



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Transporte do Doente Crítico: Uma Prática de Qualidade

Ana Júlia Barreto do Nascimento

Orientação: Professora Doutora Alice Ruivo

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Transporte do Doente Crítico: Uma Prática de Qualidade

Ana Júlia Barreto do Nascimento

Orientação: Professora Doutora Alice Ruivo

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Transporte do Doente Crítico: Uma Prática de Qualidade

Ana Júlia Barreto do Nascimento

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Orientador: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

*“Os que se encantam com a prática sem a ciência
são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola,
nunca tendo a certeza do seu destino”.*

(Leonardo da Vinci)

AGRADECIMENTOS

Só conseguimos chegar até aqui com o apoio incondicional de algumas pessoas, às quais queremos deixar os nossos agradecimentos.

À Professora Doutora Alice Ruivo pela sua motivação, compreensão e cooperação ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros orientadores pela disponibilidade e amabilidade que nos manifestaram ao longo do estágio.

Às colegas de grupo de trabalho, Marta e Daniela pela relação de entre ajuda criada.

Ao colega Agostinho pelo incentivo disponibilidade e cooperação.

Ao Miguel, Zé Miguel e Zé Pedro pelo apoio incondicional nesta longa caminhada, que tanto ficaram privados da minha presença.

E finalmente o meu maior agradecimento para os meus pais, que sem dúvida, sem eles não era possível ter chegado até aqui.

RESUMO

O presente relatório é o resultado do culminar de um percurso que teve início com o ingresso no curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica.

O objetivo do presente trabalho é demonstrar através de uma análise reflexiva as atividades desenvolvidas, durante o estágio final com objetivo de aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica e Mestre.

Diariamente os enfermeiros depararam-se com a necessidade de proceder ao transporte de doente crítico, eles têm de estar preparados para o imprevisto e ter capacidade de prever e atuar eficazmente e em tempo útil de forma a prevenir complicações.

O desenvolvimento do projeto de intervenção no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, acerca do Transporte do Doente Crítico, permitiu-nos dar um contributo positivo ao serviço na melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente.

A teorização de enfermagem com recurso à teoria da Incerteza de Merle Mischel e o processo de reflexão e de análise crítica das atividades desenvolvidas ao longo do curso do Mestrado, revelaram-se cruciais no contributo da aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica e de Mestre em Enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Transporte do Doente Crítico; Qualidade dos Cuidados; Segurança do Doente

ABSTRACT

This report is the result of the culmination of a journey that began with the entry into the Master's Degree course in Medical Surgical Nursing - The Person in a Critical Situation.

The objective of the present work is to demonstrate through a reflexive analysis the activities developed, during the final stage with the objective of acquiring the competencies of Nurse Specialist in Medical Surgical Nursing - The Person in a Critical Situation and Master.

Every day, nurses have to be prepared for the unforeseen and have the ability to predict and act effectively and in a timely manner to prevent complications.

The development of the intervention project in the Surgical Emergency Service, about the Transport of the Critically ill, allowed us to give a positive contribution to the service in the improvement of the quality of care and safety of the patient.

The theorization of nursing using Merle Mischel's theory of Uncertainty and the process of reflection and critical analysis of the activities developed along the course of the Master's degree, proved to be crucial in the contribution of the acquisition of skills of nurse specialist in medical surgical nursing and master in nursing.

Keywords: Medical and Surgical Nursing; Critical Patient Transport; Quality of Care; Patient Safety

LISTA DE SIGLAS e ABREVIATURAS

AO – Assistente Operacional

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

CAM-ICU – Confusion Assessment Method for Intensive Care Units

CPREU – Comissão para a Reavaliação de Rede Nacional de Emergência e Urgência

DGS – Direção Geral de Saúde

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

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenação Local Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

GIF – Gabinete de Informação à Família

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS – Internacional Trauma Life Support Advanced

N.º – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cárdio-respiratória

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAMR – Staphylococcus Aureus Meticilino Resistente

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Média

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SWOT – Strengths, Weakness, Treats e Opportunities

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TDC – Transporte de Doente Crítico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade e Cuidados Intensivos Polivalente

UMC – Urgência Médico-Cirúrgica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. QUADRO TEÓRICO- CONCETUAL	18
1.1. TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA – MERLE MISCHERL.....	18
1.2. SEGURANÇA DO DOENTE E QUALIDADE DOS CUIDADOS	23
1.3. TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO	25
2. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO FINAL	32
2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA (SUMC) DE UM HOSPITAL REGIONAL	32
2.1.1 Atividades desenvolvidas no estágio no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica de um hospital regional.....	38
2.2 PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	40
2.2.1 Diagnóstico da Situação	41
2.2.2 Planeamento.....	46
2.2.3 Execução.....	48
2.2.4 Avaliação	52
2.2.5 Divulgação dos Resultados.....	52
2.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E POLIVALENTE (UCIP) DE UM HOSPITAL REGIONAL	53
2.3.1. Atividades desenvolvidas no estágio na Unidade de Cuidados Intensivos.....	54
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM	58
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	59
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	68
4. CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 – Idade dos Enfermeiros do SUMC	35
Gráfico n.º 2 – Tempo de serviço dos enfermeiros	36
Gráfico n.º 3 – Tempo de serviço dos enfermeiros no SUMC	36
Gráfico n.º 4 – Transporte inter-hospitalar SUMC – 2019.....	43
Gráfico n.º 5 – Número de transferências dentro e fora do Centro Hospitalar.....	44
Gráfico n.º 6 – Tempo por transporte (ida e regresso)	44
Gráfico n.º 7 – Número de transportes por localidade de destino	45
Gráfico n.º 8 – Transportes por turnos	45

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela n.º 1 – Habilitações literárias dos enfermeiros do SUMC	37
Tabela n.º 2 – Enfermeiros especialistas no SUMC	37
Tabela n.º 3 – Área de especialização dos enfermeiros do SUMC	37
Tabela n.º 4 – Áreas de formação da equipa no SUMC	37
Tabela n.º 5 – Análise SWOT relativa ao diagnóstico da situação sobre Transporte Inter-Hospitalar de Doente Crítico	42
Figura n.º 1 – Fluxograma descritivo do processo de revisão integrativa	50

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Objetivos do Estágio Final	86
APÊNDICE II – Guião da Entrevista Semi-Estruturada aos Chefes de Equipa.....	92
APÊNDICE III – Pedido do parecer à comissão de ética para desenvolvimento do Projeto de Intervenção no SUMC	94
APÊNDICE IV – Cronograma do Projeto de Intervenção	96
APÊNDICE V – Artigo Científico: Intervenção de Enfermagem na Promoção da Segurança no Transporte do Doente Crítico	98
APÊNDICE VI – Instrução de Trabalho - Transporte Inter-Hospitalar	101
APÊNDICE VII – Lista de Verificação para Transporte Inter-Hospitalar.....	108
APÊNDICE VIII – Formação em serviço: “Transporte do Doente Crítico”	110
APÊNDICE IX – Plano de sessão de Formação em serviço.....	122
APÊNDICE X – Questionário da avaliação da sessão de formação	124
APÊNDICE XI – Análise dos resultados da sessão de formação	126
APÊNDICE XII – Cartaz “Higienização das Mãos”.....	129

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Grelha de avaliação para o Transporte Inter-hospitalar	132
ANEXO II – Certificado de participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019	134
ANEXO III – Certificado de participação no I Encontro Nacional SIV	136
ANEXO IV – Certificado do Curso de SAV INEM	138
ANEXO V – Certificado da Recertificação do Curso SIV Enfermeiros.....	140
ANEXO VI – Certificado do curso de formação profissional de ITLS	143
ANEXO VII – Certificado de SAV	145

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Relatório, inserida no 3º Mestrado, em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica (EMC – PSC), a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre, em parceria com a Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Castelo Branco e Instituto Politécnico de Setúbal, criado pelo aviso n.º 5622/2016, publicado em Diário da República n.º 84/2016, Série II de 2 de maio de 2016, surge o presente Relatório. Este é a síntese de todo um percurso que teve início em setembro de 2018, com o ingresso no referido mestrado. Com o mesmo pretendemos, através de uma análise crítica e reflexiva, demonstrar a aquisição de competências, com vista à obtenção do grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, bem como o Grau de Mestre em Enfermagem, após discussão e aprovação em provas de defesa pública.

Este relatório resulta do culminar de um percurso teórico e prático desenvolvido no estágio final que decorreu de 16 de setembro de 2019 a 31 de janeiro de 2020 com um total de 366 horas. Os locais de eleição para realização dos estágios foram o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) de um hospital regional e uma Unidade e Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um hospital regional. Os estágios tiveram a orientação pedagógica da Professora Doutora Alice Ruivo, docente da Escola Superior de Saúde de Setúbal e tiveram a supervisão clínica de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica.

O percurso formativo foi suportado pelo quadro de referência, norteador do exercício da profissão de enfermagem, baseado no código deontológico, no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica.

No decorrer do estágio final, no SUMC, realizámos um Projeto de Intervenção, cuja temática versa sobre o “Transporte do Doente Crítico”. De forma a estruturá-lo recorreremos à Metodologia de Trabalho Projeto que se baseia “numa investigação centrada, num problema

real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência (Ruivo, Nunes, & Ferrito, 2010: 2).”

Como suporte teórico para o desenvolvimento deste projeto recorreremos à Teoria da Incerteza de Merle Mishel.

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (OE, 2019a).

O doente crítico é todo aquele que tem a sua sobrevivência em perigo devido a uma disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas e que, para a manter, depende de meios avançados de monitorização e terapêutica (OE, 2018).

Diariamente os enfermeiros depararam-se com a necessidade de proceder ao transporte de doente crítico. Eles têm de estar preparados para o imprevisto e para isso têm de estar despertos para o que pode interferir com a segurança do doente durante todas as fases do transporte.

Os cuidados de enfermagem ao doente em situação crítica, são revestidos de uma importância máxima e que abrangem uma avaliação diagnóstica e a monitorização constantes por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar atempadamente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Coimbra e Amaral, 2016).

O REPE descreve que as intervenções dos enfermeiros são autónimas e interdependentes, refere ainda que os enfermeiros

“decidem sobre técnicas e meios a auxiliar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, família, grupos e comunidade” e também “procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (Ministério da Saúde, 96: 2961).

A Ordem dos Enfermeiros, recomenda que o transporte de doente crítico seja assegurado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em

Situação Crítica (OE, 2019b), no entanto na realidade a maioria das vezes não é possível que assim seja.

Como objetivo primordial para este relatório definimos:

- Demonstrar através de uma análise reflexiva as atividades desenvolvidas, durante o estágio final com a finalidade de aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica e Mestre.

Como objetivos específicos definimos:

- Refletir de forma estruturada sobre os aspetos conceptuais, fundamentando a sua escolha
- Apresentar o projeto de intervenção desenvolvido durante o estágio
- Analisar e refletir acerca das competências de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem ao longo do estágio

O presente relatório apresenta-se estruturado em **quatro** capítulos, no primeiro iremos apresentar o quadro teórico e concetual, que orienta e suporta nosso relatório, faremos uma abordagem ao modelo teórico que nos serviu de referência, a Teoria da Incerteza na doença de Merle-Mischel, de seguida faremos uma breve abordagem à segurança do doente e qualidade dos cuidados e finalmente apresentamos a temática do transporte do doente crítico Segue-se o segundo capítulo que contempla o desenvolvimento do estágio final. Este foi dividido em vários sub-capítulos. No primeiro, faremos uma breve descrição do Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica, local onde decorreu o primeiro período de estágio e posteriormente uma breve descrição das atividades desenvolvidas ao longo do mesmo. De seguida, apresentamos o projeto de intervenção desenvolvido e as várias etapas do mesmo, no final deste capítulo apresentamos uma breve descrição da Unidade de Cuidados Intensivos onde decorreu a última fase do estágio e iremos apresentar resumidamente algumas das atividades desenvolvidas. No terceiro capítulo é feita uma análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e mestre em enfermagem. Terminamos com uma breve conclusão.

De referir que o presente Relatório segue as orientações do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior da Saúde “Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos 2ª versão” (Arco, Arco, Lucindo, Martins, 2018), e foi redigido segundo o novo acordo

ortográfico da língua portuguesa e seguiu as orientações de citação e referenciação emanadas pela American Psychological Association, 6ª edição.

1. QUADRO TEÓRICO- CONCEPTUAL

Neste capítulo apresentamos o enquadramento conceitual e teórico que guiou a nossa prática no decorrer desta etapa. Fazemos uma abordagem à Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, teoria de médio alcance. De seguida, apresentamos os restantes pressupostos teóricos, resultado da pesquisa bibliográfica e da revisão sistemática da literatura, acerca da temática do Projeto de Intervenção.

1.1. TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA – MERLE MISHEL

A prática de cuidados de enfermagem baseia-se em modelos teóricos ou em teorias de enfermagem, que contribuem para o desenvolvimento da profissão permitindo assim aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

Todo o corpo teórico da ciência de enfermagem surge de um processo dinâmico, que tendencialmente nasce da prática e se reproduz na pesquisa, essencialmente por meio da análise e do desenvolvimento de conceitos e teorias (Bouso, Poles e Cruz, 2014).

A enfermagem só se conseguiu consolidar como ciência e arte após ter gerado uma linguagem específica que atribuiu significado aos elementos fundamentais da profissão. Esta linguagem específica está patenteada nas teorias de enfermagem (Moreira, Dias e Fernandes, 2017).

Fawcett (2005), define teoria como um ou mais conceitos concretos e específicos que tem como objetivo especificar o fenómeno associado ao modelo conceitual.

As teorias de enfermagem têm como objetivo maior definir, caracterizar e explicar/compreender/interpretar, a partir da seleção e inter-relação conceitual, os fenómenos que configuram domínio de interesse da profissão. As teorias de enfermagem auxiliam a compreensão da realidade, favorecendo a reflexão e a crítica, evitando a naturalidade e a banalidade dos fenómenos, com base em elementos científicos no entendimento e na análise da realidade. Compreende-se, desta forma, que as teorias de enfermagem têm contribuído para a formação de uma base relativamente sólida de conhecimento, que organiza o mundo fenomenal da Enfermagem (Garcia & Nobrega, 2004).

Segundo Nunes (2008), “não existe prática de enfermagem sem uma teoria que a suporte, que a modelize” (p:6).

Para dar continuidade ao desenvolvimento da enfermagem como profissão e como ciência é primordial manter a simbiose entre teoria, pesquisa e prática clínica (Bouso et al, 2014).

A Teoria da Incerteza na Doença surge da tese de investigação de Mishel, com doentes internados com o objetivo de originar os primeiros conceitos ligados à incerteza no contexto da doença. Durante o seu trabalho, a autora, desenvolveu uma escala a “Perceived Ambiguity in Illness Scale”, tendo sido mais tarde renomeada “Mishel Uncertainty in Illness Scale”, que avaliam o grau de incerteza na doença (Tomey & Alligood, 2004).

Ainda segundo as mesmas autoras, a escala original foi usada como base para três escalas posteriores: uma versão comunitária para indivíduos com doenças crónicas, não hospitalizados; uma versão para avaliar a incerteza dos pais em relação a doença do filho; Incerteza, dos familiares de um doente (Tomey & Alligood, 2004).

Para o desenvolvimento da sua teoria, esta autora baseou-se na teoria de Lazarus & Folkman, estruturada como stress/apreciação/luta/adaptação (Mishel, 1988). Para atingir este nível de adaptação, a pessoa tem de desenvolver mecanismos de *coping* que são descritos por Lazarus & Folkman como “...um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, (...) com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de *stress* e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais” (Antoniazzi & Bandeira, 1998).

Para a reconceptualização da sua teoria em 1990, Mishel utilizou como fonte teórica a Teoria do Caos, que, adaptada a situação de doença, nos remete para a existência um sistema aberto de interação da pessoa/meio que provoca desequilíbrio da pessoa. Este desequilíbrio gera incerteza contínua para descobrir um novo sentido para a doença. Ajuda a explicar como a incerteza prolongada poderia funcionar como “catalisador” para mudar a perspetiva de uma pessoa sobre a sua vida e doença (Mishel, 1988). Esta autora baseou-se em estudos qualitativos de pessoas com diversas doenças crónicas que apresentavam novos objetivos de vida, novas formas de estar no mundo adquiridas através da incerteza (Tomey & Alligood, 2004). A teoria da incerteza na doença que foi inicialmente publicada em 1988, assentou nos dois primeiros pressupostos, que refletem a forma como a incerteza foi gerada dentro dos modelos da disciplina de psicologia. A incerteza apontada como um estado cognitivo que representa a

inadequação de um esquema de pensamento para interpretar o evento relacionado com a doença; A incerteza é uma experiência inerentemente neutra, não desejável, nem aversiva, até ser avaliada como tal (Tomey & Alligood, 2004).

Os outros dois pressupostos refletem as raízes da teoria da incerteza, nos modelos de stress e *coping* e foi com base neles que Mishel reconceitualizou a teoria em 1990. A **adaptação representa a continuidade do ser bio-psico-social** , resultado do esforço de *coping* , tanto para reduzir a incerteza inicialmente avaliada como perigo, como para manter a incerteza enquanto oportunidade; **as relações entre doença, incerteza, coping e adaptação são lineares e unidirecionais** , deslocando-se de situações que promovem a incerteza no sentido da adaptação. A adaptação como o estado final é consistente e prevê a obtenção do equilíbrio (Mishel, 1988).

A teoria e a sua aplicabilidade são melhor percebidas e percebidas se os conceitos de Mishel (1988) estiverem definidos, os conceitos são:

Incerteza: “...é a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença, que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão” (p: 633).

Esquema cognitivo: “...é a interpretação subjetiva da pessoa acerca da doença, tratamento e hospitalização” (p: 633).

Quadro de estímulos: “...é a forma, composição e estrutura dos estímulos que uma pessoa observa e que são, depois, estruturados no esquema cognitivo; está englobado neste quadro de estímulos o padrão de sintomas, a familiaridade do evento e a congruência do evento” (p: 633).

Fornecedores de Estrutura: “...são os recursos disponíveis para assistir a pessoa na interpretação do quadro de estímulos. Estão incluídos nestes fornecedores de estrutura a autoridade credível e os apoios sociais” (p: 633).

Capacidades cognitivas: “...são as capacidades de processamento da informação de uma pessoa, refletindo a capacidade inata e os constrangimentos situacionais” (p: 633).

Inferência: “...diz respeito à avaliação da incerteza usando experiências relacionadas e recordadas” (p: 633).

Ilusão: “...diz respeito às crenças elaboradas a partir da incerteza” (p: 633).

Adaptação: “...reflete comportamentos bio-psico-sociais que ocorrem na variedade de comportamentos das pessoas individualmente definidos” (p: 633).

Nova perspetiva de vida: “...formulação de um novo sentido de ordem, resultado da integração da incerteza continua na autoestrutura, na qual, a incerteza é aceite como ritmo de vida natural” (p: 634).

Pensamento probabilístico: “...crença num mundo condicional, no qual a expectativa da certeza e da previsibilidade contínuas é abandonada” (p: 634).

(Tomey & Alligood, 2004)

Tomey & Alligood (2004) apontam os postulados que assistiram à base da teoria da incerteza, os quais são relevantes para compreensão da mesma. Assim sendo temos:

- A incerteza ocorre quando uma pessoa não consegue estruturar adequadamente um evento relacionado com a doença;
- A incerteza pode ser ambígua, complexa, imprevisível ou com informação inconsistente.
- Se a informação do quadro de estímulos aumenta, a incerteza diminui;
- O aumento da informação e apoio social dos fornecedores de estrutura, diminuem diretamente a incerteza;
- A incerteza considerada como perigo desencadeia esforços de coping para reduzir a incerteza e ativar emoções por ela geradas;
- A incerteza apreciada como oportunidade desencadeia esforços de coping para manter a incerteza;
- A influência da incerteza sobre os resultados psicológicos é avaliada pela eficácia dos esforços de coping na redução da incerteza, apreciada como perigo ou como oportunidade;
- Se a incerteza é apreciada como perigo e não pode ser eficazmente reduzida, podem ser utilizadas estratégias de coping para gerir a resposta emocional;
- Quanto mais prolongada a incerteza no contexto da doença, mais instável se torna a aceitação da situação pela pessoa;
- Em situações de incerteza contínua, a pessoa pode desenvolver uma nova perspetiva de vida probabilística, aceitando-a como parte natural da vida;
- A integração da incerteza contínua numa nova visão da vida pode ser alterada pelos fornecedores das estruturas que não apoiam o pensamento probabilístico;
- A incerteza apreciada como perigo de forma contínua, pode conduzir a pensamentos incómodos e perturbação emocional.

Os conceitos da teoria original estão organizados num modelo linear em redor de três temas: antecedentes da incerteza, processo de apreciação da incerteza, lidar com a incerteza.

Os **antecedentes da incerteza** incluem o quadro de estímulos, as capacidades cognitivas e os fornecedores de estrutura. Estas variáveis possuem uma relação inversa com a incerteza (Tomey & Alligood, 2004).

No que concerne, à **apreciação**, a incerteza é percebida como um estado neutro, nem positivo nem negativo, até ser apreciado pela pessoa. Esta envolve dois processos, a inferência e a ilusão. A inferência é feita a partir da disposição da personalidade da pessoa. Diz respeito à sua crença sobre a capacidade para lidar com os acontecimentos da vida. A ilusão define-se como uma crença construída a partir da incerteza que considera os aspetos favoráveis de uma situação. Tendo por base este processo a incerteza pode constituir perigo, quando prevê um resultado negativo, ou oportunidade, através do uso da ilusão, quando a apreciação individual é positiva (Tomey & Alligood, 2004).

Na última fase, **o lidar com a incerteza**, os mecanismos de coping ocorre de duas formas, tendo como resultado a adaptação. Se a incerteza for encarada como perigo, "...o coping inclui ação direta, vigilância, procura de informação a partir de estratégias e mobilização, gestão de afetos, recorrendo à fé, separação e apoio cognitivo. Se a incerteza for apreciada enquanto oportunidade, o coping fornece uma memória intermédia para manter a incerteza" (Tomey & Alligood: 638, 2004).

A teoria em questão faz a relação da incerteza como um fenómeno único, mas em interação com tudo o que o rodeia, a mesma pode ser vista como um perigo ou uma oportunidade, sendo a adaptação do doente o seu objetivo final.

Esta é uma teoria de médio alcance explicativa, dado que é definida por conceitos específicos e concretos com o objetivo de especificar e aprofundar o fenómeno associado a um nível menos abstrato. Ela estabelece relação entre os vários conceitos (Fawcett, 2005).

Tendo em conta que a teoria em questão, não explicita os conceitos metapradigmáticos, iremos seguir os da Ordem dos Enfermeiros sendo eles:

Saúde - definida com um estado, e ao mesmo tempo uma representação mental da condição individual, o domínio do bem-estar físico, do sofrimento e o conforto emocional e espiritual. Trata-se de um estado subjetivo, uma vez que se refere a uma representação mental, assim sendo não pode ter como conceito oposto o conceito de doença.

Pessoa - ser social e com comportamentos baseados em crenças, valores e nos desejos da natureza individual, tornando cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. O meio ambiente onde a pessoa vive e se desenvolve, influencia os comportamentos da pessoa. Toda a pessoa em contato com o ambiente, altera-o e sofre a influência dele em todo o processo de procura do equilíbrio e da harmonia.

Ambiente - local onde as pessoas vivem e se desenvolvem, constituído por elementos físicos, políticos, humanos, organizacionais e culturais, que limitam e influenciam os estilos de vida e de saúde. Os enfermeiros precisam de focar a sua intervenção na difícil interdependência pessoa/ambiente.

Cuidados de Enfermagem - a prática profissional de enfermagem concentra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e de uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas. Tanto a pessoa enquanto enfermeiro como as pessoas enquanto clientes dos cuidados de enfermagem, têm quadros de valores, crenças e de desejos da natureza individual, resultado das várias condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Desta forma, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro reconhece-se pela formação e experiência que lhe possibilita compreender e respeitar os outros do ponto de vista multicultural, onde se abstém de juízos de valor referentes à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

(OE; 2001)

Apesar da Ordem dos Enfermeiros definir o conceito de pessoa, ao longo no nosso trabalho iremos utilizar o referencial doente.

1.2 SEGURANÇA DO DOENTE E QUALIDADE DOS CUIDADOS

Nos últimos anos verificou-se um aumento da preocupação ao nível das Unidades de Saúde, no que se refere à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, tendo como principal objetivo melhorar a segurança dos doentes e profissionais.

A segurança de doentes é definida pela DGS, como a redução de danos desnecessários, que se relacionem com cuidados de saúde para um mínimo aceitável (DGS, 2012).

As questões relacionadas com a segurança do doente, enquanto componente chave dos cuidados de saúde tem assumido uma posição central para organizações de saúde, para os políticos, para os profissionais de saúde, cuja principal missão é a prestação de cuidados com alto nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível (Mendes e Barroso, 2014).

O novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD)

“visa principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistemática de todas as actividades” (Ministério da Saúde, 2015a:3882).

O mesmo PNSD 2015-2020, refere que, a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde tem como objetivo garantir a segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2015a).

