

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em situação crítica

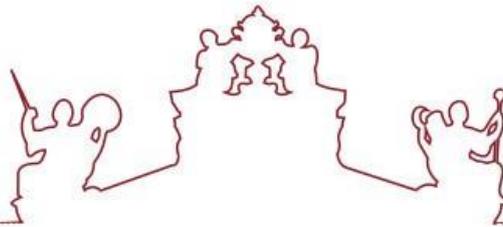
Relatório de Estágio

Transporte do doente crítico: perspetiva da melhoria contínua da
qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem

Pedro Miguel dos Santos Fernandes

Orientador(es) | Maria Dulce dos Santos Santiago

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em
situação crítica

Relatório de Estágio

Transporte do doente crítico: perspetiva da melhoria
contínua da qualidade e segurança dos cuidados de
enfermagem

Pedro Miguel dos Santos Fernandes

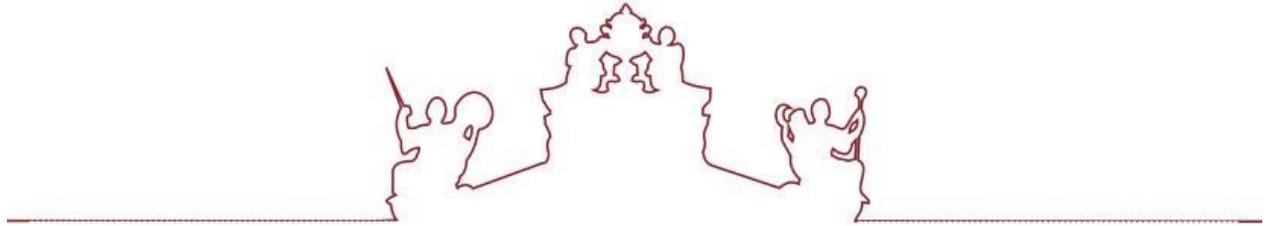
Orientador(es) | Maria Dulce dos Santos Santiago

Évora 2022





Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Adriano Pedro (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Dulce dos Santos Santiago (Instituto Politécnico de Beja) (Orientador)
/ Maria do Céu Mendes Pinto Marques (Universidade de Évora) (Arguente)

*“Pode não conseguir mudar o vento,
Mas pode ajustar as velas do barco,
Para chegar onde quer”
(Confúcio – séc. V a.c.)*

A maior gratidão,

Ao impulsionador desta atarefada etapa da minha vida, Enfermeiro Pedro Gonçalves,
por me ter aberto os olhos a esta realidade.

À Professora Dra. Maria Dulce Dos Santos Santiago, pela orientação, disponibilidade e
paciência de todo este projecto.

À Enfermeira Especialista A.C. e toda a equipa da UCI do CH pelo acolhimento e
entregada demonstrados neste processo de aprendizagem.

À enfermeira coordenadora da UCI do CH I.V. pela aceitação e preocupação do
desenvolvimento do Estágio Final.

À Enfermeira coordenadora do SUG do CH I.S. pela orientação na escolha da temática,
pelo incentivo e apoio na conciliação laboral.

Aos médicos e enfermeiros que colaboraram no desenvolvimento da Intervenção
Profissional Major.

À Enfermeira Especialista Guida Amaral pela amizade e disponibilidade desde o início
desta grande jornada.

À “família SUG” pelo carinho demonstrado em todas as situações, nomeadamente à
equipa 5 que me deixou sem palavras.

À equipa “Especialité” pelo apoio mútuo e camaradagem nas situações de maior pressão
e nos momentos mais aflitivos desta conturbada etapa.

Aos meus pais pelo incondicional apoio à logística familiar.

Ao meu mano pelas correcções e sugestões na realização do processo de investigação e
deste relatório.

Aos meus filhos por fazerem dos seus sorrisos e das suas gargalhadas, a minha força
motriz e o alento diurno e nocturno.

À pessoa que escolhi para partilhar os bons e os maus momentos da vida, pela
compreensão, carinho e amor demonstrados nos pequenos gestos.

RESUMO

A segurança dos doentes é uma componente essencial da qualidade dos cuidados de saúde, definida mundialmente como prioridade, pela implementação de intervenções que evitam, previnem ou melhoraram a ocorrência de eventos adversos prejudiciais à integridade multidimensional do doente. Sendo irreversíveis, implicam custos socioeconómicos e na morbilidade e mortalidade do doente. O doente crítico e o inevitável transporte, são situações complexas e tendencialmente susceptíveis de eventos adversos, que são evitáveis se devidamente previstos ou corrigidos.

Em conformidade objectiva com o Estágio Final, desenvolveu-se uma Intervenção Profissional *Major*, detalhada neste relatório, que perspetive a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados à Pessoa em Situação Crítica durante o transporte, com a implementação de medidas que antecipem e corrijam os eventos adversos.

Simultaneamente procedeu-se à análise fundamentada e reflexão crítica do processo de aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica e as necessárias à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave

Enfermagem médico-cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Transporte de Doentes, Segurança do Doente, Eventos Adversos

ABSTRACT

Transport of Critically Ill Patients: Perspective of Continuous Improvement in the Quality and Safety of Nursing Care

Patient safety is an essential component of the quality of health care, defined worldwide as a priority, for safety prevention that avoid, prevent or improve the occurrence of adverse events harmful to the multidimensional concern of the patient. Being irreversible, they imply socioeconomic costs and the patient's morbidity and mortality. The critical patient and its inevitable transport, are complex situations and tending to adverse events, which are avoidable if prepared in a bold way.

In accordance with the Final Stage, a Major Professional Intervention was developed, detailed in this report, which aims to improve the quality and safety of care of a Person in Critical Situation during transport, with the implementation of measures that anticipates and corrects the adverse events.

Simultaneously, it was performed a fundamental analysis and critical reflection of the acquisition process, development and deepening of common and specific skills of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, Person in Critical Situation and all the necessary to obtain the Master's degree in Nursing.

Key words

Medical-surgical Nursing, Person in Critical Situation, Patient Transport, Patient Safety, Adverse Events

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Proposta de <i>checklist</i> de apoio ao TDC no CH	.....CXLV
APÊNDICE B - Proposta de Procedimento Institucional para implementação de <i>checklist</i> de apoio ao TDC	.....CXLVIII
APÊNDICE C – Questionário de caracterização sociodemográfica, identificação de eventos adversos e pertinência na implementação de <i>checklist</i> no transporte do doente crítico	.....CLV
APÊNDICE D – Resultados do questionário de caracterização sociodemográfica, identificação de Eventos Adversos e pertinência na implementação de <i>checklist</i> no TDC	.....CLXVI
APÊNDICE E – Cronograma da Intervenção Profissional <i>Major</i>	.....CLXXIII
APÊNDICE F – Resumo do Projecto de Estágio	.....CLXXV
APÊNDICE G – Documentos solicitados pelo Gabinete de Investigação e Desenvolvimento	.....CLXXXI
APÊNDICE H – Resumo do Artigo Científico – Eventos adversos durante o transporte do doente crítico – a realidade de um hospital do sul do país	.....CXCVI
APÊNDICE I – Cartaz da Sessão Formativa	.....CXCIX
APÊNDICE J – Plano da Sessão Formativa	.....CCI
APÊNDICE K – Apresentação de diapositivos da Sessão Formativa	.....CCIII
APÊNDICE L – Avaliação da sessão de formação (questionário <i>online</i>)	.....CCXVII
APÊNDICE M – Projecto de Estágio	.....CCXXI

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A – Declaração de aceitação de Orientação Pedagógica do Estágio Final e Relatório de Estágio	.....CCXLIX
ANEXO B – Grelha de análise de Risco para Transporte Secundário e Terciário	.....CCLI
ANEXO C – <i>Checklist</i> do transporte do doente crítico do CH	.....CCLIV
ANEXO D – Formulário de Transporte do Doente Crítico no CH	.....CCLVI
ANEXO E – Parecer do Conselho Científico da Universidade de Évora	.....CCLIX
ANEXO F – Autorização do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do CH	.....CCLXI
ANEXO G – Funções do Chefe de Equipa de Enfermagem do SUG do CH	.....CCLXIII
ANEXO H – Certificado de participação nas Jornadas de Actualização Cardiológica 2021	.....CCLXVIII

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Consentimento dos profissionais	.....72
Gráfico 2 – Caracterização da amostra por género	.....73
Gráfico 3 – Caracterização da amostra por idade	.....73
Gráfico 4 – Caracterização da amostra por formação académica	.....73
Gráfico 5 – Caracterização da amostra por formação especializada	.....73
Gráfico 6 – Caracterização da amostra por área de especialidade	.....74
Gráfico 7 – Caracterização da amostra por experiência profissional	.....75
Gráfico 8 – Caracterização da amostra por experiência profissional em UCI/SUG.....	75
Gráfico 9 – Caracterização da amostra por experiência profissional no TDC	.....75
Gráfico 10 – Pertinência da implementação da checklist para a prevenção de EA durante o TDC	.....80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências47
--	---------

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Eventos Adversos mais frequentes (5) nas três fases do TDC77
--	---------

LISTAGEM DE SIGLAS

ABCDE - *airway-breath-circulation-disability-exposure*

ADR – Atendimento ao Doente Respiratório

A3ES – Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior

AESES – Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde

ANZCA – *Australian and New Zealand College of Anesthetists*

AO – Assistente Operacional

BIS – Índice Bi-Espectral

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CHAMU – Circunstância, Historia, Alergias, Medicação, Última refeição

CH – Centro Hospitalar

CICA – *Ci-Ca Therapy*

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGES – Direcção-Geral de Ensino Superior

DGS – Direcção-Geral de Saúde

EA – Eventos Adversos

EEG – Electroencefalograma

EEMC – Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMC-PSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica

EEMI – Equipa Emergência Médica Intra-hospitalar

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

GCLPPCIRA – Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

GID – Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPM – Intervenção Profissional *Major*

MCDT's – Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento

ME – Mestrado em Enfermagem

MMPBE – Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência

MRSA – *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus*

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PBE – Prática Baseada na Evidência

PIA – Pressão Intra-Abdominal

PIC – Pressão Intracraniana

PiCCO – *Pulse Contour Cardiac Output*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAT – Suporte Avançado em Trauma

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SUGp – Serviço de Urgência Geral Pediátrica

SUG – Serviço de Urgência Geral

TDC – Transporte do Doente Crítico

TrDC – Transporte Regional do Doente Crítico

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Veículo Médico de Emergência e Reanimação

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	21
1.1. Centro Hospitalar	21
1.2. Serviço de Urgência Geral	22
1.2.1. Estrutura, recursos físicos e materiais	24
1.2.2. Recursos humanos	25
1.2.3. Análise da gestão e produção de cuidados	26
1.3. Equipa de Enfermagem do TDC.....	28
1.3.1. Estrutura, recursos físicos e materiais	29
1.3.2. Recursos humanos	30
1.3.3. Análise da gestão e produção de cuidados	30
1.4. Serviço de Cuidados Intensivos	31
1.4.1. Estrutura, recursos físicos e materiais	32
1.4.2. Recursos humanos	33
1.4.3. Análise da gestão e produção de cuidados	33
2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL <i>MAJOR</i>	36
2.1. Problemática: Segurança da Pessoa em Situação Crítica durante o transporte	39
2.2. Enquadramento Conceptual e Teórico	44
2.2.1. Modelo para a mudança da prática baseada na evidência.....	44
2.2.2. A filosofia da excelência e poder na prática de enfermagem	48
2.2.3. O transporte de Pessoa em Situação crítica.....	52
2.2.4. A competência.....	64
2.2.5. Qualidade e segurança dos cuidados	66
2.3. Diagnóstico de Situação	70
2.4. Objectivos.....	80
2.5. Planeamento e Execução	81
2.6. Avaliação e Resultados.....	87
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	89

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem	90
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem	106
CONCLUSÃO	117
BIBLIOGRAFIA.....	120

INTRODUÇÃO

Inserido no V Mestrado em Enfermagem (ME), na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), na vertente da Pessoa em Situação Crítica (PSC), elaborámos este relatório de estágio de carácter profissional-académico com o título: **“Transporte do doente crítico: perspectiva da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem”**.

Incluído no 2º ano do ME-EEMC-PSC, foi ministrado pela Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (AESES), nomeadamente a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora a qual se assume como instituição proponente e incumbida de submeter a candidatura à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES), bem como respectivo registo na Direcção-Geral de Ensino Superior (DGES), publicação em Diário da República e submissão de eventuais propostas. Tal está regulamentado pela AESES (2018) tendo em vista o desenvolvimento e complementaridade do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior instituído pelo Decreto-Lei nº 74/2006, e 24 de Março, alterado por 5 vezes, sendo o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto a última rectificação, com republicação e demais legislação aplicável, designadamente ao que concerne ao ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em enfermagem (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

O presente relatório pretende objectivar o processo formativo do ME, essencial à obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista em EMC (EEEMC), atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE), assim como a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem após a aprovação nas provas de defesa pública deste mesmo relatório.

O grau de mestre capacita uma especialidade profissional pelo aperfeiçoamento científico e teórico-prático, de forma a melhorar a compreensão e resolução de problemas em situações e contextos desafiantes (OE, 2019). Nesta perspectiva o presente relatório objectiva a descrição e reflexão crítica pela sistematização e fundamentação do processo de aquisição, aprofundamento e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), competências específicas do EEEMC, especificamente em relação à PSC (OE, 2018) e as competências necessárias à obtenção de grau de mestre em Enfermagem (AESES, 2018).

A competência em Enfermagem influenciada pelos atributos, atitudes e experiência pessoal/profissional, assume-se como um juízo clínico e tomada de decisão em contexto prático, sendo específicas ao campo de intervenção (OE, 2019).

O curso de Mestrado em Enfermagem em associação integra duas partes, o curso de especialização organizado em unidades curriculares (60 ECTS) e por um estágio final de índole profissional (24 ECTS) e respectivo relatório (6 ECTS), que o presente relatório final integra (Unversidade de Évora, 2019).

Ao abrigo do artigo 45º do Decreto-Lei 115/2013 de 7 de Agosto, com as respetivas alterações, e com republicação no Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto, o estágio em enfermagem à PSC em contexto de urgência e emergência, foi creditado pela aquisição de competências e conhecimentos relativos à prática profissional de 16 anos em contexto de urgência e emergência com funções de chefia e coordenação de equipa (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

O estágio final realizou-se na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Centro Hospitalar (CH) de Setembro de 2021 a Janeiro de 2022, em regime de roulement e de acordo com as horas totais previstas. Tanto o estágio final como o presente relatório foram orientados pedagógica e clinicamente pela Professora Doutora Dulce Santiago e a EEEMC-PSC A. C. respectivamente.

Em conformidade com as competências de enfermeiro especialista e sob orientação pedagógica, definimos como temática de investigação, a segurança e a qualidade dos cuidados à PSC. Nesta perspectiva foi planeada e aprovada pela Docente Orientadora (Anexo A) uma Intervenção Profissional *Major* (IPM) enquadrada nas linhas orientadoras do Estágio Final, que realça a ocorrência de Eventos Adversos (EA) durante o Transporte do Doente Crítico (TDC), bem como a planificação de medidas

que permitam a antecipação dos cuidados prestados com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e conseqüente segurança do doente (Apêndice F). Esta é essencial na qualidade dos cuidados de saúde, definindo-se como o resultado das intervenções que permitem evitar, prevenir ou melhorar os EA (Rigobello et al, 2012).

A especificidade do tema foi igualmente influenciada por pertencermos à equipa de transporte secundário do CH e por sugestão das Enfermeiras Coordenadoras da UCI e do SUG, como forma de melhorar e potenciar a qualidade e segurança dos cuidados durante o TDC, tanto à PSC como a toda a equipa de transporte, sendo considerado um tema pertinente e fortemente aplicável e transversal a todos os serviços do CH mas principalmente à nossa área de actuação profissional e académica. A transferência de doentes entre instituições de saúde é no panorama actual uma necessidade incontestável e inevitável, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior ou para a realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento (MCDT's) não possíveis no serviço/instituição de origem (Gonçalves da Graça et al, 2017). Apesar desta necessidade, a díade risco/benefício é ponderada durante o planeamento do TDC, de modo a ser assegurado um nível de cuidados igual ou superior ao serviço de origem (Ordem dos Médicos (OM) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (2008), salvaguardando a qualidade e segurança dos cuidados até ao serviço receptor (Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA), 2015). O período peri-transporte é susceptível a complicações e eventos que podem agravar o estado clínico da PSC ou mesmo provocar a sua morte (Lopes e Frias, 2014).

Pela qualidade dos cuidados e conseqüente segurança do doente é importante a inclusão de enfermeiros especializados, com competências avançadas e específicas na coordenação e gestão do TDC, baseando a sua actuação na avaliação e evolução clínicas, determinando e resolvendo potenciais riscos para a PSC e equipa de transporte (Lakanmaa et al, 2015). Esta equipa deve ser fixa, completa e com formação específica na área do TDC, aliando o uso de protocolos institucionais que sistematizam os cuidados, favorecendo uma prática segura e eficaz (Santos et al, 2019). Segundo Williams et al. (2020), a utilização de *checklists* diminui a ocorrência de EA em 25%, melhorando a eficácia do TDC e respectiva segurança da PSC.

