiro proficiente compreende as situações como um todo, recorrendo à sua perceção sendo as suas ações orientadas por condutas superiores. Este aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que acontecem em determinada situação e esta capacidade baseada na experiência de reconhecer situações no seu todo, confere-lhe uma melhoria no processo de decisão, ao contrário do enfermeiro competente que ainda não é o suficientemente experiente para reconhecer essa situação na globalidade. O proficiente tem capacidade para reconhecer a deterioração do estado clínico do doente antes da mudança explícita dos sinais vitais. Caracterizam-se como enfermeiros proficientes os que trabalham no mesmo local há cinco anos, no entanto, pode-se voltar do nível de proficiência para o nível de competência quando for pedido algo novo que ultrapasse o conhecimento do enfermeiro (Benner, 2001).

O topo máximo do Modelo de Aquisição de Competências de Benner é o enfermeiro perito. Ser perito acomoda a capacidade de escolher a solução mais correta bem como responder ajustadamente à situação. O perito compreende de forma geral a situação, de forma holística e qualitativa, e aborda três particularidades: reconhecimento de padrões; sentido de proeminência e consciência da situação. Ou seja, este não se baseia em regras, compreende a situação como um todo, pela experiência prévia, indo direto ao problema, sem desperdiçar tempo com outras soluções e diagnósticos (Benner, 2001). Também, consegue antecipar problemas e ações com assertividade e compreender cada situação intuitivamente, o que vai de acordo ao exposto no Parecer nº9 da Ordem dos Enfermeiros (2017b), em que se prevê que o enfermeiro tenha a sua intervenção, em tempo útil, de forma precisa, eficiente, eficaz e de forma holística.

Assim, no Modelo de Aquisição de Competências aplicado à Enfermagem de Patrícia Benner, evidencia a importância do TIH ser realizado pelo EEEMC, na área de competência para qual está mais habilitado, nomeadamente na área de especialização de Enfermagem à PSC, visto que, para além da perícia clínica ser um ambíguo entre a teoria e a prática, a capacidade de tomada de decisão, é o componente diferenciador comparativamente à sua perícia (Benner, 2001).

4. Finalidade e Objetivos

A finalidade deste estudo é melhorar o processo assistencial no TIH da PSC, de forma a proporcionar a segurança para a mesma e para a equipa.

O objetivo deste estudo é identificar os fatores promotores e dificultadores da segurança do TIH da PSC internada em UCI, segundo a perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Para além do intuito desta investigação ser no âmbito de aquisição do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretende-se identificar os fatores promotores e dificultadores da segurança do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos, segundo a perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o intuito de melhorar a segurança para a pessoa em situação crítica.

5. Metodologia

A investigação é uma atividade básica da ciência que procura questionar e analisar a realidade, alimenta a atividade de ensino e atualiza-se perante a realidade do mundo (Vilelas, 2020). O estudo sobre a segurança do TIH da PSC, surge pela necessidade de perceber a perspetiva dos EEEMC sobre esta temática. A escolha da metodologia a ser aplicada, determina as etapas a serem desenvolvidas para responder à questão de investigação e aos objetivos traçados para o estudo (Fortin, 2009).

4.1. Desenho do Estudo

Estudo de abordagem qualitativa, uma vez que esta está associada a uma visão holística, apoiando-se num paradigma naturalista ou interpretativo, para desvendar significados das ações individuais e das interações sociais dos participantes (Fortin, 2009). A colheita de dados utilizou o método focus group, técnica essa que permite obter dados por interação de um grupo sobre um tema definido pelo investigador (Morgan, 1996). O mesmo autor refere, ainda, que é essencial compreender que o focus group é um método de pesquisa dedicado à colheita de dados, a discussão em grupo é tida como fonte de extração de dados e o pesquisador tem um papel ativo na criação da discussão e do que pretende analisar.

Para o desenho de estudo foram incluídos os participantes que tinham título de EEEMC e com uma experiência mínima de cinco anos em UCI. Optou-se por definir a experiência mínima de cinco anos, uma vez que a competência de perito, só é adquirida ao fim de cinco anos de experiência de trabalho na mesma área de cuidados (Benner, 2001). Esta autora defende que a experiência é uma constante fundamental para a perícia, sendo necessário estar um período de tempo suficiente e ter experienciado um número de situações similares para obter bases, possibilitando incrementar a apreciação clínica. Além disso, a Ordem dos Enfermeiros, só promove o reconhecimento de uma nova área de competência acrescida, quando esta é solicitada com pelo menos cinco anos de exercício profissional especializado (Regulamento n.º 556/2017). Os participantes foram selecionados por conveniência, com base nos critérios de inclusão acima referidos. Estes receberam o convite para participação no estudo por e-mail, no qual foi descrito o objetivo do estudo, e onde foram apresentadas

algumas datas disponíveis para estes escolherem as suas preferências. Para a seleção da data do focus group, foram realizadas duas rondas para encontrar a melhor data possível para o maior número de participantes, utilizando o Google Forms. O convite foi enviado a oito participantes e escolhida a data com maior número de resposta. Obteve-se uma amostra total de seis dos oito participantes, embora tenham participado apenas cinco por impossibilidade familiar de um dos participantes. Estes receberam a confirmação via e-mail, a data do focus group, o link para acederem à reunião via Microsoft Teams bem como, o Consentimento Informado Livre e Esclarecido para obtenção do consentimento informado por parte dos participantes. A entrevista foi conduzida pela investigadora principal e pelo orientador do projeto de investigação, tendo a duração total de duas horas. No seu decorrer, foi utilizado um guião (Anexo V), contendo questões abertas, para dar espaço à discussão em grupo. O guião da reunião abordou temáticas como recursos humanos e materiais, nível de complexidade dos transportes, principais dificuldades assim como, fatores promotores de segurança durante o transporte. Os dados foram gravados em formato de áudio e vídeo, após autorização de todos os participantes e foi transcrita para formato de texto para posterior análise de conteúdo. Foi realizada leitura integral da entrevista transcrita com o objetivo de procurar padrões comuns que desse resposta à questão de investigação.

Para a análise dos dados recolhidos, selecionou-se o Método de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2022). Este tipo de método é um conjunto de técnicas que permite a análise das comunicações, um método empírico dependente do tipo de fala e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo, que tem de ser reinventado a cada momento. O recurso à análise de conteúdo para tirar partido de um material qualitativo é indispensável, tal como é o caso das entrevistas, que fornecem um material verbal rico e complexo. Quando estamos perante uma entrevista com 6 ou 7 vozes, a análise de conteúdo é muito sensível, pois este material oral exige uma política muito mais subjugada do que o estudo de respostas a questões abertas (Bardin, 2022).

Para aplicar o Método de Análise de Conteúdo, utilizou-se três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados/interpretação. Durante a pré-análise, fez-se a organização do material, cujo objetivo seria tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais; durante a exploração do material, procedeu-se, essencialmente, a operações de decomposição e exposição em função de regras enunciadas previamente; para o tratamento dos resultados conseguidos e respetiva interpretação, estes foram tratados de maneira a serem significativos e válidos (Bardin, 2022).

No projeto de investigação em estudo, utilizou-se o Método de Análise de Conteúdo de Bardin (2022) com categorização à posteriori.

Com aplicação do Método de Análise de Conteúdo, os resultados obtidos, a comparação metódica com o material obtido e o tipo de interferências conseguidas podem servir de base a um outro estudo em torno de novas dimensões ou praticada com recurso a técnicas distintas (Bardin, 2022).

5.1. Considerações Éticas

Para realização do projeto de investigação este teve o parecer favorável da comissão de ética da ESSNorteCVP, cujo número é referente a 016/2022, que se encontra no Anexo VI.

Durante a realização do estudo, foi explicado aos participantes o objetivo do mesmo bem como que a participação dos entrevistados seria de livre vontade e mantendo a sua confidencialidade. Para tal, foi utilizado Consentimento Informado Livre e Esclarecido para obtenção do consentimento informado por parte dos participantes (Anexo IV). Foi mantido o anonimato, privacidade dos participantes e confidencialidade dos dados obtidos pela entrevista através da codificação dos participantes com letras e números. Os dados e imagens recolhidas foram utilizados apenas com o objetivo da realização deste estudo de investigação. O estudo não provoca risco para os participantes. Não existiu qualquer conflito de interesse na realização do estudo.