A qualidade em saúde define-se como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Ministério da Saúde, 2015b:13551).

A Qualidade é reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros como um elemento fundamental na prática dos cuidados, pois tem “como desígnio fundamental a defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços de enfermagem e a representação e defesa dos interesses da profissão” (Assembleia da República, 2015:8060).

Como primeiro dever dos enfermeiros é apontado “o exercício da profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visam melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Assembleia da República, 2015:8078).

Em 2015, para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde, foi criada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) que pretende:

“contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do Serviço Nacional de Saúde, entendida como a garantia de que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades, impondo o desafio, aos serviços prestadores de cuidados, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam os cuidados curativos, de reabilitação e de palição” (Ministério da Saúde, 2015b: 13551).

A ENQS 2015-2020 obriga ao reforço das seguintes ações no âmbito do sistema de saúde, apresentadas por ordem de prioridade: melhoria da qualidade clínica e organizacional; aumento da adesão a normas de orientação clínica; reforço da segurança dos doentes; monitorização permanente da qualidade e segurança; reconhecimento da qualidade das unidades de saúde; informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (Ministério da Saúde, 2015b).

Assim sendo, a qualidade dos cuidados de saúde tem como chave essencial a segurança, pois é, através de uma prestação de cuidados de saúde seguros que conseguimos alcançar a confiança dos doentes, confiança essa que é a base da relação terapêutica. Para que isso seja possível, é fundamental que os enfermeiros conciliem os padrões de qualidade como padrão base da sua ação profissional, e que as instituições de saúde criem sistemas de melhoria contínua.

1.3 TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

O transporte de doente crítico consiste na deslocação do doente de um espaço físico para outro, o qual poderá ser dentro da mesma unidade de saúde, transporte intra-hospitalar, ou para outra unidade de saúde, transporte inter-hospitalar (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos, 2008; Knight et al., 2015).

Esta deslocação deve-se ao facto de haver, por um lado, necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado, e por outro, haver necessidade de transporte para serviços mais especializados, de referência ou centralizados (SPCI e OM, 2008; Intensive Care of Society, 2019).

Atualmente em Portugal, o transporte inter-hospitalar de doente crítico é assegurado pelos meios existentes nas unidades hospitalares ou pelos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) em coordenação com as unidades de saúde de origem e destino do doente (Despacho n.º 5058-D/2016).

Ainda o mesmo despacho n.º 5058-D/2016 de 13 de abril, no ponto 2, define que:

“o transporte integrado de doente crítico tem como objetivo assegurar o transporte inter-hospitalar destes doentes, apoiando os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em complementaridade e articulação, designadamente com os Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos” (p:12164).

As alterações mais recentes na estrutura do sistema Integrado de Emergência Média (SIEM) (Ministério da Saúde, 2014), e a organização das valências hospitalares, que promoveram a centralização de serviços especializados, contribuem para um aumento do transporte de doentes, a fim de se dar uma melhor resposta às diferentes situações clínicas (ICS, 2019).

Os profissionais de saúde envolvidos do transporte do doente crítico devem antecipar todas as complicações possíveis de forma a manter o nível e qualidade dos cuidados prestados durante um transporte, o mesmo nunca deverá ser inferior ao da unidade onde este se encontra internado, considerando o transporte do doente crítico como uma extensão da unidade de saúde. Deverá ser sempre tida em conta a premissa de que o benefício resultante do transporte terá de ser sempre superior ao prejuízo (SPC e OM, 2008).

São vários os autores que afirmam que todo e qualquer transporte acarreta riscos, quanto mais o transporte de um doente em estado crítico, pois este fica mais vulnerável a eventos adversos (Alabdali, Fisher, Trivedi, Lilford, 2017; Considine et al., 2019; Frost, Kihlgren, Jaenson, 2019).

Gimenez et al., (2017), definem eventos adversos como sendo todo e qualquer evento, previsível ou não, que pode influenciar a estabilidade do doente.

Estudos apontam para percentagens entre os 20% e os 79,8% de transportes intra-hospitalares em que ocorreram eventos adversos, dos quais entre 4,2% e 8,9% foram eventos adversos graves requerendo intervenção terapêutica (Kwack et al., 2018). Nos transportes inter-hospitalares a percentagem de ocorrência de eventos adversos encontra-se nos 34% (Bambi, Lucchini, Innocenti, Mattiussi, 2015).

Sabendo de antemão que o mais certo é a incerteza e que os eventos adversos são devido a circunstâncias que podem ou não ser evitáveis, há que antecipar e acautelar os que podem ser evitáveis (Alabdali et al., 2017).

Vários autores defendem que os eventos adversos podem ser relacionados: com as equipas; com a organização; com o equipamento; com o doente; com o ambiente (Bergaman, Petersson, Chboyer, Clarlstrom, Ridgal, 2017; Jones, Zychowicz, Champagne, Thornlow, 2016; Frost et al., 2019).

Se o primeiro objetivo de qualquer transporte de doente é o de manter, no mínimo, o mesmo nível de cuidados, há a necessidade de se fazer um planeamento prévio do transporte e uma análise de risco vs benefício, a fim de se reduzir o risco e de se precaverem eventuais eventos adversos (Bambi et al., 2015; Melo, Freitas, Pereira, 2020).

Uma forma de se antecipar e de se acautelar o risco, é pela correta organização e preparação do processo de transferência (Knigh et al., 2015, e Rignald, Chaboyer, WarrénStomberg, 2016).

A SPCI e OM, (2008), consideram que o planeamento do transporte de doente crítico se divide em três fases: **decisão, planeamento e efetivação**.

A **decisão** é da competência exclusiva do médico responsável pelo doente e também do chefe de equipa e do diretor do serviço, nesta fase devem ser equacionados os riscos inerentes ao transporte. No planeamento e na efetivação a responsabilidade é partilhada entre o médico e o enfermeiro (SPCI e OM, 2008).

A fase do **planeamento** é feita tanto pelo médico, como pelo enfermeiro do serviço de origem do doente. Devem-se ter em conta os seguintes aspetos: “coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação” (SPCI e OM, 2008:9).

Com a finalidade de determinar o nível de cuidados fundamentais no transporte, o responsável pelo mesmo, deve reger-se pela escala de estratificação de risco em transporte de doentes (grelha de avaliação para o transporte inter-hospitalar) disponível pela SPCI e OM (2008), que vai atribuir um score de risco (ANEXO I).

Tomada a decisão de transportar o doente, o médico responsável pela transferência, deve contactar o local de destino e confirmar que o mesmo dispõe dos meios necessários ao tratamento do doente (SPCI e OM, 2008).

Com este primeiro contacto pretende-se que sejam transmitidas todas as informações pertinentes, referentes à situação clínica, intervenções previsíveis e provável hora de chegada do doente (SPCI e OM, 2008).

Os nomes e os contactos dos intervenientes da transferência, devem ficar registados no processo do doente. Toda a documentação referente ao processo, deve acompanhá-lo durante o transporte. Na eventualidade de existir risco de transmissão de microrganismos, o local de destino deve ser informado, para que possam tomar medidas em conformidade. No caso de atraso

no transporte ou mesmo de cancelamento o serviço recetor deverá ser também notificado (SPCI e OM, 2008).

O doente e os seus familiares devem ser informados acerca da necessidade do transporte e do local para onde vai ser transferido (SPCI e OM, 2008).

Ainda na fase do planeamento, deve-se proceder à escolha da **equipa** (atendendo às características do doente), meios de **monitorização** adequados, definir os objetivos fisiológicos do doente, selecionar **equipamentos e terapêutica** mais adequados e prever eventuais complicações.

Os profissionais que integram a equipa de transporte de doente crítico, devem estar sujeitos a formação específica, treino regular, a fim de ficarem qualificados para o transporte destes doentes (SPCI e OM, 2008, ICS, 2019).

Os autores referidos anteriormente, defendem ainda que esta formação pode ser assegurada por esquemas de formação regional ou institucional, o importante é banir a prática de transportar doentes críticos sem experiência, sem conhecimento do equipamento e sem formação. Indo ao encontro do recomendado pela Ordem do Enfermeiros, o transporte do doente crítico deverá ser assegurado pelo Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, e os enfermeiros que realizam o transporte inter-hospitalar devem ter competência acrescida, diferenciada, em emergência extra-hospitalar (OE, 2019b).

Todos os elementos da equipa de transporte devem ser detentores do curso de Suporte Avançado de Vida, como requisito mínimo para transportar o doente crítico (SPCI e OM, 2008; ICS 2019).

Acerca da especialização das equipas Kim et al., 2020, desenvolveu um estudo confrontando transportes realizados por equipas especializadas com não especializadas, tendo obtido como resultados uma menor taxa de mortalidade hospitalar nas 24h seguintes 4,6% contra 6,6%; menor taxa de mortalidade no serviço de emergência 1,7% contra 4,1%, o que nos dá uma perspetiva de qualidade dos cuidados.

Durante o transporte do doente crítico, o nível de monitorização deve estar ao mesmo nível daquele que existe na unidade de base. As normas mínimas de monitorização são: monitorização contínua do ritmo cardíaco, tensão arterial não invasiva, oximetria de pulso, frequência

respiratória e capnografia (em doentes ventilados). Deve-se também ter em conta, que num veículo em movimento, os valores de pressão arterial invasiva poderão não ser muito fiáveis. Todo o equipamento utilizado durante o transporte, deve ser acondicionado de forma a que fique visível para os profissionais que acompanham o doente durante o transporte. Os registos da monitorização devem ser feitos ao longo do transporte (ICS, 2019).

A SPCI e OM (2008), recomendam que o equipamento mínimo que acompanha o doente seja: monitor desfibrilhador com alarmes; material de intubação com tubos traqueais; aspirador elétrico, drenos torácicos, fármacos para SAV; ventilador de transporte, material para comunicar. A ter em conta também a quantidade de oxigénio: Para calcular a capacidade adequada utiliza-se a fórmula: **O2 necessário = [(20 + Vmin) x FiO2 x tempo de transporte em minutos] + 50%.**

No que concerne ao equipamento o recomendado é que seja todo normalizado dentro de uma rede de cuidados críticos, para permitir o transporte sem haver a necessidade de interromper a monitorização ou perfusão de medicação.

Todo o equipamento deverá ser devidamente verificado antes do transporte, de forma a evitar riscos e falhas durante a transferência (ICS, 2019).

Também se recomenda a utilização de malas de transferência normalizadas com a finalidade de promover a segurança e qualidade de cuidados no transporte (ICS, 2019).

De referir que nos transportes inter-hospitalares também se deve ter em atenção o estado da ambulância, dos equipamentos e dos consumíveis, tendo em conta possíveis constrangimentos de tráfego (Lyphout et al., 2018).

A última fase do transporte é a da **efetivação**, sendo da responsabilidade da equipa que acompanha o doente durante o transporte. Essa responsabilidade só cessa quando o doente é entregue ao serviço recetor, ou, quando o doente regressa o serviço de origem, se o transporte foi por motivos de realização de exames ou atos terapêuticos (SPCI e OM, 2008).

Mesmo tendo em mente todo este planeamento, ainda há espaço para ocorrerem eventos adversos e imponderáveis, que as equipas têm de resolver no decurso do transporte.

Da súmula dos resultados apurados de dois artigos consultados de Lyphout et al., (2018) e Karlsson, Eriksson, Lindahl, Fridh, (2019), podem-se enumerar os seguintes incidentes:

- Fisiológicos – deve ter-se em atenção variações de ritmo cardíaco e ventilatório, híper e hipotensão, agitação, dessaturação, hipoglicemia, vômitos e hemorragias;
- Técnicos – ter em conta os níveis das botijas de oxigénio e a carga das baterias dos equipamentos, estado funcional dos equipamentos;
- Da equipa – aspetos relacionados com interrupção da ventilação manual, interrupção da medicação, perda do acesso venoso, botija de oxigénio fechada, falta de cânula nasal ou máscara, mudança para o local errado, medicação errada, secreções no tubo orotraqueal, falta de espírito de equipa;
- De comunicação - relacionado com falta de informação sobre o doente, falhas de passagem de dados entre equipas, equipamentos insuficientes, nível de cuidados necessários e erros de timings.

De forma a minorar a ocorrência de eventos adversos alguns autores apontam algumas medidas e ou ideias para reduzir o risco. Gimenez et al., (2017), no estudo desenvolvido, diz que deve haver o mesmo nível de monitorização durante o transporte; deve-se antecipar o fim do oxigénio nas botijas e a duração das baterias. Problemas de comunicação (em 61% dos casos ocorridos) podem ser minorados por meio de treino e de follow up das equipas.

Toda a equipa tem o dever de “assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado” (DGS, 2017a: 5).

Lyphout et al., (2018), acresce que os transportes devem ser estruturados e preparados com tempo, que é importante uma clara atribuição de responsabilidades com centralização da informação. Os incidentes de comunicação resultam não só em frustração e ineficiência através de atrasos desnecessários, mas também têm um impacto significativo no atendimento ao doente. A implementação de uma comunicação clara e padronizada para cada transporte e o cumprimento dedicado das listas de verificação disponíveis podem reduzir os incidentes de segurança dos doentes e a satisfação dos doentes e do pessoal. Os incidentes operacionais são, por definição, erros humanos e devem ser evitados, o que exige uma formação qualitativa abrangente e repetida dos profissionais, tanto a nível teórico como prático. Quanto aos erros de comunicação, os mesmos podem ser evitados através de utilização e adesão de listas de verificação.

No que diz respeito a listas de verificação tanto Comeau, Armendariz-Batiste, Woodby, (2015), como Williams, Karuppiah, Greentree, Darvall, (2020), desenvolveram estudos em que foram implementadas de listas de verificação e que obtiveram resultados bastante positivos.

Também no estudo de Brunsveld-Reinders, Arbous, Kuiper, Jonge, (2105), a implementação da Lista de verificação obteve feedback positivo por parte dos enfermeiros.

As listas de verificação têm como benefícios a padronização dos procedimentos, a promoção de cuidados baseados em evidências, uma melhor comunicação, o uso de equipamento apropriado, a minimização de erros, a mitigação da falta de memória e a confiança (Comeau et al.,2015). O que as torna uma ferramenta muito útil durante as diversas fases do processo de transferência (Karlsson et al., 2019).

2. DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO FINAL

O Estágio final foi desenvolvido em dois contextos, sendo que o primeiro período decorreu num SUMC de um hospital regional, local onde foi desenvolvido o projeto de intervenção e o segundo numa UCIP de um hospital regional.

2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA (SUMC) DE UM HOSPITAL REGIONAL

A instituição onde decorreu a primeira fase do estágio final, procedeu a uma reorganização do seu departamento de Urgência em março de 2012, indo ao encontro com o recomendado pela Comissão para a Reavaliação de Rede Nacional de Emergência e Urgência (CPREU).

A definição e classificação dos serviços de urgência foi regulamentada inicialmente pelo Despacho nº 727/2007, e atualmente pelo despacho nº 13427/2015. O Serviço de Urgência Polivalente (SUP), é considerado o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, por norma encontra-se num hospital central; o Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) é considerado o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, que deve localizar-se estrategicamente de modo que, os trajetos terrestres não excedam sessenta minutos entre o local de doença ou acidente e o hospital, por último, o Serviço de Urgência Básica (SUB) é considerado o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência e constitui o nível de cariz médico (Ministério da Saúde, 2015c).

Este Centro hospitalar era composto por 3 serviços de urgência, e com a sua reformulação foram criados dois Serviços de Urgência Básica (SUB) em duas das unidades e centraram e Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC) numa unidade.

No SUMC, o transporte de doente crítico é feito pelos elementos da equipa que estão de serviço. Após tomada a decisão médica de transferir o doente o chefe de equipa de enfermagem é informado e transmite informação ao enfermeiro que está escalado para fazer o acompanhamento do doente. No serviço existem duas malas para acompanhar o doente durante o transporte, uma para o transporte intra hospitalar outra para o transporte inter hospitalar.

Desde 2012 até então, o SUMC, sofreu várias alterações na sua estrutura física e organizativa, indo à procura de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes e ao mesmo tempo melhorar as condições de trabalho dos funcionários.

O SUMC está organizado em cinco grandes áreas: Triagem, Zona de Críticos, Sala de Decisão Clínica, Unidade de Observação Médica e Unidade de Observação Cirúrgica e Traumatológica.

As Unidades de Observação são áreas do serviço onde os doentes da especialidade médica, cirúrgica e ortopédica ficam em observação por um período que se pretendia que não fosse superior a 24h.

O primeiro contacto que o enfermeiro tem com o doente é no momento de Triagem, momento onde o enfermeiro faz o encaminhamento do doente.

O SUMC tem implementado para realização de triagem o sistema de triagem de Manchester, o qual é utilizado também nos SUB's que o contemplam. Deste modo faz cumprir o que emana o artigo 12º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, em que “é obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU” (p:20675).

Se o doente for do foro cirúrgico ou traumatológico e não apresente sinais de gravidade é encaminhado para o 7º Piso, local onde se encontra a Unidade de Observação Cirúrgica e Traumatológica. Esta área de serviço é constituída por: 1 sala de espera, 1 gabinete de cirurgia, 1 gabinete de ortopedia, 1 gabinete de enfermagem, 1 sala de trabalho de enfermagem, 2 salas de observação de ortopedia, 2 salas de observação de cirurgia e 1 zona denominada de sujos.

Na área da Triagem são observados os doentes menos urgentes, que em princípio não necessitam de observação por especialistas mais diferenciados. Nesta área os doentes realizam os exames complementares de diagnóstico e fazem tratamentos de acordo com a sua situação clínica, sendo que a maioria deles tem alta.

Os doentes que não têm condições para ter alta transitam para a sala de Decisão Clínica, para serem observados pela especialidade, que mais se adequa à sua situação clínica. Esta zona está destinada para a prestação de cuidados necessários, tratamentos, monitorização cardíaca, oxigenioterapia, inaloterapia, ventilação não invasiva e para realização de procedimentos mais ou menos invasivos, considerados necessários para o diagnóstico do doente. No último ano a Sala de Decisão Clínica, foi sujeita a obras, tendo ficado com uma lotação para 14 doentes, o que, no entanto, nem sempre acontece, pois devido à grande afluência, na maioria das vezes esta lotação é bem superior. O que está preconizado no serviço é que os doentes

permaneçam no máximo 6h nesta área, sendo que posteriormente transitam para as Unidades de Observação ou têm alta para o domicílio.

A zona de críticos é a área do UMC (Urgência Médico Cirúrgica), onde são estabilizados todos os doentes que necessitam de cuidados imediatos, esta zona compreende a Sala de Emergência e a zona denominada de laranja que é onde ficam os doentes que necessitam de uma maior vigilância.

As Unidades de Observação Médica, tem uma lotação para 24 doentes, no entanto esta lotação é quase sempre ultrapassada.

Devido ao facto de os serviços de internamento não disponibilizarem vagas em número suficiente para os doentes da UMC é frequente que esses doentes permaneçam no serviço por períodos superiores a 3 dias.

A equipa médica é constituída por vários especialistas de medicina interna, cirurgia, ortopedia, cardiologia, gastroenterologia e clínica geral, que asseguram os cuidados médicos no serviço.

Com início a 3 de janeiro de 2020, o serviço na sala de emergência passou a ser assegurado por um médico intensivista, no período das 9h às 15h.

A equipa de enfermagem é constituída por 86 enfermeiros, e a equipa de Assistentes Operacionais (AO) por 44 elementos, estando estes distribuídos por cinco equipas. Cada uma das equipas tem um enfermeiro chefe de equipa, que para além de desempenhar as funções de gestão, dá apoio à sala de emergência e sempre que necessário fica com a responsabilidade de doentes que se encontrem em corredor.

Para assegurar a prestação de cuidados durante o turno da noite são escalados 12 enfermeiros e 7 AO, no turno da manhã e tarde são 16 enfermeiros e 9 AO, sendo estes distribuídos pelas várias áreas da UMC.

A nível de gestão de cuidados na UMC é utilizado o trabalho em equipa, sendo que o enfermeiro chefe de serviço faz a planificação diária da distribuição dos enfermeiros por postos de trabalho e o chefe de equipa coordena a equipa de enfermagem durante o turno. Na planificação diária, em todos os turnos está distribuído qual é o enfermeiro destinado ao transporte de doente crítico durante o turno.

Na mesma planificação também se encontra a distribuição do elemento que está destinado ao Gabinete de Informação à Família (GIF), este é um posto de trabalho em que o enfermeiro se destina essencialmente para estabelecer a ligação entre a família do doente e restante equipa multidisciplinar. A criação do GIF no SUMC surgiu após a equipa ter refletido acerca da

necessidade de centralizar as informações telefónicas solicitadas por familiares, acrescentando a necessidade da proteção de dados e sigilo profissional.

Várias famílias manifestaram a sua insatisfação em relação ao horário de atendimento telefónico, aos horários de visitas não cumpridos e dificuldade da equipa de enfermagem em dar resposta a todas as solicitações. É o enfermeiro responsável pelo GIF que analisa a necessidade de intervenção de outros profissionais (médico, assistente social) e acompanha as visitas. No período das 22h às 10h é o enfermeiro chefe de equipa que garante a continuidade do processo de informação ao familiar ou pessoa de referência.

Após cada turno, a passagem de informação para manter a continuidade dos cuidados, é feita junto dos doentes, em cada uma das áreas de trabalho.

Os registos de enfermagem são feitos em suporte informático através do programa Sclinic.

Equipa de Enfermagem

Consideramos pertinente fazer uma breve caracterização da equipa de enfermagem.

Neste sentido, para melhor caracterização da mesma procedemos a uma análise de dados existente no serviço. Os seus elementos foram caracterizados quanto à faixa etária, ao tempo de serviço (experiência profissional e tempo no SUMC), formação (grau académico, título de enfermeiro especialista e formações pertinentes para o SUMC).

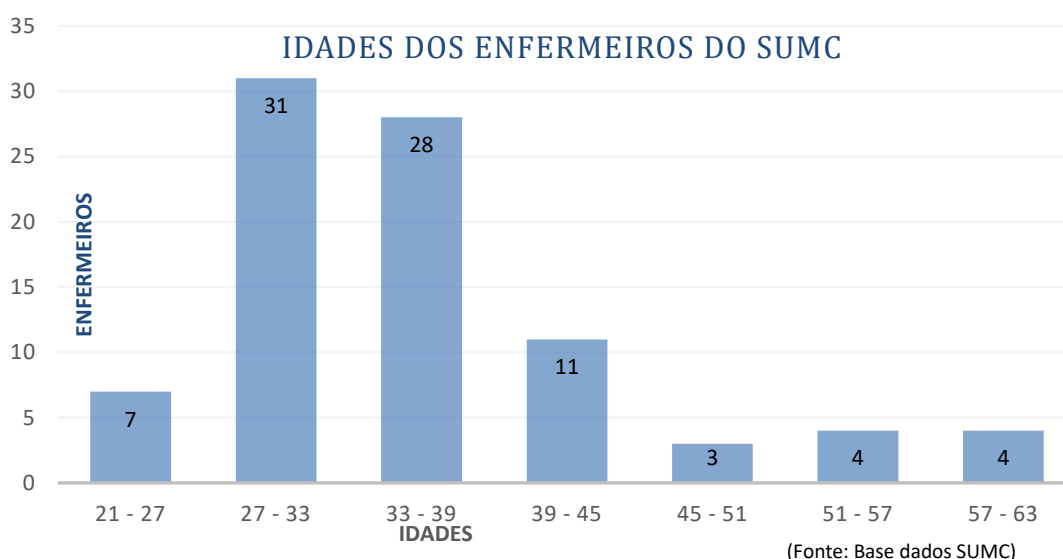
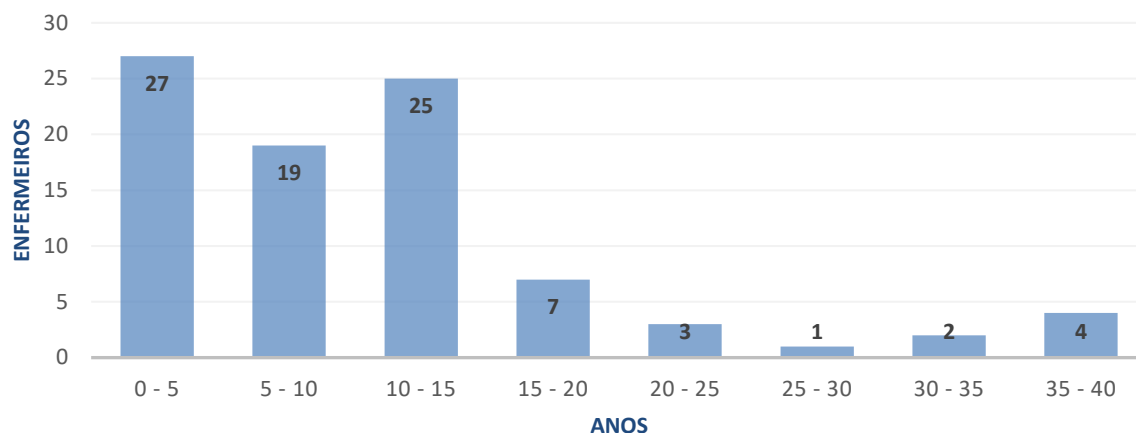


Gráfico 1 - Idade dos Enfermeiros do SUMC

Verificamos que é uma equipa jovem, e que a maioria da equipa se encontra entre os 27 e 39 anos, sendo que o maior grupo se encontra na faixa etária entre os 27 e 33 anos.