No contexto clínico em que a IPM foi desenvolvida, constatou-se a ausência de uma sistematização no planeamento e mesmo nos cuidados directos prestados durante o TDC quer secundário, quer terciário. Esta ausência é geradora de stress, tanto para a

equipa de transporte como para o próprio doente pelo sentimento de insegurança e complexidade que engloba o transporte deste e toda a parafernália tecnológica e logística inerentes. Esta situação sendo transversal a todo o CH, carece de uniformização e sistematização na efectivação do TDC, potencializando consequências e riscos acrescidos para a qualidade e respectiva segurança dos cuidados prestados.

A realização desta IPM assentou na filosofia de Patrícia Benner (2001) – *“De principiante a Perito: excelência e poder na prática clínica e enfermagem”* e no modelo teórico de Larrabee (2011) – *“Modelo para a mudança da Prática Baseada na Evidência”*, que suportam o processo de aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de competências. Como linha orientadora adoptou-se a metodologia de projecto desenvolvida por Ruivo et al. (2010).

O presente relatório é assim baseado em três objectivos principais:

1. Caracterizar o contexto clínico do estágio final e respectiva IPM
2. Divulgar todas as etapas da IPM realizada e implicações futuras
3. Perscrutar de forma fundamentada e criteriosa o processo de aquisição, desenvolvimento e aprofundamento das competências comuns ao Enfermeiro Especialista, das específicas do EEEMC-PSC e das competências de Mestre em Enfermagem

O presente relatório está organizado em três capítulos principais. O primeiro capítulo descreve o contexto clínico do desenvolvimento da IPM e do Estágio Final relativamente ao enquadramento legislativo, organizacional, estrutural e recursos físicos, materiais e humanos, bem como a sua análise da gestão e produção de cuidados. O segundo capítulo descreve todo o processo da IPM, com a justificação da problemática identificada, definição de conceitos e modelos teóricos de sustentação e por fim toda a metodologia do projecto, diagnóstico de situação, objectivos, planeamento, execução e avaliação dos resultados sob análise crítica. O terceiro capítulo servirá de reflexão crítica e fundamentada ao processo de aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de competências comuns ao Enfermeiro especialista, específicas ao EEEMC-PSC e conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem.

Este relatório orientou-se pelas normas de referenciação bibliográfica da American Psychological Association (APA) na sua mais recente edição (7ª edição), na versão original em língua inglesa (APA, 2020).

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O estudo e intervenção profissional *major* realizados e descritos neste relatório, visa o TDC, que pela especificidade, é normalmente realizado pela UCI ou SUG. No entanto o TDC assume-se como uma problemática transversal a todo o hospital pela imprevisibilidade de certas patologias ou condições clínicas, pelo que existe uma escala de prevenção de enfermagem para acompanhamento da PSC ao transporte secundário e terciário. A IPM, foi realizada com a colaboração desta equipa e por ambos os serviços acima descritos.

Entendemos assim como necessário, descrever de modo conciso a contextualização clínica, no seu enquadramento legislativo, organizacional, estrutural, de recursos (físicos, materiais e humanos) e a sua gestão e produção de cuidados.

1.1. Centro Hospitalar

O CH insere-se numa cidade capital de distrito, sendo um hospital capacitado com as valências de medicina interna, pediatria, neonatologia, ginecologia e obstetrícia com bloco de partos, psiquiatria, neurologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, oftalmologia, otorrinolaringologia, estomatologia, dermatologia, urologia, ortopedia, gastroenterologia, cardiologia, hemodiálise e UCI. No âmbito do processo de empresarialização de alguns hospitais do Serviço Nacional de Saúde, o CH é convertido em Sociedade Anónima a 11 de Dezembro de 2002 (CH, 2021).

O CH tem a missão de prestar cuidados de saúde diferenciados à população dos concelhos de limitófres, promovendo assim a saúde de

“todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa” (CH, 2021, pg. online).

O CH desenvolve ainda actividades complementares, como as de ensino pré e pós-graduado, de investigação e de formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional (CH, 2021). Esta instituição

“trabalha para ser reconhecido como uma instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento em ambulatório e internamento, pretendendo diferenciar.-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o doente e assumindo-se como um centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação na prestação de cuidados de saúde” (CH, 2021, pg. online).

1.2. Serviço de Urgência Geral

Segundo o despacho nº 10319/2014 (MS, 2014), a rede de Serviço de Urgência é constituída por três níveis de resposta tendo em conta a ordem crescente de recursos e respectiva capacidade de resposta:

- a) Serviço de Urgência Básico (SUB), como primeiro nível de acolhimento a situações de urgência de maior proximidade das populações, constituindo um nível de abordagem e resolução de situações mais simples e comuns.
- b) Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), como segundo nível assistencial a situações de urgência, localizando-se em rede e geograficamente em apoio aos SUB's. Deverá referenciar para o Serviço de Urgência Polivalente

(SUP) sempre que se justifique um nível assistencial superior ou diferenciado ou mesmo para realização de MCDT's.

- c) Serviço de Urgência Polivalente (SUP), como terceiro e último nível assistencial, é o mais diferenciado a responder a situações de Urgência e Emergência, devendo oferecer resposta eficaz e em tempo útil.

O SUG do CH é deste modo, uma urgência médico-cirúrgica, com valências diferenciadas, nomeadamente ortotraumatologia, reanimação cardio-respiratória e de suporte de vida, dispondo de Via Verde AVC e Via Verde Coronária (CH, 2021).

Engloba assim três áreas de actividade:

- ✓ Emergência Pré-Hospitalar: através da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) com equipa e coordenação próprias
- ✓ Área de ambulatório
- ✓ Internamento (curta duração)

Como serviço de urgência colabora com as Autoridades de Saúde Pública, Judiciais e Policiais, complementando as funções das mesmas no âmbito da Saúde Pública e da Medicina Forense (CH, 2021).

O SUG desenvolve a sua actividade na prestação de cuidados a todos os doentes adultos urgentes e emergentes que recorrem ao SUG, prestando-lhes cuidados adequados à sua condição física ou psíquica, articulando-se com outras estruturas institucionais estatais e não estatais que actuam no Serviço Nacional de Saúde (SNS) directa ou indirectamente, desde o pré-hospitalar até ao hospitalar (CH, 2021).

A missão do SUG é a melhoria e o bem-estar dos doentes através de cuidados de qualidade, eficientes e humanização da equipa multidisciplinar. Desenvolve ainda novas formas de organização do serviço, de modo a suprimir barreiras entre profissionais de saúde, o seu trabalho, e os doentes com respectivas famílias, de forma a renovar, e promover a confiança dos doentes no CH (CH, 2021).

1.2.1. Estrutura, recursos físicos e materiais

O SUG do CH situa-se no piso 0 do hospital, estando incluído na Rede Nacional de Referenciação de Urgências como urgência médico-cirúrgica. Sendo um SUMC, integra as Vias Verdes de Acidente Vascular Cerebral e Coronária de modo contínuo ao longo das 24h diárias. Para além disso, dispõe das valências de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, cardiologia, neurologia, patologia clínica, medicina intensiva, imunohemoterapia e diálise. As valências de imagiologia e gastroenterologia são asseguradas de 2ª.feira a domingo das 9h-24h e 9h-22h respectivamente. As especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia são asseguradas de 2ª a 6ª feira, das 8h-14h. Apesar de tudo, quando necessário, recorremos a hospitais de referência da área metropolitana de Lisboa (CH, 2021).

Quanto ao espaço físico, o SUG encontra-se dividido em duas áreas distintas: área do doente respiratório e área do doente não respiratório. Esta distinção é feita através de uma pré-triagem, em que os critérios são a febre, tosse ou dispneia. Ambas as áreas subdividem-se em duas áreas distintas, ambulatório e Serviço de Observação (SO).

À admissão administrativa do doente no SUG, segue a triagem de Manchester, que não devendo demorar mais que 3 minutos, estabelece prioridades de atendimento e encaminhamento relativamente à queixa e sintomas referidos e/ou observados.

Existem assim:

- ✓ Na zona de doentes não respiratórios, 4 balcões médicos, uma sala de observação, 1 balcão de medicina/neurologia, 1 de psiquiatria, 1 sala de gessos/balcão de ortopedia, 1 sala de pequena cirurgia, 1 sala de tratamentos, 1 sala de electrocardiograma, 1 laboratório e 1 sala de reanimação que comporta 2 doentes em simultâneo mas que por vezes apresenta 3,4, e 5. Área de internamento (SO) com capacidade para acolher 28 doentes.
- ✓ Na zona de doentes respiratórios, 3 balcões médicos, 1 sala de colheita e 1 sala de triagem, 1 sala de exames de imagem, 1 sala de isolamento, 1 sala de observação com capacidade para 3 doentes, 1 sala de reanimação com capacidade apenas para 2 doentes, 1 sala de tratamentos com capacidade para 6 doentes em maca e 6 em

cadeirão e uma sala de oxigenoterapia com capacidade para 4 doentes em maca e 7-8 doentes em cadeirão. Área de internamento (SO) com capacidade para 8 doentes.

1.2.2. Recursos humanos

O SUG do CH, tem uma equipa fixa de 5 subequipas de Enfermagem e Assistentes Operacionais (AO) e uma equipa médica que se subdivide em 5 equipas médicas, que laboram em horário rotativo consoante a escala e especialidade respectiva. Cada equipa médica e de enfermagem possui um chefe de equipa que coordena e gere os recursos durante o turno.

A equipa de enfermagem actualmente é constituída por mais de 100 enfermeiros, com diversas vinculações à instituição.

A direcção do serviço é assegurada em horário fixo pelo Médico Director de Serviço. Por outro lado, a coordenação e gestão do serviço é assegurada por uma Enfermeira Coordenadora, especialista em enfermagem de reabilitação, apoiada pelo segundo elemento especialista em enfermagem médico-cirúrgica. A gestão do Atendimento ao Doente Respiratório (ADR) está sob a responsabilidade de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Os restantes elementos de enfermagem distribuídos pelas 5 subequipas laboram em horário rotativo (*roulement*) durante 24h por dia, 7 dias por semana. A coordenação de cada uma destas equipas é realizada por um enfermeiro com especialidade e experiência em contexto de urgência. Os restantes enfermeiros especialistas estão divididos equitativamente pelas subequipas tendo em conta a sua área de especialização.

Relativamente aos elementos de ligação ao Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA), existe 1 por cada equipa e uma enfermeira como elo de ligação à Comissão para a Qualidade e Segurança do Doente. Existe um enfermeiro responsável

pelo risco geral, dois pelo risco clínico, um pela formação e dois com funções na implementação do Plano de Catástrofe Externa.

A equipa de enfermagem tem tido uma tendência de rejuvenescimento, que se traduz numa inexperiência tanto expectável como preocupante, sendo que:

- ✓ 20% Têm menos de 1 ano de experiência profissional
- ✓ 25% Têm menos de 5 anos de experiência profissional
- ✓ 23% Têm entre 5-10 anos de experiência profissional
- ✓ 16% Têm entre 11-20 anos de experiência profissional
- ✓ 4% Têm mais de 20 anos de experiência profissional

Afectos aos turnos da Manhã, Tarde e Noite estão escalados 18, 18 e 17 enfermeiros respectivamente, assegurando a totalidade dos postos de trabalho do SUG actual. É recorrente os rácios enfermeiro-doente não serem os desejáveis, assim como o facto de o número de enfermeiros ser na maioria das vezes inferior ao preconizado.

A equipa de AO é constituída por setenta e cinco funcionários, divididos em cinco equipas que acompanham o *roulement* de enfermagem. Nestas equipas existem AO cuja função de maqueiro, se diferencia dos restantes.

Outros profissionais constituintes do SUG são: 2 administrativos com funções de secretariado, sete técnicos de cardio-pneumologia, quatro funcionárias fixas ao gabinete de utente e 20 administrativos no gabinete de admissão ao SUG.

1.2.3. Análise da gestão e produção de cuidados

O SUG do CH assume-se como hospital distrital com área de abrangência acima descrita. Centralmente localizado na cidade, é considerado pela população local e limítrofe como a referência dos cuidados de saúde, incluindo os primários (CH, 2021b).

Desde 2007 e após o aumento da área geográfica de abrangência, o SUG do CH tem vindo a aumentar a sua área física e principalmente, embora de modo gradual, a sua equipa de pessoal afecto ao serviço. Porém em 2020 com a situação pandémica, este

aumento foi exponencialmente alto em cerca de 29% em relação a anos transactos. Apesar deste reforço de recursos humanos transversal a todas as categorias, ainda não foram atingidos os rácios de dotações seguras de cuidados hospitalares (CH, 2021b).

O SUG através do Director e Coordenadora de Serviço mantém o incentivo às actividades formativas, de ensino e de investigação (CH, 2021b).

O SUG tem uma média de afluência diária de 253 episódios de urgência, em que através da triagem de Manchester se consegue concluir em termos de gravidade que:

- ✓ 0,5% Emergentes (vermelho)
- ✓ 11,6% Muito Urgentes (laranja)
- ✓ 47,5% Urgentes (amarelo)
- ✓ 34,7% Pouco Urgentes (verde)
- ✓ 2,4% Não Urgente (azul)
- ✓ 3,4% Referenciado (branco) (CH, 2021b)

A destacar que 59,6% dos doentes são considerados urgentes e 37,1% não urgentes podendo ser referenciados para os cuidados de saúde primários (CH, 2021b).

O turno com maior afluência é a segunda-feira das 8h-16h30. Este valor diminui a partir das 00h00 de sábado até segunda-feira onde se inicia novo ciclo (CH, 2021b).

Relativamente à admissão ao SUG, 57,22% recorrem por iniciativa própria, enquanto 38% vêm referenciados via CODU ou Saúde 24 (CH, 2021b).

O SUG do CH é um serviço de acesso de doentes a cuidados especializados essencialmente em ambulatório, pelo que é expectável o mínimo tempo possível de permanência neste, desde a admissão até estabilização/diagnóstico, sendo encaminhados com alta clínica ou internamento. Em média são referenciados entre 40-50% dos utentes para os cuidados de saúde primários (CH, 2021b).

Relativamente ao internamento de curta duração (SO), a lotação oficial de 12 camas é por razões óbvias insuficiente pela área de abrangência populacional acima descrita. A taxa de ocupação anual ronda os 226,5% (CH, 2021b).

O SUG do CH para além da actividade assistencial, está incluído no Plano de Contingência Global e Plano de Catástrofe Externa do CH, bem como no próprio Gabinete de Crise (CH, 2021b).

Apesar de todas as vicissitudes, o CH mantém uma cultura de gestão de risco implementada através da realização de Relatos de Incidente Clínico, com propostas de acção correctivas. É feito regularmente o levantamento dos riscos clínicos e não clínicos pelos gestores locais para que através da sua análise sejam implementadas medidas correctivas e preventivas. A comissão da qualidade promove auditorias internas de modo a melhorar o funcionamento e eficiência do SUG (CH, 2021b).

1.3. Equipa de Enfermagem do TDC

O TDC e segundo o despacho nº 5058-D/2016, deve ser articulado entre o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e os estabelecimentos hospitalares, sob coordenação dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

Deste modo deverá ser determinada a necessidade e a composição da equipa de acompanhamento em função de critérios objectivos, com a aplicação de grelhas de avaliação para o transporte intra e inter-hospitalar (Anexo B), devendo estas estar afixadas nos serviços em local visível (CH, 2016).

Os resultados da aplicação dessa grelha (pontos atribuídos em função do estado clínico do doente e/ou risco previsível), definem o nível de gravidade do doente em A, B ou C. Desta forma é determinada a necessidade de acompanhamento, monitorização, equipamento e o próprio veículo de transporte, não desresponsabilizando contudo, o médico que toma a decisão de transferir o doente em circunstâncias em que o nível dos cuidados deverá ser mantido ou aumentado (CH, 2016).

A PSC é por regra geral um doente nível C, pelo que a preparação do TDC deverá seguir a Lista de Verificação para o Transporte Secundário (Anexo B). É esta lista que pretendemos actualizar e melhorar com a realização desta IPM (Apêndice A).

O formulário de transporte do doente crítico (Anexo D), deverá ser preenchido pela equipa de transporte, resumindo o processo de transporte, sendo arquivado no *dossier* de transporte que se encontra no SUG do CH, para auditoria (CH, 2016).

1.3.1. Estrutura, recursos físicos e materiais

A equipa de transporte deverá ser preferencialmente constituída por elementos dos próprios serviços com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV). Tanto a área de obstetrícia e neonatologia pela sua especificidade, como a Equipa Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI) pelo seu regulamento próprio, o transporte de doentes é realizado pelos próprios profissionais dos serviços (CH, 2016). No SUG do CH existe uma escala de prevenção de enfermeiros que apoia os serviços, sendo regulamentada pelo “*Regulamento da Escala de Prevenção de Enfermeiros*” (CH, 2019a).