6. Resultados e Discussão

Da análise dos resultados obtidos a partir do focus group, emergiram quatro categorias baseadas na Perspetiva dos EEEMC sobre o TIH da PSC internada em UCI, nomeadamente “Gestão do TIH”, “Eventos Adversos”, “Resolução dos Eventos Adversos” e “Perfil de Competências”. As categorias emergiram da análise detalhada dos dados obtidos através do focus group, tendo por base a sua relação com as subcategorias e as unidades de registo. Nas tabelas de análise de conteúdo são apresentadas apenas as unidades de registo que melhor representam essa unidade, no sentido de uma melhor compreensão dos mesmos.

Gestão do TIH

As subcategorias referentes à categoria principal Gestão do TIH reportadas pelos EEEMC foram: planeamento, tempo aumentado, Checklist pré-transporte, mala de transporte, as estrutura física/arquitetónica e a equipa de transporte (Tabela 1).

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Gestão do TIH	Planeamento	P1: "o planeamento, muitas das vezes, não conseguimos fazer..."
		P1: "essa decisão era tomada, muitas vezes não era comunicada e depois era efetivada (...) sem planeamento."
		P5: "... quais os equipamentos a transportar, quais os fármacos e as suas relevâncias para aquele tempo."
		P3: "a gestão dos equipamentos e dos recursos a levar para o transporte"
		P1: "Enquanto a equipa médica (...) não participava muito nessa fase do planeamento."
		P5: «organizar o timing...a equipa..."
		P3: "Isso leva-nos a pensar o transporte com outros meios (...) portanto, obrigou-nos a fazer uma gestão dos meios disponíveis para transporte..."
	Tempo aumentado	P5: "... quanto menor o tempo de transporte (...) mais facilitado é o mesmo e menor risco este também acarreta."
	Checklist	P1: "Não temos qualquer checklist de transporte intra-hospitalar."
		P3: "...é importante esta checklist para nos termos uma validação daquilo que, quanto mais não seja, para validar o que vamos fazer."
Gestão do TIH	Mala de transporte	P2: "...temos um saco, um saco construído só para o transporte intra-hospitalar..."
		P2: "a última coisa que queremos é pôr a mão na mala e não saber muito bem o que é que estamos a pegar";
		P1: "... concordo com a mala de transporte, tem que ser de conhecimento de toda a gente."
		P1: "Não tenho acesso, não tenho central, não tenho periféricos e tive que ir ao carro de emergência da Imagiologia buscar uns cateteres, porque aí percebi que, se calhar, faz sentido termos uns cateteres periféricos para colocar nos doentes."
	Estrutura física/arquitetónica	P3: "... nós temos uma série de barreiras, e dependendo para onde vamos (...) que implica uma deslocação, por exemplo, de elevador."

Equipa de transporte	P2: "existe um grave erro de comunicação e entre a equipa de enfermagem e a equipa médica..."
	P2: "Comunicação é essencial (...), mas a comunicação e a gestão de evento crítico em competências não técnicas são essenciais ou deveria ser essencial para que o processo e a segurança no transporte intra-hospitalar fosse conseguida."
	P4: "Ainda uma outra dificuldade (...) tem a ver com o perfil de competências dos enfermeiros que vão realizar o transporte."
	P3: "É importante o perfil de competências para a equipa de transporte, da equipa de enfermagem, da equipa médica."
	P5: "... organizar ou tentar estruturar a experiência da equipa."
	P2: "desvalorização dos próprios profissionais para este transporte, tanto o médico como enfermeiro muitas vezes desvalorizam a importância do transporte e o próprio risco decorrente deste transporte..."
	P2: "outra dificuldade (...) é quando estes são realizados por enfermeiro que não é o enfermeiro que está naquele turno com o doente..."
	P4: "...até procuramos transportes de maior complexidade porque estão acompanhados e, portanto, fazer ali debriefings também."
	P4: "...trabalho em equipa (...) acho que é um aspeto também fundamental."
	P1: «... a formação aqui é fundamental, acho que deveria ser um aspeto obrigatório nos profissionais que fazem doente crítico..."
	P2: "Relativamente à supervisão (...) eu quase diria que quando nós temos um supervisor que para além de fazer a supervisão decorrente do seu conhecimento e da sua experiência, têm recurso, um documento padronizado e valida diretamente, se aquilo foi realizado ou não..."
	P2: "... esta perspetiva de adicionar a simulação (...) não sei se diria que é essencial para um transporte crítico adequado, mas eu diria que era no mínimo necessário."

Tabela 1: Gestão do TIH

As subcategorias apresentadas na Gestão do TIH referem-se a um conjunto de fatores promotores e dificultadores do transporte. Sobre a gestão do mesmo, o planeamento foi a primeira subcategoria identificada. Dentro desta, os participantes fizeram referência à falta de planeamento prévio do transporte, à falta de comunicação sobre a decisão da realização do mesmo, à gestão inadequada dos recursos humanos e materiais, equipamentos e terapêutica, o não envolvimento da equipa, a organização do "timing" e da equipa, assim como sobre o conhecimento do local de transporte, tornando o TIH uma tarefa exigente e insegura que requer tempo e recursos, como refere Bergman et al. (2020).

O referido pelos participantes no que consiste ao Planeamento, está em linha com a literatura, no qual Nespereira García et al. (2020) refere que um inadequado planeamento pode acarretar dificuldades no transporte. Este autor, para reduzir estes fatores criou um protocolo composto por cinco fases: planeamento, preparação, lista de verificação, registo de transportes e pós-transporte. Neste protocolo, na fase do planeamento, o médico assistente planeia: o destino do paciente, os profissionais destacados para o TIH e respetivas funções, o equipamento necessário, os dispositivos necessários durante o TIH, medicamentos, entre outros aspetos como informar a pessoa e família. A fase da preparação consiste na preparação do paciente e do material necessário durante o TIH, assim como confirmar o plano elaborado pelo médico na fase anterior. Ainda nesta fase, há a preparação dos dispositivos e medicamentos de emergência necessários para tratar qualquer eventualidade que possa ocorrer durante o transporte (Nespereira García et al., 2020). Também no estudo do mesmo autor, conseguiu-se comprovar que após implementação de um protocolo de transporte, os incidentes diminuíram drasticamente ao longo do estudo. Assim, o planeamento adequado está em linha com a literatura, no qual vários autores defendem que uma preparação prévia do transporte tem um efeito positivo na segurança da PSC (Bergman et al., 2020; Nespereira García et al., 2020; Powell et al., 2020; Veiga et al., 2019).

O tempo de transporte aumentado também foi referido como uma subcategoria, o que vai de encontro ao descrito na literatura, em que o tempo médio de transporte está associado a uma maior incidência de eventos adversos (Nespereira García et al., 2020; Latzke et al., 2020; Veiga et al., 2019). O tempo médio de TIH varia se o objetivo é diagnóstico ou terapêutico, de 50 minutos e 26 minutos, respetivamente (Chaikittisilpa et al. 2017). Para Nespereira García et al. (2020), a incidência de EA é maior quando o transporte tem uma duração

superior a 30 minutos, ao contrário do estudo de Veiga et al. (2019), cujo tempo de transporte superior a 36,5 minutos está associado a maior risco de ocorrência de EA clínicos. Uma das subcategorias, também apresentadas, foi a checklist pré-transporte, seja pela utilização desta antes do transporte, referida por uns participantes ou pela ausência da mesma, referida por outros. Preconiza-se a utilização de uma checklist prévia ao transporte, na qual o enfermeiro e o médico assistente a executam imediatamente antes de iniciarem o transporte. Esta checklist inclui os itens planeados pelo médico e preparados pelo enfermeiro nas fases anteriores e confirma que toda a monitorização, equipamentos, circuitos, ventilador, bem como se as baterias estão em correto funcionamento e todos os acessos estão funcionantes (Nespereira García et al., 2020). Também no estudo de O'Leary et al. (2017), os participantes consideraram que estas checklists poderiam ser utilizadas para estruturar eficazmente as transferências. Nespereira García et al (2020) e O'Leary et al. (2017) referem que a implementação de uma lista de verificação pré-transporte reduz a incidência global de danos durante o TIH. Os mesmos autores mencionam que apesar de não eliminar a totalidade das complicações, é vista como um processo de melhoria da segurança durante o transporte.