Tempo de serviço dos enfermeiros

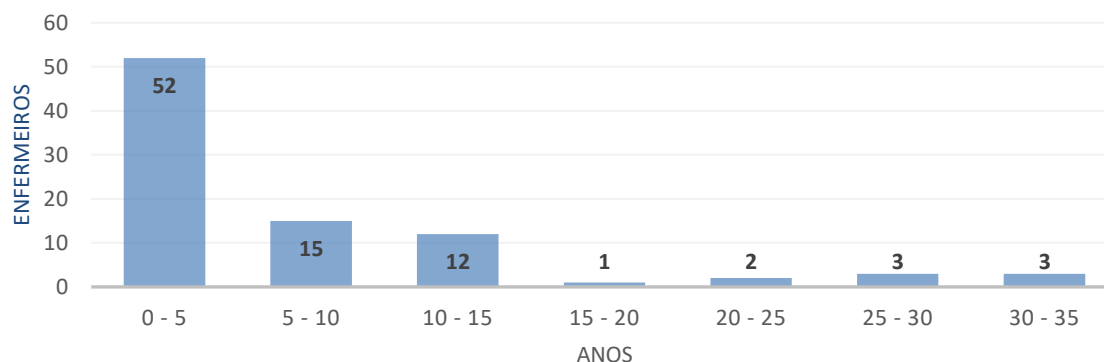


(Fonte: Base dados SUMC)

Gráfico n.º 2 – Tempo de serviço dos enfermeiros

Sendo esta, uma equipa jovem verificamos que a maioria dos enfermeiros desempenha funções há menos de 15 anos. Sendo que a maior percentagem se encontra no grupo dos 0 aos 5 anos.

Tempo de serviço dos enfermeiros no SUMC



(Fonte: Base dados SUMC)

Gráfico n.º 3 – Tempo de serviço dos enfermeiros no SUMC

Com a análise do gráfico verificamos que a maioria dos enfermeiros se encontra a desempenhar funções no serviço há menos de 5 anos. O que significa haver um grande número de enfermeiros que acumulam uma baixa experiência tanto profissional como no serviço.

Habilitações Académicas	Percentagem
Bacharelato	2%
Licenciatura	85%
Mestrado	13%

Tabela n.º 1 – Habilitações literárias dos enfermeiros do SUMC

Quanto à sua formação, a maioria (85%) dos enfermeiros possuem, licenciatura; 13% são detentores de mestrado; 2% o bacharelato.

Especialista	Percentagem
Sim	14%
Não	86%

Tabela n.º 2 – Enfermeiros especialistas no SUMC

Quanto à especialização 14% são detentores do grau de especialista.

Especialidade	Percentagem
Médico-Cirúrgica	75%
Saúde na Comunidade	25%

Tabela n.º 3 – Área de especialização dos enfermeiros do SUMC

As duas áreas de especialização dos enfermeiros do SUMC são Enfermagem Médico Cirúrgica e Saúde Comunitária, no entanto a especialidade Médico Cirúrgica destaca-se com uma maior percentagem.

Suporte Avançado de Vida (SAV)	Suporte Imediato de Vida (SIV)	Trauma	TDC
42%	70%	65%	29%

Tabela 4 – Áreas de formação da equipa no SUMC

Quanto a outras áreas de formação verificámos que 42% possuem formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), 70% em Suporte Imediato de Vida (SIV), 65% possuem formação na área de Trauma e 29% em Transporte de Doente Crítico (TDC).

De acordo o disposto no artigo 21º do Despacho 10319/2014, de 11 de agosto, a equipa médica e de enfermagem dos SU devem ter formação em: Suporte Avançado de Vida (SAV), Suporte Avançado em Trauma, Ventilação e Controle Hemodinâmico, Transporte de Doente Críticos, Vias Verdes, Comunicação e Relacionamento em Equipa, Gestão de Stress e

Conflitos, Comunicação do risco e “transmissão de más notícias” (Ministério da Saúde, 2015c). Para além do referido, o Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, recomenda que 50% dos enfermeiros sejam especialistas em enfermagem médico cirúrgica na área da Enfermagem do doente crítico, com formação em SAV em permanência nas 24h (OE, 2019b).

2.1.1 Atividades desenvolvidas no estágio no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica de um hospital regional

A primeira fase do estágio final decorreu num SUMC de um hospital regional, teve início a 16 de setembro com a duração de 14 semanas, sendo a data de término a 20 de dezembro.

Realizar o estágio num SUMC, foi visto como uma oportunidade de viver novas experiências, permitindo-nos experienciar novas vivências, com vista a adquirir conhecimentos e colocar em prática todo um percurso teórico anterior, desta forma, abraçamos esta oportunidade, e com vista a dar resposta à aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica e mestre, traçamos os objetivos e atividades a desenvolver durante o período de estágio (APÊNDICE I).

De forma a promover a nossa integração no serviço, no início do estágio reunimos com o enfermeiro responsável, onde foram dados a conhecer os objetivos de estágio. Aproveitámos o momento para realizar a visita ao serviço, ficámos com conhecimento do espaço físico e dos principais circuitos.

Integrar um serviço exige de nós, alguns procedimentos de forma a facilitar todo o processo. Assim, os primeiros turnos foram destinados a adquirir conhecimento de toda a dinâmica do serviço e dos circuitos dos doentes.

Procurámos ainda ter conhecimento de todos os protocolos, normas, instruções de trabalho que nos guiassem para uma prática de cuidados de qualidade e com segurança. Todos os documentos estavam disponíveis na intranet, o que nos permitiu ter acesso rápido aos mesmos sempre que nos ocorresse alguma dúvida.

O orientador que nos acompanhou era especialista EMC-PSC. No serviço em questão os enfermeiros estão divididos por equipas, sendo o chefe de equipa quem assume a responsabilidade do serviço na ausência da chefe. Este enfermeiro é sempre um enfermeiro especialista, o que vai ao encontro do estabelecido no regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros.

Realizámos a maioria dos turnos no posto de trabalho da sala de emergência e zona de críticos, no entanto sempre que possível colaborávamos na prestação de cuidados noutros postos de trabalho.

Tendo em conta que o serviço de urgência de ortopedia e cirurgia se situavam noutra sala, existiu uma limitação do nosso contacto com este tipo de urgências, pois os doentes que não apresentassem sinais de gravidade, após a triagem eram de imediato encaminhados para o 7º piso. Para tentar contornar esta questão, realizámos dois turnos nesse serviço, o que nos permitiu auxiliar em pequenas cirurgias, imobilização de membros e prestar cuidados a doentes em observação.

Na sala de emergência prestámos cuidados ao doente crítico, mobilizando sempre os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso académico.

Prestámos cuidados a doentes com várias patologias, nomeadamente, AVC, EAM, alteração do estado de consciência, insuficiências respiratórias, edema agudo do pulmão, PCR, trauma, intoxicação medicamentosa, entre outras, no entanto, também os seus familiares foram cuidados por nós, demonstrando disponibilidade para dar informações, para os ouvir e desta forma contribuir para diminuir as suas incertezas.

No serviço estão protocoladas as Vias Verdes AVC, coronária e sepsies, sendo que esta última não está ainda verdadeiramente implementada. Colaborámos na ativação de ambas em várias situações.

A dor é um dos principais motivos de entrada no Serviço de Urgência, requer conhecimento por parte do enfermeiro, pois este é, na maioria das vezes o primeiro a ter contacto com o doente (Viveiros et al, 2018). A nível da gestão de dor não sentimos dificuldades, estávamos despertos para os sinais de dor e intervínhamos logo de imediato. A escala da dor utilizada no serviço é a numérica, não nos trouxe qualquer dificuldade na avaliação, visto que é a mesma que utilizamos diariamente na nossa prática profissional. Para diminuir a dor recorriamos a medidas farmacológicas ou não farmacológicas. Sempre que necessário recorriamos a medicação prescrita, se não tivesse, informávamos o médico de serviço. Como estratégias não farmacológicas, utilizávamos a mobilização e a massagem.

Todos os cuidados prestados são registados ao longo do turno, trabalhar com o programa do Sclinc, foi um desafio até ao final do estágio. Primeiramente por ser um programa com o qual nunca tínhamos tido qualquer contacto e depois, porque o mesmo exige muito tempo do enfermeiro. Consideramos não ser muito prático trabalhar com esse programa num serviço de urgência. Muitos dos doentes não se encontravam alocados a um serviço ou zona em particular

e por vezes encontrar o nome de um doente no programa era demorado. Tivemos a oportunidade de expor a nossa opinião à enfermeira orientadora acerca do programa, tendo ela também partilhado da mesma.

Ao longo do estágio nunca descuramos a relação terapêutica com os familiares, no entanto consideramos o posto de trabalho do GIF uma condicionante para estabelecer esta relação. Se por um lado facilita o trabalho dos enfermeiros, dando-lhe mais disponibilidade para cuidar do doente, por outro priva o contato do enfermeiro responsável pelo doente com a família do mesmo. Uma forma que encontramos de contornar a situação foi sermos nós a ir ao encontro dos familiares para promover a relação, os familiares mostravam-se satisfeitos e curioso que nos dias seguintes já nos procuram com o objetivo de obter informações relativas ao seu familiar. Esta situação nunca nos levantou qualquer tipo de constrangimento na equipa.

Realizar pesquisa bibliográfica, baseada em evidência científica foi uma prática no decorrer deste percurso, pois só assim, conseguíamos tomar decisões fundamentadas, levando a uma prestação de cuidados de qualidade e com segurança, corroborando com Fonseca, (2015), que refere que é “prioritário a atualização de conhecimentos por parte dos enfermeiros, de forma a desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, permitindo à população obter cuidados de enfermagem personalizados face às necessidades da pessoa, família e comunidade” (p:1).

Também a nossa experiência anterior contribuiu para uma prestação de cuidados seguros, visto que nos tornava despertos para eventuais complicações e nos levava a uma intervenção precoce de forma a evitar complicações.

2.2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

No âmbito do estágio final, foi-nos proposto pela escola a implementação de um projeto de intervenção, o nosso projeto foi desenvolvido no SUMC.

A metodologia de Projeto é composta por cinco etapas, sendo elas, diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação e a divulgação de resultados (Ruivo et al, 2010).

De acordo com os mesmos autores a Metodologia de Projeto tem como objetivo principal focar-se na resolução de problemas, adquirindo através dela capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e execução de projetos numa situação real. A

metodologia estabelece assim uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática (Ruivo et al, 2010).

Ao longo deste subcapítulo iremos descrever as várias etapas desenvolvidas para o desenvolvimento do projeto de intervenção.

2.2.1 Diagnóstico da Situação

De acordo Ruivo et al., 2010, o diagnóstico de situação é a primeira etapa da metodologia de projeto e “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada” (p:10), este é um processo dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e constantemente atualizada.

No início do Estágio Final, reunimos com a Enfermeira Chefe do SUMC e recorremos a uma entrevista exploratória, não estruturada com o objetivo de conhecer quais as necessidades do serviço, no âmbito de desenvolvimento de projetos.

A entrevista não estruturada permite liberdade para formular perguntas, tem principalmente finalidades exploratórias. Após a introdução do tema pelo entrevistador é dada liberdade ao entrevistado para falar do tema (Vilelas, 2017).

Após a análise da entrevista, concluímos que era necessário investir na temática do Transporte do Doente Crítico, sendo necessário a criação de um instrumento de trabalho que apoiasse a sua preparação.

Desde logo ficámos bastante motivados para o tema, pois esta é uma temática que se enquadra na nossa prática profissional diária, tendo em conta que desempenhamos funções na área do pré-hospitalar e diariamente nos confrontamos com a necessidade de assegurar Transporte ao Doente Crítico.

Após termos identificado a temática, realizámos uma entrevista semiestruturada aos chefes de equipa com o objetivo de definirmos as nossas prioridades dentro da nossa temática (APÊNDICE II). Este tipo de entrevista é muito utilizado, quando se deseja balizar o volume de informações, direcionando-se para o tema em questão (Vilelas, 2017).

Da análise das cinco entrevistas realizadas, podemos concluir que a opinião é unânime em relação à necessidade de explorar a temática do transporte do doente crítico no serviço. Como argumento utilizam o fato de quase diariamente terem de ir acompanhar um doente durante o transporte. Quanto à atualização de formação, referem que a maioria não tem formação na área, fazem referência à quantidade de enfermeiros que entraram recentemente no serviço e à pouca

experiência profissional. Consideram estes dois fatores uma limitação na prestação de cuidados de qualidade, quando tem de se fazer a distribuição dos enfermeiros que vão acompanhar os doentes em caso de transporte inter-hospitalar.

Quando questionados acerca da perceção que têm acerca da segurança que os seus elementos de equipa apresentam quando vão realizar um transporte de doente crítico, respondem que existe muita insegurança principalmente dos enfermeiros mais recentes no serviço, e com pouca experiência profissional. Sentem, que quanto mais instável está o doente, mais aumenta o sentimento de insegurança. Algumas vezes, já tiveram de recorrer a outros elementos da equipa para substituir os colegas que não demonstravam segurança face ao critério de gravidade apresentado pelos doentes.

Os chefes de equipa referem ainda que o serviço não tem uma instrução de trabalho acerca da temática e consideram que a existência desta e de uma lista de verificação, poderiam ser boas estratégias para promover a qualidade dos cuidados e a segurança no transporte do doente.

De forma a fortalecer o nosso diagnóstico de situação, recorreremos ainda ao apoio uma análise SWOT (Strengths, Weakness, Treats e Opportunities). Com a mesma pretendemos identificar os pontos fortes, pontos fracos, fraquezas e oportunidades de acordo com a problemática identificada. Ruivo, (2010, p:14), define-a como “uma das técnicas mais utilizadas na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer na análise organizacional”.

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de enfermagem jovem e motivada - Necessidade de serviço identificada pela chefe - Número significativo de transportes de doentes para outras unidades hospitalares - Ganhos para a saúde associados à segurança do doente 	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre carga de trabalho - Falta de disponibilidade da equipa de enfermagem para preenchimento da lista de verificação - Ausência de equipa fixa para o transporte inter-hospitalar
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> - Instituição em programas de qualidade» - Ausência de instrumento de trabalho interno que normalize o transporte de doente crítico no centro hospitalar 	<ul style="list-style-type: none"> - Rotatividade de enfermeiros - Não valorização do projeto por parte do centro hospitalar

Tabela n. °5 - Análise SWOT relativa ao diagnóstico da situação sobre Transporte Inter-Hospitalar de Doente Crítico

Face à análise da tabela em questão comprovamos que existem mais oportunidades e pontos fortes que nos motivam a investir nesta temática.

Para complementar o diagnóstico, trabalhamos os dados existentes no serviço referentes às transferências inter-hospitalar de doentes em que houve necessidade de acompanhamento de enfermeiro.

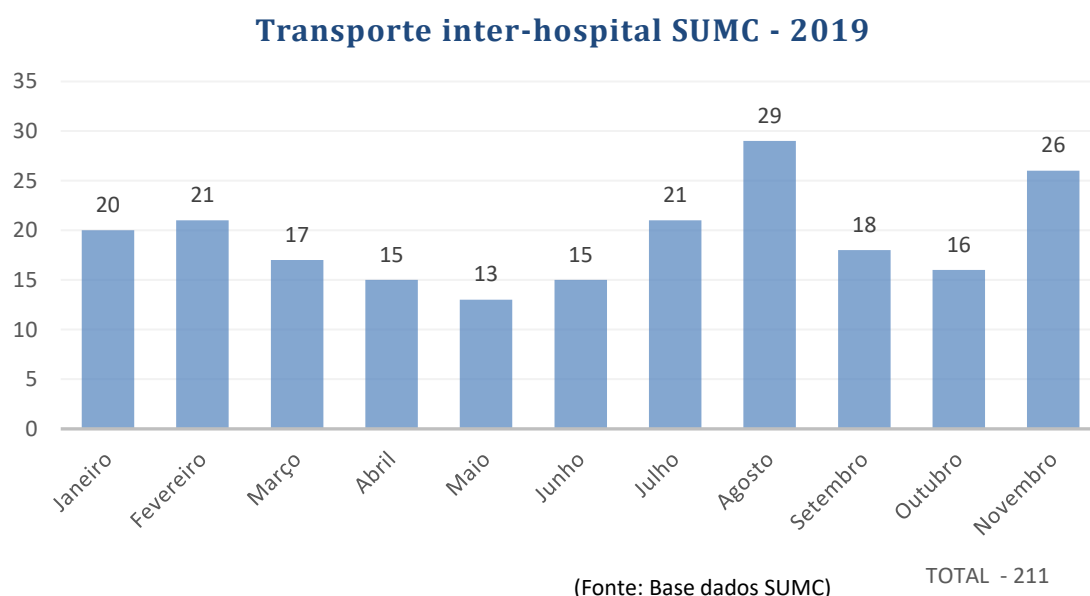


Gráfico n. ° 4 - Transporte inter-hospitalar SUMC – 2019

Verificamos que no período de janeiro a novembro do ano de 2019, os profissionais do serviço de urgência realizaram 211 transportes, todos acompanhados por enfermeiro, sendo que em agosto se registaram 29 transportes, ou seja, quase um por dia.

Número de transferências dentro e fora do Centro Hospitalar

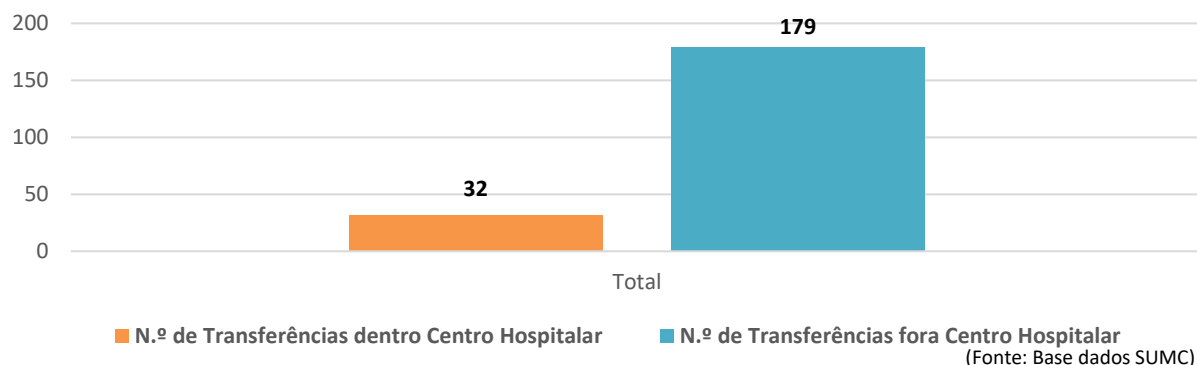


Gráfico n.º 5 – Número de transferências dentro e fora do Centro Hospitalar

Sendo este um Centro Hospitalar em que tem dependentes duas SUB´S e que tem algumas especialidades integradas nessas Unidades, por vezes, de acordo com a situação clínica dos doentes torna-se necessário acompanhar o doente durante o transporte, no entanto o que se verifica na análise ao gráfico é que a esmagadora maioria dos transporte se realiza para fora do Centro Hospitalar.

Tempo por transporte - ida e regresso

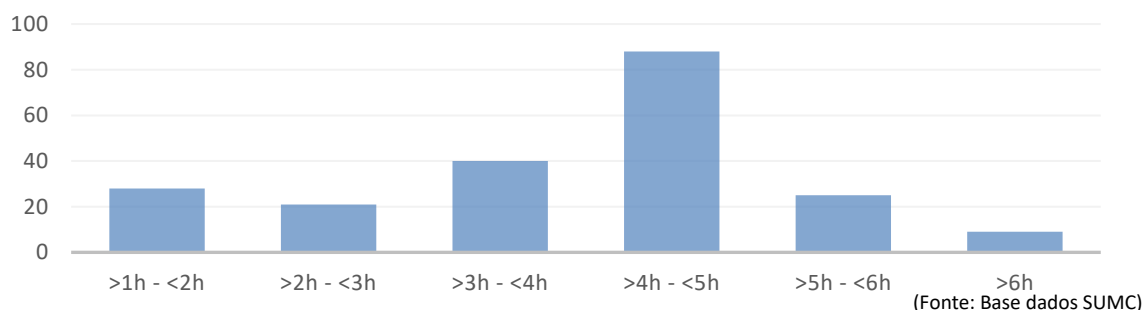
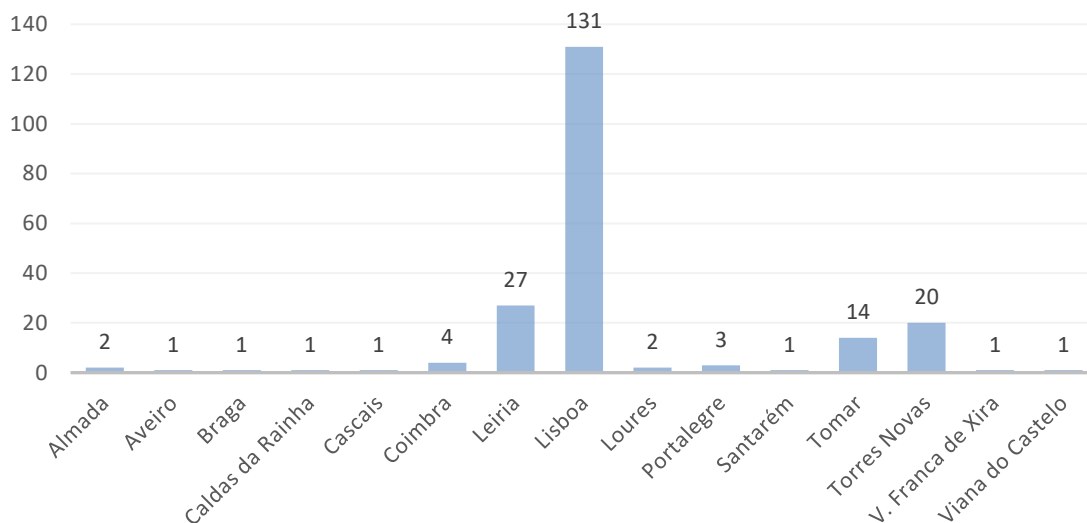


Gráfico n.º 6 – Tempo por transporte (ida e regresso)

Ao analisarmos este gráfico verificamos que a maioria dos transportes tem uma duração entre 4h a 5h. Durante esse período, o serviço fica com menos um elemento no serviço, aumentando a carga de trabalho para os outros elementos.

Número de transportes por localidade de destino

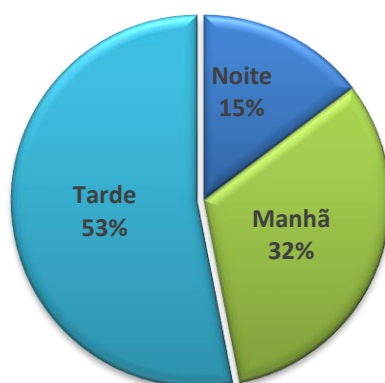


(Fonte: Base dados SUMC)

Gráfico n.º 7 – Número de transportes por localidade de destino

Neste gráfico verificamos estar bem patente, o reflexo da centralização dos serviços, havendo a necessidade de transferência para ter um nível de assistência superior ao que pode ser prestado naquele local. A esmagadora dos transportes foram para Lisboa, sendo o hospital de São José o que mais recebeu doentes dos transportes realizadas.

Transportes por turnos



■ Noite ■ Manhã ■ Tarde

(Fonte: Base dados SUMC)

Gráfico n.º 8 – Percentagem de transportes por turnos

Com a análise deste gráfico verificamos que a mais de 53%, ou seja, a maioria dos transportes se realizam durante turno da tarde.

De uma forma sucinta, verificamos que o serviço faz um número significativo de transporte com acompanhamento de enfermagem, que a maioria dos transportes são para Lisboa o que se traduz em transportes longos, aumentando o risco de complicações. Desta forma, pensamos ter justificado a pertinência de trabalhar esta área.

Selecionada a área a trabalhar, procedemos à entrega da proposta de projeto de estágio à Escola Superior da Saúde de Portalegre e fizemos o pedido de parecer à Comissão de Ética do Hospital para desenvolvimento do projeto de intervenção (APENDICE III).

Após a etapa do diagnóstico da situação procedemos à definição de objetivos a atingir.

Os objetivos, como referem Ruivo et al, (2010) devem ser enunciados tendo em atenção os conhecimentos e capacidades a obter, dizendo normalmente respeito a competências amplas e complexas. Além disso, permitem eleger conteúdos, selecionar métodos e avaliar os progressos dos formandos, segundo as mesmas autoras.

O objetivo vai determinar o que se pretende alcançar. É sinónimo de meta e fim. Os mesmos devem ser claros e precisos (Vilelas, 2017).

Deste modo, definimos como objetivo geral:

- Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico durante o transporte inter-hospitalar.