O equipamento necessário para o TDC está uniformizado para todo o CH, competindo a cada serviço a disponibilização de equipamento extra/específico da sua área clínica, eventualmente necessário durante a transferência. A verificação do material de transporte e malas de apoio ao transporte, são da responsabilidade dos chefes de serviço ou a quem delegue tais funções, sendo realizada uma vez por mês (CH, 2016).

A activação do enfermeiro de prevenção é realizada através do chefe de equipa de enfermagem do SUG após confirmação da hora de chegada do transporte. O contacto é feito através da central telefónica do CH, devendo o elemento que estiver de prevenção apresentar-se em trinta minutos (CH, 2019a).

Os enfermeiros que constituem a escala de prevenção comprometem-se a disponibilizar um contacto telefónico que esteja sempre acessível nos períodos de prevenção. Este contacto estará junto à escala de prevenção. O registo biométrico deverá ser realizado na chegada ao hospital e quando termina o transporte (CH, 2019a).

Após cada transferência, é responsabilidade do enfermeiro que a realizou, a reposição de todo o material e medicação utilizados, bem como a arrumação do equipamento no devido local. Apesar desta diligência, está estipulado pelo mesmo regulamento que ao dia 20 de cada mês no turno da tarde, deverá o enfermeiro escalado nesse dia verificar a constituição e operacionalidade de todo o material de apoio ao TDC, devendo repor se necessário e selar (CH, 2019a).

1.3.2. Recursos humanos

A escala de prevenção é constituída e assegurada por 12 enfermeiros do CH. Estes devem corresponder aos seguintes critérios:

- a) Possuir mais de 36 meses de exercício profissional
- b) Nos últimos 36 meses ter exercido funções no SUG e/ou SUPE, UCI, VMER
- c) Formação na área do doente crítico – SAV, SAV pediátrico, Suporte Avançado em Trauma (SAT), TDC (CH, 2019a)

A escala de prevenção é assegurada nos turnos da tarde (16h-23h) e noite (23h-8h) nos dias úteis e durante 24h nos fins-de-semana e feriados. Esta é elaborada pelo enfermeiro coordenador do SUG ou por quem o substitua, com base nas disponibilidades manifestadas pela equipa de prevenção (CH, 2019a).

1.3.3. Análise da gestão e produção de cuidados

Na 1ª Auditoria realizada em 2011, fez-se a recolha de todos os formulários de transporte de doentes (Anexo D) existentes no SUG. No entanto não está explícito a que períodos de tempo se referem. Nesta auditoria, apenas foram caracterizados os doentes críticos da amostra total (131). Deste modo, através da análise de 131 formulários, constata-se que:

- ✓ 61% São doentes críticos
- ✓ 36% Foram transportados para o Hospital Garcia d’Orta
- ✓ 84% São doentes do foro médico
- ✓ 11% São doentes do foro traumático
- ✓ 5% São doentes do foro cirúrgico
- ✓ 61% Apresentavam ventilação mecânica (54% invasiva)

- ✓ 21% Apresentavam Catéter Venoso Central
- ✓ 12% Apresentavam Catéter Venoso Central e linha arterial
- ✓ 3% Dos doentes apresentaram agravamento da escala de coma de Glasgow
- ✓ 3% Dos doentes apresentaram melhoria na escala de coma de Glasgow
- ✓ 79% Mantiveram-se estáveis durante o transporte
- ✓ 21% Apresentaram instabilidade hemodinâmica superior a 30mmHg
- ✓ 88% Dos doentes mantinham terapêutica em curso
- ✓ 44% Foram efectuados procedimentos

1.4. Serviço de Cuidados Intensivos

A UCI foi inaugurada em 1985 e posteriormente renovada em 2014. Classificada em nível III, de acordo com a Direcção Geral de Saúde (DGS), tratando-se de uma unidade polivalente, que aborda doentes médicos, cirúrgicos, cardíacos, neurocríticos e vítimas de trauma. Tem atribuído o nível B de idoneidade pelo Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos, sendo reconhecidos os requisitos estruturais e funcionais necessários (CH, 2021).

Possui características definidas pela DGS e pelas Sociedades de Medicina Intensiva Nacional e Europeia que assumem a sua capacidade estrutural, técnica e científica, assim como a estrutura organizacional com responsabilidade integral em doentes críticos com disfunção múltipla de órgãos. Integrada no departamento de Anestesiologia do CH, tem por missão a prestação de cuidados de qualidade a doentes críticos, garantindo o acesso e a resposta adequada às solicitações (CH, 2019b).

Deste modo a sua acção engloba a prestação de cuidados atempados a doentes cuja situação clínica se deteriora com agravamento das funções vitais e risco de vida, tanto em doentes internados em enfermarias médicas e cirúrgicas, como para utentes assistidos pelas vias verdes e urgência geral. Deste modo o raio de actuação estende-se ao exterior do espaço físico da UCI, através da activação da EEMI em todas as áreas comuns do CH e enfermarias, excepto o SUG (CH, 2019b).

Os objectivos da UCI passam por melhorar a acessibilidade, promover a qualidade do desempenho assistencial, garantir a actualização dos seus profissionais e a modernização dos equipamentos, mantendo elevado nível de eficiência (CH, 2019b).

Como valores defendidos nos cuidados de saúde prestados (CH, 2019b):

- ✓ Prestação de cuidados de saúde humanizados, com garantia de equidade e respeito pelos direitos do doente.
- ✓ Primazia da segurança das instalações e equipamentos e da prestação de cuidados
- ✓ Preocupação com o exercício ético na medicina, valorizando, respeitando a vontade e a qualidade de vida dos doentes.
- ✓ Garantir a qualidade dos cuidados prestados atempadamente.

1.4.1. Estrutura, recursos físicos e materiais

A UCI situa-se no primeiro piso do CH. Após a porta de entrada activada apenas através de código numérico, é possível verificar no lado direito o armazém e no lado contraposto a sala de passagem de turno médico. Avançando, e do lado esquerdo encontra-se ainda a sala da Enfermeira coordenadora, a copa e duas unidades individuais. Estas são as privilegiadas para diversos isolamentos. Em frente do lado direito encontra-se a zona de trabalho, com balcão para registos, preparação de material e medicação. Terminando o corredor, estão as restantes 5 unidades em “*open space*” cada uma equipada com um armário com material individualizado, ventilador e monitor.

É considerada uma unidade polivalente, possibilitando o internamento de 12 doentes, 7 no 1º piso com 2 quartos de isolamento por pressões negativas e 5 no 3º piso, actualmente reservados a doentes com patologia a SARS-Cov2. Decorrente da situação pandémica foi necessário disponibilizar esta “nova” unidade para aumentar o número de vagas de doentes críticos, diferenciando os doentes com teste de Covid positivo e não detectável. Assim, foi criada uma UCI Covid no 3º piso do hospital tendo a capacidade para 5 doentes sendo a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais a mesma da UCI não Covid. Decorrente do elevado número de enfermeiros por equipa, do crescente

número de situações de instabilidade é imperativo que o enfermeiro especialista utilize as competências éticas, relacionais, comunicativas, de gestão e científicas para actuar pronta e eficazmente na área do doente crítico e respectiva família.

1.4.2. Recursos humanos

A equipa é constituída por uma equipa de enfermagem, assistentes operacionais e médica. A unidade é composta por 47 enfermeiros, sendo a enfermeira chefe especialista em enfermagem comunitária, 10 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 5 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Existem 6 equipas com 7-8 elementos, em que o chefe de equipa e o segundo elemento são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Os enfermeiros especialistas em reabilitação, realizam a sua intervenção de especialistas durante o turno da manhã e tarde, sendo extranumerários aos elementos destacados para assegurar os restantes cuidados durante o turno. Em todos os turnos preconiza-se existirem 7 enfermeiros, em que 3 têm atribuídos 2 doentes, um é o chefe de equipa e apenas tem um doente. Os 7 elementos encontram-se distribuídos pela unidade do 1º piso (4 enfermeiros) e do 3º piso (3 enfermeiros). A equipa de assistentes operacionais é constituída por 28 elementos realizando 7 o turno da manhã, 5 o turno da tarde e 4 o turno da noite, distribuídos pelas duas unidades consoante as necessidades do serviço.

1.4.3. Análise da gestão e produção de cuidados

Para além da prestação de cuidados a doentes em estado crítico, a UCI desenvolve a actividade da consulta de *Follow-Up* aos doentes internados na UCI, para avaliação de complicações e fragilidades decorrentes da sua doença (CH, 2019b).

Como membro da rede de referência hospitalar de cuidados intensivos (área geográfica envolvente), tem como objectivo a gestão do doente crítico no CH, em que os médicos intensivistas gerem todo o processo assistencial e do sistema de resposta ao doente crítico, exercendo igualmente funções de consultadoria a outras especialidades em benefício do doente. É expectável que tais diligências sejam realizadas de forma integrada e facilitadora, antecipando e suportando eficazmente as doenças e suas complicações, que ponham em risco a segurança do doente, evitando a progressão e minimizando o tempo de internamento em UCI, reduzindo o tempo de internamento na sua globalidade e consequentemente nos custos do tratamento (CH, 2019b).

O desempenho geral da UCI refere-se ao total de doentes tratados em UCI com uma média anual de 650 doentes. Deste número dividem-se os doentes com patologia médica (70,4%), cirúrgica electiva (10,6%) e cirúrgica urgente (19%). Mais especificamente o doente politraumatizado tem uma prevalência de 4,9% ao ano, os neurocríticos 12%, os cardíacos 19,6% e os oncológicos 20,1% (CH, 2019b).

A admissão em UCI, tendo em conta a origem do doente, constata-se que:

- ✓ Serviço de Urgência/hemodinâmica - 158 doentes
- ✓ Blocos operatórios – 92 doentes
- ✓ Unidade de Cuidados Intermédios – 55 doentes
- ✓ Enfermarias – 44 doentes
- ✓ Transferências de outros hospitais – 19 doentes (2019b),

Relativamente aos índices de gravidade de doentes internados, mantem-se uma tendência anual de um aumento sucessivo da gravidade dos mesmos, que se repercute no aumento da mortalidade, atingindo valores próximos dos 30% (CH, 2019b).

Tem-se registado igualmente um aumento do número de MCDT's realizados em contexto de UCI, nomeadamente de técnicas e exames cardiológicos e nefrológicos, que resultam numa maior diferenciação técnica dos profissionais da UCI pelo consequente aumento da complexidade dos doentes tratados na UCI (CH, 2019b).

Segundo o CH (2019b) relativamente à EEMI, têm uma taxa de activação próxima de uma por dia, com um total anual de 354 doentes atendidos/socorridos

A prevalência do serviço requisitante é assim descrita por ordem:

- ✓ Enfermarias Médicas – 85 doentes
- ✓ Unidade de Cuidos Intermédios – 80 doentes
- ✓ Espaços Comuns – 80 doentes
- ✓ Unidades de técnicas – 35 doentes
- ✓ Enfermarias cirúrgicas – 25 doentes
- ✓ SUG – 15 doentes
- ✓ Exames auxiliares – 10 doentes

Existe nesta UCI desde 2002 o gabinete de Colheita de Órgãos e Tecidos para Transplantação, sob alçada do Gabinete Coordenador de Colheita de Órgãos e Tecidos de um Centro Hospitalar Central. Esta coordenação é da responsabilidade do médico da UCI, pois a competência de detecção e manutenção do potencial dador de órgãos é uma prática inerente às funções do especialista em Medicina Intensiva (CH, 2019b).

A UCI tem o seu plano de formação interno estruturado, bem como a calendarização para o acolhimento de estágios académicos e formação profissional.

Na UCI são avaliados de forma contínua alguns indicadores de qualidade, tendo em conta a sua relevância em termos de qualidade e eficiência a saber:

- ✓ Estrutura/acessibilidade (admissões atrasadas por falta de vaga, atraso da alta/transferência de serviço/adiamento de cirurgia programada)
- ✓ Processo/segurança e efectividade (incidência de extubação não programada, taxa de reintubação traqueal, taxa de incidência de úlceras por pressão)
- ✓ Processo/controlo de infecção (incidência de Pneumonia associada ao Ventilador, de bacteriemia associada ao Cateter Venoso Central e de infecção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA))
- ✓ Resultados/segurança, efectividade e eficiência (taxa de readmissão menos de 48h, razão da mortalidade).

A gestão de risco, é anualmente elaborada pelo levantamento de riscos, baseado na análise dos relatos de incidentes ocorridos. Após apreciação, são implementadas acções planeadas com o objectivo de reduzir ou evitar novas ocorrências.

2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

Neste capítulo iremos abordar a IPM, como sendo um tópico de destaque no presente relatório. A intervenção é realizada em prol de um bem maior e comum, através de uma metodologia de projecto que orienta os conceitos fundamentais do planeamento em saúde, resolução de problemas e aquisição de conhecimentos e competências em situações concretas e reais (Ruivo et al, 2010). Desta forma a teoria, a investigação e a prática convergem no conhecimento e evidência científicos na construção da excelência dos cuidados de enfermagem (Brykczynski, 2004).

Segundo a OE (2001), a disciplina de enfermagem engloba a excelência do cuidar de pessoas que vivem no limiar entre a saúde e a doença, necessitando de ajuda para a satisfação das necessidades humanas básicas. Tais cuidados são muitas vezes prestados de forma emergente mas sempre salvaguardando a holicidade do doente e a sua indissolubilidade de valores, crenças, personalidade e influências ambientais. Assim sendo, a excelência dos cuidados incide uma intervenção complexa e holística sobre a pessoa e o ambiente que a rodeia (OE, 2001).

Tal complexidade implica uma necessidade de aprofundamento de competências e conhecimentos, pelo que a prestação de cuidados se torna cada vez mais especializada, diferenciada e direccionada a áreas específicas da enfermagem (OE, 2001).

Nesta perspectiva, a dignidade humana deve ser respeitada, assumindo-se como um direito do doente internado durante o tratamento. Como ser individual e único é dotado de valores e crenças que devem ser valorizados e respeitados (DGS, 2005).

Em situações de emergência e *stress*, pela sua criticidade, nem sempre é possível promover o direito de autonomia nas decisões do processo terapêutico pelo doente. O consentimento informado e esclarecido é muitas vezes substituído pelo princípio da beneficência e da não maleficência, promovendo o bem do doente não causando dano ou mal ao doente (Archer et al, 1996). O limiar entre a vida e a morte é muito ténue, exigindo do enfermeiro uma intervenção baseada na evidência, sustentada por

conhecimentos e competências. A tomada de decisão adequada deve assentar, sempre que possível, na vontade e valores do doente, mesmo que não seja o esperado pela equipa de saúde. A família deverá ser igualmente consultada como factor inerente ao doente e suas premissas pessoais. É responsabilidade do enfermeiro envolver a família do doente na tomada de decisão, bem como no apoio emocional a ambos (Nunes, 2007).

A ética e a responsabilidade são a base da humanização dos cuidados de enfermagem, tornando-se ainda mais aprimorados com a especialização dos mesmos (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – REPE (OE, 1996).

No panorama de saúde actual, a segurança dos doentes hospitalizados tem recebido uma atenção aumentada (Bambi & Day, 2010).

De modo a sistematizar globalmente a temática da segurança do doente, a OMS em 2004, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o objectivo de definir e identificar prioridades relativamente à segurança do doente. Este programa incide sobre a comunidade política de forma a criar um compromisso internacional de promoção da segurança do doente (Silva, 2010).

Em Portugal, na perspectiva de aumentar a segurança do doente, o Ministério da Saúde (MS), actualizou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 que se encontra estruturado em 5 pilares de objectivos estratégicos:

- 1 – Cultura e segurança
- 2 – Liderança e governança
- 3 – Comunicação
- 4 – Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente
- 5 – Práticas seguras em ambientes seguros (MS, 2021, pg. 99)

Este plano foi estruturado e adaptado à realidade portuguesa, pelas orientações internacionais da Organização Mundial de Saúde no seu plano de acção mundial para a segurança do doente 2021-2030, que tem como objectivos:

- 1 – Desenvolver políticas de saúde para eliminar danos evitáveis
- 2 – Criar sistemas de saúde de elevada confiança
- 3 – Garantir a segurança dos processos clínicos
- 4 – Envolver e capacitar os doentes e as famílias
- 5 – Motivar, educar e capacitar os profissionais de saúde
- 6 – Garantir a informação e a investigação
- 7 – Desenvolver parcerias, sinergias e solidariedade (DGS, 2021)

Nesta perspectiva, pretende-se aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde relativamente ao doente e profissionais de saúde (MS, 2021).

A implementação de protocolos de actuação pré-transporte, e simulações de actuação do TDC, permitem melhorar a segurança dos mesmos, potencializando a comunicação da equipa multidisciplinar. A *checklist* permite assegurar que nenhum dispositivo, material ou medicação sejam esquecidos (Warren et al, 2004).

De acordo com Kim et al. (2016), a simulação clínica é uma técnica educacional que permite a realização de cenários que reproduzem uma situação real, promovendo a aprendizagem centrada no doente. É uma representação de um evento de uma perspectiva clínica, permitindo lidar com uma ampla variedade de situações com diferentes graus de complexidade, bem como o desenvolvimento de múltiplas habilidades para a constante tomada de decisão complexa, prevenção de possíveis EA e estratégias que atendam às necessidades terapêuticas da PSC num ambiente totalmente seguro e controlado relativamente a riscos para profissionais e doentes (Glavin, 2016).