Seja a presença de uma mala de transporte, o não conhecimento do material que a constituía ou a composição da mesma de forma inadequada, foram aspetos abordados pelos participantes que permitiu a identificação da subcategoria Mala de Transporte. A presença desta é preconizado pela OM & SPCI (2008) como material obrigatório para a realização do TIH, referindo que os hospitais devem promover a existência de um conjunto de equipamentos, no qual se inclui uma mala de transporte, em que a carga da mesma deve estar em condições de ser utilizada em qualquer altura.

A estrutura física/arquitetónica constituiu uma subcategoria da Gestão do TIH, o que vai de encontra ao que é descrito em vários estudos que retratam os problemas de gestão organizacional do TIH, da equipa e dos serviços, em que estas barreiras foram sentidas como potenciadoras de EA, uma vez que as organizações devem proporcionar um ambiente de transporte sustentável e de apoio (Bergman et al., 2020, Powell et al., 2020; O'Leary et al., 2017). Além disso, os participantes do estudo de Bergman et al. (2020), referem que entre a UCI e o local de destino, sentiram-se vulneráveis, expostos e sozinhos, nos corredores e elevadores, longe de outros colegas e recursos, caso ocorresse algum incidente.

A equipa de transporte também é referida como uma subcategoria da Gestão do TIH. Sejam problemas de comunicação entre a equipa, a competência dos profissionais perante a situação, a desvalorização do risco do TIH, bem como o não conhecimento do estado clínico

do doente, são fatores fortemente referidos pelos participantes. Vários autores defendem que o TIH é um procedimento de alto risco para a PSC, estando associado a uma ocorrência elevada de EA e que constitui um momento de enorme stress (Bergman et al., 2020; Latzke et al. 2020; Nespereira García et al., 2020; Veiga et al., 2019; Ignatyeva et al., 2018). O facto de estar longe da UCI, está associado a um grau de insegurança dos profissionais e está associado a uma tarefa fisicamente exigente (Bergman et al., 2020)

Problemas relacionados com a comunicação (Bergman et al., 2020; Powell et al., 2020; Veiga et al., 2019; O’Leary et al., 2017) e colaboração entre equipas (Bergman et al., 2020; Latzke et al., 2020; Powell et al., 2020) estão fortemente relacionados com o aumento de EA, constituindo assim, uma dificuldade acrescida.

Este problema com a comunicação entre equipa também é identificado como uma questão dificultadora no estudo de O’Leary et al. (2017), constatando que havia uma dificuldade em comunicar eficazmente entre profissionais, nomeadamente quando as intervenções estavam a ser tomadas fora da UCI. Isto foi descrito por vários participantes do mesmo estudo, que referiram que a ajuda qualificada era difícil de encontrar fora da UCI, o que exacerbava potenciais problemas.

No que concerne à comunicação, Powell et al. (2020) aponta ainda, que existe défice e discrepâncias na informação comunicada que podem resultar num impacto negativo na segurança da pessoa a ser transportada.

Ainda é referido que os profissionais responsáveis pelo cuidado da PSC, consideram-se os melhores a nível de conhecimento sobre os interesses e necessidades específicas do doente (Bergman et al., 2020). Além disso, os participantes referiram que a competência dos elementos da equipa, a comunicação intra e inter-equipa, a gestão da equipa de enfermagem, debriefings após transporte, trabalho em equipa, a formação prévia, supervisão bem como o treino de simulação são aspetos fundamentais para a gestão do transporte.

No que concerne à equipa de transporte, vários estudos referem que o trabalho e a cooperação em equipa apresentam-se como um fator de segurança do TIH (Bergman et al., 2020; Latzke et al., 2020; Powell et al., 2020). O estudo de Latzke et al. (2020) afirma que o clima de segurança durante o transporte está positivamente relacionado com os processos em equipa e negativamente com a ocorrência de EA. Além disso, Bergman et al. (2020) descreve que quando os participantes estavam perante um evento crítico, agiam de acordo com o papel atribuído da equipa, confiando nos seus colegas para terem conhecimento do seu papel e responsabilidade na equipa. No entanto, o mesmo autor, descreve que o trabalho

em equipa deve ser dinâmico e sujeito a alterações sempre que necessário, por exemplo, se o líder de equipa for menos experiente, os outros membros da equipa devem apoiá-lo de várias formas.

O trabalho da equipa interprofissional e a colaboração entre todo o hospital, demonstra a importância do trabalho em equipa e da colaboração no TIH (Bergman et al., 2020)

Powell et al. (2020) refere, também, uma abordagem estruturada e sistemática, o tempo de preparação e a comunicação antes da transferência permitem aos enfermeiros realizar transportes mais seguros.

O estudo de Bergman et al. (2020) aponta para a importância do Debriefing após-transporte, referindo que após um incidente crítico, os participantes do seu estudo refletiam sobre as suas ações, exprimindo sentimentos de frustração ou arrependimento por não serem capazes de prever e impedir que o incidente ocorresse.

Por outro lado, a formação/educação dos profissionais sobre TIH, descritos por Ignatyeva et al. (2018) e O'Leary et al. (2017) apontam como um promotor de segurança, tal como é referido pelos participantes do focus group. Latzke et al. (2020) defende ainda que a formação em termos de segurança e da equipa que executa o TIH é um fator relevante para diminuição dos EA.

Eventos Adversos

Do focus group emergiu como categoria “Eventos Adversos”, sendo possível atribuir subcategorias, nomeadamente, eventos adversos clínicos e não clínicos, bem como comunicação dos eventos adversos, como é apresentado na Tabela 2.

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Eventos Adversos	Clínicos	P2: "Desde paragens cardiorrespiratórias..."; "Também já tivemos exemplos de paragens cardiorrespiratórias durante um procedimento."
		P1: "...entrou em paragem cardiorrespiratória (...) e depois o desfecho não foi favorável".
		P1: «O doente extubou-se na mesa do TAC e entrou em paragem cardiorrespiratória»
		P2: "Desde paragens cardiorrespiratórias, a drenos... pneumotórax hipertensivos..."
		P3: "...um doente que estava a reagir e que se estava a tentar extubar..."
	Não clínicos	P5: «vou só dizer que no meu caso, acho que quase todos (...) cateter de PIC, algalias, drenos torácicos, cateteres venosos centrais.»
		P4: "...baterias de seringa, das seringas perfusoras que já estavam assim um bocadinho (...) que já não carregavam muito bem"; "...e a cama avariou a roda avariou, partiu-se e conseguiu-se transpor a rampa..."
		P3: "Era, até pela falta de fármacos (...) uma medicação que, durante o transporte, ia mais tempo em não perfusão do que propriamente em perfusão. "
		P2: "...a falta de processo clínico, na altura."
	Comunicação de Eventos Adversos	P5: "...mais do que as medidas de atuação durante o acontecimento em si, será importante incidirmos na sua prevenção, na gestão do risco dessas situações e relativamente a isso, não foi feito nada, a não ser conversas de corredor, conversas na passagem de turno..."
		P2: "...nós sabemos que há muita coisa que não é resolvida, porque, pronto é conversa de corredor (...), mas também é muito porque não se notifica...";
		P4: "Estratégias ainda para resolução é partilhar, alguém falou de reportar, portanto, o que acontece como um processo de melhoria contínua"

Tabela 2: Eventos Adversos

Os profissionais de saúde consideram o TIH como um processo perigoso que apresenta várias ameaças à segurança da pessoa (Bergman et al., 2020).

Os participantes do focus group mencionaram como EA clínicos associados ao TIH experienciados: Paragem Cardiorrespiratória (PCR), morte, extubação, pneumotórax hipertensivo e desadaptação ventilatória do doente, o que contrasta um pouco com o descrito na literatura. A deterioração clínica esteve presente na maioria dos estudos, sendo que a instabilidade hemodinâmica e respiratória foram os eventos adversos mais frequentes, apresentados nos estudos de Ignatyeva et al. (2018), Kwack et al. (2018), Veiga et al. (2019) e de Nespereira García et al. (2020), seguidos de agitação, crise convulsiva ou depressão do estado de consciência (Veiga et al., 2019).

Dos EA não clínicos apresentados pelos participantes, evidenciam-se a saída accidental de dispositivos médicos, problemas com equipamentos, falta de recursos/terapêutica, bem como a falta do processo clínico, o que é fundamentado por vários autores, que referem que problemas relacionados com equipamentos, nomeadamente com equipamentos de monitorização, ventilação e de infusão de terapêutica são os EA não clínicos mais frequentes (Nespereira García et al., 2020; Veiga et al., 2019; O’Leary et al., 2017). Já Ignatyeva et al. (2018) refere que a deslocação ou saída accidental de dispositivos como drenos torácicos e tubos endotraqueais, foram EA frequentes no seu estudo.