Assente neste definimos objetivos específicos, que, de acordo com Vilelas (2017), é o caminho que se realiza para atingir o objetivo geral. Assim, os nossos objetivos específicos são:

- Elaborar uma Instrução de Trabalho e uma lista de verificação que acompanhe o doente crítico durante o transporte inter-hospitalar

- Divulgar a Instrução de Trabalho e a lista de verificação através de ações de formação sobre o transporte de doente crítico;

- Implementar a norma e a lista de verificação após a respetiva validação

2.2.2. Planeamento

O Planeamento é a terceira fase do desenvolvimento do projeto. De acordo com Ruivo et al., (2010), é nesta fase que se definem estratégias, atividades e os meios (humanos e materiais), necessários de forma atingir os objetivos definidos.

A fase do planeamento do projeto resulta de “um compromisso entre os objetivos e os recursos” (Ruivo, et al, 2010: 19).

Uma das estratégias adotadas na fase do planeamento foi a elaboração de um cronograma onde se procedeu à calendarização das atividades planeadas. Ao longo do desenvolvimento do projeto houve a necessidade de ir reformulando o cronograma (APÊNDICE IV).

O Planeamento assenta nos três objetivos definidos.

Para o primeiro objetivo - **Elaborar uma Instrução de Trabalho que normalize procedimentos prestados na preparação do transporte inter hospitalar e uma lista de verificação que acompanhe o doente crítico durante o transporte inter-hospitalar, planeámos:**

- Elaborar uma revisão integrativa da literatura em bases de dados científicas, onde constem artigos e estudos sobre a temática, onde se evidencie que a aplicação de uma ferramenta como uma instrução de trabalho, norma e lista de verificação, contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança dos doentes.

- Construir um documento de trabalho para ser analisado pelo orientador, professor e enfermeiro chefe.

Para o segundo objetivo - **Divulgar a Instrução de Trabalho e a lista de verificação através de ações de formação sobre o transporte de doente crítico, planeámos:**

- Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a temática, para reforçar conhecimentos
- Reunião com a Enfermeira orientadora, Enfermeira chefe acerca dos objetivos da formação
- Agendar as sessões de formação de acordo com as disponibilidades do serviço
- Elaborar os diapositivos da formação e colocar à consideração da professora orientadora, enfermeira orientadora e enfermeira chefe
- Utilizar o método expositivo
- Elaborar o plano de sessão
- Elaborar o questionário de avaliação da formação

Para o terceiro objetivo- **Implementar a Instrução de Trabalho e a lista de verificação após a respetiva validação, planeámos:**

- Colocar os documentos elaborados à consideração dos responsáveis do serviço, para se procedem a eventuais alterações e aceitação dos documentos, para posteriormente serem

apresentados à administração do Hospital.

Como em qualquer projeto, previmos a ocorrência de alguns constrangimentos durante a sua implementação/ execução. Para que a sua aplicação não fosse colocada em causa desenvolveram-se estratégias para os ultrapassar. Alguns dos constrangimentos que pensámos que iríamos encontrar são foram:

- Dificuldade em ministrar a formação a toda a equipa, visto que é uma equipa numerosa, sendo necessário proporcionar mais do que um momento de formação
- Dificuldade em implementar os documentos realizados tendo em conta o processo moroso que qualquer documento sofre até à sua implementação.

2.2.3 Execução

De seguida apresentamos uma análise descritiva das atividades executadas tendo em conta cada um dos objetivos traçados.

Objetivo - Elaborar uma Instrução de Trabalho que normalize procedimentos prestados na preparação do transporte inter-hospitalar e uma lista de verificação que acompanhe o doente crítico durante o transporte inter-hospitalar.

Para cumprir o primeiro objetivo, primeiramente realizamos uma pesquisa bibliográfica, recorrendo a bases de dados científicas acerca da temática Transporte de Doente Crítico.

Recorremos também à consulta do manual emanando pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, “Transporte do Doente Crítico- Recomendação 2008”, este manual contempla normas de boas práticas para o Transporte de Doente Crítico, sendo que em Portugal é o mais recente. Outro documento consultado e que também nos foi muito útil para o cumprimento deste objetivo foi o “Guidance On: The Transfer Of The Critically Ill Adult” publicado em 2019, pela Intensive care Society. Esta publicação surge com novas linhas orientadoras baseada na evidência científica mais recente.

Com o objetivo de justificar a implementação do nosso projeto, recorremos à elaboração de uma revisão integrativa, que resultou num artigo científico intitulado de: “Intervenção de Enfermagem na Promoção da Segurança no Transporte do Doente Crítico” (ANEXO V).

A problemática elaborada seguiu o modelo PICO: **P**articipantes- **D**oente Crítico; **I**ntervenção - **I**ntervenções no transporte; **C**omparação- Não aplicável; **O**utcomes- **S**egurança dos Cuidados, chegando assim à pergunta final:

Quais as intervenções no transporte do doente crítico que promovem a segurança dos cuidados?

Os descritores em inglês que melhor descreveram o propósito do estudo, após verificados e validados segundo os descritores em ciências da saúde MeSH, foram: Transportation of Patients; Critical Care; Patient Safety. As bases de dados utilizadas na pesquisa foram: B-on e Pub Med.

O modo de pesquisa, em ambas as bases de dados, foi booleana/frase com a seguinte construção “(Transportation of Patients AND Critical Care AND Patient Safety)”.

Na B-on eliminámos previamente os expansores “aplicar palavras relacionadas”, “pesquisar também no texto integral dos artigos” e “aplicar assuntos equivalentes”, obtendo-se 75 artigos, destes 5 foram eliminados pelo limitador “analisado pelos pares”; dos 70 restantes 28 foram eliminados pelo limitador temporal “de 1 de janeiro de 2015 a 31 de janeiro de 2020”, ficando 42 artigos para análise.

Na PubMed obtivemos inicialmente 175 artigos, dos quais 102 foram eliminados pelo mesmo limitador temporal, ficando 73 artigos para análise.

O passo seguinte consistiu na seriação pelo título, com o qual se excluíram 30 artigos da B-on e 65 da PubMed. Seguidamente, foram lidos os resumos dos 12 artigos restantes da B-on e os 8 artigos restantes da PubMed.

Da leitura dos resumos foram excluídos 7 artigos da B-on e 4 da PubMed, ficando para análise 6 artigos, dos quais 1 da PubMed, 2 da B-on, e 3 de ambas, tal como se pode ver na figura.

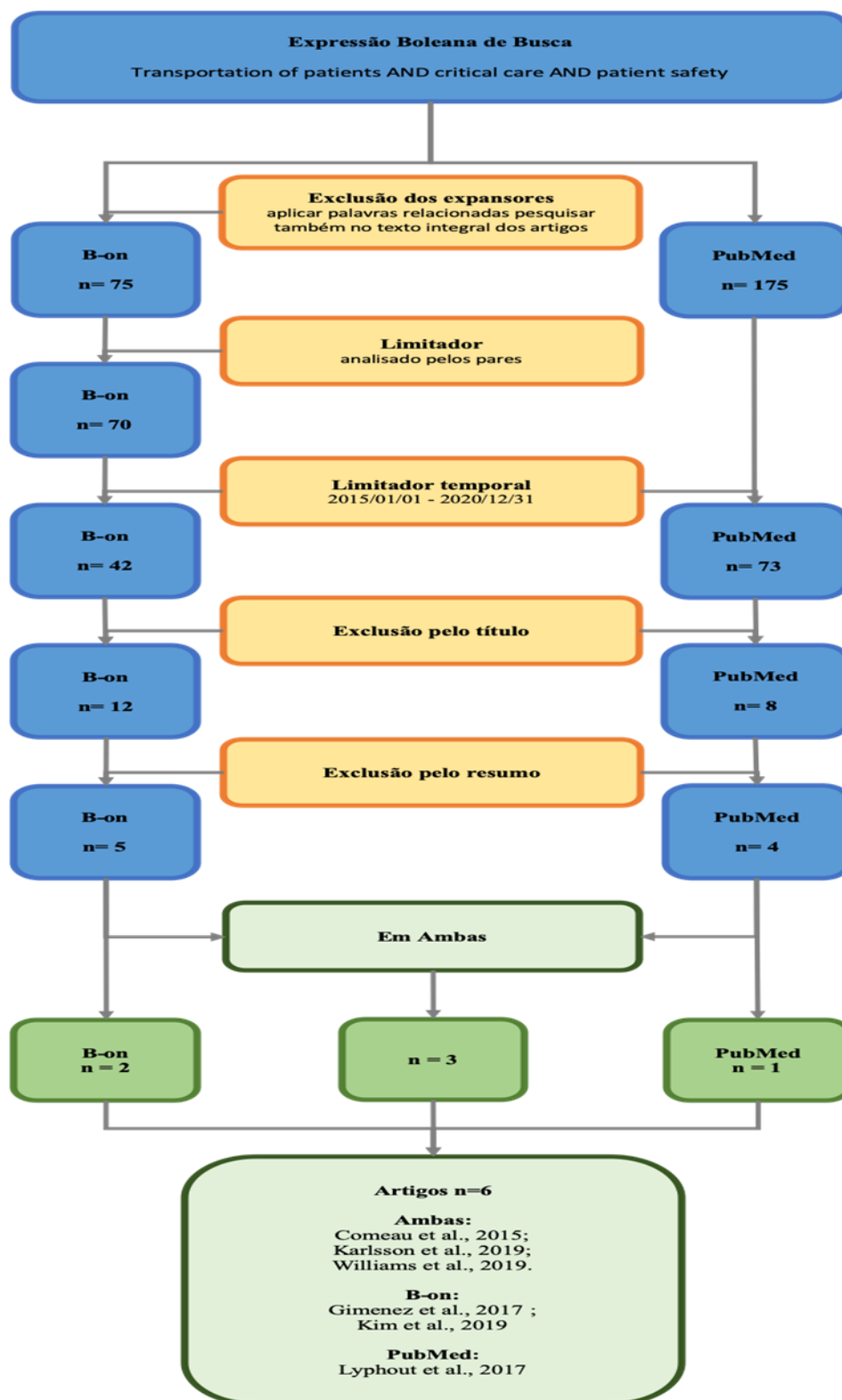


Figura n.º 1: Fluxograma descritivo do processo de revisão integrativa.

Os resultados da revisão integrativa encontram-se integrados no enquadramento concetual.

A primeira versão da Instrução de Trabalho e da Lista de Verificação foi colocada à consideração da professora orientadora, enfermeira orientadora e enfermeira chefe, que deram o seu parecer favorável e que deram as suas sugestões. Referente à lista de verificação foram feitas algumas alterações, visto que a enfermeira chefe queria um instrumento prático de preenchimento rápido, onde estivessem contemplados todos os procedimentos da preparação do Transporte.

Procedeu-se então à reformulação da Instrução de Trabalho (APÊNDICE VI) e da Lista de Verificação (APÊNDICE VII), tendo sido feita a revisão final com aprovação da enfermeira orientadora e chefe do serviço.

Objetivo - Divulgar a Instrução de Trabalho e a lista de verificação através de uma ação de formação sobre o transporte de doente crítico

Para concretização do segundo objetivo, reunimos com a enfermeira chefe para agilizar a marcação da formação. Sendo esta uma equipa numerosa, planeamos realizar a formação em dois momentos, a primeira foi no dia 10 de dezembro e a segunda dia 17 de dezembro. Por a temática ser de interesse para o serviço, a enfermeira chefe programou a formação em horas de serviço, ou seja, com caráter de presença obrigatória, motivo pelo qual não houve necessidade de divulgação da mesma, visto que a mesma foi feita pela enfermeira chefe no horário.

A sessão formação realizada foi intitulada de “Transporte do Doente Crítico” e foram abordados os principais conceitos, procedimentos e complicações relacionados com a temática (APÊNDICE VIII).

Foi elaborado plano de sessão da formação onde constam os objetivos da mesma (APÊNDICE IX).

No final da formação foi apresentada a Instrução de Trabalho e a Lista de Verificação, tendo sido impresso um documento para cada um dos enfermeiros presente. As opiniões foram unânimes acerca das pertinências dos documentos.

Objetivo- Implementar a Instrução de Trabalho e a lista de verificação após a respetiva validação

Para dar cumprimento a este objetivo reunimos com a enfermeira chefe e responsável de

serviço, disponibilizamos toda a documentação elaborada e mostramos a nossa disponibilidade para proceder às alterações que considerassem pertinentes. Não foi possível assistir à implementação do projeto no terreno, por questões do término do estágio, mas deixámos todos os aspetos acautelados, nomeadamente os de avaliação do processo, para que qualquer elemento do serviço possa dar prosseguimento ao mesmo.

2.2.4 Avaliação

De acordo Ruivo et al (2010), na avaliação de um projeto, podem reconhecer-se vários momentos de avaliação, a intermédia/depuração realizada em paralelo com a execução do projeto e a avaliação final do mesmo, com a avaliação do processo e produto do projeto.

No final das sessões de formação, foi solicitado o preenchimento de um questionário para avaliação da sessão e do formador (APÊNDICE X).

Elaborámos uma análise dos resultados obtidos que se traduz numa apreciação positiva da mesma, estando presentes 75 enfermeiros do serviço (APÊNDICE XI).

No projeto em questão a avaliação será feita, posteriormente, à implementação dos documentos, através de auditorias, planeadas periodicamente, onde se procederá à verificação do preenchimento da lista de verificação, após um transporte inter-hospitalar de um doente crítico.

O respeito por normas de boa prática e o controlo de qualidade do transporte, devem ser alvo de acompanhamento e auditoria (OM, SPCI, 2008).

Como indicador de avaliação, pretendemos que ao final de seis meses a lista de verificação fosse preenchida por 90% dos enfermeiros que transportam os doentes para outras unidades hospitalares.

2.2.5 - Divulgação dos Resultados

Segundo Ruivo et al. (2010), a divulgação dos resultados obtidos após a execução de um projeto é uma fase importante, uma vez que dá a conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto. Na área da saúde a utilização da metodologia do projeto como meio de resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade assume um papel

relevante para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados (Ruivo et al., 2010).

Para divulgação do nosso projeto utilizámos a formação realizada no serviço e a realização do presente relatório.

2.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E POLIVALENTE (UCIP) DE UM HOSPITAL REGIONAL

A segunda fase do ensino clínico decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um hospital regional.

A UCIP onde decorreu o estágio é considerada uma unidade de nível II, pois tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, embora, de modo ocasional ou permanente, não consiga garantir o acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica...), tendo necessidade de se articular com unidades de nível superior (OE, 2019b).

Esta Unidade está integrada no departamento de urgência/emergência do Hospital Regional e iniciou a sua atividade em fevereiro de 1994.

A UCIP está alocada no 2º andar do edifício do Hospital, junto ao Bloco Operatório e ao serviço de urgência. O serviço tem a lotação de cinco camas, sendo que uma delas se encontra num quarto, que, se necessário, poderá ser utilizado como isolamento.

No centro da sala principal, encontram-se duas secretárias e 2 computadores para apoio da equipa de enfermagem. Como apoio à sala de principal, dispõe de uma sala de trabalho, onde se encontra todo o stock de produtos farmacêuticos, bancadas de trabalho para preparação de medicação, material de consumo clínico para preparação de medicação, material de penso e um lavatório; uma sala para armazenamento de material de consumo clínico e esterilizado; uma sala de despejos ou sujos para os resíduos hospitalares, roupa suja; uma copa; um gabinete médico e de enfermagem; à entrada possui uma sala que serve de apoio para receção de familiares, onde são fornecidas informações clínicas acerca dos doentes; um balneário comum para todos os funcionários do serviço.

Em cada uma das unidades dos doentes encontra-se disponível todo o material necessário para a prestação de cuidados diários, o qual é repostado de acordo com uma check list disponível no serviço.

Esta unidade está também equipada com um carro de emergência com um monitor desfibrilhador integrado, material para monitorização hemodinâmica, gasómetro, máquinas para técnicas dialíticas, três dispositivos para compressão pneumática intermitente dos membros inferiores, dispositivos para ventilação não invasiva; entre outro material.

A nível de recursos humanos, a equipa multidisciplinar da UCIP é constituída por quatro médicos a tempo inteiro e três a tempo parcial, vinte e seis enfermeiros, sendo que onze são detentores de especialidade, quatro em Reabilitação e sete em Enfermagem Médico Cirúrgica e 9 assistentes operacionais.

Quanto à organização diária dos cuidados de enfermagem, existem três turnos de oito horas, para cada turno são escalados três enfermeiros, por vezes o turno da manhã é assegurado por um maior número de elementos. Assim, existe um rácio enfermeiro/doente de 1/2 e, por vezes, de 1/1, o que está dentro do recomendado para uma unidade de nível II (OE, 2019b).

Cada um dos turnos tem um elemento com funções de responsável de turno, o qual é determinado pela categoria profissional e pelo tempo de exercício profissional no serviço. Sempre que possível é um enfermeiro especialista. No turno da manhã também está presente a enfermeira responsável do serviço.

2.3.1 Atividades desenvolvidas no estágio na Unidade de Cuidados Intensivos

A segunda fase do estágio final decorreu de 6 a 31 de janeiro de 2020, numa Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital regional.

Este não foi o nosso primeiro contato com uma UCIP, visto que anteriormente já tínhamos trabalhado num serviço com a mesma tipologia, sendo esta uma mais valia para a nossa integração no serviço.

No início do estágio reunimos com a Enfermeira Chefe do serviço, onde falámos acerca dos objetivos de estágio, que se resumiram essencialmente à nossa mobilização de conhecimentos de forma a fortalecer a aquisição de competências de enfermeiro especialista Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica e de mestre.

Posteriormente, fizemos uma visita guiada pelo serviço, que nos permitiu conhecer a estrutura orgânica e funcional.

Diariamente, encontra-se um enfermeiro escalado para apoio à gestão do serviço, preferencialmente especialista. Este enfermeiro faz a gestão de material de consumo clínico, de farmácia, bem como o reporte de avarias e ou anomalias de equipamento técnico.

Durante os primeiros dias de estágio, tivemos oportunidade de consultar todo o material de apoio normativo, relacionado com a prestação de cuidados que se encontra no serviço, a maioria encontra-se em normas e protocolos, contribuindo para a uniformização dos cuidados, prevenindo erros e promovendo a segurança do doente.

Antes de admitir um doente, devemos confirmar se a unidade se encontra preparada. No serviço encontra-se uma check list com todo o material que deve estar na unidade, sendo este um método que contribui para melhorar a qualidades dos cuidados prestados.

Colaborámos na admissão de doentes vindos do SU, BO e de outros serviços de internamento, durante este processo tentámos sempre mitigar receios e incertezas junto do doente e família. As próprias características específicas daqueles serviços com uma panóplia de aparelhos sofisticados, destinados a salvar vidas, podem ser fatores de stresse para o doente e família. Assim, também colaborámos no acolhimento à família acompanhando-os durante a visita, esclarecendo as suas dúvidas, nunca descurando as suas reações emocionais. Foi uma constante durante a realização do estágio, refletir sobre a humanização dos cuidados, a dignidade do ser humano, associados ao seu limiar da vida.

Comunicar com o doente numa UCI é sempre um desafio, pois a maioria deles apresentam limitações na comunicação, o que os impede muitas vezes de manifestar as suas necessidades. Avaliar sentimentos como o medo, a ansiedade, e a dor torna-se por vezes um desafio. Alterações hemodinâmicas repentinas, contrações do fáceis levaram-nos a atuar terapêuticamente para minimizar a dor. Recordamos um doente do foro cirúrgico, que foi várias vezes submetido a intervenções cirúrgicas e que teve de se manter ventilado por algum tempo, ainda que num modo ventilatório assistido e com uma sedação ligeira. Diariamente tivemos que recorrer a diversas estratégias para manter a comunicação com o doente. Uma das estratégias adotadas era o apertar das mãos, que indicava as respostas às nossas questões. Com o mesmo toque humanizava-se não só o ato da comunicação, como todo o cuidado ao doente.

Durante o estágio colaborámos na entubação orotraqueal de doentes e posteriormente nos cuidados durante a ventilação mecânica, estando sempre alerta para os sinais de complicações, nomeadamente, obstrução do tubo e desadaptação ventilatória. A equipa médica também colaborou connosco na medida em que se disponibilizava para esclarecer dúvidas, como era o caso de ajustes ventilatórios, segundo valores de gasometrias.

A avaliação de parâmetros vitais é uma constante na UCIP, tensão arterial, frequência cardíaca, oximetria de pulso, são registados de hora a hora ou sempre que se justifique.

Todos os doentes têm colocação de linha arterial, permitindo assim uma avaliação mais precisa e constante da pressão arterial.

Uma das técnicas utilizadas para avaliação hemodinâmica e de diagnóstico, desconhecida por nós, é através do Cateter de Swan-Ganz, este está indicado para doentes do foro cardíaco (insuficiência cardíaca aguda). Para melhor compreender no que consistia recorri à norma de serviço – Cateter de Swan-Ganz.

Além de procedermos aos registos dos parâmetros vitais, analisávamos os mesmos com o enfermeiro orientador de acordo com a situação clínica do doente.

Tivemos ainda a oportunidade de gerir a administração de vários fármacos, como sedativos, amins, opióides, vigiámos a sua eficácia, tendo sempre presente contraindicações e efeitos secundários de cada um dos grupos terapêuticos. Recorremos a protocolos associados à reposição de eletrolíticos, administração de insulina entre outros.

A disfunção multiorgânica é frequente no doente da UCI, daí que alguns doentes estivessem expostos ao tratamento dialítico, apesar de aparentar ser uma técnica complicada, tivemos alguma facilidade na prestação de cuidados nesta área, com exceção na montagem da máquina, visto que durante alguns anos trabalhámos numa clínica de hemodiálise.

Sempre que existia a necessidade do doente se deslocar para fora do serviço, nomeadamente BO, a responsabilidade da preparação do doente é do enfermeiro responsável pelo mesmo, no entanto havia um espírito de interajuda entre a equipa e todos acabavam por colaborar na preparação. No serviço não existe nenhuma norma de procedimentos do transporte de doente crítico. Refletimos sobre o assunto com o enfermeiro orientador e ele reconhece a sua importância, visto que apontam alguns eventos adversos durante o mesmo. Tivemos a oportunidade de fazer referência ao projeto de intervenção desenvolvido por nós no SUMC, onde abordámos alguns dos eventos adversos mais comuns e a forma de os prevenir. Considerámos que seria útil desenvolver um trabalho semelhante na UCIP, no âmbito do transporte intra-hospitalar, sendo este o que mais se aplica ao serviço, pois as saídas com necessidade de acompanhamento de enfermagem e médica devem-se essencialmente à realização de exames dentro do hospital e idas ao BO.

Nas UCI's predominam procedimentos e técnicas invasivas que promovem o risco de infeção, daí ter de se ter em linha de conta todas as normas protocoladas existentes no serviço para prevenir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Ao longo do estágio tivemos conhecimento dos mesmos e prestámos cuidados baseados nos mesmos. Fazemos

referência à Checklist para cateterização venosa central; Higienização do ambiente nas unidades do doente na UCI; Feixe de Intervenção de Prevenção de Infecção relacionada com o cateter venoso central; Feixe de Intervenção de Prevenção de Pneumonia associada à entubação e Norma para colheita de hemoculturas. Ao longo da nossa prestação de cuidados respeitámos sempre essas medidas de controlo de infeção nunca descurando a mais simples e básica, mas tão ou mais importante que qualquer uma das outras, a Higienização das Mãos.

Este estágio, na UCI, foi sem dúvida um grande contributo na aquisição das competências comuns de enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, pessoa em situação crítica e mestre em enfermagem. Podemos dizer, que foi o voltar a prestar cuidados numa área de muito interesse e o reforçar de um gosto.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Ao longo deste capítulo, será feita uma análise reflexiva acerca das atividades desenvolvidas e consolidadas durante o estágio final, incorporando os conteúdos das unidades curriculares e da nossa prática profissional, com vista à aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, pessoa em situação crítica e de mestre em enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros, define enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019a: 4744).

Tendo em conta que este é um curso que contempla o grau de mestre em enfermagem, torna-se pertinente descrever as competências de mestre que são as seguintes:

- 1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5 – Participa de forma proativa em equipas e projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

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

(A3ES, 2014).

Face às competências enumeradas decidimos fazer a sua análise em conjunto com as competências comuns, visto que as atividades entre elas se cruzam.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Competência comuns são aquelas que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” (OE, 2019a: 4745).

As competências comuns subdividem-se em quatro domínios, que são: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (OE, 2019a: 4745).

A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com a normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

(OE, 2019a: 4746)

Foi também incluída neste domínio de competências a competência de mestre n.º 3: **Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais** (A3ES, 2014).

Tendo por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de forma a adquirir esta competência, deve o enfermeiro demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, bem como demonstrar uma prática de cuidados que respeita os direitos humanos e responsabilidades profissionais (OE, 2019a).