A simulação clínica é utilizada como estratégia de ensino ao aproximar-se da realidade, na qual o aluno efectivamente participa na construção do conhecimento, possibilitando uma avaliação profunda e a aquisição de habilidades psicomotoras, atitudes e habilidades cognitivas (Saionara Nunes de Oliveira et al, 2018). Barreto et al. (2014), sublinham ainda a importância da simulação clínica por permitir o desenvolvimento e aprofundamento do conteúdo teórico-prático, fomentando uma postura profissional pelo incremento da autoconfiança em relação à sua própria conduta.

Este relatório de estágio permitiu a análise e posterior resolução de problemas, através de várias técnicas que facilitam a recolha, obtenção e análise de informação. No entanto, este processo não é estanque, uma vez que existe uma flexibilidade dos procedimentos que se desenvolvem ao longo do trabalho, sendo este um processo dinâmico, adaptando-se e reorientando-se, sempre que pertinente (Leite et al, 2001).

Relativamente ao presente estudo, assumimos uma metodologia de projecto como forma de orientação à IPM através de 5 etapas distintas: diagnóstico de situação, definição de objectivos, planeamento e execução, divulgação e avaliação dos resultados (Ruivo et al, 2010). A filosofia e o modelo conceptual representam a base da IPM, assim como a fundamentação e descrição da problemática e respectivos de conceitos.

2.1. Problemática: Segurança da Pessoa em Situação Crítica durante o transporte

A segurança do doente é um factor preponderante relativamente à qualidade dos cuidados em saúde, sendo uma preocupação institucional e governativa (Fragata, 2011).

Segundo o Regulamento 429/2018, *“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE, 2018, pg. 19362). Estes doentes têm uma capacidade de adaptação e reservas fisiológicas para alterações súbitas praticamente nulas, ficando susceptíveis a grandes instabilidades à mínima ocorrência, tendo como desfecho a deterioração clínica ou mesmo a morte (ANZCA, 2015), (OE, 2017), (OM e SPCI, 2008).

Segundo estes autores, estas alterações, têm efeito multiplicativo no agravamento da situação clínica. Nesta mesma perspectiva, a PSC necessita de

“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 funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, pg.19362).

O doente tem direito a cuidados apropriados à sua condição de saúde, sendo um dever dos serviços de saúde. Estes devem ser acessíveis e pontuais, assegurando cuidados técnicos e científicos na melhoria da condição do doente (MS, 2015).

Devido à estruturação actual do Serviço Nacional de Saúde, na qual existem áreas de especialidade centralizadas nos centros urbanos, as instituições de saúde nem sempre conseguem ter capacidade de resposta às diferentes necessidades do doente, sendo muitas vezes necessário recorrer ao transporte secundário para instituições polivalentes (MS, 2015a). Droogh et al. (2015), na sua revisão bibliográfica, chegaram à conclusão que o número de transportes é susceptível de aumentar com a centralização de atendimento especializado. No estudo de Wiegersma et al. (2011), a principal

indicação para transporte foi a observação por especialista ou terapia avançada/especializada, à semelhança do que acontece no CH, as especialidades médicas de otorrino e oftalmologia são suprimidas fora do horário de expediente. Assim como não possui as especialidades de neurocirurgia, cirurgia cardíaco-torácica, cirurgia vascular, cirurgia plástica, cirurgia maxilo-facial e radiologia de intervenção.

Nesta perspectiva, segundo Reimer et al. (2015), uma em cada vinte admissões hospitalares, resulta em transporte inter-hospitalar, ou seja 5% dos doentes que recorrem ao SUG acabam por ser transportados para outras instituições. A necessidade do transporte inter-hospitalar tem vindo a aumentar, pelo facto de proporcionar ao doente o usufruto de práticas adequadas à sua situação clínica (Lacerda et al, 2011).

O transporte de doentes, pode ser uma ameaça à sua segurança (Joint Commission, 2016), ao sobrecarregar os sistemas de saúde pelo aumento de recursos humanos e materiais, duração e permanência aos cuidados prestados, aumentando igualmente a mortalidade inerente a toda a pressão acrescida (Reimer et al, 2015).

Segundo a OM e a SPCI (2008), o TDC envolve alguns riscos, contudo a sua justificação entre hospitais e/ou serviços prende-se com a necessidade de facultar um nível assistencial superior ou na realização de MCDT's, sendo fundamental reflectir sobre o risco/benefício desse transporte. A Intensive Care Society e a Faculty of Intensive Care Medicine (2019), justifica o TDC quando o nível de cuidados prestados aos doentes necessita de optimização ou existe défice de recursos materiais e de diagnóstico. Por seu lado, a OE (2017), sublinha que o nível de cuidados durante o TDC deverá ser igual ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o incrementar. Kulshrestha e Singh (2016) afirmam mesmo que o objectivo principal é providenciar o mesmo nível de cuidados de saúde, monitorização e intervenção como se o doente estivesse num serviço.

O TDC é definido como um ambiente de cuidados complexos e exigentes. A prestação destes cuidados pressupõe uma intervenção eficaz e precisa, permitindo evitar potenciais complicações e promover a segurança do doente (Gonçalves et al, 2018). Esta complexidade refere-se ao facto de se fazer deslocar uma PSC através de um percurso num clima menos controlado e com variáveis externas a esta e à própria equipa de transporte com todos os riscos inerentes ao estado clínico prévio (Beach et al, 2014).

A decisão de transportar um doente crítico é da responsabilidade do médico assistente, devendo equacionar o risco/benefício deste procedimento (OM e SPCI, 2008), (Veiga et al, 2019). Esta deve ser baseada na avaliação clínica do doente, na capacitação da equipa de transporte e na existência de recursos tecnológicos para garantir uma monitorização contínua (Silva et al, 2017), (Veiga et al, 2019).

Opinião semelhante tem Kulshrestha e Singh (2016), quando defendem que a decisão do transporte deverá ser baseada na dualidade risco/benefício, e o planeamento baseado na comunicação da equipa e no score de risco (Anexo B), são importantes para equacionar o risco do transporte, para o doente e equipa do TDC (SPCI e OM, 2008).

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2012), o transporte de doentes, significa a deslocação ou condução de doentes de um local para outro, através da utilização de veículos ou outros meios (cadeira de rodas ou maca). Deste modo existem três tipos de transporte de doentes:

- I. Transporte Primário ou Pré-Hospitalar, entre o local onde se dá o sinistro extra-hospitalar até à unidade de saúde apropriada
- II. Transporte Secundário ou inter-hospitalar, entre unidades de saúde
- III. Transporte Terciário ou intra-hospitalar, dentro da unidade de saúde

Segundo a OE e SPCI (2008), o TDC engloba assim as seguintes etapas:

- I. Decisão – acto médico, que responsabiliza o médico assistente e médico chefe de equipa/director de serviço. Devem ser equacionados os riscos inerentes ao doente e respectivo processo de transporte para benefício do primeiro
- II. Planeamento – em simbiose entre equipa médica e de enfermagem, devendo ser considerados a coordenação, comunicação, estabilização, equipa de transporte, equipamento, transporte e documentação. Deverão ser equacionados a escolha e o contacto com o serviço de destino pela avaliação do trajecto, distancia e tempo de transporte. A equipa de transporte deverá ser vocacionada para as necessidades do doente, assim como o equipamento e o meio de transporte. Deverão ser delineados os objectivos fisiológicos durante o transporte, assim como a previsão de potenciais complicações/Eventos Adversos (EA).
- III. Efectivação – a cargo da equipa de transporte, cuja responsabilidade técnica e legal só cessam no momento da entrega do doente ao médico do serviço destinatário ou no regresso ao serviço de origem.

Segundo o protocolo do transporte seguro (Brasil, 2015), a fase de Efectivação sub-divide-se em três fases:

- I. Pré-transporte – fase preparatória de toda a logística relativamente ao transporte, bem como à passagem do doente para a maca e equipamento de transporte, assim como a transferência de responsabilidades à equipa de transporte
- II. Transporte – corresponde ao transporte propriamente dito, ou seja a entrada em marcha, que se traduz na evacuação do serviço/instituição por maca/ambulância.
- III. Pós-transporte – corresponde à chegada à unidade hospitalar ou serviço de destino, com a entrega do doente e de toda a documentação. Esta etapa só termina definitivamente com o retorno em segurança da equipa de transporte e/ou doente ao hospital/serviço de origem, bem como o aprovisionamento correcto de todo o equipamento e realização de registos

Segundo o INEM (2012), o período em que decorre o transporte poderá ser de grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas. Ainda segundo Gonçalves da Graça et al. (2017), qualquer doente transportado tem risco de morbilidade e mortalidade aumentados. Nesta perspectiva, a qualificação técnica e experiência clínica são aspectos fulcrais para a promoção e garantia da segurança durante o TDC (OE, 2017).

Lakanmaa et al. (2015) referem que durante o TDC, o enfermeiro assume-se como o profissional de saúde com o papel principal na equipa multidisciplinar, ao coordenar e planear todo o procedimento.

O enfermeiro como membro principal da equipa de transporte, coordena o procedimento de transporte em todas as fases. Baseado no conhecimento, experiência e competências, consegue detectar riscos potenciais ao estado clínico da PSC, providenciando cuidados e monitorização com continuidade (Groves et al, 2011).

A mesma opinião têm Alizadeh et al. (2021, pg. 1) ao referirem que “juntamente com a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas e táticas, recursos humanos adequados e equipamentos adequados, podem melhorar a qualidade do transporte intra-hospitalar. Os enfermeiros são membros-chave da equipa de transporte e lideram-na. Eles são responsáveis por manter os pacientes seguros durante o transporte. Ao identificar eventos adversos e tentar modificar os fatores de risco, os enfermeiros podem melhorar a segurança dos pacientes”¹

A redução de incidentes e EA é considerado um desafio constante. Avaliações preventivas antes e depois do TDC deverão ser cuidadosamente planeadas relativamente ao estado clínico do doente, equipa de transporte e equipamento essencial para garantir a eficaz monitorização e suporte durante todas as fases do TDC. A equipa de transporte deverá estar preparada para agir em situações emergentes, providenciando todo o suporte e medidas acessórias necessárias e interventivas à ocorrência de EA. Um factor determinante para o sucesso do TDC é a competência teórico-prática da equipa envolvida nesta peculiar prestação de cuidados (Brunsveld-Reinders et al, 2015).

A presença de uma equipa de transporte treinada e equipada e a criação de protocolos institucionais relacionados com as várias fases do TDC, conduzem a práticas de cuidados mais seguras (Silva et al, 2017).

Mais uma vez e segundo Coimbra e Amaral (2016), a abordagem do enfermeiro à PSC durante o TDC, reveste-se de grande importância pois engloba uma avaliação diagnóstica e monitorização constantes, dando continuidade à qualidade dos cuidados, prevendo e detectando precocemente potenciais complicações e assegurando intervenções precisas, concretas, eficazes e em tempo útil.

Nunes (2009) conclui que o direito do doente a cuidados de qualidade, no qual a segurança é componente fundamental, exige que o transporte seja realizado com o menor risco e a maior segurança possível. Refere então, que o enfermeiro no seu processo de tomada de decisão, depois de avaliados os factores envolvidos, poderá, para bem do doente, recusar o seu acompanhamento enquanto não estiverem reunidas as

1 -“Along with the acquisition and improvement of technical and tactical skills, adequate human resources and appropriate equipment can improve the quality of intra-hospital transport. Nurses are key members of the transport team and lead the team. They are responsible for keeping patients safe during transport. By identifying adverse events and trying to modify risk factors, nurses can improve patients' safety”.

condições mínimas e desejáveis para que o transporte possa ser realizado em segurança e com o mínimo risco possível, quer para o doente, quer para os profissionais.

2.2. Enquadramento Conceptual e Teórico

Neste capítulo iremos descrever o Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência (MMPBE), de um modo sumário como potenciador da qualidade nos cuidados de saúde e respectiva segurança do doente.

Considerámos igualmente pertinente descrever a filosofia de enfermagem que espelha a evolução dos conhecimentos e aprendizagens do profissional de enfermagem, de principiante a perito, pela sua pertinência neste relatório e aquisição de novas competências que transformam o enfermeiro generalista em EEEMC-PSC, assim como a grau de Mestre em Enfermagem.

2.2.1. Modelo para a mudança da prática baseada na evidência

A prática baseada na evidência (PBE) implica um uso consciencioso da melhor evidência disponível associada à experiência profissional, preferências e valores da pessoa, permitindo a resolução de problemas da prática profissional (Morales, 2015).

Através da PBE, surgem todos os tipos de trabalho de investigação baseados na evidência, através de revisões integrativas, *scoping review*, revisões sistemáticas, as meta-análises e as revisões qualitativas ou metassínteses (Colquhoun et al, 2015).

Segundo Aasekjær et al. (2016), a prática deve ser baseada em evidência actualizada e de qualidade superior. A sua utilização prática nos cuidados de saúde, é prioritária pela promoção da segurança e qualidade dos mesmos (Bandeira et al, 2017).

A versão original do MMPBE fundamenta-se essencialmente em aspectos teóricos e empíricos sobre a mudança, o recurso à pesquisa e a PBE, obtidos através de revisões de literatura (Rosswurm & Larrabee, 1999). Do trabalho desenvolvido por este dois autores, surge o MMPBE no final da década de noventa, que consiste na tomada de decisão na experiência clínica, fundamentada pela prática profissional e na melhor evidência obtida em pesquisa sistematizada, preservando sempre a unicidade e os valores do doente. É um modelo que vem colmatar as dificuldades dos profissionais de saúde em sintetizar dados empíricos e realizar mudanças na prática dos cuidados. Deste modo pretende que a prática seja baseada no raciocínio interactivo e crítico que promova o desenvolvimento da investigação, em detrimento da intuição, experiência e processos fundamentados em opinião pessoal (Larrabee, 2011).

Este modelo teórico assenta pois na mudança da prática baseada da combinação entre a identificação de necessidades ou análise de dados, pesquisa pertinente e experiência clínica. O MMPBE tem como objectivo melhorar os processos de tomada de decisão, modificar padrões e melhorar a segurança e qualidade dos cuidados, assim como os resultados para o doente de forma individualizada (Larrabee, 2011).

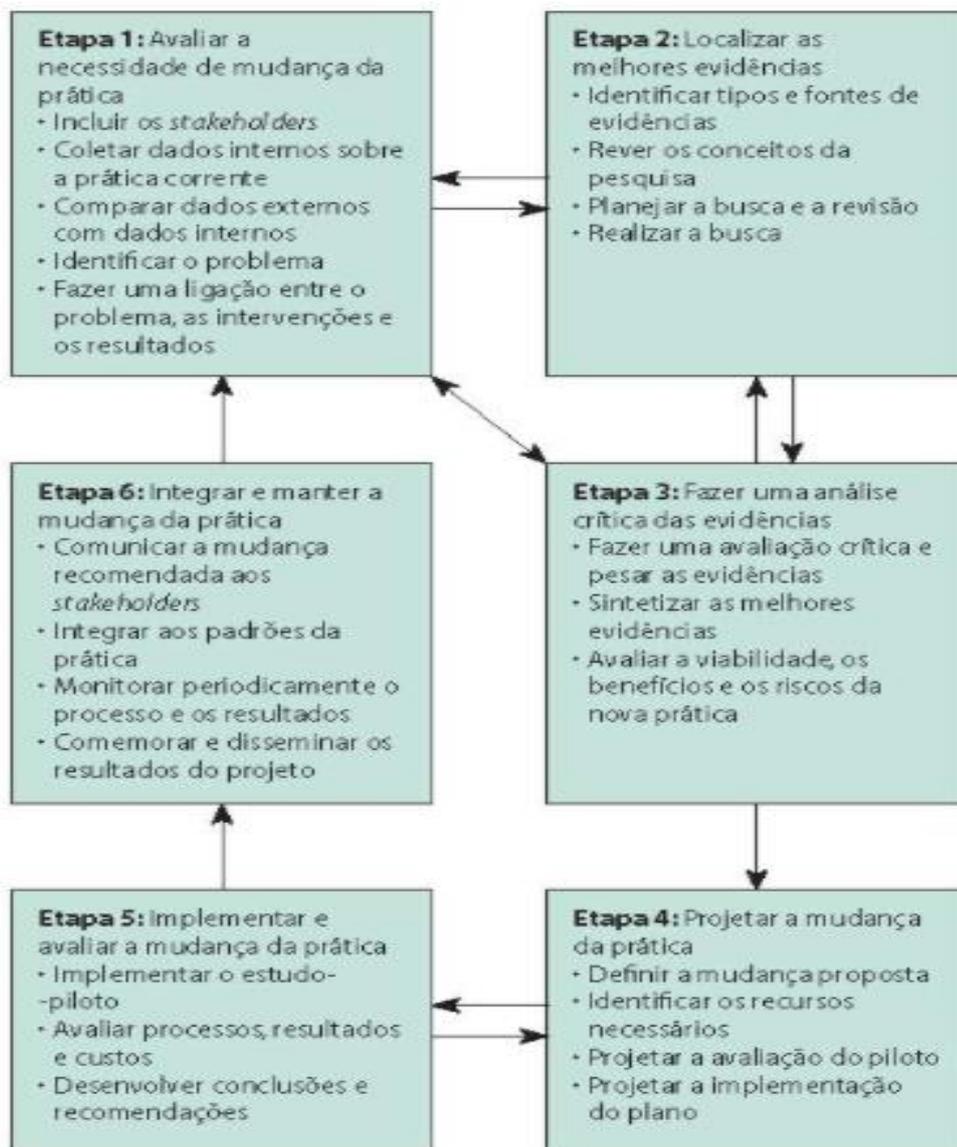
Este modelo tem sido aplicado por vários profissionais de saúde, nomeadamente por enfermeiros em vários contextos. Assim, de modo a aperfeiçoar o desenvolvimento de programas de melhoria contínua, o MMPBE foi revisto com a inclusão de conceitos referentes à qualidade dos cuidados de enfermagem (Larrabee, 2011).