Os participantes referem, ainda, que a comunicação dos EA deverá ser realizada nas passagens de turno e no sistema de notificação de incidentes. Desde 2002, que a OMS recomenda o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes, cujo objetivo é garantir a segurança do doente, a qualidade na prestação de cuidados, promovendo ganhos em saúde (Norma 17/2022).

A comunicação dos EA do TIH da PSC é de extrema importância para garantir a segurança do mesmo. Deste modo, a partilha de informação entre todos os profissionais de saúde, é fundamental para assegurar a segurança, produzir medidas eficazes para prevenir, detetar precocemente e comunicar os EA relacionados com o transporte através do uso de protocolos e identificação de intercorrências (Pires et al., 2015).

Resolução dos Eventos Adversos

A categoria “Resolução de Eventos Adversos” (Tabela 3) vem no seguimento da categoria anterior e apresenta-se com as subcategorias dos EA clínicos e não clínicos.

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Resolução dos Eventos Adversos	Clínicos	P2: "E situações de paragem, nós recorremos ao carro de emergência que temos dentro da sala de TAC, por exemplo, e reanimamos..."
		P5: "...relativamente ao cateter de PIC, foi fazer uma compressão externa..."
		P5: "...foi cateterizar um periférico e (...) pusemos logo ali a “Nora” e tivemos também aqui ajustar o ritmo da Nora ... Porque estava num periférico e depois também tive sorte que o doente não estava assim tão instável e consegui encontrar o outro periférico para a sedação e analgesia."
		P5: "...foi só fazer... compressão e esperar que aquilo não se tornasse pior e aumentar um bocadinho à pressão no ventilador."
		P5: "...consegui encontrar o outro periférico para a sedação e analgesia."
	Não clínicos	P2: "...a construção do saco para transporte intra-hospitalar decorreu precisamente de notificação e de muita insistência por parte de alguns elementos da equipa..."
		P2: "...o recurso aqui é o recurso humano que é o auxiliar ou alguém trazer uma segunda bala pronto, uma segunda, uma terceira, o que for necessário..."
		P4: "..., mas depois tive que pedir uma cama de substituição do serviço para dar continuidade ao transporte..."
		P2: "Resolução, recurso humano porque o auxiliar vai buscar aquilo que se esqueceu, alguém, do que alguém se esqueceu, do que a equipa se esqueceu, ou então telefone para que alguém na unidade traga aquilo que falta.";
		Tabela 3: Resolução dos eventos adversos

A resolução dos EA é apresentada como resposta aos EA descritos na categoria anterior, tendo sido subcategorizados em clínicos e não clínicos. Das soluções apresentadas para a resolução dos EA clínicos destacam-se a reanimação com recurso ao carro de emergência, no caso de PCR, a compressão manual direta no local de saída de dispositivos médicos, a inserção de dispositivos periféricos, aquando saída de acessos venosos centrais, ajuste de parâmetros ventilatórios no caso de pneumotórax hipertensivo e da saída de dreno torácico, assim como ajuste de sedação/analgesia na desadaptação ventilatória.

Já na resolução dos EA não clínicos salientam-se a elaboração de mala de transporte, solicitar ajuda de terceiros, bem como solicitar substituição de equipamentos.

Apesar de não estar descrito na literatura sobre as atitudes concretas para resolver cada incidente, Bergman et al., (2020) refere que os participantes do seu estudo confiam nas suas próprias capacidades para lidar com os EA inesperados, atuando quando é importante. O mesmo autor defende, ainda, que os profissionais que executam o TIH sentem necessidade de proteger a pessoa, o que requer competências e responsabilidades individuais e partilhas entre a equipa.

Perfil de competências

A categoria “Perfil de Competências” (Tabela 4) aborda em si as subcategorias: competências não técnicas, competências do enfermeiro, formação inicial, formação informal entre pares, experiência e simulação.

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
Perfil de Competências	Competências não técnicas	P2: "..., mas a comunicação e a gestão de evento crítico em competências não técnicas é essencial ou deveria ser essencial para que o processo e a segurança no transporte intra-hospitalar."
	Competência do Enfermeiro	P3: "...é o profissional (EEEMC-PSC) indicado pela competência, experiência, formação, pelo know-how que tem e, de facto, pelas competências que regulam ou pelo decreto que regula as competências do especialista, acho que é inequívoco"
	Formação inicial	P1: "A formação aqui é fundamental, acho que deveria ser um aspeto obrigatório nos profissionais que fazem doente crítico"
	Formação informal entre pares	P4: "Também concordo com todos, formação, sim, claramente, aos diferentes níveis (...) dos momentos informais, de formação informal entre pares, acho que é muito importante e, muitas das vezes, ela existe, não temos a noção e ela é importante para nós..."
	Experiência	P1: "Depois, além desta formação, é a experiência..."
	Simulação	P4: "...simulação, acho que é o caminho a seguir e levar também para a academia estes momentos..."

Tabela 4: Perfil de Competências

Foram muitos os aspetos apresentados pelos participantes acerca do perfil de competências dos profissionais que executam o TIH. Destacaram-se as competências não técnicas, a competência do Enfermeiro, a formação inicial, a formação informal entre pares, a experiência, bem como o treino com recurso à simulação.

Bergman et al. (2020) defende que para prevenir e gerir os EA durante o TIH, os profissionais devem apresentar competências não técnicas, como a consciencialização da situação e trabalho em equipa, para além de apresentar competências técnicas e conhecimentos necessários para realizar o transporte. O mesmo autor refere, ainda, que os profissionais que executam o TIH confiavam na sua competência para agirem adequadamente perante uma situação imprevisível.

No que concerne à formação, seja académica ou informal entre pares, quando adequada, permite garantir um TIH seguro e eficaz da PSC. No estudo de Ignatyeva et al. (2018) foi criado um teste de conhecimento pré e pós formação para educar os enfermeiros de UCI sobre os procedimentos de transporte, como gestão pós-PCR, gestão das vias aéreas e administração de medicamentos de emergência. Consequentemente, o pós-teste apresentou um grau de conhecimento superior por parte dos enfermeiros, concluindo que o conhecimento dos enfermeiros sobre as normas de transporte melhorou significativamente com a educação. O mesmo estudo refere, ainda, que a experiência apresentou uma melhoria significativa da confiança, conhecimento, conforto e satisfação após atividades de aprendizagem (Ignatyeva et al., 2018). Latzke et al. (2020) refere também, que a formação em termos de segurança do TIH é um fator primordial para diminuição dos EA.

O mesmo defende a OM & SPCI (2008), que atribui à formação e experiência prática, um dos aspetos mais importantes para a promoção e segurança do transporte. A mesma entidade, defende que todos, mesmo para os profissionais que habitualmente cuidam da PSC, devem-se apoiar na educação específica na área do transporte da PSC (OM & SPCI, 2008).

Já o treino com recurso à simulação foi outro aspeto abordado pelos participantes o que vai de encontro ao que é apresentado na literatura. Na revisão da literatura realizada por Pedersen et al. (2019), identificou-se que com recurso a treino de simulação, os enfermeiros em cuidados intensivos melhoraram a coordenação relacional, a cognição analítica na gestão de tarefas, a consciência da situação, a autoconsciência, o controle cognitivo e a comunicação de alta qualidade na equipa. Num recente estudo, Manggala et al. (2022) conseguiu comprovar que o recurso a simulação de alta fidelidade melhora as capacidades e comunicação interprofissional assim como o trabalho em equipa.

Relativamente à experiência enumerada pelos participantes no focus group como parte integrante do perfil de competências de quem executa o TIH, Droogh et al. (2015) refere que a equipa de transporte da PSC deve incluir profissionais experientes e devidamente treinados, para garantir que todos os procedimentos sejam realizados de forma segura e eficaz. O mesmo vai de encontro ao Modelo de Aquisição de Competências de Benner (2001), que apoia que o enfermeiro perito, topo máximo da experiência clínica, tem capacidade para avaliar a situação como um todo, indo direto ao problema, sem desperdiçar tempo com outras soluções e diagnósticos.