No decurso da nossa caminhada profissional, a base, que sempre pautou a nossa prestação de cuidados, foi o código deontológico. O estágio serviu, por um lado, para continuar a reavivar conhecimentos, através da revisão do REPE, Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro de 1996 e da deontologia profissional, que se encontra explanada no capítulo VI da Lei n.º 156/2015 de setembro. Por outro, para consolidar esses mesmos conhecimentos pondo-os a uso na prática diária. Este reavivar dos conhecimentos já vem dos conteúdos lecionados na Unidade Curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem e passando pela realização de um trabalho com a temática “Sigilo Profissional”. Este está presente e patente no sigilo e confidencialidade da informação, tendo sempre cuidado de a só partilhar *inter pares* ou na presença do próprio doente/família.

Diariamente no desempenho das nossas funções emerge a palavra cuidar, e é com base nesse cuidar que refletimos acerca dos aspetos éticos e legais onde se encontram os direitos do doente, o direito à confidencialidade, à privacidade, o respeito pelos outros e pelas suas crenças.

Ao longo da nossa vida profissional, desenvolvemos as nossas funções tendo em conta a dignidade do doente, a sua privacidade e segurança, nomeadamente, na prática de cuidados, respeitando as suas crenças e valores.

Sobre a privacidade do doente, verificamos que essa é uma preocupação dos profissionais de saúde, transversal aos dois campos de estágio, ainda que no SUMC a unidade de cada doente seja mais reduzida tornando-se necessário, por vezes, recorrer a estratégias para fazer cumprir esse dever.

O bem-estar e o conforto do doente estão presentes na nossa prestação de cuidados diários, os quais vão ao encontro de uma constante e crescente humanização dos cuidados.

Ao enfermeiro é-lhe pedido que seja o responsável pela humanização dos cuidados e que veja o doente de uma forma holística (Sanjuan-Quiles et al, 2019, Anguita et al, 2019).

Sempre que recebemos um doente na sala de emergência ou zona de laranjas, está protocolado que se retirem todos os bens que acompanham o doente, desde roupa até à prótese dentária, sentimos este procedimento como se fosse um “roubo” à identidade do doente, daí não termos ficado indiferentes a esta situação e ter partilhado os nossos sentimentos com a enfermeira orientadora. Como justificação, para a nossa inquietude, usamos o argumento: de que é bem mais fácil cuidar e humanizar, se o fizermos como gostaríamos que nos fizessem a nós.

A humanização dos cuidados estabelece-se quando se conjugam as intervenções técnicas com tarefas personalizadas e o desenvolvimento de uma relação de empatia e confiança com o doente (OE, 2105).

Na sala de emergência é fácil tornar o doente crítico muitas vezes invisível, mesmo estando bem presente, muitos dos profissionais dão mais relevo aos equipamentos do que aos próprios doentes; esta invisibilidade vai ao ponto de se utilizar o corpo do doente como uma extensão da bancada de trabalho (Karlsson et al, 2019).

A ter em conta que qualquer que seja a tomada de decisão baseada em princípios éticos é considerada sempre uma tarefa difícil, e a mesma nunca deverá ser influenciada por motivos pessoais. Ao longo do estágio foi-nos solicitada a nossa opinião acerca da tomada de decisão, a nossa participação na tomada de decisão foi sempre baseada em conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado e fundamentados de acordo com a nossa área de competência.

Acrescentamos ainda que os princípios éticos foram salvaguardados na realização do projeto de intervenção, com o pedido de autorização à instituição hospitalar.

De acordo com tudo o que foi exposto anteriormente, pensamos ter adquirido a competência no domínio da responsabilidade, ética e legal, assim como, a competência de mestre referida.

B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

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

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro

(OE, 2019a: 4747)

Foi também incluída neste domínio de competências a competência de mestre n.º 5: **Participa de forma proativa em equipas em projetos, contextos multidisciplinares e intersectoriais** (A3ES, 2014).

Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, tem sido uma preocupação da Ordem dos Enfermeiros, em 2001 publicou os padrões de qualidade de enfermagem e mais recentemente, em 2017, a OE emana os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, ao qual procedemos a uma revisão no início do estágio. Pretende-se que os enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica, se revelem um instrumento importante na precisão do papel do enfermeiro especialista junto dos doentes, família, comunidade e outros profissionais e políticos. Os enunciados descritos: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde; serviram de base para promover a qualidade dos cuidados prestados ao longo do estágio. (OE, 2017).

Também a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde que integra o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, foi tida em conta, para promover a melhoria contínua dos cuidados. Este plano visa:

“aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos” (Ministério da Saúde, 2015a: 3882-3).

Ao longo do estágio atuámos sempre de forma a fazer cumprir as normas de segurança e aumentar a qualidade dos cuidados, procurámos ter conhecimento de todos os protocolos, instruções de trabalho e normas.

Na UCI podemos prestar cuidados regulados por algumas normas e protocolos que conduziram a nossa prática para a qualidade e segurança, como por exemplo:

- Norma de atuação - Avaliação do delirium pelo CAM-ICU – escala para prevenção do delírio,
- Protocolo para aplicação da escala de agitação e sedação (RASS) no doente crítico,
- Norma de boas práticas na transfusão de componentes sanguíneos,
- Avaliação de escala de Braden – prevenção da úlcera de pressão,
- Protocolo de controlo de SAMR na admissão à UCIP,
- Protocolo prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica

Tivemos a oportunidade de reunir com o elemento de gestão de risco SUMC, onde foi explorada a questão da notificação de incidentes e eventos adversos. Na instituição há um programa para se proceder à notificação denominado de HER+, no entanto, de acordo com informação do elemento de gestão de risco, ainda não existe a prática dos profissionais recorrerem ao programa. Aponta como causa primária, o receio de poderem ser penalizados quando procedem ao registo de um incidente relacionado com a sua prática de cuidados.

No decorrer de ambos os estágios participámos nos programas de controlo de melhoria contínua nos serviços no âmbito do controlo de infeção.

Quanto ao programa de melhoria, elaborámos um projeto para implementação no serviço, sobre o Transporte do Doente Crítico, na área da segurança do doente; identificámos uma problemática, estabelecemos prioridades, e seleccionámos estratégias de intervenção para ir ao encontro da qualidade dos cuidados, o trabalho desenvolvido foi apresentado no capítulo anterior.

Por fim, fazemos referência ao contributo dos conteúdos lecionados e aos trabalhos realizados, nas Unidades Curriculares de Gestão em Saúde e Governação Clínica, Formação e Supervisão em Enfermagem e Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde, na aquisição das competências em questão.

Refletindo sobre as atividades desenvolvidas consideramos ter adquirido as competências comuns e de mestre em questão.

C – Domínio da gestão dos cuidados

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde

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

(OE, 2019a: 4748)

Foi também incluída neste domínio de competências a competência de mestre n.º 1: **Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada** (A3ES, 2014).

Enfermeiro Gestor é definido pela Ordem dos Enfermeiros como:

“o enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área, (...) é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde” (OE, 2018: 3478).

Indo ao encontro da definição anterior e da aquisição de competência em questão, tivemos a oportunidade de acompanhar o enfermeiro orientador, no desempenho das funções de responsável de serviço. Ao longo do turno, faz a gestão dos enfermeiros e auxiliares, gere todo o material de consumo clínico e fármacos.

Procede à distribuição dos enfermeiros por posto de trabalho, esta é feita diariamente pelo enfermeiro responsável, para tal, tem em linha de conta a formação académica, a experiência profissional, e outros cursos de relevo para o SUMC, como por exemplo SAV, Transporte Doente Crítico e Triagem de Manscheter. Se por um lado, se valoriza a primazia da qualidade dos cuidados de acordo com a competência académica e profissional, por outro, limita-se, até determinado ponto que os enfermeiros mais novos no serviço desenvolvam cuidados ao doente crítico na sala de emergência e zona de críticos. Face à situação, tomámos a liberdade de sugerir que em cada turno tivesse escalado um dos enfermeiros mais recentes no serviço para colaborar na admissão do doente na sala de emergência, desde que os cuidados aos seus doentes não

ficassem comprometidos. Com esta sugestão, tínhamos como objetivo a integração de novos elementos na sala de emergência e a conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados.

No SUMC, todos os enfermeiros chefes de equipa são especialistas, diariamente têm algumas funções acrescidas na gestão do serviço, como tal, colaborámos com a enfermeira orientadora nessa função. Colaborámos também na gestão do equipamento de todo o serviço. Diariamente no turno manhã procede-se à verificação de todo o equipamento que se encontra armazenado, como seringas e bombas infusoras, equipamento de ventilação não invasiva, garantindo que esteja sempre operacional quando necessário. Na presença de alguma anomalia, o material é enviado para o serviço de manutenção de equipamentos para ser reparado.

Na sala de emergência e zona de críticos, a rotatividade de doentes é grande. Em dias de maior afluência torna-se por vezes difícil acomodar todos os doentes e fazer a distribuição dos mesmos pelos restantes elementos. Se esta atividade era vista por nós inicialmente como uma tarefa difícil de gerir, com o passar do tempo fomos adquirindo capacidade de gestão nessa área e no final do estágio já conseguíamos tomar decisões em conjunto com a enfermeira orientadora.

Na nossa prática diária somos responsáveis de turno, o que nos leva a ter que tomar muitas decisões acerca da gestão de cuidados, recursos materiais e humanos. Ao longo de 7 anos colaborámos na gestão do serviço onde desempenhamos funções, como enfermeira responsável de serviço no SUB e SIV, para além de participar na gestão de recursos humanos, também fazíamos a gestão de todo o material de consumo clínico, fármacos e equipamento.

Ao longo de todo o estágio os cuidados prestados foram sempre geridos, de acordo com decisões que assentam na prática baseada na evidência, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.

Também os conteúdos lecionados na unidade curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica foram um contributo importante para a aquisição das competências em causa.

Após a reflexão de todas as atividades desenvolvidas consideramos ter adquirido as competências comuns do enfermeiro especialista e de mestre em questão.

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

(OE, 2019a: 4749)

Foi também incluída neste domínio de competências a competência de mestre nº 2, 4 e 6:

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

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

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

(A3ES, 2014).

Deve o Enfermeiro Especialista, demonstrar capacidade de autoconhecimento, considerando-o central na prática de enfermagem, visto que o mesmo se envolve no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (OE, 2019a).

Durante o período de estágio, vivenciámos uma situação, que nos fez refletir acerca do nosso autoconhecimento e gestão de emoções. Deu entrada no serviço de urgência a equipa da SIV e VMER com uma criança com 5 meses em PCR. De imediato começamos a colaborar nas manobras de reanimação. O tempo em reanimação já era longo e o desfecho era previsível por todos os elementos da equipa, como se veio a confirmar. Por vezes, somos confrontados com um turbilhão de emoções, onde temos de deixar de ser nós próprios e agir em função daquela que é a nossa profissão, só assim, conseguimos ajudar o outro. Face à situação conseguimos controlar os nossos sentimentos e emoções e intervir junto dos pais com o objetivo de minimizar a sua dor e angústia.

Procurámos um local calmo, afastado da sala de emergência e tentámos ir ao encontro da promoção de uma relação de ajuda, para posteriormente informar os pais da situação. Saber escutar, proporcionar privacidade e mostrar disponibilidade foram algumas das estratégias utilizadas para tentar atenuar o sofrimento.

Fazendo referência ao código deontológico dos enfermeiros, no artigo 100º, diz que o enfermeiro assume o dever de “Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ação de qualificação profissional” (OE, 2015: 8079), e no artigo 109º refere ainda que o enfermeiro em todo o ato profissional procura a excelência do serviço, assumindo o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015: 8080). Ao longo deste percurso académico tentámos sempre caminhar lado a lado com os artigos referenciados anteriormente. As unidades curriculares que frequentámos ao longo dos semestres anteriores, foram o grande contributo de abertura de horizontes para promover uma prática baseada em evidência científica.

No âmbito da Unidade Curricular de Investigação, realizamos uma revisão sistemática da literatura, com o tema “Delírio: Qual o Conhecimento dos Enfermeiros na UCI”; também na Unidade Curricular Médico Cirúrgica 3, recorremos a uma revisão integrativa da literatura para elaboração de um poster científico a cerca da temática da Violência Doméstica.

Durante o período de estágio também desenvolvemos algumas atividades, integradas no desenvolvimento do projeto de intervenção, que contribuíram para a aquisição da competência em questão, nomeadamente, uma formação como o tema “Transporte do Doente Crítico”, onde consultámos evidências científicas para desenvolvimento da mesma e procedemos sua avaliação; elaborámos também um artigo científico com recurso a uma revisão integrativa intitulado de: “Intervenção de Enfermagem na Promoção da Segurança do Transporte do Doente Crítico”.

Tivemos também a oportunidade, de participar no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros, que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal, a nossa presença neste congresso foi sem dúvida muito gratificante, pois, todas as temáticas apresentadas se enquadravam no contexto do Doente Crítico, relevamos a forma cuidada que houve em procurar sempre a evidência científica mais atual em cada uma das apresentações (ANEXO II).

Outro evento que frequentámos, foi o I Encontro Nacional SIV, que decorreu no dia 16 de outubro de 2019, que teve com objetivo principal, divulgar, atualizar e partilhar conhecimentos e experiências inovadoras entre profissionais da prática do pré-hospitalar. Durante o mesmo foram abordados temas desde a origem do projeto SIV em Portugal, passando pela segurança

do doente, via verde AVC, trabalho em equipa e comunicação, até ao testemunho real de doentes (ANEXO III).

Com base na qualidade da prestação de cuidados realizámos a recertificação do curso de SAV do INEM que decorreu de 28-02-2019 a 01-03-2019, tendo adquirido a competência de SAV (ANEXO IV).

Realizámos também a Recertificação do curso SIV Enfermeiros, que decorreu de 06-03-2019 a 07-03-2019, tendo adquirido a competência de emergências médicas, emergências de trauma, pediatria e obstetrícia, transporte do doente crítico e situações de exceção no contexto de SIV (ANEXO V).

Durante o segundo semestre, inseridos na Unidade curricular Médico-Cirúrgica 4, realizámos o curso de Internacional Trauma Life Support (ITLS) (ANEXO VI) e o curso de SAV (ANEXO VII), estes dois cursos tiveram um contributo muito positivo na aquisição das competências acima referidas.

Perante o que foi apresentado consideramos ter adquirido as competências comuns do enfermeiro especialista e de mestre em questão.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MC-PSC E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, integra com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista um conjunto de competências clínicas especializadas, que promovem um enquadramento regulador para certificação das competências (OE, 2018).

O mesmo decreto, define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica que são: Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação (OE, 2018).

Competência específica 1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

(OE, 2018: 19359)

A prestação de cuidados ao doente crítico, cruza-se com a nossa prática profissional já há cerca de 13 anos, inicialmente na UCI e posteriormente até então, num SUB e numa ambulância de SIV.

Cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são definidos como:

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

No decorrer de todo o estágio, prestamos cuidados a vários doentes em situação crítica. A grande maioria destes cuidados foram prestados na sala de reanimação do SUMC.

A nossa passagem pelo SUMC, resumiu-se à sala de emergência, zona de críticos, o que permitiu que o contacto com os doentes críticos fosse privilegiado e constante.

A sala de emergência é o local onde temos o primeiro contacto com o doente crítico, local onde podemos encontrar as mais diversas patologias, acompanhadas de descompensação hemodinâmica, aqui, não pode haver espaço para a incerteza, é necessário atuar e prevenir complicações.

Durante todo o estágio tivemos contacto com várias situações de emergência, entre as quais, doentes com problemáticas cardíacas, taquidisritmias e bradidisritmias, doentes com AVC, onde tivemos a oportunidade de colaborar na aplicação do protocolo via verde AVC. Prestámos também cuidados a doentes com EAM, sendo possível colaborar na ativação da Via verde coronária, e acompanhar todo o processo de fibrinólise, visto que o tratamento é realizado na sala de emergência por uma equipa da UCIP.

Tivemos a oportunidade de prestar cuidados ao doente em PCR, onde demonstrámos conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida, apesar de ter realizado a recertificação do curso de SAV em março de 2019, frequentámos novamente o curso durante o semestre no período teórico, sendo uma oportunidade de rever e sedimentar conhecimentos já adquiridos.

Durante o estágio, na sala de reanimação, enquanto preparávamos um doente para ser transferido, entraram na sala os bombeiros com um doente que tinha entrado em PCR à entrada do serviço de urgência, estávamos só com um médico na sala e não houve dúvidas de qual era a nossa prioridade, a nossa atuação. Naquele momento, após o pedido de ajuda iniciámos de

imediatas manobras de SAV, conseguimos estar sempre presentes de forma ativa em todo o processo de reanimação, mais tarde o doente recuperou circulação espontânea e a satisfação da equipa foi grande. São situações como esta, que nos demonstram o tão importante que é termos a capacidade de gestão de situações de stresse, sob pressão.

A prestação de cuidados a doentes do foro respiratório foi também uma constante. Doentes com necessidade de suporte ventilatório, quer seja invasiva, com recurso a ventilação mecânica quer ventilação não invasiva.

A abordagem à vítima politraumatizada, segundo a metodologia ABCDE, (A – via aérea com estabilização cervical; B – respiração; C – Circulação; D – Disfunção neurológica e E – Exposição), também foi possível, apesar de em menos situações, conseguimos colocar em prática os conhecimentos adquiridos no curso de ITLS.

Após a estabilização do doente crítico, torna-se necessário fazer a transferência para o local mais apropriado de acordo com a sua situação clínica. Durante o estágio tivemos a oportunidade de acompanhar o planeamento de transferência interna do doente, para realização de TAC, para o Bloco operatório e para a UCIP. Durante a transferência o doente crítico foi sempre acompanhado por médico, enfermeiro, com suporte de mala de transporte intra-hospitalar e equipamento de monitorização e ventilação, se necessário.

No decorrer da prestação de cuidados ao doente crítico, houve sempre o cuidado de informar o doente e a família acerca da sua situação clínica. O enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem (OE, 2015). A forma como a informação chega ao doente/família, pode ter um impacto profundo no bem-estar físico e psicológico, facilitando a adaptação à doença e ao tratamento, tanto no doente como na família.

Trabalhar com o doente crítico, é andar diariamente de mão dada com a incerteza onde tudo pode acontecer, no entanto, devemos estar munidos de conhecimentos e capacidades para intervir sempre que necessário.

À luz da Teoria da Incerteza, os enfermeiros revelam-se determinantes, através da construção da relação de confiança com o doente e a família. O enfermeiro é o mediador entre o doente e a doença, a mediação é realizada através da comunicação, na qual o enfermeiro tenta minimizar a incerteza na doença e o imprevisto. A minimização pode ser alcançada por meio de estratégias de coping, por explicar ao doente as diversas fases da doença e os vários processos e tratamentos a seguir; por saber ouvir o doente nas suas dúvidas e incertezas e sabe-las esclarecer

de forma simples e acessível e assertiva; a experiência do enfermeiro é crucial na antecipação, não só, de questões ou dúvidas ou dilemas, como também, para fazer com que o doente sinta segurança nas informações dadas pelo enfermeiro. O fim último é fazer com que o doente saiba a sua posição face à doença e que a encontre ao seu nível (Mendes, 2020).

Ao longo do estágio, nunca descuramos a comunicação com o doente e com a família, se houvesse condições para tal o doente ia sendo informado dos procedimentos e da situação no momento da prestação de cuidados. Logo que estivessem reunidas as condições procurávamos a família e dentro das nossas competências tentávamos dissipar dúvidas e incertezas.

A revisão dos conteúdos lecionados nas aulas das unidades curriculares de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada também contribuíram na aquisição da competência em apreço.

Finalmente, destacamos todas as atividades desenvolvidas no projeto de intervenção, realizado no SUMC, que assentou na área específica do Transporte do Doente Crítico e que teve um grande contributo para a aquisição desta competência.

Competência específica 2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

(OE, 2018: 19359)

De acordo com a Lei nº 27/2006 de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil, catástrofe é definida como um “...acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”. (Decreto de lei nº 27, 2006: 4696)

Emergência multivítima é definida como uma situação que “envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde” (OE, 2017).

A conceção de planos institucionais e a liderança da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas é uma das competências do enfermeiro especialista em EMC-PSC (OE, 2017).

Ao longo do estágio não nos deparámos com nenhuma situação de catástrofe ou emergência multivítimas, deste modo não nos foi possível participar na conceção de plano estratégico ou de emergência.

De forma a atingir a competência, realizámos uma pesquisa bibliográfica acerca de planos de emergência e catástrofe. Posteriormente consultámos o plano de emergência do Centro Hospitalar e do SUMC, e as normas e protocolos acerca da temática.

Posteriormente, com a enfermeira orientadora, realizámos uma análise crítica ao mesmo. O primeiro ponto negativo que encontramos, é que, o mesmo não se encontra adaptado à mais recente reestruturação do serviço, lembrando que uma área do serviço se encontra no 7º piso e o SUMC no 2º piso.

Questionada a enfermeira orientadora acerca da simulação do mesmo, ela remete-nos para um exemplo real decorrido no ano de 2018, com um acidente de viação com um autocarro do qual resultaram várias vítimas. Ao serem informados do acidente os responsáveis pelo serviço, deram início à ativação do plano de emergência, no entanto um dos primeiros elos foi quebrado, visto que não foi possível contactar com os responsáveis pelo serviço de Ortopedia, especialidade fundamental no atendimento à vítima de trauma. Consideramos ser uma situação preocupante, que não solucionada poderá acarretar consequências graves em situações futuras. Sugerimos então uma revisão ao plano de catástrofe e treino do mesmo com recurso à simulação.

Enquanto operacional do meio Suporte Imediato de Vida (SIV), já tínhamos tido um contacto com simulacro de catástrofe. Esta situação, simulou a colisão de duas aeronaves da qual resultaram várias vítimas críticas. Foi uma experiência muito gratificante, pois envolveu várias entidades, Proteção Civil, INEM, Bombeiros, Unidades Locais de Saúde entre outras. Colaborámos na montagem do hospital de campanha, na prestação de cuidados à vítima crítica e posteriormente ao encaminhamento e transporte de vítima crítica. Terminámos com um debriefing onde tivemos a oportunidade de participar na reflexão de aspetos positivos e negativos

Outro contributo positivo para aquisição da competência foi a Recertificação do Curso de SIV Enfermeiro que decorreu de 06/03/2019 a 07/03/2019. Na sua constituição tinha um módulo de Catástrofe, onde foram abordados os seguintes temas: O papel do INEM em situações com multivítimas; organização e gestão inicial de situações com multivítimas; triagem primária em situações com multivítimas e triagem secundária em situações com multivítimas. De referir que no final desta recertificação adquirimos a competência de Situações de Exceção no contexto de Suporte Imediato de Vida.

Finalmente, fazemos referência ao contributo dos conteúdos lecionados na Unidade Curricular de Enfermagem Médico Cirúrgica 3, que foram considerados vetores importantes na aquisição de conhecimentos e da competência em questão.

Face ao exposto, consideramos que adquirimos a competência em análise.

Competência específica 3 – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas tempo útil e adequadas

(OE, 2018: 19359)

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica, aponta o enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica como elemento importante na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2017).

As IACS traduzem-se numa problemática a nível mundial, inviabilizam a qualidade dos cuidados prestados e são uma ameaça à segurança dos cidadãos e ainda aumentam a morbidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde (DGS, 2017b).

No decorrer do estágio, foi abordado o elemento dinamizador do GCL-PPCIRA, com o objetivo de abordar algumas das necessidades identificadas em termos de prevenção e controlo infeção. Uma delas, foi a questão da sensibilização da Higienização das Mãos.

Como contributo na problemática identificada, juntamente com as duas colegas de estágio que se encontravam no mesmo serviço realizámos um cartaz informativo sobre a Higienização das Mãos contribuindo para reforçar a medida da DGS “Medidas simples salvam vidas” (APÊNDICE XII).

Outros aspetos abordados prenderam-se com o fato de que, apesar da recente reestruturação do espaço físico do SUMC, a unidade de cada doente tem um espaço muito reduzido, para prestar cuidados diretos ao doente, tocando muitas das vezes nos cortinados que deviam ser uma barreira de separação; o número de lavatórios é reduzido, despromovendo desta forma a higienização das mãos. A higienização dos espaços tem alguns constrangimentos, que foram analisados criticamente, mas justificados pelos responsáveis como atribuíveis à falta de recursos humanos.

O SUMC apenas dispõe de uma sala que poderá servir como isolamento, esta sala tem a lotação para dois doentes. Se houver doentes infetados com algum microrganismo identificado, esse doente é isolado pelo método barreira com os cortinados e é colocada uma placa com uma

cor, a qual permite identificar o microrganismo ou tipo de medidas a tomar pelos profissionais de saúde.

Na UCI também está disponível um quarto para isolamento. Sempre que se admite um doente são realizadas hemoculturas, e zaragatoas uma nasal e outra retal. São procedimentos como estes que vão ao encontro das recomendações da DGS.

Considerando a esterilização como um método de segurança para os doentes e profissionais de saúde, decidimos realizar uma visita ao serviço de esterilização do SUMC. Fomos recebidos pela enfermeira responsável que nos falou da importância do serviço, das técnicas utilizadas, e de todo o circuito do material, desde a sua entrada à sua saída. Foram abordadas questões de segurança e auditorias. Consideramos esta visita, uma mais valia para o nosso enriquecimento académico e profissional.