Segundo esta autora o MMPBE engloba progressivamente 6 etapas que poderão ou não ser seguidas linearmente e que são abaixo descritas (Figura 1):

- ✓ Etapa 1 – Avaliar a necessidade de mudança da prática: através da identificação e envolvimento das partes interessadas no problema prático, colheita de dados sobre a prática actual comparando-a com dados externos de modo a validar a necessidade de mudança, identificação do problema relacionando-o com intervenções e resultados.
- ✓ Etapa 2 – Localizar as melhores evidências: pela identificação da melhor evidência disponível, no planeamento da estratégia da pesquisa, selecção dos instrumentos de avaliação crítica dos estudos e outras fontes de informação, métodos a utilizar na apresentação dos dados recolhidos.

- ✓ Etapa 3 – fazer uma análise crítica das evidências: pela síntese das evidências e aplicação dos instrumentos de avaliação crítica previamente seleccionados, de forma a avaliar a qualidade e o nível da evidência, e consequente risco/benefício da sua aplicabilidade nos cuidados.
- ✓ Etapa 4 – projectar a mudança na prática: pela definição da mudança proposta, identificação dos recursos, planeamento de estratégias de implementação do projecto e sua avaliação.
- ✓ Etapa 5 – Implementar e avaliar a mudança da prática: pela implementação do plano definido, avaliação do processo, dos resultados e dos custos, tendo como base a análise efectuada para o desenvolvimento de recomendações e conclusões.
- ✓ Etapa 6 – Integrar e manter a mudança na prática: pela divulgação da mudança recomendada às partes interessadas, implementação da nova prática, monitorização dos indicadores de processo e de resultado e divulgação dos resultados.

Figura 1 – Modelo para a mudança da prática Baseada em Evidência



Fonte: Adaptado de Rosswurm & Larrabee (1999)

Segundo Larrabee (2011), o MMPBE é um modelo teórico com eficácia comprovada na implementação de modificações à prática dos cuidados. Contudo, a aplicação deste requer a aquisição de competências pelo profissional de enfermagem, de modo a gerenciar os processos de mudança de forma eficaz.

Segundo Fawcett (2005), os modelos teóricos são validados pela análise através dos critérios de avaliação e das teorias de enfermagem, nomeadamente a significância, consistência interna, parcimónia, adequação pragmática e testabilidade.

- ✓ Significância – pois é um modelo teórico centrado no doente que incentiva a investigação nos cuidados de saúde, proporcionando a qualidade nos mesmos e melhoria de resultados para os doentes. Deste modo revela-se pela sua importância na disciplina de enfermagem pela busca pelo conhecimento, sendo a autora do MMPBE reconhecida e citada bibliograficamente.
- ✓ Consistência interna e parcimónia – pela estruturação em etapas coesas, com conteúdos precisos, em que a correlação entre as mesmas é clara e semanticamente consistente.
- ✓ Adequação pragmática e testabilidade – pela sua utilidade testada e aplicada em vários contextos e com resultados positivos para doentes, enfermeiros e instituições. Desta forma assume-se como um instrumento fundamental na orientação da prática e resolução de problemas reais.

A PBE é desta forma uma estratégia que permite efectivar a melhoria da qualidade dos cuidados e conseqüentemente a segurança do doente. Assume-se como uma metodologia de nível de evidência elevado (Silva et al, 2017).

A análise deste modelo teórico, permitiu-nos confirmar a sua utilidade na prática dos cuidados e na investigação, adequando-se ao contexto da abordagem da PSC, fundamentado a sua escolha como linha orientadora da presente IPM desenvolvida.

2.2.2 A filosofia da excelência e poder na prática de enfermagem

O foco dos cuidados de enfermagem durante o TDC é fundamentalmente a excelência dos cuidados ao serviço do doente, mais especificamente à PSC durante o transporte. Este deverá ser realizado por profissionais formados e com experiência.

Nesta perspectiva é importante realçar a utilização de uma filosofia major e considerada de longo alcance, em que o estudante de enfermagem inicia o seu percurso profissional ainda em condições académicas, terminando a sua licenciatura como principiante. Ao longo do seu percurso profissional e pessoal pela aquisição e aperfeiçoamento de novos conhecimentos e competências culminará na condição de perito (Brykczynski, 2004).

Segundo Brykczynski (2004), a filosofia de Principiante a Perito de Patrícia Benner, foi fortemente influenciada por Vírginia Henderson, que segundo George (2000), considera o doente em todas as suas dimensões (olhar holístico) e o profissional de enfermagem como alguém cujo processo de aprendizagem está em constante desenvolvimento e aperfeiçoamento através da pesquisa e da prática.

O desenvolvimento do conhecimento em determinada disciplina, corresponde ao alargamento dos conhecimentos práticos através da investigação científica baseada na teoria e no levantamento do “saber como” existente desenvolvido pela experiência e práticas clínicas dessa mesma disciplina (Brykczynski, 2004).

Este “saber como” consiste na aquisição de competências que prevalecem ao “saber que”, por outras palavras, podemos saber aplicar a prática antes da elaboração da explicação teórica. O conhecimento prático poderá ser desenvolvido através de processos científicos, na medida em que as situações clínicas são sempre mais complexas e variadas relativamente à explicação teórica. A prática clínica é assim considerada uma área de investigação e propulsora de desenvolvimento de conhecimentos. A excelência dos cuidados de enfermagem é assim um resultado da prática (ou perícia) clínica (Brykczynski, 2004). Segundo Brykczynski (2004), a teoria associa-se à prática no desenvolvimento de novas possibilidades. A teoria deriva da prática e a prática é alterada ou alargada pela teoria.

Este último parágrafo relaciona esta filosofia dos cuidados de enfermagem com o modelo adoptado para a elaboração da IPM, pois a prática dos cuidados de enfermagem é potencializada pela teoria baseada na evidência. Destas duas premissas resulta a melhoria dos cuidados de enfermagem pela sua especialização baseada na evidência por um profissional de saúde cada vez mais habilitado e competente.

A teoria de Benner adaptou o modelo da Aquisição de Competências e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus à prática de enfermagem. O modelo é

situacional, sendo descrito em cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências (Brykczynski, 2004):

1 – Principiante

2 – Principiante Avançado

3 – Competente

4 – Proficiente

5 – Perito

O principiante não tem experiência, necessitando de orientação no seu desempenho, tendo dificuldade em discernir o essencial do irrelevante. Indivíduos com elevado grau de competência em determinada área, podem ser considerados principiantes se forem transferidos para outra completamente desconhecida.

O principiante avançado demonstra desempenho aceitável e autónomo, através de uma experiência suficientemente desenvolvida para realização de tarefas padronizadas e sistemáticas. Ainda existe dificuldade na percepção de uma realidade mais alargada, pelo que dependem de indivíduos mais experientes.

O competente é definido como alguém que já consegue planificar de modo consistente e deliberado, assim como determinar os aspectos importantes dos acessórios. Existe uma crescente eficácia nos cuidados, no entanto o foco é a gestão do tempo e da organização das tarefas em detrimento das necessidades do doente. Nesta fase começa a priorizar os cuidados coerente e pertinentemente relativamente à situação.

O proficiente tem a percepção de determinada situação como um todo. Neste patamar são reconhecidos os aspectos mais relevantes, bem como a capacidade intuitiva da situação com base na compreensão precedente que está mais desenvolvida. Existe um crescimento de conhecimentos, capacidades e consequentemente confiança.

O Perito deixa de ser dependente das linhas orientadoras adequando as suas intervenções às mais variadas situações. Apresenta um domínio intuitivo da situação, discernindo e resolvendo considerando todos os diagnósticos e soluções alternativas.

As mudanças, em quatro aspectos do desempenho, ocorrem dinamicamente através dos níveis de aquisição de competências (Brykczynski, 2004):

- a) Deslocação da confiança em princípios e regras abstractas na utilização de experiências passadas concretas
- b) Deslocação da confiança no pensamento analítico baseado na intuição
- c) Mudança na percepção situacional de que uma compilação de partes, passa a ser considerada como um todo apesar da sua complexidade e relevância
- d) Passagem do indivíduo com características meramente observacionais para um com total interacção e controlo situacional.

A prática de enfermagem segundo a teoria de Benner, apesar de seguir regras e teorias rígidas, baseia-se igualmente em comportamentos que de forma razoável respondem às exigências de determinada situação. As competências adquiridas através da experiência de enfermagem, bem como a consciencialização desenvolvida aquando de tomadas de decisão, conduzem à utilização do pensamento intuitivo até que sejam confirmadas cientificamente. (Brykczynski, 2004).

Segundo esta autora, a experiência é definida como o resultado de noções pré-concebidas que foram desenvolvidas, aperfeiçoadas ou refutadas. À medida que o profissional de enfermagem ganha experiência, o conhecimento clínico adequa-se à prática. Deste modo a perícia desenvolve-se à medida que se experimentam e modificam probabilidades baseadas em princípios.

Por outro lado, as pessoas partilham significados, competências e hábitos oriundos das suas práticas culturais. As competências intelectuais e reflexivas dependem do conhecimento adquirido. Este conhecimento aliado ao factor cultural, tornam-se premissas para a capacidade do cuidar. A aquisição de competências baseada na experiência e prática clínica é mais eficiente e segura quando é apoiada por uma base educacional de confiança (Brykczynski, 2004).

Os campos de ensino clínico, assim como as integrações à vida profissional, deveriam assentar nesta premissa de que o indivíduo orientador deverá ter a pertinência exigida, mas proporcionando um clima que possibilite a confiança necessária à aprendizagem e ao desenvolvimento.

As competências de enfermagem até à sua plenitude, são adquiridas, desenvolvidas e aperfeiçoadas ao longo da experiência profissional. Esta evolução origina a perícia nos cuidados de enfermagem (Brykczynski, 2004).

Segundo esta autora e referindo-se à teoria de Benner, a perícia em enfermagem traduz-se no aliar dos cuidados prestados com a capacidade de previsão clínica através do pensamento futuro, predição diagnóstica/lesões específicas, antecipação de riscos/complicações e “*esperar o inesperado*”. O mesmo está descrito em Diário da Republica (DR) (2018, pg. 19363), referindo-se às competências do EEEMC-PSC, na medida em que desenvolve “*(...) cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil*”.

2.2.3. O transporte de Pessoa em Situação crítica

A necessidade de transportar doentes críticos surge dos primórdios da humanidade, nomeadamente desde que houve necessidade de transportar soldados feridos em combate. Estes eram evacuados em viaturas de transporte desde o campo de batalha até ao local destinado para receber cuidados de saúde adequados. A evolução do TDC está fortemente ligado às crescentes necessidades militares nesta área.

Em 1992 a sociedade americana de cuidados intensivos elabora o primeiro documento sobre normas de boas práticas para o transporte inter-hospitalar. Em Portugal apenas em 1997, a SPCI elabora um guia de transporte de doentes, onde alertava para a necessidade de um correcto planeamento dos transportes de forma a minimizar riscos e torna-lo mais eficiente. Este documento foi revisto em 2005 e actualizado em 2008 com o apoio da OE (Gonçalves da Graça et al, 2017).

A segurança do TDC passa igualmente pela escolha do meio de transporte adequado, que é determinado na etapa 2 do TDC – planeamento. Nesta e através de uma escala (Anexo B), são decididos os meios necessários para o transporte da PSC tendo em conta a condição desta (OE e SPCI, 2008).

O TDC secundário ou inter-hospitalar, terá obrigatoriamente de ser feito por ambulância e se necessário por helicóptero. A realidade do CH prende-se essencialmente com a via terrestre, pelo que nos debruçamos exclusivamente nesta área.

Para a segurança do TDC é assim essencial garantir a segurança do meio de transporte, pelo que existe legislação que fiscaliza e audita esta área, contribuindo igualmente e de forma indirecta para a segurança da PSC e da equipa de transporte.

Deste modo, o transporte de doentes por via terrestre, assume-se como uma complementaridade da prestação de cuidados de saúde. Nesta perspectiva houve necessidade da sua regulamentação através do n.º 2 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de Março, aprovada pela Portaria n.º 439/93, de 27 de Abril, que define a concessão de alvarás, definindo os tipos, características e equipamento das ambulâncias, bem como os requisitos dos seus tripulantes (Portaria n.º 260/2014, 2014).

Foi igualmente definida a competência do INEM, como mecanismo que permite manter a actualização e uniformização das características gerais, técnicas e sanitárias e respectivos equipamentos, tanto dos veículos que transportam doentes urgentes e emergentes, como daqueles que transportam doentes não urgentes, respeitando a legislação europeia (norma europeia EN 1789) (Portaria n.º 260/2014, 2014).

O INEM está incumbido de desenvolver e fiscalizar as competências exigíveis às tripulações dos veículos de transporte de doentes, monitorizando a actualização dos cursos de formação específicos para o exercício desta actividade. Desta forma assume-se como entidade responsável pelo cumprimento do transporte de doentes, quer por entidades públicas, quer por entidades privadas (Portaria n.º 260/2014, 2014).

Segundo esta portaria, que aprova o regulamento do transporte de doentes:

- I. A Ambulância define-se como um “veículo tripulado por, no mínimo, dois elementos habilitados para a prestação de cuidados, e destinado ao transporte de, pelo menos, um doente em maca (Artigo 2.º do capítulo I)
- II. As ambulâncias podem-se dividir em 4 grupos segundo o artigo 3º do mesmo capítulo:
 - ✓ Tipo A (1 e 2): ambulância de transporte de doentes - concebida e equipada para transporte de doentes cuja situação clínica não faz prever risco instalado, ou iminente, de falência de funções vitais

- ✓ 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
- ✓ Tipo C: ambulância de cuidados intensivos - concebida e equipada para transporte não urgente com prestação de cuidados de SAV a doentes cuja sobrevivência, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, depende de meios avançados de monitorização e terapêutica.

III. As ambulâncias do Tipo B podem actuar como ambulâncias do Tipo C, desde que estejam dotadas dos recursos humanos e meios técnicos necessários para o efeito.

Apesar do Decreto-Lei acima descrito, em 2016 e

“volvidos quase dois anos da publicação do Despacho n.º 10109/2014, publicado no Diário da República n.º 150, 2.ª série, de 6 de agosto, sem que tenha sido criado o TrDC, e assistindo-se a dificuldades na sua operacionalização, importa reflectir sobre a sua adequação a uma resposta integrada de prestação de cuidados, assente no reforço da qualidade e da segurança do doente” (Diário da República, 2016).

Deste modo e de forma a garantir uma resposta adequada e integrada de prestação de cuidados assente na qualidade e segurança do doente, o transporte inter-hospitalar de doentes críticos deverá ser assegurado pelo SIEM, que garante um conjunto de acções coordenadas de intervenção activa e dinâmica dos vários componentes do SNS, que possibilita a adequação rápida, eficaz e económica dos meios disponíveis. Assim e ao abrigo do disposto no artigo 1.º, nas alíneas a) e b) do artigo 2.º, no artigo 7.º e no artigo 16.º do Decreto -Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro, na sua redacção actual, e nos artigos 5.º e 6.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, ficou determinado que:

“1 — O transporte integrado de doente crítico é assegurado no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), pelos meios já existentes nos estabelecimentos hospitalares ou com recurso aos meios de emergência médica do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.

(INEM, I. P.) em articulação com os estabelecimentos hospitalares, sob coordenação dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

(...)

3 — Para efeitos do disposto no n.º 1, e sempre que clinicamente necessário, o estabelecimento hospitalar deve disponibilizar uma equipa clínica (médico e, quando aplicável, também enfermeiro) da sua unidade para acompanhar os meios do INEM, I. P., no transporte do doente”

Relativamente à realidade do CH, existe um protocolo entre este e os Bombeiros Voluntários da cidade, de modo a garantir disponibilidade de ambulância e respectiva tripulação 24h\dia, de modo a assegurar o transporte imediato do doente crítico.

Como já descrito acima, existe igualmente uma escala de enfermagem de apoio ao transporte secundário, que garante o acompanhamento diferenciado do doente crítico.