No que confere à competência do Enfermeiro que executa o TIH da PSC, os participantes concordaram que o EEEMC na área de especialização de Enfermagem à PSC, é o profissional com maior competência para o executar. A perspetiva dos participantes vai de acordo ao que é emitido pela Ordem dos Enfermeiros que defende que o profissional de enfermagem com melhor formação para integrar equipas de transportes ou equipas de Emergência Intra-Hospitalar é o EEEMC na área de especialização em enfermagem à PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2017b). A mesma entidade, com base nos Padrões de Qualidade especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, refere que o EEEMC na área da PSC é responsável pela evacuação e transporte da pessoa PSC em segurança (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

7. Conclusão

O TIH da PSC internada em UCI, requer competências especializadas de forma a manter o mesmo nível de cuidados que esta tem na Unidade de Cuidados Intensivos, assim como a sua elevação, se necessário. Os profissionais descrevem o TIH como um procedimento exigente, que requer tempo e recursos, sendo um evento stressante, uma vez que podem ocorrer incidentes que não tenham sido previstos, em que risco pode ser superior ao benefício da finalidade do transporte.

Como tal, estudou-se a Perspetiva dos EEEMC sobre os fatores promotores e dificultadores de segurança do TIH da PSC com o objetivo de promover esta prática como uma atividade segura seja para a PSC seja para o profissional que a executa.

Da análise dos resultados obtidos, emergiram quatro categorias principais “Gestão do TIH”, “Eventos Adversos”, “Resolução dos Eventos Adversos” e “Perfil de Competências.

A nível da Gestão do TIH destacam-se o planeamento prévio, a Checklist pré-transporte, tempo de transporte aumentado, a mala de transporte, a estrutura física/arquitetónica bem como a equipa de transporte.

Foram, também, relatados os EA clínicos e não clínicos já experienciados pelos participantes do estudo e como procederam para a resolução dos mesmos, destacando-se que atitude dos participantes é de resolução imediata dos EA, sempre com o principal objetivo de proteger o doente, o que requer competências e responsabilidades individuais e de equipa.

Para promover a segurança do TIH da PSC, os participantes enunciam o Perfil de competências de quem executa o transporte com a atribuição de subcategorias de competências não técnicas, competências do enfermeiro, formação inicial, formação informal entre pares, experiência e simulação.

Nesta perspetiva, os participantes do estudo de investigação, destacam que o EEEMC na área de especialização de Enfermagem à PSC, é o profissional mais indicado na realização do TIH pela sua competência, experiência e formação.

Como limitações ao estudo, destaca-se o número reduzido de participantes, como é característico dos estudos qualitativos, o que limita a sua capacidade de generalizar os resultados, razão pela qual a perspetiva destes sobre o TIH da PSC internada em UCI pode não ser o reflexo da perspetiva dos restantes EEEMC; a subjetividade da análise dos

resultados obtidos; assim como, o longo e exaustivo processo de análise de dados para obtenção de resultados, pois envolveu a análise de muita informação.

Apesar das limitações mencionadas, este projeto de investigação representa uma estratégia de melhoria e de promoção de segurança do TIH da PSC internada em UCI, uma vez que a identificação de fatores dificultadores, de fatores promotores da segurança do transporte, a apresentação dos EA decorrentes do TIH e medidas de resolução dos mesmos, bem como o perfil de competências de quem executa o TIH , facilitando a identificação de possíveis focos de atenção e a implementação de protocolos que promovam a segurança do TIH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão da componente de estágio permitiu desenvolver competências pessoais, profissionais e académicas no âmbito das competências comuns e específicas de EEEMC na área de especialização de Enfermagem à PSC bem como as competências de Mestre.

O cumprimento dos objetivos comuns e específicos definidos para cada contexto de estágio refletiram-se na aquisição de novos conhecimentos, novas aprendizagens, no desenvolvimento do pensamento crítico fundamentado nas necessidades individuais da pessoa bem como na tomada de decisão com base na melhor evidência científica.

A realização dos estágios em contextos de UCI diferentes do local onde trabalho, proporcionou uma visão diferente da prestação de cuidados de enfermagem à PSC, permitindo aprender com as melhores práticas e analisar criticamente práticas menos adequadas, enaltecendo, assim, as minhas competências como profissional. Foi também tempo de enfrentar novos desafios, para desenvolver novas capacidades como a adaptação, a proatividade, a autonomia, o poder da tomada de decisão e pensamento crítico-reflexivo. Considero-me, após esta caminhada de aprendizagem, uma enfermeira em busca da perícia na área de especialização de enfermagem à PSC, pois tal como refere Benner (2001), sinto-me capaz de compreender, globalmente, possíveis situações inesperadas, permitindo a organização, planificação e coordenação dos cuidados especializados.

A componente de investigação conduziu a um desenvolvimento enorme em termos de conhecimento sobre a área de investigação, neste caso de investigação em saúde. Foram imensas as dificuldades sentidas durante este percurso que se foram esvanecendo com o estudo, empenho e aquisição de competências no processo de investigação. O facto de ter optado por realizar um estudo de natureza qualitativa conferiu-se uma grande dificuldade pelo não conhecimento do mesmo, mas tornou-se no maior desafio que vejo agora cumprido.

Com esta componente, também pude desenvolver uma maior capacidade de realizar pesquisa bibliográfica fidedigna, apoiando a minha prática clínica, promovendo assim uma prática baseada na evidência.

Com a realização deste projeto, tive acesso a inúmera informação valiosa na área do TIH da PSC internada em UCI, permitindo detetar algumas oportunidades de melhoria com vista à

promoção de segurança e qualidade, abrindo caminho para futuros estudos de investigação. Assim sendo, pretendo com a realização deste trabalho abrir asas à investigação na área do TIH da PSC internada em UCI, influenciando colegas de profissão e não só, a desenvolverem novos estudos que promovam a segurança e a qualidade do TIH ressaltando a importância de Enfermagem como parte integrante deste processo, em busca de uma Enfermagem Avançada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, D., Araújo, J. (2020). Rotina de cuidados ao paciente politraumatizado em unidade de terapia intensiva. Curso de especialização em enfermagem em uti, Centro Universitário Fametro.
<https://repositorio.unifametro.edu.br/bitstream/123456789/798/1/DEYZIANE%20DAMASCENO%20ARA%20e%20JOS%20EGBERG%20SANTOS%20DE%20ARA%20TCC.pdf>
- Bardin L., (2022). *Análise de Conteúdo*. 70. edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem. Quarteto Editora
- Bergman, L., Pettersson, M., Chaboyer, W., Carlström, E., & Ringdal, M. (2020). Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: A critical incident study. *Australian Critical Care* 35(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.12.003>
- Camelo, S. H. H., & Chaves, L. D. P. (2012). Teamwork as a nursing competence at Intensive Care Units. *Investigación y Educación en Enfermería* 26(3), 107–115.
- Chaikittisilpa, N., Lele, A. V., Lyons, V. H., Nair, B. G., Newman, S.-F., Blissitt, P. A., & Vavilala, M. S. (2017). Risks of Routinely Clamping External Ventricular Drains for Intrahospital Transport in Neurocritically Ill Cerebrovascular Patients. *Neurocritical Care* 26(2), 196–204. <https://doi.org/10.1007/s12028-016-0308-0>
- CHUSJ, E.P.E (2022). Regulamento interno do Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto https://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/950/Regulamento_Interno_agosto_2021_c.pdf
- Curtis, J. R., Cook, D. J., Wall, R. J., Angus, D. C., Bion, J., Kacmarek, R., Kane-Gill, S. L., Kirchhoff, K. T., Levy, M., Mitchell, P. H., Moreno, R., Pronovost, P., & Puntillo, K. (2006). Intensive care unit quality improvement: a "how-to" guide for the interdisciplinary team. *Critical care medicine* 34(1), 211–218. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000190617.76104.ac>
- Decreto-Lei nº65/2018 do Ministérios da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2019). Diário Da República I Série, nº157 (16-08-2009) <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/116068879/details/maximized>
- DGS (2017a). Norma nº021/2015 atualizada a 30-05-2017: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Direção Geral Da Saúde, 13.