De forma a promover a aquisição da competência em apreço, disponibilizámo-nos para realizar uma reunião com a enfermeira responsável, a nível hospitalar, pelo Controlo de Infecção que integra a equipa do GCL-PPCIRA. Ao longo da conversa, foi fácil perceber o sentimento de angústia manifestado pela enfermeira, sentimento que atribuí ao facto do grupo de trabalho não se encontrar a desenvolver todos os projetos na totalidade, devido a falta de recursos humanos.

O grupo do GCL-PPCIRA do centro hospitalar é constituído por: 1 coordenador (patologista), 2 enfermeiras com horário completo, 1 enfermeira que mensalmente tem 10% das horas de trabalho atribuídas ao grupo, 1 médico de medicina interna, 1 cirurgião, 1 farmacêutica, 1 técnica auxiliar de diagnóstico e apoio do secretariado.

O trabalho do grupo deve assentar em 4 pilares fundamentais: Formação, Vigilância, Apoio aos serviços e Emissão das orientações.

Com a saída de uma secretária, o serviço foi destruído, pois era impossível introduzirem-se todos os dados recolhidos, pelo que no ano de 2019 não realizaram auditorias aos serviços, nem introduziram dados.

Com a destruturação do grupo o único dos pilares que mantiveram foi o da Vigilância Epidemiológica da Infecção Nosocomial da corrente sanguínea. Esta é realizada a nível internacional e em Portugal orientada pela DGS para estudo das prevalências e a vigilância de microrganismos.

Sempre que na vigilância epidemiologia da infecção nosocomial da corrente sanguínea é detetado algum microrganismo, a enfermeira cria um alerta no processo clínico através da

aplicação do SClinic, e este fica visível para todos os profissionais com acesso ao processo, de forma a adotarem medidas de segurança.

No decorrer da conversa, ainda houve tempo para se abordar uma outra problemática a nível mundial, a multirresistência dos microrganismos. O Plano Nacional para a segurança de Doentes 2015-2020, contempla no seu nono objetivo a Prevenção e controlo das infeções e das resistências aos antimicrobianos.

A nível mundial, a resistência aos antimicrobianos tem vindo a aumentar, identificando-se bactérias apenas suscetíveis a poucos antibióticos, ficando desta forma difícil de tratar a infeção. (Ministério Saúde, 2015a).

O grupo do GCL-PPCIRA do centro hospitalar em questão já identificou duas situações de infeção multirresistente, em que já não havia antibiótico eficaz para debelar a infeção.

Após a análise reflexiva consideramos ter atingido esta competência na sua totalidade.

Competência de Mestre em Enfermagem n.º 7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (A3ES, 2014).

Na sequência do que foi descrito ao longo deste capítulo, onde refletimos e fundamentámos todas as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso académico que contribuiram, para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica, podemos afirmar que a competência de mestre n.º 7 foi também adquirida.

4. CONCLUSÃO

Chegados ao fim do presente relatório, efetuámos uma breve perspetiva de todo o trabalho desenvolvido, com a noção de que atingimos os objetivos a que nos propusemos no início do mesmo.

Assentámos este trabalho na teoria da Incerteza de Merle Mischel, em que a incerteza faz parte do processo de doença, assim, tem o enfermeiro um papel importante em mediar todo este processo, de forma a promover uma relação de confiança, deixando de haver lugar para a incerteza.

Realizar o estágio em dois campos distintos, permitiu-nos vivenciar um vasto leque de experiências que nos levou a consolidar conhecimentos e a prestar cuidados especializados, baseados em padrões de qualidade, que contribuíram para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em EMC-PSC e mestre em enfermagem.

O recurso à metodologia de projeto revelou-se fulcral no progresso das aprendizagens, permitiu-nos desenvolver capacidades de identificação de uma problemática, planear intervenções, executar atividades com base numa investigação assente em evidência científica.

Seguindo a linha de investigação, Qualidade e Segurança do Doente, desenvolvemos o nosso Projeto de Intervenção, sobre o Transporte do Doente Crítico, contribuindo assim, para promoção e melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados. O enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos cuidados da OE onde enquadrámos o nosso projeto de intervenção é na prevenção de complicações.

Realizar um transporte de doente crítico seguro, de uma forma suave e digna emerge como uma tarefa extraordinariamente complexa para os todos os envolvidos. Ficou demonstrado através da evidência científica, quando realizámos a revisão integrativa da literatura, que as equipas devem estar preparadas para prevenir complicações, a fim de se manter o nível de cuidados do serviço de origem. A implementação de listas de verificação e a padronização de procedimentos foram considerados bons pontos de partida para se atingir a qualidade e segurança durante o processo do transporte.

A análise crítica e reflexiva das competências comuns de enfermeiro especialista, das competências específicas de especialista em EMC-PSC e de Mestre em enfermagem, revelou-se extremamente enriquecedora para o nosso crescimento profissional, pois permitiu-nos identificar conhecimentos e capacidades adquiridas que contribuíram de forma positiva para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O ingresso neste percurso, foi considerado por nós como um desafio já desejado há muito tempo, e com o seu término, podemos dizer que a partir de então podemos escolher qualquer caminho que surja à nossa frente, pois sabemos que as nossas escolhas/decisões e atuação irão ser sempre feitas com base em conhecimentos sólidos, baseados em evidência científica.

Com o término deste relatório, temos o sentimento de conquista, ou seja, que mais uma etapa na nossa vida académica e profissional foi ultrapassada. Assumimos, no entanto, o fim de um percurso, com o início e desafio de outro, o ser enfermeiro especialista EMC-PSC e Mestre em Enfermagem, prestando em cada dia os melhores cuidados de enfermagem que conseguirmos, dentro de todas as circunstâncias existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 2A3ES. (2014). NCE/14/01772 – Apresentação do pedido – Mestrado em Enfermagem (2º ciclo). disponível em: [https://www.qi.uevora.pt/Documentos/Instituiconais/\(id\)/3126/\(basenode\)/893](https://www.qi.uevora.pt/Documentos/Instituiconais/(id)/3126/(basenode)/893)
- Alabdali, A., Fisher, J. D., Trivedy, C., & Lilford, R. J. (2017). A systematic review of the prevalence and types of adverse events in Interfacility critical care transfers by paramedics. *Air medical journal*, 36(3), 116-121. doi: <http://doi.org/10.1016/j.amj.2017.01.011>
- Anguita, M. V., Sanjuan-Quiles, Á., Ríos-Risquez, M., Valenzuela-Anguita, M., Juliá-Sánchez, R., & Montejano-Lozoya, R. (2019). Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (23), 59-68. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV19030>
- Antoniazzi, Adriane Scomazzon, Dell'Aglio, Débora Dalbosco, & Bandeira, Denise Ruschel. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273-294. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Arco, A.R., Arco, H.R., Lucindo, I.M.L. & Martins, M.O. (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. (2ª versão). Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre, Portugal
- Assembleia da República (2006). *Diário da República*, Série I, n.º Lei nº 27 de 3 de julho 2006, 4696 - 4706
- Assembleia da República (2015). *Diário da República*, 1ª Série N.º 18, 16 de setembro de 2015
- Bambi, S., Lucchini, A., Innocenti, D., & Mattiussi, E. (2015). Complications in critically ill adult patients' transportations reported in the recent literature. *Emerg Care J* 2015; 11 (1): 12-18. doi: <http://doi.org/10.4081/ecj.2015.4781>
- Bergman, L. M., Pettersson, M. E., Chaboyer, W. P., Carlström, E. D., & Ringdal, M. L. (2017). Safety hazards during intrahospital transport: a prospective observational study.

- Critical care medicine*, 45(10), e1043-e1049. doi: <http://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002653>
- Bouso, R. S., Poles, K., & Cruz, D. A. L. M. (2014). Nursing concepts and theories. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1), 141-145. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018>
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G., & de Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*, 19(1), 214. doi: <http://doi.org/10.1186/s13054-015-0938-1>
- Coimbra, N. e Amaral, T. (2016). Acompanhamento de Enfermeiro no Transporte Primário do Doente Crítico. *Revista Nursing*, fevereiro. disponível em: <http://www.nursing.pt/acompanhamento-de-enfermeiro-no-transporte-primario-do-doente-critico/>
- Comeau, O. Y., Armendariz-Batiste, J., & Woodby, S. A. (2015). Safety first! Using a checklist for intrafacility transport of adult intensive care patients. *Critical care nurse*, 35(5), 16-25. doi: <http://doi.org/10.4037/ccn2015991>
- Considine, J., Street, M., Bucknall, T., Rawson, H., Hutchison, A. F., Dunning, T., ... & Hutchinson, A. M. (2019). Characteristics and outcomes of emergency interhospital transfers from subacute to acute care for clinical deterioration. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(2), 117-124. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.008>
- Diário da República (2014). Despacho n.º 10319/2014. 2.ª Série – n.º 153 (11-08-2014), 8174-8175. disponível: <https://dre.pt/home/-/dre/55606457/details/maximized>
- Direção Geral da Saúde (2012). Norma, nº 17/2012- Taxonomia para notificação de incidentes e eventos adversos. disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172012-de-19122012-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017a). Norma 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa: Direção-geral de Saúde Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

- Direcção Geral da Saúde (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antomicrobianos. disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Fawcett, J. (2005, abril). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quartely*, 18 (2), 131-134. disponível em <http://nsq.sagepub.com/content/18/2/131>
- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing*. disponível em: <https://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Frost, E., Kihlgren, A., & Jaensson, M. (2019). Experience of physician and nurse specialists in Sweden undertaking long distance aeromedical transportation of critically ill patients: A qualitative study. *International emergency nursing*, 43, 79-83. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.11.004>
- Garcia, T.R.; Nobrega, M.M.L. (2004, março/abril). Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. *Revista Brasil Enfermagem*, 57 (2), 228-232. disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a19v57n2.pdf>
- Gimenez, F. M. P., Camargo, W. H. B. D., Gomes, A. C. B., Nihei, T. S., Andrade, M. W. M., Valverde, M. L. D. A., ... & Grion, C. M. C. (2017). Analysis of adverse events during intrahospital transportation of critically ill patients. *Critical care research and practice*, 2017. doi: <http://doi.org/10.1155/2017/6847124>
- Intensive Care Society (2019). Guidance On: The Transfer Of the Critically Ill Adult. 1-40. disponível em: https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf
- Jones, H. M., Zychowicz, M. E., Champagne, M., & Thornlow, D. K. (2016). Intrahospital transport of the critically ill adult: A standardized evaluation plan. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(3), 133-146. doi: <http://doi.org/10.1097/DCC.000000000000176>
- Karlsson, J., Eriksson, T., Lindahl, B., & Fridh, I. (2019). The Patient's Situation During Inter-hospital Intensive Care Unit-to-Unit Transfers: A Hermeneutical Observational Study. *Qualitative health research*, 29(12), 1687-1698. doi: <http://doi.org/10.1177/1049732319831664>

- Kim, T. H., Song, K. J., Shin, S. D., Ro, Y. S., Hong, K. J., & Park, J. H. (2020). Effect of specialized critical care transport unit on short-term mortality of critically ill patients undergoing interhospital transport. *Prehospital Emergency Care*, 24(1), 46-54. doi: <http://doi.org/10.1080/10903127.2019.1607959>
- Knight, P. H., Maheshwari, N., Hussain, J., Scholl, M., Hughes, M., Papadimos, T. J., ... & Latchana, N. (2015). Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *International journal of critical illness and injury science*, 5(4), 256. doi: <http://doi.org/10.4103/2229-5151.170840>
- Kwack, W. G., Yun, M., Lee, D. S., Min, H., Choi, Y. Y., Lim, S. Y., ... & 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*, 97(48). doi: <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000013490>
- Lyphout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., & Bronselaer, K. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International emergency nursing*, 36, 22-26. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.008>
- Melo, L. N., Freitas, V. L., & Pereira, E. (2020). Evaluation of critical transportation of patients: A systematic review Avaliação do transporte crítico de pacientes: Uma revisão sistemática. 637-647. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.19.1.368101>
- Mendes, Anabela Pereira. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24(1). doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0056>
- Mendes, C. & Barroso, F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de saúde pública*; 32(2), 197-205. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>
- Ministério da Saúde (1996). Decreto-lei no 161/96 de 4 de setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 2959–2962
- Ministério da Saúde (2014). Despacho nº10319 de 11 de agosto. *Diário da República*, 2ª série, nº 153, 20673-20678.

- Ministério da Saúde (2015a). Despacho nº 140 de 10 de fevereiro: Plano Nacional a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2ª série, nº 28, 3882 (2) -3882(10).
- Ministério da Saúde (2015b). Despacho nº5613/2015 de 27 de maio: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2ª série, nº102, 13550-13553.
- Ministério da Saúde (2015c). Despacho nº 13427 de 20 de novembro de 2015: Diário da República, 2ª série, nº 228, 33814-33816 (urgência)
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: The Journal of Nursing*. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
- Moreira, L.A.B., Dias, D.S. & Fernandes, P.K.R.S. (2017). *Aplicabilidade das Teorias de Enfermagem na Assistência de Enfermagem*. V Encontro de Monitoria e Iniciação Científica: Processo de Cuidar. FAMETRO, Fortaleza, Brasil. disponível em: <https://doity.com.br/media/doity/submissoes/artigo-53ace053f9e3592e9ec36fa51d8f2b6a2d495e04-arquivo.pdf>
- Nunes, L.- Enfermagem, desafios da Disciplina e da Profissão. Revista Percursos.Janeiro-Março.2008. p.4-17. disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/percursos_07.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, (2001), Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Portugal. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Lei nº156/2015 de 16 de setembro: Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série - N.º 181. 8059-8105.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica, Leiria, Portugal.disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº429 de 16 de julho: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19359-19370

- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º140 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, n.º26, 4755-4750
- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n.º743 de 25 de setembro: Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, n.º184, 128-155
- Ringdal, M., Chaboyer, W., & Warrén Stomberg, M. (2016). Intrahospital transports of critically ill patients: critical care nurses' perceptions. *Nursing in critical care*, 21(3), 178-184. doi: <http://doi.org/10.1111/nicc.12229>
- Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes 7º Curso Licenciatura Enfermagem. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1-37. disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sanjuan-Quiles, Á., del Pilar Hernández-Ramón, M., Juliá-Sanchis, R., García-Aracil, N., Castejón-de la Encina, M. E., & Perpiñá-Galvañ, J. (2019). Handover of patients from prehospital emergency services to emergency departments: A qualitative analysis based on experiences of nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(2), 169. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000351
- Saúde (2016). *Diário da República*, Despacho n.º 5058-D/2016. 2.ª Série – n.º 72 (13-04-2016), 12164-(5). disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/74146383/details/maximized?serie=II&dreId=74146379>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de pacientes críticos: recomendações 2008*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. disponível em: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: (modelos e teorias de enfermagem). (5ª edição). Loures: Lusociência
- Universidade de Évora (2016). Aviso n.º 5622/2016 de 2 de maio. *Diário da República*, 2ª série, n.º84, 13881-13888
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (2ª edição). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo

- Viveiros, W. L., Okuno, M. F. P., Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., Oliveira, G. N., & Batista, R. E. A. (2018). Pain in emergency units: correlation with risk classification categories. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26. disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/0104-1169-rlae-26-e3070.pdf>
- Williams, P., Karuppiyah, S., Greentree, K., & Darvall, J. (2020). A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with transportation safety guidelines. *Australian critical care*, 33(1), 20-24. doi: <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.02.004>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Objetivos do Estágio Final

Estágio Final: Serviço de Urgência Médico Cirúrgica e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Objetivo geral:

- ✚ Desenvolver competências especializadas de enfermagem, no cuidado ao doente crítico

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Competências	A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal na área da especialidade agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional
	A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Objetivo específico:

- ✚ Prestar cuidados de enfermagem, fundamentados na tomada de decisão ética e deontológica

Atividades a desenvolver:

- ✚ A1.1 Colaboração com a equipa na tomada de decisão, seguindo sempre os princípios, valores e normas deontológicas
- ✚ A1.2 Prestação de cuidados que respeitem os direitos humanos e a responsabilidade profissional
- ✚ A2.1 Respeitar o sigilo profissional e a privacidade do doente

Competências	B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica
	B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua
	B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro

Objetivo:

- ✚ Conhecer a estrutura física do serviço, e a dinâmica do mesmo, promovendo a integração nos serviços

Atividades:

- ✚ B1.1 Reunião com o enfermeiro Chefe do serviço de urgência e do serviço de UCI
- ✚ B1.2 Realização de uma visita aos serviços
- ✚ B1.3 Conhecimento da dinâmica de trabalho de cada serviço e os circuitos do doente
- ✚ B1.4 Conhecimento das normas e protocolos internos relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem

Objetivo específico:

- ✚ Prestar cuidados de enfermagem, tendo por base a qualidade e a responsabilidade profissional

Atividades:

- ✚ B2.1 Colaboração na prestação de cuidados ao doente em situação crítica e sua família
- ✚ B2.2 Promoção da continuidade dos cuidados através do registo de passagem de informação aos colegas da unidade receptora, utilizando a metodologia ISBAR
- ✚ B2.3 Aquisição de conhecimentos no sistema informático Scinc
- ✚ B2.4 Identificação e colaboração em projetos de melhoria continua da qualidade

Objetivo:

- ✚ Reconhecer a importância da família enquanto elemento importante na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica



Atividades

- ✚ B2.4 Desenvolvimento de competências na criação de relação terapêutica com o doente em situação crítica, e a sua família, utilizando técnicas de comunicação
- ✚ B2.5 Incluir sempre que necessário o familiar ou pessoa significativa no cuidado ao doente crítico

Objetivo:

- ✚ Promover um ambiente seguro para a prestação de cuidados de enfermagem

Atividades:

- ✚ B3.1 Prestação cuidados de enfermagem garantindo um ambiente terapêutico e seguro para o doente e família

Competências	C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde
	C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e aos contextos visando a garantia da qualidade dos cuidados

Objetivo:

- ✚ Colaborar na gestão de cuidados tendo em conta a estrutura da organizacional e a funções do coordenador de turno

Atividades:

- ✚ C1.1 Colaboração com o enfermeiro coordenador de turno, na gestão e coordenação do serviço (controlo de medicação, gestão de material, verificação de estupefacientes)
- ✚ C2.1 Colaboração e observação do enfermeiro coordenador de turno em situações de delegação de funções

Competências	D 1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade
	D 2- Baseia a sua praxis clínica em evidência científica

Objetivo:

- ✚ Desenvolver o domínio das aprendizagens profissionais no serviço de urgência e UCI

Atividades:

- ✚ D1.1 Participação em momentos reflexivos com a equipa multidisciplinar, acerca de situações de urgência e emergência
- ✚ D1.2 Promoção de debriefings e conversas informais, com os colegas e enfermeiro orientador, acerca de situações experienciadas
- ✚ D2.1 - Recurso á evidência científica para fundamentar a prática clínica

- ✚ D2.2 - Realização no serviço de uma chekc-list de que promova a segurança do transporte de doente critico inter hospitalar

COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRITICA

Competências	F 1 - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença critica e/ou falência orgânica
	F 2- Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação
	F 3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação critica e/ou falência orgânica, face à complexidade e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Objetivo:

- ✚ Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

Atividades:

- ✚ F1.1 Prestação cuidados ao doente em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica
- ✚ F1.2 Gestão a administração de protocolos terapêuticos complexos
- ✚ F1.3 Gestão diferenciada da dor e do bem-estar do doente em situação critica, e ou falência orgânica, otimizando as respostas
- ✚ F1.4 Colaboração no acompanhamento do doente em situação critica, no transporte intra-hospitalar, para realização de exames complementares de diagnóstico, ou transferência de serviço
- ✚ F1.5 Assistência à pessoa e à família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica
- ✚ F1.6 Gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde
- ✚ F1.7 Gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica ou falência orgânica

Objetivo:

- ✚ Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação

Atividades:

- ✚ F2.1 Consulta do plano de catástrofe da instituição e manuseamento dos Kits a utilizar em situação de catástrofe
- ✚ F2.2 Análise crítica do plano de emergência externa

Objetivo:

- ✚ Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção, perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica

Atividades:

- ✚ F3.1 Demonstração de conhecimento na acerca do Plano Nacional de Controlo de Infeção e nas normas da instituição acerca do mesmo
- ✚ F3.2 Conhecimento os circuitos existentes no serviço que respeitem as normas de controlo de infeção
- ✚ F3.3 Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica cumprindo as medidas de controlo e prevenção de infeção
- ✚ F3.4 Visita ao serviço de esterilização dos serviços

APÊNDICE II – Guião da Entrevista Semi-Estruturada aos Chefes de Equipa

Guião para entrevista Semi Estruturada aos Chefes de equipa de Enfermagem

- 1- Considera que explorar o Transporte do Doente Crítico é importante para o seu serviço

- 2 - Considera que a formação acerca da temática Transporte do Doente Crítico, da sua equipa está atualizada

- 3 - Sente que todos os elementos da sua equipa se sentem seguros perante a necessidade de realizarem um transporte de doente crítico

- 4 - No serviço existe alguma norma, ou instrução de trabalho acerca da temática apresentada

- 5 - Na sua opinião considera que uma norma de procedimentos e uma lista de verificação podem ser ferramentas uteis para uniformizar procedimentos face ao transporte do doente crítico.

APÊNDICE III – Pedido do parecer à comissão de ética para desenvolvimento do Projeto de Intervenção no SUMC

Ana Júlia Barreto do Nascimento

Aluna de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Escola Superior da Saúde de Portalegre

Telm- xxxxxxxxx

Exmo Sr Presidente do Conselho de Administração do

Xxxxxxxx

Ana Júlia Barreto do Nascimento, a frequentar o Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização, Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior da Saúde em Portalegre, tendo como local de estágio o Serviço de Urgência Médico Cirúrgica do Hospital xxxxxx, vem por este meio solicitar a Vossa Exa autorização para desenvolver o Projeto de Intervenção em Serviço, sobre a temática do Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico, bem como utilização de dados de bases de dados do serviço, que tem por finalidade o diagnóstico de situação, sem necessidade de recurso a dados clínicos de doentes.

Mais informa, que os aspetos éticos serão salvaguardados ao garantir a confidencialidade dos dados cuja utilidade se destina apenas e exclusivamente a este trabalho.

Agradecendo antecipadamente

Ana Júlia Nascimento

APÊNDICE IV – Cronograma do Projeto de Intervenção

ATIVIDADES	SEMANAS	out/19					nov/19				dez/19			jan/20			
		1S	2S	3S	4S	5S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	1S	2S	3S	4S
Pesquisa bibliográfica sobre a temática do transporte do doente crítico																	
Tratamento de resultados das entrevistas, do dados das bases de dados e realização da análise SWOT																	
Elaboração do documento (norma e lista de verificação) que contenha a informação clínica pertinente e que acompanhe o doente durante o transporte inter-hospitalar																	
Apresentação do documento elaborado (Professora, Enf Orientadora e Enfª Chefe) e revisão do mesmo																	
Sessão de formação sobre transporte doente crítico e apresentação dos documentos (norma e lista de verificação)																	
Implementação da norma e lista de verificação																	
Revisão sistemática da literatura																	

APÊNDICE V – Artigo Científico: Intervenção de Enfermagem na Promoção da Segurança no Transporte do Doente Crítico

RESUMO

Objetivo: Identificar intervenções que contribuam para a prevenção de eventos adversos e incidentes que possam ocorrer durante o transporte do doente crítico.

Método: Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, baseada na pergunta “Quais as intervenções no transporte do doente crítico que promovem a segurança dos cuidados?”. Para pesquisa recorreu-se a três palavras chave, (Transportation of Patients; Critical Care; Patient safety), validadas previamente com base nos descritores em Ciências da Saúde MeSH e DeCS. Da pesquisa elaborada, foram incluídos para análise 6 artigos de investigação publicados e indexados às plataformas B-on e Pub Med.

Resultados: Evidenciou-se nos estudos encontrados que o risco está presente em todo e qualquer tipo de transporte de doente, quer ele seja intra-hospitalar quer seja inter-hospitalar.

Um planeamento adequado, equipas especializadas e rotinadas, formação e treino, implementação de listas de verificação e utilização de estratégias de comunicação entre equipas foram identificados como pontos de partida fundamentais para garantir a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes, durante o transporte do doente crítico.

Conclusões: A transferência segura do doente crítico entre serviços de uma forma suave e digna emerge como uma tarefa extraordinariamente complexa para os envolvidos. Devem as equipas estar preparadas para prevenir complicações, a fim de se manter o nível de cuidados do serviço de origem.

Palavras chave: Transporte de Doentes, Cuidados Críticos, Segurança do Doente

ABSTRAT

Objective: To identify interventions that contribute to the prevention of adverse events and incidents that may occur during the transport of the critically ill patient.

Method: An integrative literature review was carried out, based on the question "What interventions in critical patient transport promote care safety? Three key words (transportation of patients; critical care; patient safety), previously validated based on the descriptors in Health Sciences MeSH and DeCS, were used for research. From the elaborated research, 6 research articles published and indexed to the B-on and Pub Med platforms were included for analysis.

Results: The studies found that the risk is present in any type of patient transport, whether intra-hospital or inter-hospital.