Relativamente aos recursos humanos, a formação, segurança e protecção da equipa de transporte, são responsabilidade exclusiva da entidade empregadora, a qual deverá garantir todas as diligências necessárias relativamente ao TDC (ANZCA, 2015).

Ignatyeva et al. (2018), sugerem a importância de reforçar o conhecimento das normas de segurança dos transportes. Os défices de conhecimento têm o potencial de ameaçar segurança do doente e afectar os resultados durante o TDC.

Gonçalves da Graça et al. (2017) defendem que a equipa que acompanha o doente durante o transporte são a base da tomada de decisão para antecipação/resolução de intercorrências, contribuindo para um transporte bem-sucedido.

Segundo a OE e SPCI (2008), a segurança da PSC durante o transporte é crucial, pelo que recomendam uma equipa com qualificação técnica, formação e experiência clínica. O enfermeiro deverá ter formação diferenciada em abordagem à PSC, nomeadamente especialidade nesta área e formação direccionada para cuidados específicos ao TDC. Na mesma linha de pensamento, Ballangrud et al. (2014), referem que a equipa multidisciplinar de apoio ao TDC deve estar familiarizada com intervenções de SAV e TDC, actuando em simbiose. Esta equipa deverá receber formação específica e não deverá sofrer alterações na sua constituição (médico e enfermeiro) (ANZCA, 2015) (Ervin et al, 2018). Deste modo a colaboração apropriada entre a equipa multidisciplinar durante as várias fases do TDC, melhoram a qualidade deste e mantem a segurança dos cuidados ao doente crítico (Ma et al, 2018).

A enfermagem é essencialmente descrita como a arte do cuidar, na medida em que existe uma preocupação altruísta de determinada situação. O cuidar é desta forma fundamental pois estabelece a possibilidade de proporcionar auxílio e segurança. Desta forma a enfermagem é considerada uma prática de cuidados baseada na ética moral do cuidar e da responsabilidade (Brykczynski, 2004).

O complexo processo de transporte do doente é muitas vezes influenciado por toda a cultura “intra-hospitalar” ou mesmo de serviço. As prioridades estabelecidas e os cuidados inerentes à PSC durante o TDC são influenciadas por essa mesma cultura. Essas diferenças emergem e tornam-se conflituosas durante o processo de transporte. Estes problemas de comunicação estão descritos como um dos EA que ocorrem no TDC e que poderão colocar em causa a segurança do doente (Rosenberg et al, 2018).

Apesar de tudo e segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 1996), a ética e a responsabilidade são a base da humanização dos cuidados de enfermagem.

A OM e SPCI (2008) citando Etxebarria et al. (1998) recomenda a aplicação de uma grelha de avaliação (Anexo B), que permite determinar o grau de risco do TDC, definindo assim as necessidades em termos de recursos humanos e materiais para efectivação do mesmo (secundário ou terciário) em condições major de segurança para o doente e para a equipa de transporte.

De modo a aumentar a segurança do TDC é importante fazer uma avaliação rigorosa do doente através do ABCDE (*airway-breath-circulation-disability-exposure*), de modo a estabiliza-lo antes do mesmo (ANZCA, 2015). A revisão antecipada de tubos e fios necessários à monitorização/terapêutica do doente antes do transporte, são os dois factores mais importantes de modo a manter a segurança no TDC. O uso apropriado de equipamento de transporte é igualmente importante (Blakeman & Branson, 2013).

Nesta perspectiva, o doente deverá ser avaliado (ABCDE + CHAMU – Circunstância, Historial, Alergias, Medicação, Última refeição) antes do início do transporte e reavaliado (ABCDE) após ser transferido/conectado ao equipamento de transporte (ANZCA, 2015).

A equipa do TDC deverá estar familiarizada com todo o equipamento de apoio, nomeadamente com as reservas de oxigénio e baterias. Deverá igualmente ter um conhecimento adequado da condição (ABCDE), historial do doente (CHAMU) e

possíveis complicações (EA). É essencial a formação em SAV e outros procedimentos de emergência e capacidade de antecipação/resolução de problemas (ANZCA, 2015).

Com o planeamento apropriado, o tempo necessário para proceder ao TDC é definido à partida (Alizadeh et al, 2021). A preparação para o transporte do doente crítico deve assegurar que os tratamentos em curso são cumpridos e mantidos e que qualquer potencial advento possa ser eficazmente resolvido, de modo a manter a estabilidade do doente ao longo das três fases do transporte (Comeau et al, 2015).

Droogh et al. (2015) acrescentam que apesar do uso de *scores*, o próprio processo de transporte também pode influenciar o *score* de gravidade pois o transporte inter-hospitalar está associado a um risco de deterioração fisiológica e intercorrências adversas que será proporcional à gravidade do doente antes do transporte e à inexperiência e conhecimento dos acompanhantes. Ainda segundo estes autores, os transportes realizados por equipas especializadas, adequadas aos *scores* de risco, estarão mais aptas a estabilizar o doente antes da transferência e antecipar ou responder a complicações, resultando em menos EA e de menor gravidade. A estabilização da PSC deverá pois ocorrer na fase de pré transporte, com excepção de só ser possível através de tratamentos disponíveis apenas no serviço/instituição de destino (ANZCA, 2015).

Como já referido anteriormente, o CH tem uma equipa de enfermagem de prevenção para o TDC, a qual tem critérios de inclusão.

Os cuidados de saúde em âmbito hospitalar têm sido acometidos pela presença de erros cada vez com mais frequência (Bueno & Fassarella, 2011). Os EA implicam custos sociais e económicos na medida em que causam danos irreversíveis aos doentes e seus familiares (Reis et al, 2013), bem como aumentam as morbilidades, a duração dos internamentos hospitalares (Gimenez et al, 2017) e os custos (Schwebel et al, 2013).

Os EA podem traduzir-se em instabilidade e agravamento do estado clínico do doente, podendo originar complicações (OE e SPCI, 2008) e consequentemente um défice na segurança do TDC (Parmentier-Decrucq et al, 213). Nesta perspectiva, Beckmann et al (2004), referem que os EA variam desde o inconsequente até ao risco de vida (31%), em que a morte da PSC ocorre em 2% deste valor.

O transporte inter-hospitalar de doentes ou mesmo intra-hospitalar, envolve um grande número de recursos humanos e materiais em termos de cuidados de saúde directos ao doente, podendo resultar na ocorrência de EA (Taggu et al, 2016).

Desta forma, o TDC está relacionado com alta incidência de EA (Veiga et al, 2019), este variam de um modo global:

- Rio de Janeiro – Brasil - entre 30-80% (Morais & Almeida, 2013).
- São Paulo – Brasil - 70% (Veiga et al, 2019)
- Lille - França – 45,8% (Parmentier-Decrucq et al, 2013)
- Leiden – Países Baixos – 79,8% (Brunsveld-Reinders et al, 2015)
- California – EUA – 30-60% (Ignatyeva et al, 2018)
- França – 45,8% (Ignatyeva et al, 2018)
- Austrália – 62% (Ignatyeva et al, 2018)
- São Paulo – Brasil – 32,4% (Ignatyeva et al, 2018)
- Pennsylvania - EUA – 86% (Knight et al, 2015)
- Países Baixos – 16% (Van Lieshout et al, 2016)
- China – 79,8% (Jia et al, 2016)

A condição clínica pré-transporte da PSC é um factor de risco na ocorrência de complicações durante o transporte (Veiga et al, 2019). Uma avaliação clínica deficitária poderá ter impacto na condição de saúde do doente (Aguiar Carneiro et al, 2017).

O TDC implica um impacto fisiológico relacionado com o movimento, aceleração, desaceleração e vibração. As mudanças de posicionamento e alterações térmicas podem igualmente ser responsáveis por complicações. O próprio ruído pode ser desencadeador de ansiedade e agitação do doente (Fanara et al, 2010).

Os momentos de maior risco de EA são os primeiros 5 minutos, a passagem do doente de maca e o tempo de transporte superior a 30 minutos (OM e SPCI, 2008), mais especificamente 36,5 minutos segundo Veiga et al. (2019). Tempos de transporte maiores que o planeado foram identificados como um risco acrescido (ANZCA, 2015).

Uma boa planificação do TDC, reduz substancialmente a duração do mesmo e a possibilidade de ocorrência de EA (Alamanou et al, 2013).

Nesta perspectiva e segundo a ANZCA (2015), a preparação final do doente deverá ocorrer antes do transporte com a antecipação de cuidados de saúde (sedação, controlo da dor, substituição de inotrópicos e/ou soluções EV, esvaziamento de drenos)

Segundo Brunsveld-Reinders et al. (2015) e Canellas et al. (2020), os EA ocorrem 38% na fase pré-transporte, 47% na fase de transporte, 15% na fase pós-transporte e para Gray et al. (2004), secundariamente até 24h após o transporte.

A alta incidência de EA em doentes críticos durante o TDC torna imperativa a implementação de protocolos institucionais para auxiliar e padronizar os cuidados prestados, minimizando erros e promovendo a segurança (Knight et al, 2015). A presença de uma equipa fixa, completa e capacitada, associada à implementação de protocolos institucionais que sistematizem o cuidado ao TDC, favorecem uma prática segura e eficaz (Brunsveld-Reinders et al, 2015), (Canellas et al, 2020), (Parmentier-Decrucq et al, 2013), (Santos et al, 2019).

Segundo Veiga et al. (2019) os EA dividem-se:

- Intercorrências clínicas (instabilidade hemodinâmica (TAS<90), instabilidade respiratória (queda aguda de SpO₂ < 90% e FR > 24c/m), agitação, crise convulsiva, alteração do estado de consciência)
- Interoctrências não clínicas (comunicação - falha na continuidade dos cuidados), equipamento (bateria e afluxo de O₂).

A comunicação prévia do TDC é importante e fundamental para que o serviço/instituição de destino se adeque à recepção do mesmo com eficácia e competência (Rosenberg et al, 2018). Na mesma linha de pensamento Canellas et al (2020), referem-se à comunicação como crucial de forma a permitir ao serviço de destino a preparação dos recursos necessários à recepção da PSC. Nesta perspectiva, Horwitz et al (2009) referem que a comunicação falha muitas vezes durante o TDC relativamente aos cuidados com o doente, procedimentos efectuados, fluxo de doentes e atribuição de responsabilidades.

O TDC é um processo que engloba sempre um factor de *stress* adicional tanto para o doente como para a família. Esta raramente é envolvida na decisão de transportar o doente, sendo a comunicação com a equipa multi-disciplinar e de transporte muitas vezes ausente ou inadequada (Nadig et al, 2019).

Englobar a família do doente no TDC reduz a ansiedade e aumenta a satisfação de ambos, potencializando a qualidade dos cuidados. A presença da família é providencial de modo a consentir a realização de procedimentos, tratamentos ou do próprio transporte. A família sabe a vontade do doente relativamente a valores pessoais, culturais e/ou religiosos (Sadeghi et al, 2013).

Nesta perspectiva e segundo Karlsson et al (2020, pg. 19),

“receber informações antes, durante e depois da transferência é considerado importante e também devastador se essas informações não forem fornecidas ou não atenderem às expectativas. Ser informado pessoalmente ou por meio de um breve telefonema, mesmo tendo passado algum tempo com o pessoal que trabalha na enfermaria, desperta o desejo de envolvimento e explicação precoce, algo que desperta no doente a importância da informação. Receber informações honestas significa uma sensação de conforto e diminuição de ansiedade”²

Estabelecer uma comunicação apropriada com o paciente, explicando procedimentos e a planificação dos cuidados, aumenta a colaboração e participação (possível) do doente, reduzindo a ocorrência de EA durante o TDC. Por outro lado, no caso de doentes com alteração do Glasgow, medicação sedativa deverá ser equacionada de modo a controlar a agitação, promovendo o relaxamento durante os procedimentos terapêuticos e de diagnóstico durante o TDC. Se necessário será igualmente necessária a contenção física do doente (Alizadeh et al, 2021).

Os principais EA relacionados com o TDC são:

- Taquicardia, instabilidade hemodinâmica, aumento da pressão intracraniana, arritmias, enfarte agudo do miocárdio, taqui/bradipneia, dessaturação da oximetria periférica, aumento da pressão e/ou obstrução das vias aéreas, agitação, hemorragia, hipo/hipercápnia, paragem cardio-respiratória, alterações gasimétricas (Martins & Pádua, 2019).
- Hipertensão Arterial grave, arritmias, obstrução das vias aéreas, ausência de comunicação da equipa de transporte (Morais & Almeida, 2013).

2 - Being provided with information before, during and after the transfer is experienced as important, and it is also devastating if this information is not given or fails to meet expectations. Being informed in passing or via a short phone call, even though you have spent time with the personnel working in the ward, evokes a desire for earlier involvement and explanation, something that awakens the awareness of Accepted Article the importance of information. Being provided with honest information means a feeling of comfort and freedom from anxiety Karlsson et al (2020, pg. 19).

- Hipoxia (<95% ou decréscimo de 5% sob o valor basal), hipotensão (-10 mmHg sob o valor basal em suporte aminérgico), remoção accidental ou não permeabilidade de linhas (acessos vasculares, drenos torácicos, tubos oro-traqueais), hemorragia e morte (Ignatyeva et al, 2018).
- Variação da frequência cardíaca em 15p/m, da frequência respiratória em 5c/m, da Tensão Arterial sistólica e média em 15mmHg, diminuição da saturação oxigénio percutânea em 5% (Zuchelo & Chiavone, 2009).
- Exteriorização do tubo oro-traqueal, de acessos venosos, aporte insuficiente de oxigénio ao trajecto, avaria do ventilador de transporte, exteriorização ou clampagem inadvertida de dreno torácico e falta de bateria nos equipamentos (OM e SPCI, 2008)
- Remoção accidental ou oclusão de catéteres não venosos (sonda nasogástrica – 51,1%, tubo oro-traquel – 31,8%), equipamento defeituoso (aporte de oxigénio insuficiente em 44,6% e avarias na monitorização em 44,6%), remoção accidental ou obstrução de acessos venosos (62,7%), PCR (39,%), aumento ou atraso no tempo de transporte (40,3%) e destino errado (13,7%) (Hu et al, 2021).
- HTA intracraniana em 66,7% (neurocrítico) (Chaikittisilpa et al, 2017)
- Hipoxemia e a instabilidade hemodinâmica (Parmentier-Decrucq et al, 2013) (Brunsveld-Reinders et al, 2015).
- Falhas na comunicação multidisciplinar, bateria dos equipamentos (ventilador, oximetria de pulso, seringas infusoras e suporte de oxigénio), deficiente imobilização de dispositivos (Alamanou net al, 2013).
- Chão/asfalto irregular, trânsito, elevador obsoleto, distância entre serviços/instituições (Silva et al, 2017).

Durante o TDC é nesta perspectiva frequente a ocorrência de EA que segundo Beckmann et al. (2004) e Gimenez et al. (2017), estão normalmente relacionados com a condição clínica do doente, com equipamentos e por factores humanos.

O doente neurológico e neurocirúrgico na fase aguda, assumem-se como doentes críticos, pelo que o seu transporte tem um risco acrescido para lesões cerebrais secundárias. A monitorização da Pressão Intracraniana é um sinal vital relativamente a

estes doentes, bem como a manutenção da perfusão cerebral adequada, que se pode conseguir pela elevação da cabeceira do doente entre 30-45% (Stout et al, 2019).

Faine et al. (2015) defendem que EA como a remoção acidental de dispositivos, interrupção na medicação e alterações de sinais vitais são clinicamente significativas. A dor deverá ser monitorizada e eficazmente controlada, mesmo em doentes sedados (ANZCA, 2015).

Aguiar Carneiro et al. (2017), no seu estudo sobre o TDC, chegam à conclusão que 30% dos EA foram por esgotamento da fonte de oxigénio e 20% por falha de energia dos equipamentos eléctricos. Beckmann et al. (2004) no seu estudo concluíram que 39% dos EA se devem a falhas de equipamento. Cerca de 25% dos EA são relacionados com o equipamento e questões organizacionais (Brunsveld-Reinders et al, 2015), pelo que deve ser diariamente testado e verificado pelo enfermeiro. Os alarmes de todo o equipamento de transporte deverão ser confirmados e ajustados à condição do doente que vai ser transportado (ANZCA, 2015).

No CH, o equipamento eléctrico (monitor/desfibrilhador, seringas, aspirador e ventilador) são verificados diariamente pelo enfermeiro alocado à sala de reanimação (Manual do carro/mala de emergência – procedimento interno do CH). Relativamente à mala de transporte, encontra-se repostada e selada após cada utilização, no entanto o enfermeiro escalado para TDC na tarde do dia 20 de cada mês, está incumbido de verificar e repor todo o material em falta e/ou fora de prazo (Regulamento da Escala de Prevenção de Enfermeiros – procedimento interno do CH).

Aguiar Carneiro et al. (2017), defendem que apesar dos avanços tecnológicos em cuidados de saúde, ainda há muitas barreiras relacionadas com as infra-estruturas que impõem limitações ao TDC em segurança. Por outro lado e segundo Gonçalves da Graça et al. (2017), os EA relacionados com a PSC tem uma prevalência de 16,8%.