- <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- DGS (2017b). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Direção Geral Da Saúde, (1-24) https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- DGS (2022a). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Ministério da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2022/12/PNS2021-2030_FINAL-para-Edicao.pdf
- DGS (2022b) Norma Clínica: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Direção Geral Da Saúde, 24
- DGS (2022c) Norma Clínica: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central Direção Geral Da Saúde, 26
- DGS (2022d) Norma Clínica: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Direção Geral Da Saúde, 18
- Diário da República (2016). Resolução do Conselho de Ministros n.º 22/2016. Diário da República 1.ª série, n.º 70 (11-04-2016) (1193-1195) <https://files.dre.pt/1s/2016/04/07000/0119301195.pdf>
- Droogh, J. M., Smit, M., Absalom, A. R., Ligtenberg, J. J., & Zijlstra, J. G. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Critical care (London, England)*, 19(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0749-4>
- Fortin, M.F. (2009). *O Processo de investigação* (3.ª Edição ed.). Lusociência.
- Ignatyeva, Y., Nguyen, A. P., Schmidt, U., Barak, R., Agarwal, R., & Davidson, J. E. (2018). Transport of critically ill cardiovascular patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 41(4), 413–425. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000229>
- Kwack, W. G., Yun, M., Lee, D. S., Min, H., Choi, Y. Y., Lim, S. Y., Kim, Y., Lee, S. H., Lee, Y. J., Park, J. S., & Cho, Y. J. (2018). Effectiveness of intrahospital transportation of mechanically ventilated patients in medical intensive care unit by the rapid response team A cohort study. *Medicine (United States)*, 97(48). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000013490>
- Latzke, M., Schiffinger, M., Zellhofer, D., & Steyrer, J. (2020). Soft Factors, Smooth Transport? the role of safety climate and team processes in reducing adverse events during

- intrahospital transport in intensive care. *Health Care Management Review* 45(1), 32–40.
<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000188>
- Lei nº156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República, 1.ª série, nº 181 (16-09-2015) (8059-8105)
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- Lei nº95/2019 (2019). Lei de Bases da Saúde. Diário Da República, nº169, 1ª série (04-09-2019) (55–66) <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>
- Lopes, M.; Aguiar, W. & Whitaker, I. (2019) In-hospital Complications in Trauma Patients According to Injury Severity. *Journal of Trauma Nursing* 26(1) (10-16) DOI: 10.1097/JTN.0000000000000411
- Malcato M. (2016) A pessoa submetida a Cirurgia Cardiotorácica Capacitação e Atividade de Vida. Em: Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016), Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Lusodidacta. 515-521
- Manggala, S., Tantri, A., Sugiarto, A., Sianipar, I. & Prasetyono, T. (2022) In situ simulation training for a better interprofessional team performance in transferring critically ill patients with COVID-19: a prospective randomised control trial, *Postgraduate Medical Journal* Volume 98, Issue 1162, August 2022, Pages 617–621, <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2021-141426>
- Marques, M. (2021). A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho – Escola de Economia e Gestão
- Martiniano, E. C., Vieira do Nascimento, A. M., Campos, J. R. E., Campos, J. B. R., Brito Barros, A., & Rodrigues Pereira Luz, D. C. (2020). Cuidados de enfermagem ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)* 23(270), 4861–4872.
<https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i270p4861-4872>
- Ministério da Saúde (2003). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidade de Cuidados Intensivos. Diário Da República Nº59, 2ª Série, de 25 de Março de 2013.
<https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/GTUCIrelatoriofinal.pdf>

- Morgan, D. L. (1996). Focus Groups. *Annual Review of Sociology* 22(1), 129–152. doi: 10.1146/annurev.soc.22.1.129
- Nespereira García, P., Cabadas Avión, R., Leal Ruiloba, M. S., Rodríguez Pérez, J., Broullón Dobarro, A., & Rivero García, A. (2020). Retrospective study of security in the transfer of critical patients after application of methodology for risk management. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* 67(3), 119–129. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2019.10.003>
- Norma 017/2022. Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente. Direção Geral da Saúde. 1-20. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma_017_2022-de-19_12_2022-pdf.aspx
- O’Leary, R.-A., Conrick-Martin, I., O’Loughlin, C., Curran, M.-R., & Marsh, B. (2017). Multiple intra-hospital transports during relocation to a new critical care unit. *Irish Journal of Medical Science* 186(4), 815–820. <https://doi.org/10.1007/s11845-016-1528-1>
- Oliveira, A., Garcia, P. & Nogueira L. (2016) Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 679-689. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>
- Oliveira, L., Noleto, L., Martins, C., Lima, B., Fontinele, A., Martins, L., Lima, V., Paula, M., & Galvão, T. (2018). Assistência De Enfermagem Ao Pacientes Vítimas De Traumatismo Crânioencefálico: Revisão Integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research BJSQR* 22(3), 85–91.
- OM & SPCI (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, 1–30 <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- OMS (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2017a). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. 26–32. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2017b). Parecer Nº 09/2017. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1–3.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePe
- Ordem dos Enfermeiros (2017c). Parecer nº10/2017. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1-4
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista – Procedimentos e Orientações. Circular Normativa CN-CD/2018/2 de 18-10-2018
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17192/circular-normativa-cd-02_18102018_obten%C3%A7%C3%A3o-tit-prof-enfermeiro-especialista_procedimentos_orient.pdf
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Miguel, J., José, R., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. República Portuguesa - Saúde, 6–10. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Pedersen, I., Solevåg, A., & Solberg, M. (2019) Simulation-Based Training Promotes Higher Levels of Cognitive Control in Acute and Unforeseen Situations. *Clinical Simulation in Nursing* 34, pp. 6-15 <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.05.003>
- Pires, A. F., dos Santos, B. N., dos Santos, P. N., Brasil, V. R., & Luna, A. A. (2015). Transporte seguro de pacientes críticos. *Revista Rede de Cuidados em Saúde* 9(2). <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/2531>
- Powell, M., Brown, D., Davis, C., Walsham, J., Calleja, P., Nielsen, S., & Mitchell, M. (2020). Handover practices of nurses transferring trauma patients from intensive care units to the ward: A multimethod observational study. *Australian Critical Care* 33(6), 538–545.
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República II Série, nº26 (16-02-2019) (4744-4750) <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento nº429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em

- situação crónica. Diário Da República II série, nº135 (16-07-2018) (19359- 19370)
<https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Regulamento nº556/2017 (2017). Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida. Diário da República, 2.ª série, n.º 200 (17-10-2017) (23636-23638)
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/556-2017-108317775>
- Regulamento nº743/2019 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25 (128–155) <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- RNEHR (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Cirurgia Cardiorácica. 75 https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/RNEHR_Cirurgia-Cardioracica.pdf
- Rocheta, J. (2018). Indicadores de qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública.
- Silva R., Amante L., Salun N., Martins T., Minatti F. (2017) Visibilidade do transporte intra-hospitalar em unidade de terapia intensiva: estudo descritivo. *Revista Gaúcha Enfermagem* 38(3) <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2017-0048>
- Simões, J. F. F. L. (2020). Análise da carga de trabalho de enfermagem de um serviço de medicina intensiva. Relatório Final de Estágio. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
- Veiga, V. C., Postalli, N. F., Alvarisa, T. K., Travassos, P. P., Vale, R. T. da S., Oliveira, C. Z. de, & Rojas, S. S. O. (2019). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 31(1), 15–20.
<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação- O Processo de Construção do Conhecimento* (ed.); 3a Edição.

ANEXOS

ANEXO I: FORMAÇÃO EM SERVIÇO SMI1 – ALA A

ESS+
Escuela Superior de Saúde Mont-
crist de Viseu, Portugal

-
- O diagrama ilustra o processo de transporte de pacientes com trauma, dividido em três etapas principais e influenciado por vários fatores de segurança.
- Decisão**
- Competência médica;
 - Avaliação risco/benefício do transporte.
- Planejamento**
- Médico e Enfermeiro
 - Aspectos essenciais: coordenação, comunicação, estabilização, equipe, equipamento, transporte e documentação.
- Efetivação**
- Responsabilidade da equipe que acompanha o transporte.
- Fatores de segurança**
- Trabalho em equipe multiprofissional
 - Checklist pré-transporte
 - Planejamento adequado da pessoa, equipe, equipamentos e monitorização.
 - Educação/formação dos profissionais de saúde

Equipa	Equipamento	Monitorização obrigatória
• Enfermeiro responsável pelo doente • Médico e Enfermeiro sempre que instabilidade fisiológica. • A Ordem do Enfermeiros recomenda que o transporte da pessoa em situação crítica seja assegurado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica.	• Monitor de transporte com alarme; • Mala de transporte (com material de intubação, fármacos de ressuscitação); • Ventilador com alarmes; • Insuflador manual; • Fonte de oxigénio para todo o transporte; • Perfusões administradas com bateria; • Outras medicações adicionais; • Estetoscópio	• Monitorização contínua; • Frequência Respiratória; • FiO₂; • Oximetria de pulso; • ECG contínuo; • Frequência Cardíaca; • Pressão arterial (invasiva ou não invasiva); • Pressão da via aérea (doentes ventilados); • Capnografia (doentes ventilados).