Appropriate planning, specialised and routine teams, training and coaching, implementation of checklists and use of team communication strategies were identified as key starting points to ensure quality of care and patient safety during critical patient transport.

Conclusions: The safe transfer of the critical patient between services in a smooth and dignified manner emerges as an extraordinarily complex task for those involved. Teams must be prepared to prevent complications in order to maintain the level of care of the home service.

Key words: Transportation of Patients, Critical Care, Patient Safety

APÊNDICE VI – **Instrução de Trabalho - Transporte Inter-Hospitalar**

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

1. Objetivo

A presente Instrução de Trabalho tem como finalidade definir um conjunto de procedimentos que visam a melhoria da qualidade dos cuidados e promoção da segurança do doente crítico, durante uma transferência inter-hospitalar.

2. Âmbito

Aplica-se ao serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.

3. Definições

Transporte inter-hospitalar - consiste no transporte de um doente de uma unidade hospitalar para outra, sempre que este necessita de cuidados mais diferenciados e especializados ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não efetuáveis na instituição onde o doente se encontra. Pode ser também denominado por transporte secundário (OM, SPCI, 2008)

Doente Crítico- aquele cuja vida se encontra ameaçada por falência multiorgânica, dependendo de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica para sobreviver (OE, 2018)

4. Descrição

4.1

Quem executa

Enfermeiro

Médico

Todos os profissionais de saúde envolvidos no transporte inter-hospitalar

4.2.

Horário

Sempre que haja a necessidade de um transporte inter-hospitalar

4.3 - Fases do transporte inter-hospitalar

O transporte inter-hospitalar envolve 3 fases: Decisão, Planeamento e Efetivação.

A **Decisão** de um doente ser transferido é um ato médico, do chefe de equipa e do diretor do serviço, devendo ser sempre ponderado o risco/benefício inerente ao transporte.

O **Planeamento** é da responsabilidade da equipa médica e de enfermagem do serviço onde o doente se encontra, tendo sempre em conta os seguintes aspetos: coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento e documentação.

Esta fase inclui aspetos importantes:

- Escolher e contatar o serviço de destino, no sentido de aferir a sua disponibilidade para vaga, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e ou especialidades médico-cirúrgicas necessárias ao doente, avaliando sempre a distância e o tempo do trajeto estimado.
- Escolher a equipa de transporte, de acordo com a unidade referente e as características do doente, fazendo o preenchimento da grelha de avaliação para transporte inter-hospitalar (Anexo I).
- Selecionar os meios adequados de monitorização.
- Selecionar o equipamento e terapêutica adequada.
- Prevenir possíveis complicações.

A **Fase de efetivação** do transporte fica a cargo da equipa que acompanha o doente durante o transporte inter-hospitalar, sendo que as responsabilidades técnicas e legais cessam quando o doente é entregue ao médico de serviço destinatário ou se o transporte for para realização de exames diagnósticos ou atos médicos, quando o doente regressa a serviço de origem.

Durante esta fase deverá ser preenchida a lista de verificação para transporte inter-hospitalar (Anexo II) antes da partida, garantindo que todo o processo foi concluído.

5. Material e Equipamento

Após o preenchimento da grelha de avaliação para o transporte inter-hospitalar, seleciona-se o material e equipamento necessário durante o transporte.

De referir que a qualidade da vigilância e da intervenção terapêutica durante o transporte inter-hospitalar não deverá nunca ser inferior à verificada no serviço de origem

5.1. Equipamento que acompanha o doente

- Monitor de transporte
- Fonte de oxigénio
- Aspirador elétrico
- Ventilador de transporte, com possibilidade de monitorização do volume/minuto, e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e FiO₂, reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea
- Seringas e bombas volumétricas com bateria
- Mangas para administração de fluidoterapia sob pressão
- Equipamento de comunicação (permitindo contatos entre os hospitais de origem e destino)
- Mala de Transporte

5.2. Material e fármacos

- O material de consumo clínico e fármacos encontram-se na mala de transporte SAV.

6. Procedimento

6.1. Médico que decide transferir o doente:

- Realiza o contato para o local (hospital e serviço), para onde pretende transferir o doente, no sentido de aferir a sua disponibilidade para vaga, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e/ou especialidades médico-cirúrgicas necessárias ao doente em questão;
- Preenche a grelha de avaliação para Transporte inter-hospitalar;
- Faz o pedido de transporte através da aplicação online Treq;

- Informa o chefe de equipa de enfermagem, acerca do local de transferência, acompanhamento necessário, ao cuidado de quem fica o doente no hospital de destino e a hora prevista da transferência;
- Prepara notas de transferência médicas e exames complementares de diagnóstico;
- Estabiliza o doente o melhor possível previamente à transferência, de forma a evitar complicações;
- Se existir potencial compromisso da via aérea, a entubação endotraqueal e ventilação mecânica são mandatórias;
- Informa o doente ou o seu representante legal, da situação clínica, da necessidade de transferência e do Hospital de destino;
- Se necessário acompanhamento médico, o transporte será assegurado por um elemento da dependência do Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, nomeado pelo Chefe de equipa.

6.2. Médico que realiza o transporte inter-hospitalar

- Avalia o doente antes, durante e após o transporte;
- Toma decisões de acordo com a situação ou alterações do doente durante o transporte;

6.3. Chefe de equipa de enfermagem

- Informa o enfermeiro que está escalado no turno para as transferências externas, de que vai ser necessário fazer o transporte e a hora prevista da transferência;
- Distribui os doentes do enfermeiro escalado para o transporte pelos outros enfermeiros;

6.4 - Enfermeiro Responsável pelo doente

- Reúne toda a documentação a enviar com o doente;
- Confirma a existência do contato com a família e que a mesma foi informada da transferência;
- Faz nota de transferência;
- Verifica todos os dispositivos invasivos (tubo endotraqueal, cateteres periféricos, sonda vesical, drenagens);
- Procede ao esvaziamento das drenagens existentes;

- Prepara medicação que poderá vir a ser necessária durante o transporte;
- Faz a passagem de informação ao enfermeiro que vai realizar o transporte: situação clínica, motivo da transferência, terapêutica e procedimentos efetuados, hospital de destino, contatos efetuados, utilizando a metodologia ISBAR.

6.5. Enfermeiro que acompanha o doente

- Avalia o doente seguindo a metodologia ABCDE;
- Reúne, confirma e testa todo o equipamento necessário para o transporte, garantindo que o mesmo tem autonomia para o tempo estimado do transporte;
- Verifica a mala de transporte SAV;
- Confirma que a ambulância tem os requisitos necessário para transportar o doente;
- Faz o preenchimento da Lista de verificação de transporte inter-hospitalar antes da partida, garantindo que todo o processo de preparação foi concluído;

6.6. Na ambulância

- Reavalia o doente seguindo a metodologia ABCDE;
- Acomoda o equipamento no interior da célula sanitária;
- Mantém monitorização continua;
- Fixa o doente à maca corretamente com os cintos de segurança;
- Faz registos de parâmetros vitais bem como de ações/ intervenções realizadas de Enfermagem;
- A equipa de transporte deverá viajar sentada e com o cinto de segurança colocado;
- Se houver necessidade de alguma intervenção ao doente durante o transporte, a ambulância deve interromper a marcha.

6.7. No hospital de destino

- À chegada reavaliar o doente seguindo a metodologia ABCDE;
- Passar a informação à equipa que recebe o doente e toda a documentação;
- Recolha do material que acompanhou o doente.

7. Registos

Os registos serão realizados no aplicativo SClínico.

8. Administrativos

Efetua diligências no sentido de providenciar o transporte de acordo com a solicitação médica.

APÊNDICE VII – Lista de Verificação para Transporte Inter-Hospitalar

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR	
Data: ___/___/___	Origem: _____ Destino: _____
Doente: _____	
Enfermeiro: _____	
1. Confirmação de Transporte	
Hospital/Serviço de Destino	<input type="checkbox"/>
Nome do médico que recebe o Doente	<input type="checkbox"/>
Grelha de Avaliação para Transporte Secundário	<input type="checkbox"/>
Confirmar contacto com a família e se está informada	<input type="checkbox"/>
2. Processo	
Data e Motivo de admissão no Hospital de origem	<input type="checkbox"/>
___/___/___;	
História Clínica	<input type="checkbox"/>
Antecedentes Pessoais	<input type="checkbox"/>
Motivo da Transferência	<input type="checkbox"/>
Nota de Transferência	<input type="checkbox"/>
3. Material e Equipamento	
Confirmar equipamentos da ambulância	<input type="checkbox"/>
Verificar mala de transporte SAV	<input type="checkbox"/>
Testar e assegurar autonomia do equipamento necessário para o transporte	<input type="checkbox"/>
4. A - Via Aérea	
Via Aérea segura ou assegurada po EOT (para o tempo previsto para o transporte)	<input type="checkbox"/>
Se entubação traqueal confirmação do nível e Rx pós entubação	<input type="checkbox"/>
5. B - Ventilação	
O2 suplementar/Reserva de O2	<input type="checkbox"/>
<small>(O2 necessário=(20+Vmin)*FIO2*Tempo de Transp. min.]+50%)</small>	
Ventilação Artificial assegurada no ventilador de transporte	<input type="checkbox"/>
Modo Ventilatório: _____; Vol/min: _____	<input type="checkbox"/>
Fr: _____/min; FIO2: _____%; PEEP: _____	<input type="checkbox"/>
6. C - Circulação	
Parametros Vitais avaliados	<input type="checkbox"/>
Acesso Vascular correctamente fixado	<input type="checkbox"/>
Acesso Vascular: Periférico (x2): _____ G / _____ G	<input type="checkbox"/>
Catéter Central: _____ lúmen	<input type="checkbox"/>
Fluidoterapia: Adequada para tempo de transporte	<input type="checkbox"/>
7. D - Avaliação Neurológica	
Aval. e Reg. do Estado de Consc. (GCS)	<input type="checkbox"/>
____ (O); ____ (V); ____ (M); Total: ____	
Agitação psico motora	<input type="checkbox"/>
Sedação - Fármaco: _____	<input type="checkbox"/>
8. E - Trauma	
Imobilização da coluna cervical	<input type="checkbox"/>
Excluída hipótese de Pneumotórax ou Hemotórax	<input type="checkbox"/>
Excluída hipótese de hemorragia abdominal/pélvica	<input type="checkbox"/>
Imobilização de ossos longos /bacia	<input type="checkbox"/>
9. Monitorização	
ECG	<input type="checkbox"/>
Pressão Arterial	<input type="checkbox"/>
Frequência Cardíaca	<input type="checkbox"/>
SpO2	<input type="checkbox"/>
Outros: _____	<input type="checkbox"/>
10. Transporte	
Fixação redundante de tubos e linhas	<input type="checkbox"/>
Doente adequadamente tapado e acomodado	<input type="checkbox"/>
11. Na ambulância	
Correcta fixação da maca	<input type="checkbox"/>
Todo o equipamento correctamente acomodado	<input type="checkbox"/>
Equipamentos ligados à corrente da ambulância	<input type="checkbox"/>
Aporte de O2 ligados às fontes da ambulância	<input type="checkbox"/>
Observação do doente	<input type="checkbox"/>
Equipa sentada com cinto de segurança colocado	<input type="checkbox"/>
12. Durante o transporte	
Registo de parâmetros vitais (inclui dor)	<input type="checkbox"/>
Registo de terapêutica/intervenções efectuadas	<input type="checkbox"/>
Entrega da documentação do processo	<input type="checkbox"/>
13. No hospital de destino	
Passagem de informação pertinente	<input type="checkbox"/>
Recolha de todo material (monitor, ventilador, etc.)	<input type="checkbox"/>
14. Complicações durante o transporte	
Não	<input type="checkbox"/>
Exteriorização acesso venoso	<input type="checkbox"/>
Exteriorização tubo endotraqueal/Desconexão da prótese ventilatória	<input type="checkbox"/>
Queda do doente e/ou equipamentos	<input type="checkbox"/>
Avaria ou mau funcionamento dos equipamentos	<input type="checkbox"/>
Outros (especificar):	<input type="checkbox"/>
Observações:	
<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	

(Adaptado de OM, SPCI, 2008; ICS, 2019)

APÊNDICE VIII – Formação em serviço: “Transporte do Doente Crítico”

TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

Elaborado por:
Ana Nascimento
Enf^ª
Enf^º



2019

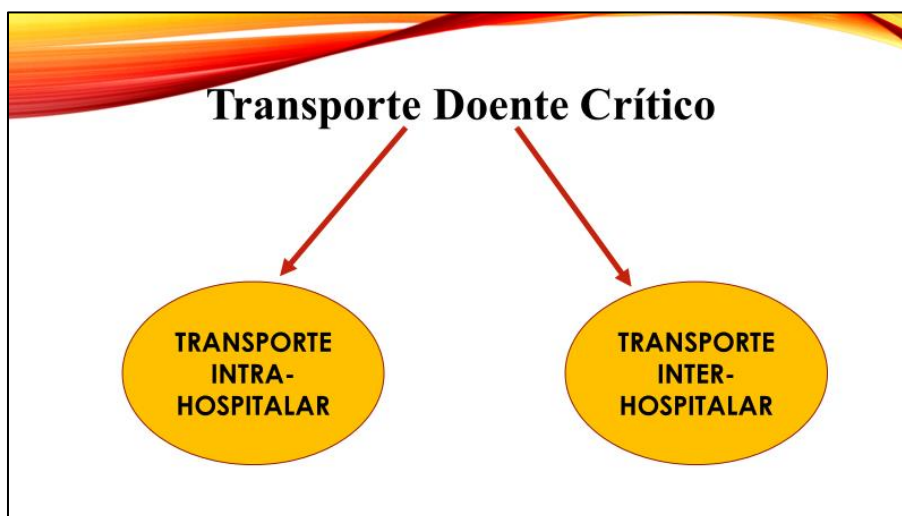
OBJETIVOS

- Definir transporte intra e inter-hospitalar
- Apresentar epidemiologia do transporte inter-hospitalar do SUMC
- Definir fases do transporte inter-hospitalar
- Enumerar acidentes mais comuns
- Definir procedimentos (chefe de equipa, enfermeiro responsável pelo doente e enfermeiro que transporta o doente)
- Divulgar lista de verificação e norma de procedimentos

DOENTE CRÍTICO

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

(OE, 2018)



DEFINIÇÕES

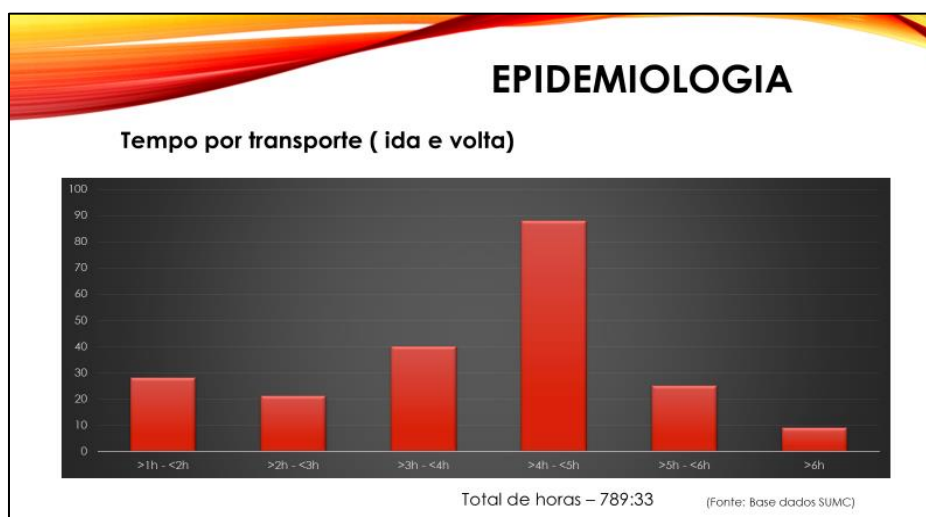
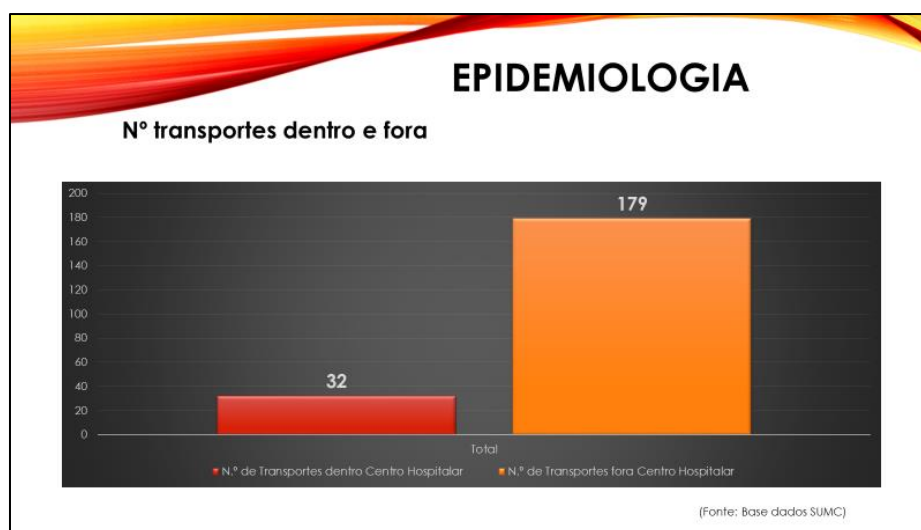
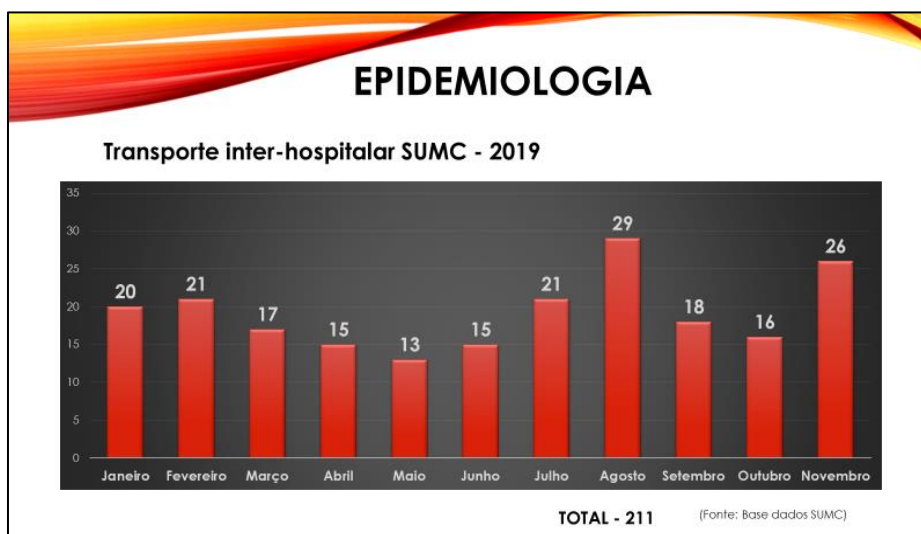
- **Transporte intra-hospitalar** – transporte do doente dentro do hospital, a fim de ser submetido a procedimentos terapêuticos e diagnósticos (sala de emergência, UCIP, RX, TAC, bloco operatório)

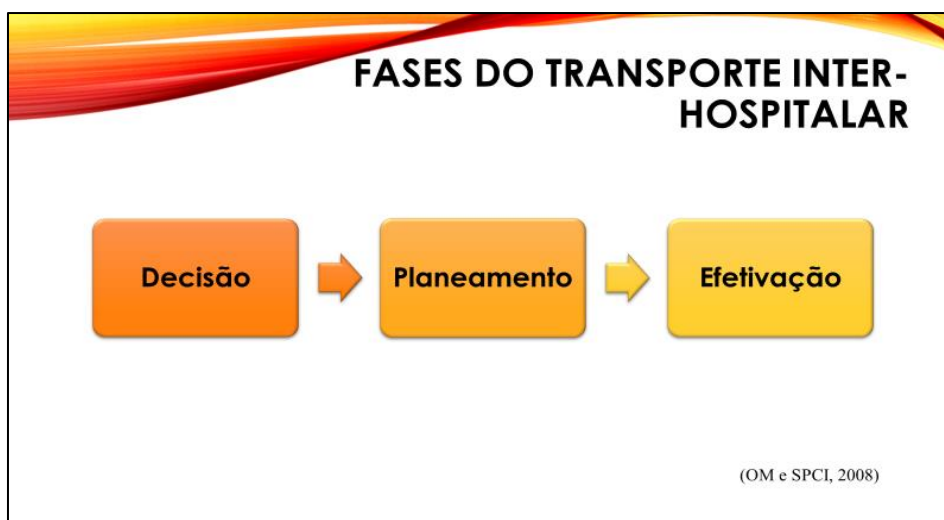
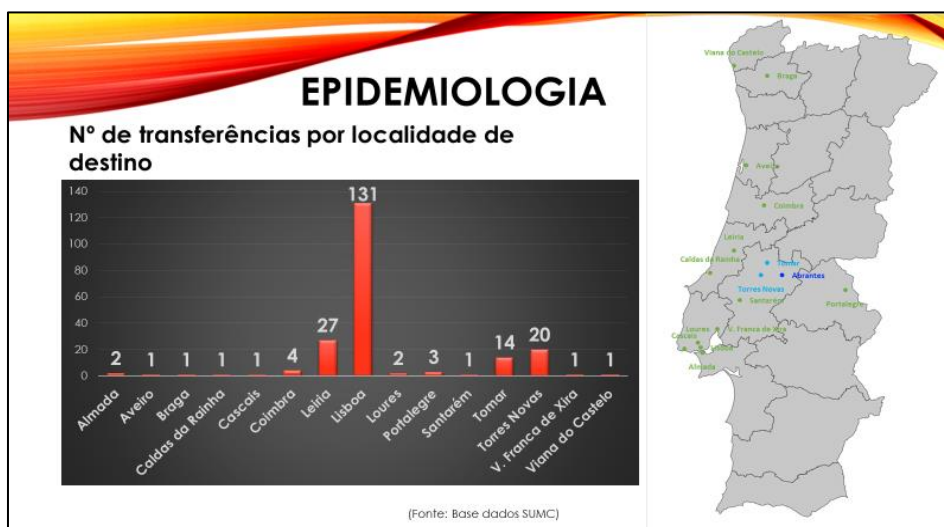
(OM, SPCI, 2008)

DEFINIÇÕES

- **Transporte inter-hospitalar** - transporte de um doente de uma unidade hospitalar para outra, sempre que este necessita de cuidados mais diferenciados e especializados ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica não efetuáveis na instituição onde o doente se encontra. Pode ser também denominado por transporte secundário.

(OM, SPCI, 2008)





FASES DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Decisão

- A **Decisão** de um doente ser transferido é um ato médico, do chefe de equipa e do diretor do serviço, devendo ser sempre ponderado o risco/benefício inerente ao transporte. (OM, SPCI, 2008)
- O transporte do doente crítico, apenas deve acontecer quando o benefício do mesmo superar os riscos. (Knight et al, 2015)

Planeamento

FASES DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

É da responsabilidade da equipa médica e de enfermagem do serviço onde o doente se encontra

- coordenação (Escolher e contatar o serviço de destino)
- comunicação (Informar equipa ,doente e família)
- estabilização
- reunir documentação.
- equipa e equipamento (preenchimento da grelha de avaliação para transporte inter hospitalar)

(OM, SPCI, 2008)

Efetivação

FASES DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

- A **Fase de efetivação** do transporte fica a cargo da equipa que acompanha o doente durante o transporte inter-hospitalar, sendo que as responsabilidades técnicas e legais cessam quando o doente é entregue ao médico de serviço destinatário ou se o transporte for para realização de exames diagnósticos ou atos médicos, quando o doente regressa a serviço de origem.

(OM, SPCI, 2008)

ACIDENTES MAIS COMUNS

Extubação e/ou deslocação accidental do tubo endotraqueal

Esvaziamento inadvertido das botijas de oxigénio

Falha/fuga no ventilador de transporte

Perda de acessos venosos

Exteriorização de drenos

Falhas de baterias nos monitores, ventiladores e bombas ou seringas perfusoras

(OM, SPCI, 2008; ICS 2019, Knight, 2015)

TIPOS DE AMBULÂNCIA

TIPO A – Ambulância de transporte de doentes não urgentes

Tipo A1 -ambulância de transporte individual - destinada ao transporte de um doente em maca, banco ou cadeira de rodas, e de um acompanhante

Tipo A2 - ambulância de transporte múltiplo - destinada ao transporte de um ou mais doentes em maca (s), banco (s) e/ou cadeira (s) de rodas, e do (s) seu (s) acompanhante (s)

Material – Básico de reanimação (TO, insuflador, O2, aspirador, sondas aspiração, material limpeza e desinfecção.

Tripulação – 2 tripulantes de ambulância de transporte

(D.R. 1.ª série- N.º 241- MINISTÉRIOS DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA E DA SAÚDE Portaria n.º 260/2014 de 15 de dezembro de 2014)



TIPOS DE AMBULÂNCIA

• **TIPO B** - ambulância de emergência - é uma ambulância concebida e equipada para o transporte e prestação de cuidados de emergência médica a doentes urgentes e emergentes. Só transporta um doente e tem dois lugares sentados.