A segurança do TDC requer uma avaliação precisa, bem como uma optimização do estado clínico do doente antes do transporte. Deste modo deverá ser planeado adequadamente (ANZCA, 2015).

A avaliação eficaz e competente do doente a transportar, reduz a possibilidade de ocorrências de incidentes durante o TDC (Brunsveld-Reinders et al, 2015). Segundo

o INEM (2012), a avaliação e reavaliação da PSC deverá seguir algoritmos de actuação, nomeadamente o ABCDE e o CHAMU:

A – *Airway* (via aérea)

B – *Breathing* (ventilação)

C – *Circulation* (circulação com controlo de hemorragia)

D – *Disability* (défices neurológicos e/ou metabólicos)

E – *Exposure* (exposição com controlo da temperatura)

C – Circunstância (da ocorrência)

H – História (antecedentes pessoais e familiares)

A – Alergias e/ou intolerâncias

M – Medicação (actual)

U – Última refeição

Segundo Choi et al. (2011), os EA são na sua maioria detectados no serviço de destino e não durante o transporte.

O planeamento, a organização e a formação da equipa de transporte são cruciais para uma actuação atempada e preventiva, evitando deste modo a ocorrência de complicações e imprevistos. Assim,

“O transporte do doente crítico é um dos momentos mais delicados dos cuidados de enfermagem, suscetível de despoletar diversas vivências, por exigir do enfermeiro, no exercício da responsabilidade profissional, elevados níveis de conhecimento e confiança, promotores das escolhas mais adequadas à qualidade e eficiência dos cuidados prestados” (Ferreira et al, 2019, pg. 37).

Procedimentos apressados devem ser evitados pois aumentam quase sempre a possibilidade de erro e perdas de tempo. De acordo com o estado clínico do doente, as complicações e os riscos potenciais devem ser antecipados e prevenidos. Os enfermeiros devem manter a segurança do doente através de uma supervisão cuidadosa, providenciando intervenções pertinentes a toda a equipa de transporte (Alizadeh et al, 2021).

2.2.4. A competência

A PSC carece de uma resposta rápida e eficaz da equipa multidisciplinar, sendo o profissional de enfermagem essencial na sua abordagem. Este possui segundo o artigo 4º, nº2 do REPE (OE, 1996), competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidades.

Segundo Deodato (2008), em situações de emergência a intervenção de enfermagem é realizada de forma interdependente, actuando em complementaridade de funções com outros profissionais da equipa multidisciplinar.

Os cuidados de enfermagem à PSC exigem capacidade de observação, colheita e procura contínua e sistematizada de dados que auxiliem a percepção da pessoa alvo de cuidados como um todo, de modo a prever e detectar precocemente as complicações, de forma a assegurar uma intervenção concreta, eficaz e em tempo útil (OE, 2018).

Nesta perspectiva o enfermeiro deverá possuir competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, assegurando uma prestação de cuidados qualificados. O enfermeiro especialista possui assim um profundo conhecimento no domínio específico, elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduz num conjunto de competências que são consideradas tendo em conta a área de intervenção, e as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (OE, 2010c). Nesta perspectiva e segundo o regulamento específico da OE (2018), o EEEMC-PSC, para além da competência de cuidar, deverá também ter competências que permitam dar resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infecção. O enfermeiro exerce a sua profissão com base em conhecimentos científicos e tecnológicos, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e bem-estar da população, promovendo uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo para isso manter uma actualização contínua dos seus conhecimentos (Artigo 97º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE, 1996).

A OM e a SPCI (2008) defendem que a formação direccionada especificamente para a abordagem da PSC é fundamental para a segurança dos cuidados durante o TDC. Deste modo o EEEMC-PSC, assume-se como o elemento principal da equipa multidisciplinar de transporte, pelas competências específicas regulamentadas e publicadas em Diário da República 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, pelo Regulamento n.º 124/2011.

Lin et al. (2020, pg. 1), referem no seu estudo que “um processo estruturado, realizado por uma equipa bem preparada e com comunicação adequada entre os membros da equipa, desempenha um papel vital na melhoria da segurança do paciente durante o transporte”³

A assistência a doentes críticos provoca um desgaste físico e psicológico pela imprevisibilidade das situações (Da Silva Oliveira & Armando Martins, 2013). Por outro lado, segundo Ignatyeva et al. (2028), um excessivo número de EA, poderá ter impacto negativo na confiança do enfermeiro de transporte.

É competência do enfermeiro antecipar potenciais instabilidades e complicações clínicas, providenciando a terapêutica necessária, equipamento adequado e intervenções pertinentes, de modo a assegurar a segurança do período peri-transporte (Brasil, 2011).

Assim o enfermeiro como membro principal da equipa de transporte, coordena o processo de transporte em todas as fases (Williams et al, 2020). Baseado no seu conhecimento, competências e experiência, consegue detectar riscos potenciais ao estado clínico do doente crítico, providenciando cuidados e monitorização com continuidade (Groves et al, 2011). A redução efectiva da incidência de EA graves durante o TDC é conseguida pelo acompanhamento realizado por profissionais de enfermagem seniores e com formação avançada (Kue et al, 2011).

Nesta perspectiva é importante a existência de enfermeiros especializados e com competências avançadas, com a responsabilidade de coordenação e gerenciamento do TDC, baseados na avaliação e evolução clínica, bem como na determinação e resolução de riscos potenciais para o doente crítico (Lakanmaa et al, 2015). Uma coordenação inadequada no processo do TDC, pode causar atrasos de tratamentos (Horwitz et al, 2008), medicação (Gleason et al, 2010), bem como mal-entendidos e confusão durante as três fases de transporte. Esta situação causa perdas de tempo, assumindo-se como um desperdício de recursos humanos e materiais (Rosenberg et al, 2018).

3 - A structured process performed by a wellprepared team with adequate communication among team members plays a vital role in enhancing patient safety during transportation

Segundo Ringdal et al. (2016), todos os enfermeiros envolvidos no TDC devem preferencialmente ter formação e prática específicas na abordagem à PSC, de modo a assegurarem com familiaridade os procedimentos relacionados com o TDC. Esta aquisição de competências deverá potencializar e melhorar a confiança dos enfermeiros durante o transporte. Estes autores referem que *“os enfermeiros descreveram os transportes como uma tarefa insegura e estressante: É como uma maratona”*. O transporte é muitas vezes apressado o que impossibilita a planificação dos cuidados com a segurança adequada. O conhecimento, confiança e satisfação do enfermeiro resultam em transportes positivos (Ringdal et al, 2016, p.180).

2.2.5. Qualidade e segurança dos cuidados

Segundo Veiga et al. (2019), no final do transporte apenas 1,8% dos doentes apresentaram condições clínicas alteradas em relação ao estado basal, pelo que a qualidade dos cuidados e consequente segurança do doente está directamente relacionada com a capacidade/eficácia da equipa de transporte.

Nesta perspectiva a ANZCA (2015), refere que o TDC é propício a ocorrências e riscos adicionais ao estado de saúde do doente, já por si crítico, pelo que se torna imperativo a existência de uma equipa de transporte altamente treinada e qualificada.

Um estudo australiano demonstra que apenas 75% dos TDC foram adequadamente equipados e acompanhados (Winter, 2010).

Incidentes com a segurança do TDC têm sido relacionados com erros de comunicação e falhas na liderança de todo o processo (Ballangrud et al, 2014). Ao considerar a alta taxa de EA durante o TDC é fundamental reforçar a importância das boas práticas e a formação através do treino e simulação de cenários reais à ocorrências desses mesmo eventos, com base em directrizes actualizadas (ANZCA, 2015). A formação reforça o conteúdo teórico-prático, a gestão de situações de emergência, o desenvolvimento de acções preventivas e correctivas, as habilidades, o fortalecimento da comunicação, o trabalho em equipa e raciocínio clínico (Santana et al, 2021). A formação deverá ocorrer regular e recorrentemente, para que toda a equipa de transporte mantenha os conhecimentos actualizados com a sua especialidade (ANZCA, 2015).

De acordo com Flin et al, (2008, pg.179), o enfermeiro da equipa de TDC deverá possuir “treino e melhorar as habilidades sociais, como comunicação, liderança e consciência individual, juntamente com suas habilidades técnicas, podem ajudar a manter a segurança e melhorar a qualidade do transporte dos pacientes”⁴.

A padronização do TDC exige uma melhoria da comunicação, treino e aperfeiçoamento constante da equipa de transporte (ANZCA, 2015), (Goulardins de Almeida et al, 2012). Nesta perspectiva, a criação de protocolos assistenciais, através de uma *checklist*, melhora a prática dos cuidados de saúde, pelo aperfeiçoamento da comunicação entre elementos da equipa de transporte, reduzindo danos, erros técnicos e iatrogenias durante o TDC (ANZCA, 2015), (Teles et al, 2018).

Nesta perspectiva, Shields et al (2015, pg. 295), afirmam que “uma equipa bem treinada e experiente pode melhorar a segurança do transporte de um paciente estabelecendo um planeamento abrangente, uma boa comunicação, fornecendo equipamentos essenciais e julgando corretamente as condições clínicas do paciente”⁵.

Hu et al. (2021) referem no seu estudo que é extremamente recomendado que protocolos e *checklists* de apoio ao TDC estejam implementados institucionalmente nas unidades de saúde, pois este tipo de medidas ajudam a reduzir a incidência de EA.

4 - *Training and improving soft skills such as communication, leadership, and situation awareness of individuals along with their technical skills can help to maintain the safety and improve the quality of the transport of patients* (Flin et al, 2008, pg. 179).

5 - *A well-trained and knowledgeable team can improve the safety of the transport of a patient by practicing comprehensive planning, establishing good communication, providing essential equipment, and correctly judging patients' clinical conditions* (Shields et al, 2015, pg. 295).

A implementação de protocolos melhora substancialmente os procedimentos e intervenções nos cuidados de saúde durante o TDC. As *checklist* deverão ser consideradas ferramentas de auxílio, diminuindo os erros causados pelo *stress* e/ou omissão (Vasconcelos et al, 2018). Estas deverão ser usadas de forma a garantir a execução de todos os preparativos inerentes às três fases do TDC (Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine, 2019).

Por outro lado, segundo Thomassen et al. (2014), na sua revisão sistémica, analisaram 29 artigos que sugerem a implementação de *checklists* ainda que associadas aos cuidados de saúde, como uma ferramenta importante na segurança da PSC. Os resultados na diminuição dos EA são evidentes, segundo estes autores, na melhoria da comunicação e conseqüente redução da morbilidade e mortalidade.

O enfermeiro tem uma participação activa na grande maioria dos transportes, contudo a segurança do doente e dos profissionais deverá ser garantida pela implementação de estratégias de cuidados de saúde, assim como na formação da equipa de TDC e criação de protocolos estandardizados e operacionais facilitadores da planificação para o peri-transporte (Aguiar Carneiro et al, 2017).

O enfermeiro especialista em doente crítico desempenha um papel crucial no TDC, bem como a aplicação de *checklists* que melhoram a eficácia do TDC e respectiva segurança do doente. (Williams et al, 2020). Segundo estes autores referindo-se ao seu estudo, após a aplicação de *checklist* ao TDC, os EA tiveram uma diminuição em 25%, nomeadamente ao nível da comunicação e segundo Ericsson et al. (2017), reduzindo as falhas com omissões e esquecimento ao mínimo.

Os estudos realizados sobre o TDC fornecem informações valiosas na orientação da qualidade das intervenções de melhoria contínua dos cuidados (Hilligoss et al, 2015).

Uma revisão das *checklists* do TDC a nível global, confirma que estas estão de um modo geral desactualizadas e são muitas vezes baseadas em medidas consensuais em detrimento de pesquisa científica (Bambi & Day, 2010).

A ANZCA (2015), defende que as *checklists* deverão ser revistas regularmente de modo a garantir a sua actualização baseada na evidência.

Para Hu et al. (2021) é extremamente recomendado que protocolos e *checklists* de apoio ao TDC estejam implementados por escrito, como forma de procedimento institucional. Este tipo de medidas poderão reduzir a incidência de EA.

O presente relatório relativamente à IPM, bem como a elaboração do procedimento institucional (Apêndice B) e instrumento respectivo (Apêndice A), foram elaborados sob revisão bibliográfica da literatura, englobando todas as ocorrências durante o TDC. Estes têm como ambição substituir o existente (Anexo C).

As boas práticas dos cuidados revestem-se de grande importância, na medida em que são consideradas um instrumento de qualidade dos cuidados. Neste sentido, a actuação profissional deverá ser baseada em práticas recomendadas que promovam a segurança, visibilidade e eficácia dos cuidados (OE, 2007).

A boa prática resulta da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e opinião de peritos credenciados. Desta forma obtêm-se resultados positivos para utentes e profissionais tendo em conta a resolução dos problemas de saúde específicos. A boa prática é estruturada sob a forma de enunciados sistemáticos que englobam factores legais, éticos, psicossociais e técnicos, assentando em avaliações e intervenções necessárias aos processos de cuidados e seus resultados (OE, 2017).

A OE (2017), defende que o guia orientador de boas práticas, deverá ser elaborado tendo em conta a pertinência, a frequência da situação, a necessidade de se modificar a prática actual, a existência de problemas que interferem com a saúde dos doentes, ser uma preocupação destes e por fim as implicações sociais, jurídicas, económicas e organizacionais. Neste prisma, deverá ser realizada uma revisão sistemática da documentação por forma a constituir uma revisão bibliográfica que suporte a redacção da Boa Prática.

A boa prática clínica em enfermagem determina ganhos para a saúde dos utentes que são alvo dessa intervenção. Esta influencia positivamente os resultados clínicos no controlo da sintomatologia, bem como do autoconhecimento do utente relativamente à gestão da sua doença/problema de saúde. Os guias orientadores de boas práticas dos cuidados, quando elaborados e utilizados criteriosamente, assumem-se como uma base para sistematizar intervenções de enfermagem adequando eficiência e segurança da acção à eficácia do resultado (OE, 2017).

O Enfermeiro possui o conjunto de competências reconhecidas na realização dessas boas práticas que devem influenciar a sua capacidade de funcionamento como parte integrante da equipa multidisciplinar (OE, 2017).

Nesta perspectiva, a elaboração de Guias Orientadores de Boas Práticas torna-se uma ferramenta que assegura a excelência do exercício profissional (OE, 2017).

Com o presente relatório, pretendemos justificar a aplicação de um procedimento institucional de boas práticas, sob a forma de *checklist*, de forma a potencializar a segurança dos cuidados à PSC e respectiva equipa multidisciplinar durante o TDC. Esta foi redigida com base em pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, sendo também estruturada através da evidência da prática clínica, obtida através da análise do instrumento de colheita de dados.

2.3. Diagnóstico de Situação

Neste ponto pretendemos elaborar a planificação conceptual do problema/situação identificado, através da análise adequada e respectiva recolha de dados que definem as necessidades em saúde de um grupo específico, comunidade ou população alvo (Ruivo et al, 2010).

Nesta perspectiva, o problema/situação, deverá ser desenvolvido, aperfeiçoado, sucinto e claro, de modo a ser consultado e assimilado com facilidade, assumindo-se como um processo dinâmico, disponível e flexível relativamente a mudanças, variáveis e contratempos que possam surgir (Ruivo et al, 2010).

O diagnóstico de situação tem como objectivos reconhecer, quantificar, caracterizar e validar o problema/situação ou a necessidade de mudança, através da análise dos dados recolhidos comparativamente com outros já existentes (Larrabee, 2011). Por outro lado tal mudança permite ao investigador, neste caso o enfermeiro, adquirir e aprofundar novos conhecimentos e competências que tornam diferenciados os seus cuidados ao doente (Brykczynski, 2004).

Deste modo e como foi referido em pontos anteriores, a segurança do doente é uma característica da qualidade dos cuidados de saúde, definindo-se como o resultado das intervenções que permitem evitar, prevenir ou melhorar potenciais riscos (Rigobello et al, 2012). Do mesmo modo que foi referido anteriormente, o TDC é definido como um ambiente de cuidados complexos e exigentes (Gonçalves et al, 2018), o qual engloba riscos inerentes pelo facto de se fazer deslocar uma PSC de um lugar para outro através de um percurso com circunstâncias e variáveis menos controladas e externas ao próprio transporte (Beach et al, 2014).

Pela importância referida e pela ausência de estudos nesta área ao nível do CH, foi considerado pertinente pelas enfermeiras coordenadoras da UCI e SUG a temática referida neste relatório, sendo por isso validada e aprovada a realização desta IPM.

Elaboramos desta forma um questionário de diagnóstico de situação (Apêndice C), previamente revisto e validado pela Docente Orientadora, assim como a realização de um pré-teste de modo a verificar a sua eficácia e validade, que segundo Fortin (2009), é fundamental de forma a realizar as correcções necessárias e identificar falhas de modo a salvaguardar a integridade e veracidade do instrumento durante o estudo.

Para a realização deste estudo, optámos por uma metodologia com uma abordagem quantitativa, descritiva e retrospectiva. A selecção dos participantes foi realizada com recurso a técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Como critérios de inclusão foram considerados médicos e enfermeiros do SUG e UCI do Hospital, que fazem acompanhamento do doente crítico (intra e inter-hospitalar), bem como a equipa de enfermagem de apoio ao TDC (escala de prevenção).