Clinicos: Instabilidade hemodinâmica; Instabilidade respiratória; Agitação; Depressão do estado de consciência; Crise convulsiva.	Não clínicos: Equipamentos de ventilação; Equipamentos de monitorização; Administração de terapêutica.	Comunicacionais: Falta de comunicação entre equipas; Falta de colaboração entre equipas.
--	---	--

Bibliografia:

Bergman, L., Petersson, M., Chaboyer, W., Carletten, E., & Ringdahl, M. (2020). Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: A critical incident study. *Australian Critical Care*, 33(1), 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.12.002>

Ignatyev, V., Nigam, A., Schuchman, M., Hard, R., Agarwal, R., & Davidson, J. E. (2019). Transport of critically ill cardiovascular patients. *Critical Care*.

Nogueira Garcia, P., Cabada Arens, L., Rod Rialdo, M. S., Rodriguez Pardo, I., Huelmo Delgado, A., & Roson Garcia, A. (2010). Retrospective study of critical care in the transfer of critical patients after application of methodology for risk management. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 63(1), 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.reea.2010.10.006>

Ordal dos Reis, Edmarilson. (2017). *Panczer* N° 002877 - Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médica-Cirúrgica, 1-3. <https://periodicos.fcc.edu.br/ojs/abstract/Enfermagem/Issue001/2017/12/1218>

Sistema dos Mídias e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Os Cuidados Intensivos: Consenso da Comissão em Enfermagem Médica*, 1-30.

Svein, M. C., Ponsigl, N. B., Alvares, E. K., Tassinari, P. P., Vale, R. T. da S., Oliveira, C. Z. da, & Reijns, S. S. O. (2019). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*.

ANEXO II: FORMAÇÃO EM SERVIÇO UCCICT

Transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica

Jéssica Salas, aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da ESSNorteCVP



•O transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica consiste na deslocação, de um espaço físico para o outro, da pessoa que apresenta disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos/sistemas, em que a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.

•Face à complexidade da situação, justifica-se a realização do transporte pela necessidade de se facultar um nível de assistência superior ou para realização de meios complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, que não sejam efetuados no serviço.

•A Ordem dos Enfermeiros recomenda que o transporte da pessoa em situação crítica seja assegurado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica.

FASES DO TRANSPORTE

DECISÃO

Competência médica;
Avaliação risco/benefício do transporte.

PLANEAMENTO

Médico e Enfermeiro
Aspetos essenciais: coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação.

EFETIVAÇÃO

Responsabilidade da equipa que acompanha o transporte.

Trabalho em
equipa
multiprofissional

Educação/
formação dos
profissionais de
saúde

**Fatores de
segurança**

Checklist pré-
transporte

Planeamento
adequado da
pessoa, equipa,
equipamentos e
monitorização.

EQUIPAMENTO

- ☐ Monitor de transporte com alarme;
- ☐ Mala de transporte (com material de via aérea, ventilação e circulação);
- ☐ Ventilador com alarmes;
- ☐ Insuflador manual;
- ☐ Pacemaker externo e pilhas de reserva;
- ☐ Avaliação da necessidade de Oxigénio para o transporte, acrescido de 50%;
- ☐ Verificar a autonomia das baterias das máquinas perfusoras;
- ☐ Outras medicações adicionais;
- ☐ Estetoscópio

MONITORIZAÇÃO OBRIGATÓRIA

- ☐ Monitorização contínua;
- ☐ Frequência Respiratória;
- ☐ Oximetria de pulso;
- ☐ ECG contínuo;
- ☐ Frequência Cardíaca;
- ☐ Pressão arterial (invasiva ou não invasiva);
- ☐ Pressão da via aérea (doentes ventilados);
- ☐ Capnografia (doentes ventilados).

Bibliografia:
Bergman, J., Petersson, M., Chaboyer, W., Carlström, E., & Ringdahl, M. (2020). Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: A critical incident study. *Australian Critical Care*, 35(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.12.002>
Ignatyeva, Y., Nguyen, A. P., Schmidt, U., Barak, R., Agarwal, R., & Davidson, J. E. (2018). Transport of critically ill cardiovascular patients. *Critical Care*.
Nogueira, Garcia, P., Cabada Avila, R., Leal Ruloba, M. S., Rodriguez Pérez, J., Brouñon Dobarro, A., & Rivero Garcia, A. (2020). Retrospective study of security in the transfer of critical patients after application of methodology for risk management. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 67(3), 119–129. <https://doi.org/10.1016/j.reea.2019.10.001>
Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parcer N.º 09/2017 - Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 1–3. https://www.ordemdesaude.pt/arquivos/documentos/Documentos/Parcer_09_2017_MEC/MEC_Transporte.pdf
Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *De Doentes Críticos*. (Comissão da Competência em Emergência Médica), 1–30.

ANEXO III: COMUNICAÇÃO ORAL

SEGURANÇA DO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autógrafa
Referência: www.rijs.pt
Mestre João Barros
Hospital Superior do Norte de São Paulo, Portugal



Índice

- Enquadramento teórico;
- Objetivos;
- Metodologia;
- Resultados/Discussão;
- Conclusões finais.



O que é a Pessoa em situação crítica (PSC)?

A pessoa em situação crítica é "aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica." (Ordem dos Médicos, 2008, p. 2008.)

O que é o transporte intra-hospitalar (TIH) da PSC?

Deslocação, de um espaço físico para o outro, de pessoa que apresenta disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos/sistemas, em que a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Porque se justifica o transporte intra- hospitalar da PSC?



- Necessidade de se facultar um nível de assistência diferente;
- Realização de meios complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, que não sejam efetuados no serviço (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).



Porquê abordar o TIH da PSC?



O TIH é um procedimento de alto risco para PSC!