• Material de avaliação (máquina de glicémia, esfigmomanómetro, termómetro)

• Material reanimação (DAE, O2, aspirador)

• Material de imobilização (maca de vácuo, scope, plano duro)

• Tripulação – 2 Tripulantes, sendo que um deles terá que ser TAS

(D.R. 1.ª série- N.º 241- MINISTÉRIOS DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA E DA SAÚDE Portaria n.º 260/2014 de 15 de dezembro de 2014)



TIPOS DE AMBULÂNCIA

• **TIPO C** - ambulância de cuidados intensivos, destina-se a doentes cuja condição de saúde necessita da prestação de cuidados intensivos. concebida e equipada para o transporte não urgente com prestação de cuidados de suporte avançado de vida.

• Material – Monitor, desfibrilhador, seringa infusora, ventilador

• Tripulação – 1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 TAS

(D.R. 1.ª série- N.º 241- MINISTÉRIOS DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA E DA SAÚDE Portaria n.º 260/2014 de 15 de dezembro de 2014)



PROCEDIMENTOS

CHEFE DE EQUIPA DE ENFERMAGEM

- Informar o enfermeiro que está escalado no turno para as transferências externas, de que vai ser necessário fazer o transporte e a hora prevista da transferência
- Distribuir os doentes do enfermeiro escalado para a transferência pelos outros enfermeiros

PROCEDIMENTOS

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO DOENTE

Recolher informação acerca do local de transferência, acompanhamento necessário, ao cuidado de quem fica o doente no hospital de destino e a hora prevista da transferência

- Atenção que se for para uma unidade que não seja H. são José deve-se confirmar sempre junto da admissão de doentes a necessidade do transporte
- Reunir toda a documentação para enviar com o doente (gravar TAC em CD)
- Confirmar a existência do contato com a família e que a mesma foi informada da transferência
- Fazer nota de transferência

PROCEDIMENTOS

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO DOENTE


- Verificar todos os dispositivos invasivos (tubo endotraqueal, cateteres periféricos, sonda vesical, drenagens)
- Proceder ao esvaziamento das drenagens existentes
- Preparar medicação que poderá vir a ser necessária durante o transporte
- Fazer a passagem de informação ao enfermeiro que vai realizar o transporte: situação clínica, motivo da transferência, terapêutica e procedimentos efetuados, hospital de destino, contatos efetuados

PROCEDIMENTOS

ENFERMEIRO QUE ACOMPANHA O DOENTE

- Avaliar o doente seguindo a metodologia ABCDE
- Reunir, confirmar e testar todo o equipamento necessário para o transporte, garantindo que o mesmo tem autonomia para o tempo estimado do transporte (Monitor, seringas infusoras, ventilador).
- Verificar a mala de transporte SAV (Adequar o saco de transporte à tipologia do doente
Queimados; Fluidos endovenosos adequados; fármacos adicionais)
- Confirmar que a ambulância tem os requisitos necessário para transportar o doente (tomadas de 220V, oxigénio com capacidade previsível para o tempo do transporte e mais 30 minutos de reserva)

PROCEDIMENTOS NA AMBULÂNCIA



- Reavaliar o doente seguindo a metodologia ABCDE
- Acomodar o equipamento no interior da célula sanitária
- Manter monitorização contínua
- Fixar o doente à maca corretamente com os cintos de segurança
- Fazer registos de parâmetros vitais bem como de ações/ intervenções realizadas de Enfermagem
- A equipa de transporte deverá viajar sentada e com o cinto de segurança colocado
- Se houver necessidade de alguma intervenção ao doente durante o transporte, a ambulância deve interromper a marcha

DURANTE O TRANSPORTE O ENFERMEIRO É O RESPONSÁVEL MÁXIMO DENTRO DA AMBULÂNCIA




- Escolha do itinerário mais adequado
- Decide a velocidade de transporte
- Necessidade ou não de sinais sonoros
- Necessidade de batedores à entrada de Lisboa (S. José, Estefânia; S. Francisco, etc...)
- No caso de o condutor aparentar sinais de sonolência:
 - Sugerir a troca com o tripulante
 - Suspender o transporte temporariamente

RECOMENDAÇÕES

Transporte de Doentes Críticos
Recomendações
2008

- Aplicação da grelha de avaliação de transporte
- Existência de lista de verificação ou chek-lists
- Formação
- Atualização de normas ou protocolos



SUGESTÃO



- LISTA DE VERIFICAÇÃO

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR		
Data: ____/____/____		Destino: _____
Enfermeiro: _____		
1. Características do Transporte		
<input type="checkbox"/> Transporte de rotina <input type="checkbox"/> Transporte de emergência <input type="checkbox"/> Serviço de Avaliação para Transporte Semelhante <input type="checkbox"/> Confirmar contacto com a família o ao caso informado		
2. Prontidão		
<input type="checkbox"/> Data e horário de admissão no Hospital de origem <input type="checkbox"/> Estado Clínico <input type="checkbox"/> Antecedentes Patológicos <input type="checkbox"/> História de Transfusão <input type="checkbox"/> História de Infecções <input type="checkbox"/> Exames complementares realizados		
3. Material e Equipamento		
<input type="checkbox"/> Conferir o inventário de equipamentos <input type="checkbox"/> Testar o equipamento adaptado ao equipamento necessário para o transporte		
4. Via Aérea		
<input type="checkbox"/> Via Aérea segura no transporte por EOT (para o tempo previsto para o transporte) <input type="checkbox"/> Se ambulância hospitalar, verificação do nível e da vida útil		
5. Ventilação		
<input type="checkbox"/> O2 suplementar proveniente de fonte aérea ou Ventilação Artificial assegurada no ventilador de transporte <input type="checkbox"/> Medida Ventilação _____ Volúmen _____ FV _____ (PAPV) _____ No, NCP _____		
6. Cinesioterapia		
<input type="checkbox"/> Prevenção VTEs iniciadas <input type="checkbox"/> Acesso Venoso/ cateterismo fixado <input type="checkbox"/> Acesso Venoso/ Perfusão (até _____) _____ <input type="checkbox"/> Exame Central _____ <input type="checkbox"/> Fluidoterapia: Adesão para tempo de transporte		
7. Dose de Fármacos		
<input type="checkbox"/> Dose de Fármacos de Cuidado Intensivo <input type="checkbox"/> Dose de Fármacos de Cuidado Intensivo (MI) Total: _____ <input type="checkbox"/> Aplicação de Fármacos _____ <input type="checkbox"/> Monitorização: _____		
8. Transporte		
<input type="checkbox"/> Indicação de Cuidado Crítico <input type="checkbox"/> Exatidão da documentação de Hemodinâmica <input type="checkbox"/> Exatidão da documentação de Farmacologia <input type="checkbox"/> Exatidão da documentação de outros parâmetros fisiológicos de acordo com o tempo de viagem		
9. Mobilização		
<input type="checkbox"/> Escala <input type="checkbox"/> Protocolo Anestésico <input type="checkbox"/> Escala de Cuidado <input type="checkbox"/> Outros: _____		
10. Transporte		
<input type="checkbox"/> História de eventos Venotrombóticos <input type="checkbox"/> História de embolismos <input type="checkbox"/> História de episódios de paragem <input type="checkbox"/> Fluxo respiratório de tubo e filtro <input type="checkbox"/> Outros episódios de parada e recuperação		
11. No Ambulância		
<input type="checkbox"/> Correção Energética de ténica <input type="checkbox"/> Tuba e equipamento de ventilação assegurada <input type="checkbox"/> Capacidade ligativa e corrente de ambulância <input type="checkbox"/> Observação de alarme <input type="checkbox"/> Tempo previsto para tempo de viagem		
12. Parada e Retorno		
<input type="checkbox"/> Registo de paradas vitais (se for caso) <input type="checkbox"/> Registo de paradas de transporte de ambulância <input type="checkbox"/> Registo de documentação de BLS/ACLS <input type="checkbox"/> Registo de todos os falhos (conector, ventilador, etc.)		
13. No Hospital de destino		
<input type="checkbox"/> Registo de informação prévia <input type="checkbox"/> Registo de material que acompanha o doente <input type="checkbox"/> RBE <input type="checkbox"/> Exatidão da documentação de transporte <input type="checkbox"/> Exatidão da documentação de cuidados de enfermagem <input type="checkbox"/> Exatidão da documentação de cuidados de enfermagem <input type="checkbox"/> Exatidão da documentação de cuidados de enfermagem <input type="checkbox"/> Exatidão da documentação de cuidados de enfermagem		

(Adaptado de OM, SPCI, 2008 e Intensive Care Society, 2019)

BIBLIOGRAFIA

- Intensive Care Society. (2019). Guidance On: The Transfer Of the Critically Ill Adult. 1-40.
https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf
- Ministério da Administração Interna e da Saúde (2014) *Diário da República*- 1ª série nº241 de 15 de dezembro de 2014
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. 45.
http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- Knight, P. H., Maheshwari, N., Hussain, J., Scholl, M., Hughes, M., Papadimos, T. J. ... & Latchana, N. (2015). Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *International journal of critical illness and injury science*, 5(4), 256.
<http://doi.org/10.4103/2229-5151.170840>

APÊNDICE IX – Plano de sessão de Formação em serviço

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO					
Serviço	SUMC				
Tema	TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO				
Data		Hora		Local	CENTRO HOSPITALAR
Destinatários	ENFERMEIROS DO SUMC			Duração	1h15m
Formador	ALUNA MESTRADO ANA NASCIMENTO				
Orientadores	PROFESSORA ALICE RUIVO; ENERMEIRO ORIENTADOR				
OBJECTIVOS					
<ul style="list-style-type: none"> • Atualizar conhecimentos da equipa de enfermagem acerca da temática do Transporte do Doente Crítico • Identificar procedimentos de melhoria na prestação de cuidados durante o transporte inter-hospitalar • Divulgar a Instrução de Trabalho e a Lista de Verificação 					
	Conteúdos			Metodologia	
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Definição dos objetivos 			Método expositivo (10min)	
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Definir transporte intra e inter-hospitalar • Apresentar epidemiologia do transporte inter-hospitalar do SUMC • Definir fases do transporte inter-hospitalar • Enumerar acidentes mais comuns • Definir procedimentos (chefe de equipa, enfermeiro responsável pelo doente e enfermeiro que transporta o doente) • Divulgar lista de verificação e norma de procedimentos 			Método expositivo (50min)	
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas • Partilha de sugestões 			Método expositivo (5min)	
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação do questionário de avaliação da sessão de formação 			Questões de escolha múltipla e uma aberta (10min)	
Meios audiovisuais e outros meios	<ul style="list-style-type: none"> • Projetor multimédia, computador, papel • Impressão da instrução de trabalho e lista de verificação 				

APÊNDICE X – Questionário da avaliação da sessão de formação

Avaliação da Sessão de Formação pelo Formando

Tema:

Data:

Por favor, avalie cada parâmetro da tabela abaixo, fazendo uma apreciação entre 1 e 4, sendo que 1 é o valor mínimo e 4 o valor máximo.

Formação	1	2	3	4
Importância do tema				
Relevância dos conteúdos no desempenho das suas funções				
Alcance dos objetivos propostos				
Os objetivos propostos foram cumpridos?				
Cumprimento dos timings da formação				
Duração da sessão de formação				
Qualidade da formação				
Qualidade dos materiais utilizados				
A formação correspondeu às suas expectativas iniciais?				
Avaliação Global da Formação				

Por favor, indique a sua opinião em relação às afirmações abaixo descritas, fazendo uma apreciação entre 1 e 4, sendo que: **1- Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; 4 - Concordo Totalmente.**

	1	2	3	4
A realização desta formação contribuiu, de alguma forma, para melhorar os seus conhecimentos sobre o tema				
A realização desta forma contribuiu, de alguma forma, para melhorar a qualidade e a segurança da prestação de cuidados durante o transporte secundário da pessoa em situação crítica.				
A realização desta formação permite definir estratégias de melhoria contínua durante o transporte secundário da pessoa em situação crítica.				
A realização desta formação contribuiu de alguma forma para olhar para a importância do tema e das suas implicações.				

Sugestões e comentários

Indique dois aspetos positivos em relação à formação

Indique dois aspetos negativos e/ou a melhorar em relação à formação

Muito obrigado pela sua colaboração

APÊNDICE XI – Análise dos resultados da sessão de formação

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

No final da formação procedemos à distribuição de um questionário com o objetivo de avaliar a mesma. Este método permite-nos saber se os objetivos foram atingidos e ao mesmo tempo dar um contributo de melhoria em futuras formações.

Dos 75 enfermeiros presentes nas duas formações todos responderam ao questionário. A tabela abaixo apresenta os dados analisados referentes à primeira parte do questionário.

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Importância do tema			3	72
Relevância dos conteúdos no desempenho das suas funções			2	73
Alcance dos objetivos propostos			1	74
Cumprimentos dos timings da formação			4	71
Duração da sessão de formação			15	60
Qualidade da formação			2	73
Qualidade dos materiais utilizados			12	63
A formação correspondeu às suas expectativas iniciais			5	70
Avaliação Global da Formação			1	74

Tabela nº1 – Avaliação da sessão de formação

De uma forma geral, fazemos uma avaliação bastante positiva da sessão de formação, tendo em conta o item de avaliação de “concordo totalmente”, foi o que teve um maior número de escolha.

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
A realização desta formação contribuiu, de alguma forma, para melhorar os seus conhecimentos sobre o tema			5	70
A realização desta formação contribuiu, de alguma forma, para melhorar a qualidade dos seus cuidados prestados durante o transporte inter-hospitalar do doente em situação crítica			10	65
A realização desta formação contribuiu, de alguma forma, para olhar para a importância do tema e das suas implicações			4	71

Tabela nº 2 – Avaliação do conteúdo programático da formação

Face à análise da tabela em questão, manifestamos a nossa satisfação por a temática apresentada ter contribuído para melhorar os conhecimentos dos enfermeiros da equipa, com vista à melhoria da qualidade de cuidados prestados durante o acompanhamento do doente no transporte inter-hospitalar. A grande maioria selecionou o item de “concordo totalmente”.

APÊNDICE XII – Cartaz “Higienização das Mãos”

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

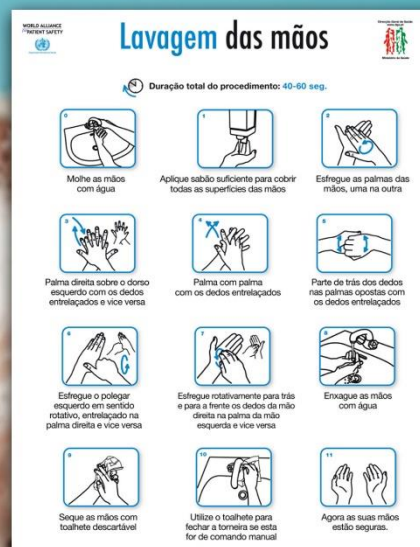
A HIGIENE DAS MÃOS É CONSIDERADA UMA DAS PRÁTICAS MAIS SIMPLES E MAIS EFETIVAS NA REDUÇÃO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE. SENDO CONSENSUAL QUE A TRANSMISSÃO DE MICRORGANISMOS ATRAVÉS DAS MÃOS ENTRE PROFISSIONAIS DAS UNIDADES E OS CLIENTES É UMA REALIDADE INCONTORNÁVEL. (DGS, 2010)

O PRIMEIRO DESAFIO GLOBAL PARA A SEGURANÇA DO DOENTE CLEAN CARE IS SAFER CARE FOI LANÇADO PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) EM OUTUBRO DE 2005 DE MODO A REDUZIR A INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS) NO MUNDO. E EM 2009, A OMS PUBLICOU AS DIRETRIZES PARA A HIGIENE DAS MÃOS EM CUIDADOS DE SAÚDE AO ABRIGO DO PROGRAMA CLEAN CARE IS A SAFER CARE.

EM PORTUGAL, ESTE PROCEDIMENTO É DADO A CONHECER NA CIRCULAR NORMATIVA DA DGS Nº 13 DE 14 DE JUNHO DE 2010 - ORIENTAÇÃO DE BOA PRÁTICA PARA A HIGIENE DAS MÃOS NAS UNIDADES DE SAÚDE QUE DEMARCA QUE A HIGIENE DAS MÃOS INTEGRADA NO CONJUNTO DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS É A MEDIDA MAIS RELEVANTE PARA A PREVENÇÃO NO CONTROLO DE INFECÇÃO. "OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DEVEM PROCEDER À HIGIENE DAS MÃOS DE ACORDO COM O MODELO CONCEPTUAL PROPOSTO PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), DESIGNADO POR OS "CINCO MOMENTOS", (...)". (DGS,2010:1)

OS CINCO MOMENTOS PRECONIZADOS PELA OMS SÃO:

1. ANTES DO CONTATO COM O DOENTE;
2. ANTES DOS PROCEDIMENTOS LIMPOS/ASSÉPTICOS;
3. APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS ORGÂNICOS;
4. APÓS CONTATO COM O DOENTE;
5. APÓS CONTATO COM O AMBIENTE ENVOLVENTE DO DOENTE. (DGS,2010)



FONTE: DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE

ALUNAS ESTAGIÁRIAS NO Mestrado em Enfermagem em Associação:
 ENF. ANA JÚLIA NASCIMENTO
 ENF. DANIELA CAMPOS
 ENF. MARTA FERREIRA

ANEXOS

ANEXO I – Grelha de avaliação para o Transporte Inter-hospitalar

GRELHA DE AVALIAÇÃO PARA TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR	
Data: ____/____/____	N.º de Epidócio: _____
Doente: _____	Idade: _____
1. VIA AÉREA ARTIFICIAL	
Não	0
Sim (tubo de Guedel)	1
Sim (se intubado ou traqueostomia recente)	2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
FR entre 10 e 14 / min	0
FR entre 15 e 35 / min	1
Apneia ou FR < 10/min ou FR > 35/min ou respiração irregular	2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO	
Não	0
Sim (Oxigenoterapia)	1
Sim (Ventilação Mecânica)	2
4. ACESSOS VENOSOS	
Não	0
Acesso periférico	1
Acesso central em doente instável	2
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA	
Estável	0
Moderadamente estável (requer < 15 mL/min)	1
Instável (inotrópicos ou sangue)	2
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG	
Não	0
Sim (desejável)	1
Sim (em doente instável)	2
7. RISCO DE ARRITMIAS	
Não	0
Sim, baixo risco* (e EAM > 48h)	1
Sim, alto risco* (e EAM < 48h)	2
8. PACEMAKER	
Não	0
Sim, definitivo	1
Sim, provisório (externo ou endocavitário)	2
9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA	
Escala de Glasgow = 15	0
Escala de Glasgow > 8 e < 14	1
Escala de Glasgow ≤ 8	2
10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO	
Nenhum dos abaixo indicados	0
Grupo I:	1
Naloxona	
Corticosteróides	
Manitol a 20%	
Analgésicos	
Grupo II:	2
Inotrópicos	
Vasodilatadores	
Antiarrítmicos	
Bicarbonatos	
Trombolíticos	
Anticonvulsivantes	
Anestésicos Gerais	
Dreno Torácico e Aspiração	
TOTAL _____	
*Baixo Risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.	
*Alto Risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.	

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

**ANEXO II – Certificado de participação no Congresso Internacional do Doente Crítico
2019**

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Certificado

Certifica-se que a **Exma. Sra. Enf^a Ana Júlia Nascimento**, participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros, que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

(Sr. En^o João Fernandes)

ANEXO III – Certificado de participação no I Encontro Nacional SIV

?



1º Encontro Nacional SIV
« DA NECESSIDADE À REALIDADE »
Biblioteca Municipal de Tomar | 16 de outubro 2019

Certificado

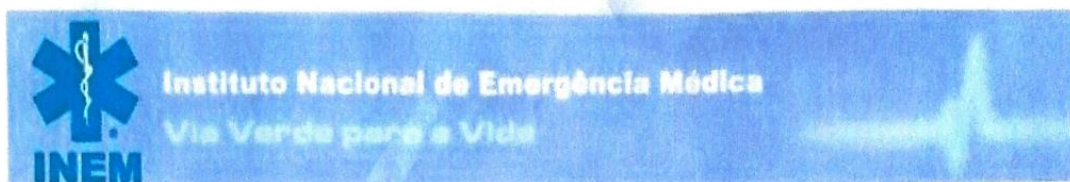
Certifica-se que Ana Nascimento participou no **1º Encontro Nacional SIV**, que decorreu no dia 16 de outubro de 2019.

Pela Comissão Organizadora

Cécilia Fernandes *Victor Sousa*



ANEXO IV – Certificado do Curso de SAV INEM



Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Ana Júlia Barreto do Nascimento, nascido(a) a 22-06-1980, em Portalegre, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 11644826, concluiu com aproveitamento, em 01-03-2019, o Curso de Formação Profissional.

Módulo Suporte Avançado Vida

que decorreu de 28-02-2019 a 01-03-2019, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 19.3 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Sul - Lisboa, 25-03-2019



Departamento de Formação
em Emergência Médica

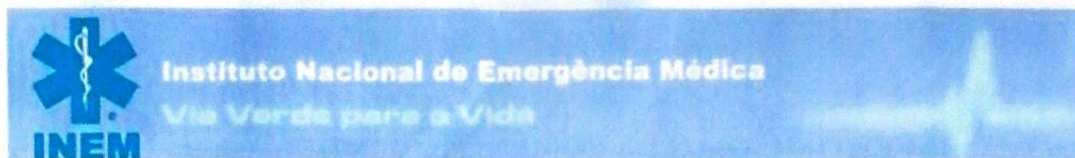


(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 003-1.2-0312/44419/24735/2019

Válido até Março de 2024

ANEXO V – Certificado da Recertificação do Curso SIV Enfermeiros



Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Ana Júlia Barreto do Nascimento, nascido(a) a 22-06-1980, em Portalegre, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 11644826, concluiu com aproveitamento, em 07-03-2019, o Curso de Formação Profissional.

Módulo II - Recertificação do curso SIV Enfermeiros

que decorreu de 06-03-2019 a 07-03-2019, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de Apto

Centro de Formação DR Sul - Lisboa, 25-03-2019



**Departamento de Formação
em Emergência Médica**



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 114-1.0-0918/14493/24735/2019

Válido até Março de 2024

Mod. INEM.061/2

RECERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA (16h)

Modalidade da Formação:

Formação contínua.

Área de Formação:

Emergência Médica.

Plano Curricular:

- Abordagem inicial à vítima de emergência médica e de trauma (avaliação primária e secundária)
- Competências não técnicas da equipa de emergência: liderança, trabalho de equipa e gestão de tarefas/tomada de decisão
- Técnicas de comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde
- Sedação e analgesia
- Organização e funcionamento das Vias Verdes no SNS: AVC, Coronária, Sepsis, Trauma, PCR
- Emergências obstétricas
- Abordagem ao parto eminente
- Suporte de Vida Neonatal
- Suporte Avançado de Vida Pediátrico
- Abordagem pré-hospitalar em emergências: Asma; Alergia e anafilaxia; Exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crónica; Edema agudo do pulmão cardiogénico; Síndrome Coronário Agudo; Hemorragia digestiva; Sepsis; Acidente vascular cerebral; Intoxicações; Convulsões e epilepsia; Paragem cardiorrespiratória no adulto e na criança; Reanimação neonatal; Parto eminente; Emergência obstétrica; Dispneia na criança; Abordagem da criança com necessidades especiais; Trauma crânio-encefálico; trauma vertebro-medular; Choque hemorrágico; Trauma das extremidades; Trauma térmico; Transporte do doente crítico.
- O papel do INEM em situações com multivítimas
- Organização e gestão inicial de situações com multivítimas
- Triagem primária em situações com multivítimas
- Triagem secundária em situações com multivítimas

Competência Adquirida:

Abordagem em situações de emergências médicas, emergências de trauma, pediatria e obstetrícia, transporte do doente crítico e situações de exceção no contexto de suporte imediato de vida.

ANEXO VI – Certificado do curso de formação profissional de ITLS



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Ana Júlia Barreto do Nascimento natural de Portalegre nascida em 22/06/1980, com o N.º de Identificação Civil 11644826 válido até 17/06/2028, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de International Trauma Life Support Advanced, em 12/05/2019, com a duração de 16:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..100
Avaliação Prática	8:00	-
Avaliação Teórica	8:00	82
Nota Final		82

Queluz, 29 de julho de 2019

O(A) Responsável pelo(a) Femédica - Formação e Emergência Médica, Lda.

(Assinatura e selo branco ou carimbo)



Certificado n.º 1426/2019 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

ANEXO VII – Certificado Curso SAV



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Ana Júlia Barreto Nascimento

22/06/1980

Recebeu a qualificação de ERC
Advanced Life Support (ALS)
Operacional
Em Portalegre, Portugal

Isabel SANTOS
Course Director



Data do último curso: 15/06/2019

Este certificado é válido de 15/06/2019 e expirará em 15/06/2024,

a menos que a trajetória de recertificação dinâmica seja iniciada antes de 15/06/2021 em <https://Cosy.ERC.edu>

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e reciclagem.

Para verificar a validade deste certificado, por favor aceda a <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-094-381553