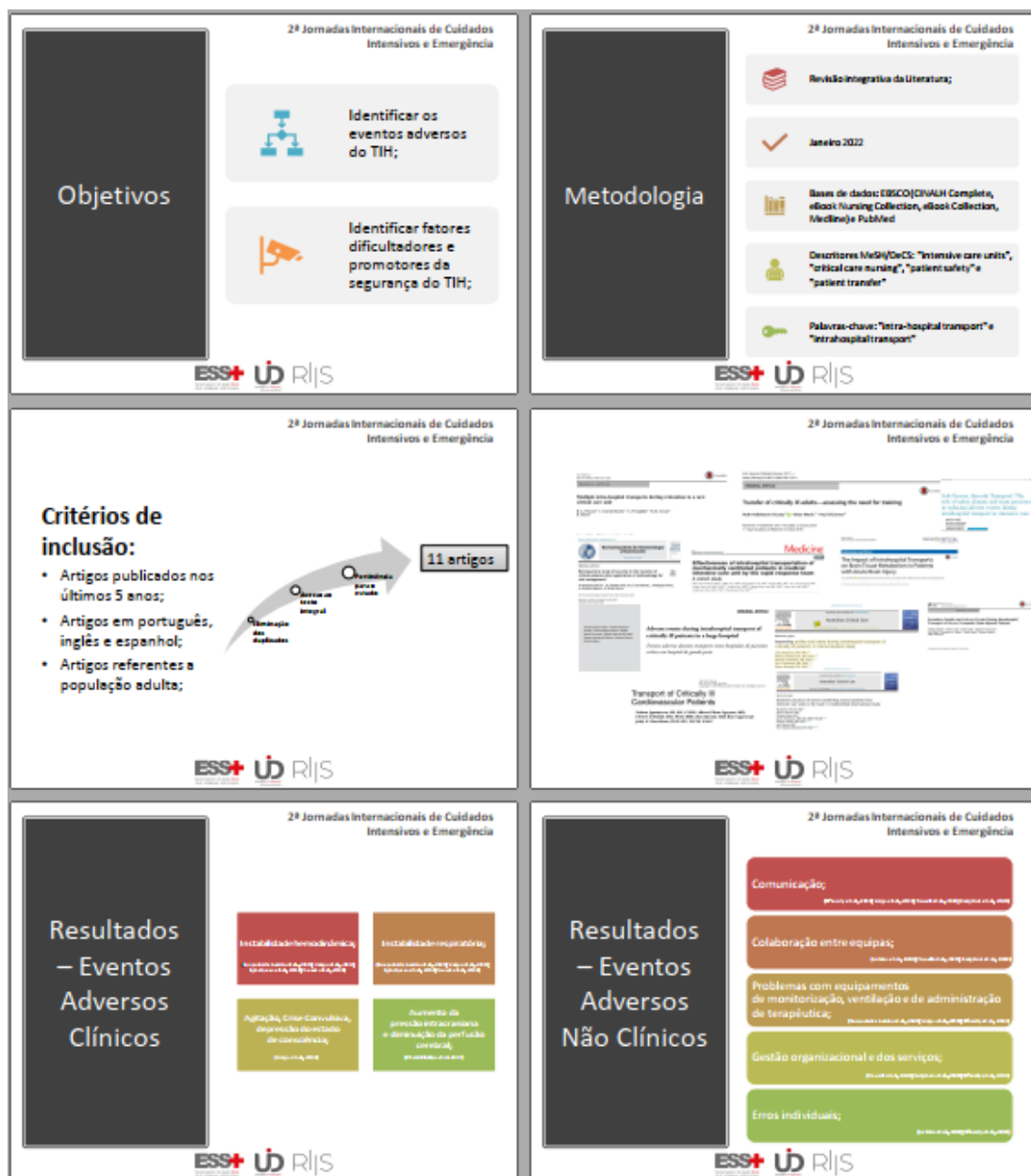


Está associado a uma ocorrência elevada de eventos adversos;



É um evento stressante para quem o executa.





Resultados – Fatores dificultadores

2ª Jornadas Internacionais de Cuidados Intensivos e Emergência

 Tempo médio de transporte/transportado
Previdido em caso de emergência, o tempo médio de transporte é superior a 30-45 minutos

 Gestão organizacional dos serviços
Previdido em caso de emergência, o tempo médio de transporte é superior a 30-45 minutos

 Falta de experiência profissional
Previdido em caso de emergência, o tempo médio de transporte é superior a 30-45 minutos

 Falta de formação/treinamento
Previdido em caso de emergência, o tempo médio de transporte é superior a 30-45 minutos

ESS+ UJ RIJS

Resultados – Promotores de Segurança

2ª Jornadas Internacionais de Cuidados Intensivos e Emergência

 Preparação prévia adequada do TIH;
Previdido em caso de emergência, o tempo médio de transporte é superior a 30-45 minutos

 Cooperação e trabalho em equipe;
Previdido em caso de emergência, o tempo médio de transporte é superior a 30-45 minutos

 Implementação de um protocolo e de uma lista de verificação;
Previdido em caso de emergência, o tempo médio de transporte é superior a 30-45 minutos

 Formação/educação dos profissionais sobre TIH.
Previdido em caso de emergência, o tempo médio de transporte é superior a 30-45 minutos

ESS+ UJ RIJS

Principais conclusões:

2ª Jornadas Internacionais de Cuidados Intensivos e Emergência

O tempo de TIH está diretamente relacionado com a quantidade de recursos envolvidos.

Eventos adversos (erro de identificação, erro de medicação, erro de diagnóstico)

Não foram evidenciadas diferenças de comunicação, observação entre equipes, a utilização de equipamentos, documentação e outros indicadores.

Preparação de emergência e preparação adequada do TIH, a utilização de protocolo e de uma lista de verificação prévia, a cooperação entre equipes multidisciplinares e a formação/educação dos profissionais de TIH.

ESS+ UJ RIJS

Obrigada pela vossa atenção!

2ª Jornadas Internacionais de Cuidados Intensivos e Emergência



ESS+ UJ RIJS

Bibliografia

2ª Jornadas Internacionais de Cuidados Intensivos e Emergência

1. O'Brien, G. (2010). *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(1), 1-10.
2. Hsu, H. (2010). *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(1), 1-10.
3. Hsu, H. (2010). *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(1), 1-10.
4. Hsu, H. (2010). *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(1), 1-10.
5. Hsu, H. (2010). *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(1), 1-10.
6. Hsu, H. (2010). *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(1), 1-10.
7. Hsu, H. (2010). *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(1), 1-10.
8. Hsu, H. (2010). *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(1), 1-10.
9. Hsu, H. (2010). *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(1), 1-10.
10. Hsu, H. (2010). *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(1), 1-10.
11. Hsu, H. (2010). *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(1), 1-10.
12. Hsu, H. (2010). *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(1), 1-10.
13. Hsu, H. (2010). *Journal of Intensive Care Medicine*, 25(1), 1-10.

ESS+ UJ RIJS

ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine.*

Título do estudo: Perspetiva dos enfermeiros especialistas em enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a segurança do transporte intrahospitalar da pessoa em situação crítica.

Enquadramento:

O transporte da pessoa em situação crítica refere-se à deslocação, de um espaço físico para o outro, da pessoa que apresenta disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, em que a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e de terapêutica (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Face à complexidade da pessoa em situação crítica, o transporte envolve alguns riscos e está associado a uma elevada ocorrência de eventos adversos (Bergman et al., 2020). Assim, pretende-se com o estudo descrever a perspetiva dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica relativamente aos fatores promotores e dificultadores da segurança do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos. Será realizado um estudo de natureza qualitativa, apoiado no método de focus group. Os dados serão obtidos através de uma entrevista semiestruturada, no mês de abril a ser realizada por videoconferência, a enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica com pelo menos 5 anos de experiência e que trabalhem em Unidades de Cuidados Intensivos. Com os resultados obtidos, pretende-se descrever a perspetiva dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica dos fatores promotores e dificultadores da segurança do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica internada em Unidades de Cuidados Intensivos.

Explicação do estudo:

Será realizado um estudo qualitativo, apoiado no método de focus group. Os participantes serão enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Intensivos especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e exerçam funções há mais de cinco anos, convidados pela investigadora principal.

Será realizada uma entrevista semiestruturada através do agendamento de uma videoconferência, numa data possível para todos os intervenientes, no qual irá ser conduzida a entrevista, com questões abertas, para dar espaço à discussão em grupo. A entrevista será orientada pela investigadora principal e observada pelo orientador do projeto de estudo.

Os dados serão gravados em formato de áudio e vídeo, após autorização de todos os participantes e será transcrita para formato de texto para posterior análise de conteúdo.

A participação dos entrevistados será de livre vontade. Será mantido o anonimato, privacidade dos

ANEXO V – GUIÃO FOCUS GROUP

Perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a segurança do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica

Focus group - Guião orientador da reunião:

1. Quais as principais dificuldades aquando realização de um transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica?
2. Durante a vossa prática profissional, quais foram os eventos adversos que experienciaram durante um transporte intra-hospitalar?
3. Depois de identificarem os eventos adversos ocorridos, que estratégias utilizaram para ultrapassá-los?
4. Que aspetos consideram essenciais para executar um transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica de forma segura?
5. Porque consideram que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é o profissional de saúde com maior capacidade para realização do transporte intra-hospitalar?
6. Consideram pertinente que a educação/formação sobre o transporte intra-hospitalar poderá aumentar a segurança da pessoa em situação crítica e reduzir os eventos adversos associados?

ANEXO VI – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

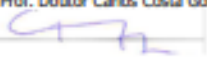


APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer n.º 016/2022	Código: 2022.015	Data: 26 de maio 2022
-----------------------------	-------------------------	------------------------------

Título do estudo de investigação Perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica sobre a segurança do transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica	
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: L1 Respostas humanas ao processo saúde/doença (Enfermagem/Segurança da Pessoa em Situação Crítica/Doente que se enquadra na linha de investigação "Resposta humana ao processo de saúde/doença").	
Investigador responsável: Jéssica Filipa Silva Jesus Salas	Protocolo (se aplicável): N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro e Abel Martins.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade ☒	Rejeitado por unanimidade ☐
	Aprovado por maioria	Rejeitado por maioria ☐
Resumo do Parecer/Recomendações: O projeto de investigação pertinente e relevância para a temática em estudo. CONCLUSÃO Parecer favorável		
Pelo que se submete à consideração superior.		
Data: 26 de maio de 2022	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:	