Com base no enquadramento teórico, elaborámos um instrumento para a colheita de dados, sob a forma de questionário electrónico, tendo sido aplicado de 14 de Janeiro de 2022 a 21 de Janeiro de 2022. Os resultados obtidos encontram-se descritos na íntegra no Apêndice D. O tratamento dos dados foi realizado com recurso a estatística descritiva através do programa Microsoft Excel®.

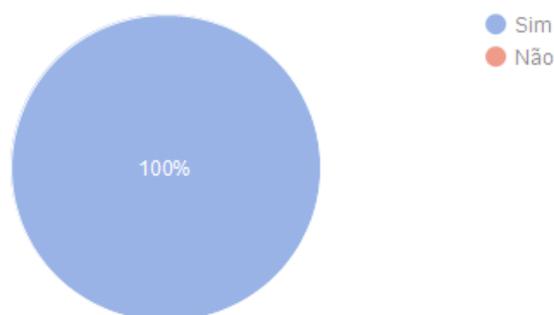
De cariz voluntário, foi mantida a confidencialidade de todos os participantes bem como o consentimento informado para a realização deste estudo (Apêndice C).

A realização deste projecto foi previamente aprovado pelo Conselho Científico da Universidade de Évora (Anexo E). A aplicação do instrumento de colheita de dados

foi autorizada pelo Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do Hospital (Anexo F). Por ser um estudo não aplicado directamente a doentes, isentou-se de apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde do mesmo hospital. De realçar que durante todas as etapas inerentes à investigação, foram considerados os aspectos éticos descritos na declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013). Desta forma assumimos a responsabilidade pela colheita e tratamento dos dados, garantindo igualmente a segurança e protecção dos mesmos, bem como a integridade científica e fidelidade.

Foram analisadas 51 respostas, total dos questionários respondidos, com 100% de consentimento pela parte dos profissionais envolvidos (Gráfico 1)

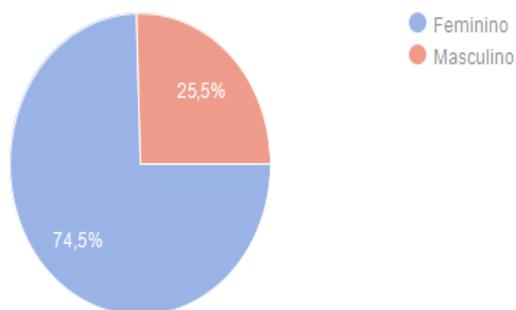
Gráfico 1 – Consentimento dos Profissionais



Fonte: Do Próprio

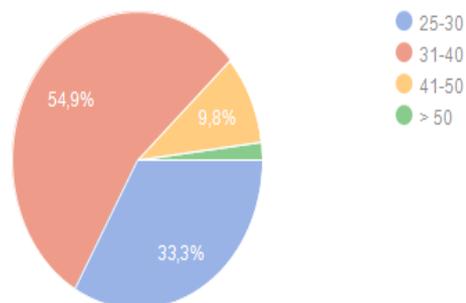
Relativamente à caracterização da amostra por género, 74,5% do género feminino e 25,5% masculino (Gráfico 2) e por idade, demonstrando uma prevalência de idades de 33,3% entre os 23-30 anos e 54,9% entre os 31-40 anos, com 11,8% acima de 41 anos (Gráfico 3).

Gráfico 2 – Caracterização da amostra por género



Fonte: Do Próprio

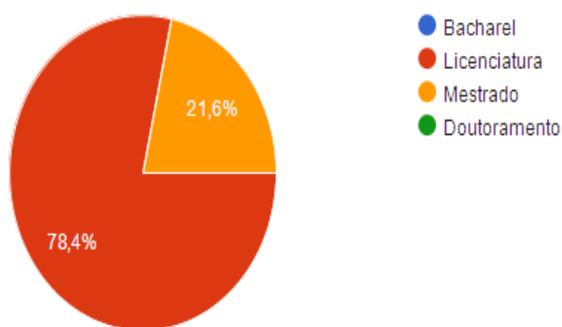
Gráfico 3 – Caracterização da amostra por idade



Fonte: Do Próprio

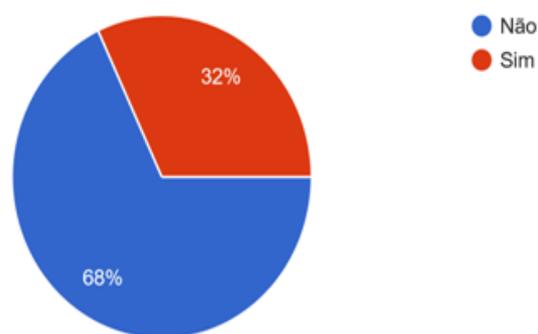
Relativamente à caracterização sociodemográfica e profissional, 78,4% possuem a licenciatura como formação base e 21,6% são mestres na sua área profissional (Gráfico 4). Em relação a formação especializada, 32% dos inquiridos possuem grau de especialidade (médicos e enfermeiros – Gráfico5), com uma grande prevalência na área da PSC com 68,75% (Gráfico 6).

Gráfico 4 – Caracterização da Amostra por formação académica



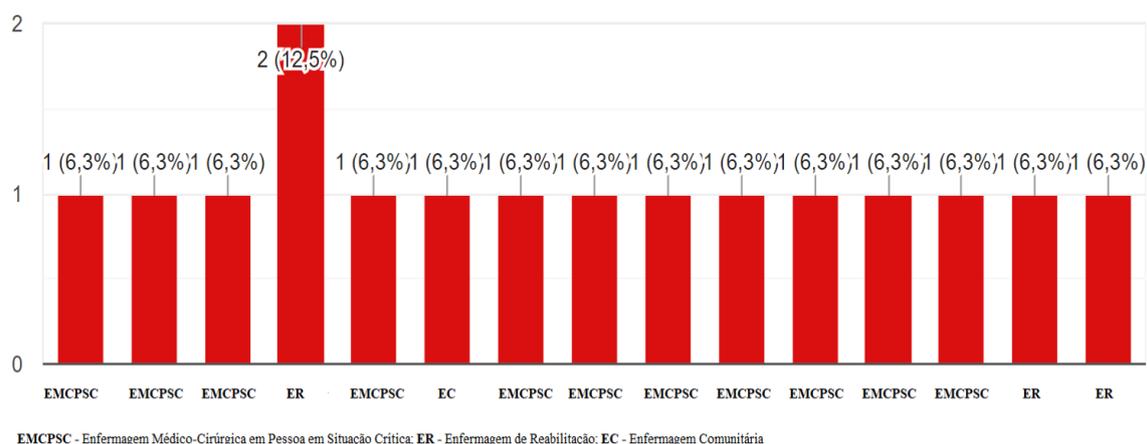
Fonte: Do Próprio

Gráfico 5 – Caracterização da Amostra por formação especializada



Fonte: Do próprio

Gráfico 6 – Cracterização da amostra por área de especialidade

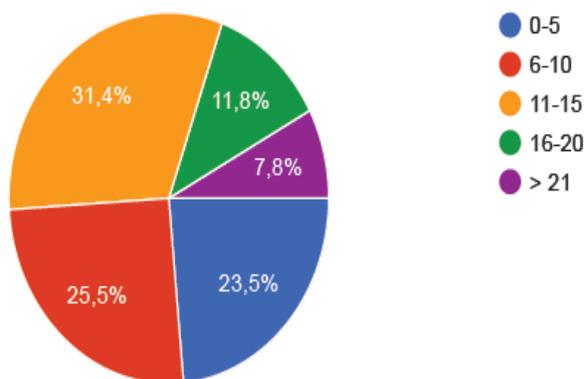


Fonte: Do próprio

Relativamente à experiência profissional, salienta-se uma amostra relativamente jovem com 49% com menos de 10 anos (gráfico 7), assim como na abordagem à PSC em que 74,5% têm menos de 10 anos de experiência (gráfico 8).

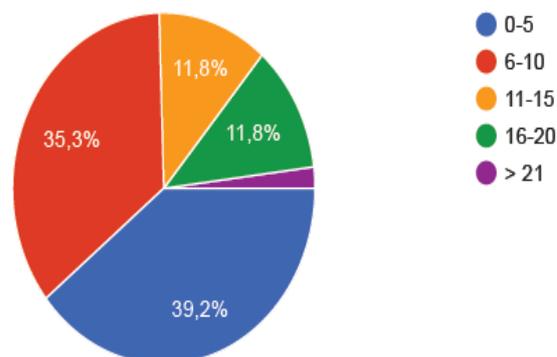
Ballangrud et al. (2014), defendem que o acompanhamento da PSC deverá ser realizado por uma equipa entrosada, formada e treinada na abordagem ao TDC. No gráfico 9 é evidente que apenas 15,7% possuem mais de 11 anos de experiência no TDC. Segundo Benner (2001) o indivíduo com menos de 5 anos de experiência numa determinada área é considerado iniciado no que corresponde à aquisição e desenvolvimento de competências. Neste mesmo gráfico é evidente o número significativo da amostra relativamente a esse grau de desenvolvimento (64,7%). Por outro lado, Lakanmaa et al. (2015) refere ser importante a existência de enfermeiros especializados e com competências avançadas, com responsabilidade de coordenação e gestão do TDC, baseados na avaliação e evolução clínica e na precoce detecção e resolução de EA da PSC.

Gráfico 7 – Experiência profissional



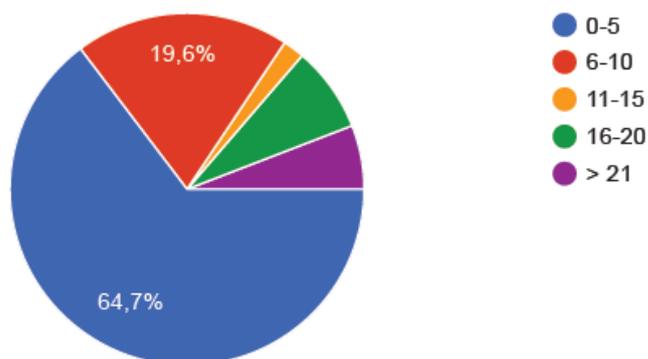
Fonte: Do próprio

Gráfico 8 – Experiência em UCI/SUG



Fonte: Do próprio

Gráfico 9 – Experiência no TDC



Fonte: Do próprio

Relativamente à segunda parte do questionário que pretende realizar, com base em exaustiva revisão de literatura, o levantamento de todos os EA ocorridos durante o TDC de acordo com a experiência de quem os realiza. Assim, os EA, foram divididos pelas 3 fases do TDC, sendo organizados por ordem de frequência. No Quadro 1 estão descritos os 5 EA mais frequentes (acima de 35%) em cada fase do TDC.

A fase de pré-transporte destaca-se como a fase onde são documentados mais EA (54,9%), em que por ordem de ocorrências se destaca a inexperiência da equipa de TDC (72,5%), inexistência de consentimento informado (62,7%), incorrecta

avaliação/estabilização prévia do doente (52,9%), recursos humanos insuficientes (43,1%) e ambulância inadequada (43,1%), equipamento inadequado/insuficiente (33,3%), défice no manuseamento do equipamento (29,4%).

Na fase de transporte com 47,1% de ocorrências documentadas, destaca-se a má fixação de aparelhos (58,8%), baterias com carga insuficiente (47,1%), movimentos de aceleração e desaceleração (47,1%), maca com deficiente manutenção ex aequo com piso degradado e falta de sedação/analgesia (43,1%), espaço de trabalho reduzido (31,4%), tempo de transporte superior ao estimado (25,5%), mala de transporte ausente ou com falta de material/medicação (23,5%), alarmes desajustados (23,5%), suporte ventilatório inadequado (21,6%), avaria do material (17,6%), reavaliação ABCDE do doente deficitária (17,6%), exteriorização de tubos e linhas (13,7%), insuficiente reserva de oxigénio (11,8%), acessos venosos não permeáveis ou inacessíveis (11,8%), lesões da equipa de transporte (11,8%), fixação do doente à maca (9,8%), aspiração de conteúdo gástrico para árvore traqueobrônquica (9,8%), avaria do meio de transporte (7,8%), hipotermia (7,8%) e derramamento de fluídos/hemorragia (5,9%).

A terceira fase do transporte e segunda com mais relatos de EA (49% - pós-transporte), tem o EA mais relatado em todo o estudo, a comunicação (prévia) inexistente (74,5%), inexistência de auditoria (registos e material) (49%), indisponibilidade de vaga para o doente (47,1%), inexistência de nota de alta e/ou MCDT's (37,3%), inexistência de registos de transporte (37,3%), reavaliação ABCDE deficitária (19,6%), falha na recolha do material (19,6%).

Quadro 1 – Eventos Adversos mais frequentes (5) nas três fases do TDC

Fase do Transporte	Evento Adverso	%	% total da fase de transporte
Pré-transporte	Inexperiência da equipa de TDC	72,5%	54,9%
	Inexistência do consentimento informado	62,7%	
	Má avaliação\estabilização prévia do doente	52,9%	
	Recursos humanos insuficientes	43,1%	
	Ambulância inadequada	43,1%	
Transporte	Má fixação dos aparelhos	58,8%	47,1%
	Baterias com carga insuficiente	47,1%	
	Movimentos de aceleração/desaceleração	47,1%	
	Maca com deficiente manutenção	43,1%	
	Piso degradado	43,1%	
	Falta de sedação/analgesia	43,1%	
Pós-transporte	Comunicação (prévia) inexistente	74,5%	49%
	Inexistência de auditoria (registos e material)	49%	
	Indisponibilidade de vaga para o doente	47,1%	
	Inexistência de nota de alta e/ou MCDT's	37,3%	

Fonte: Do Próprio

Deste modo e segundo Droogh et al. (2015), o TDC está associado a um risco de deterioração fisiológica e EA que são proporcionais à criticidade do doente antes do transporte e à inexperiência/conhecimento da equipa do TDC.

Os EA são responsáveis por alterações fisiológicas que comprometem a duração e os custos do internamento hospitalar (Schwebel et al, 2013), bem como potenciam o aumento da morbi e mortalidade da PSC (Brunsveld-Reinders et al, 2015).

De acordo com Gimenez et al. (2017), ocorrem EA em 30-60% dos TDC, em que segundo Canellas et al. (2020), 38% na fase de pré-transporte, 47% durante o

transporte e 15% na fase pós-transporte. No presente estudo, a prevalência dos EA é mais homogênea, sendo relatadas ocorrências pelos inquiridos em 54,9% (pré), 49% (durante) e 47,1% (pós).

Segundo Canellas et al. (2020), a comunicação prévia é essencial, de forma a permitir ao serviço de destino preparar os recursos necessários para a recepção da PSC, no entanto 74,5% dos inquiridos relataram défices neste item. Como acima enumerado pela descrição demográfica da amostra, 72,5% referem inexperiência profissional da equipa de TDC, no entanto é assumido o mesmo por uma faixa etária predominantemente menos capacitada. Dos inquiridos, 62,7% revelam que o TDC e respectiva finalidade, não foram formalmente consentidos pelo próprio ou pela família, indo de encontro ao que defende Nadig et al. (2019) em que os familiares do doente raramente são envolvidos na decisão do transporte, sendo a comunicação com a equipa de TDC muitas vezes inadequada. Por outro lado e segundo Sadeghi et al. (2013), é fundamental assegurar o consentimento para a realização de procedimentos, tratamentos ou do próprio transporte, tendo em conta a vontade do doente/família no que concerne a valores pessoais, culturais e/ou religiosos. A fixação dos aparelhos deficitária é descrita em 58,8% dos EA deste estudo, como refere Alamanou et al. (2013) que as falhas associadas à equipa TDC passam pela deficiente imobilização dos dispositivos, resultando na queda dos mesmos. Segundo Brunsveld-Reinders et al. (2015), a avaliação eficaz e competente do doente a transportar segundo ABCDE, reduz a possibilidade de ocorrências de incidentes durante o TDC. Esta avaliação rigorosa permite estabilizar o doente antes do TDC, aumentando assim a segurança (ANZCA, 2015). No presente estudo 52,9% dos inquiridos relatam a deficiente estabilização prévia e/ou abordagem ABCDE. A inexistência de auditoria aos registos e ao material de transporte é reportado por 49% dos inquiridos, reflectindo a premissa da OM e SPCI (2008), que defende a análise institucional de registos, bem como a verificação periódica de todo o material inerente ao TDC. Baterias com carga insuficiente, movimentos de aceleração/desaceleração e inexistência de vaga para o doente, são relatados por 47,1% dos inquiridos, indo de encontro a Fanara et al. (2010), que referem o impacto fisiológico relacionado com movimentos de aceleração/desaceleração e vibratórios, e Hu et al. (2021) em que 44,6% dos EA ocorrem por falta de bateria nos dispositivos de transporte e 13,7% por erros relativamente ao serviço de destino. Segundo um estudo australiano, 25% dos TDC são realizados de forma desadequada

relativamente ao equipamento e acompanhamento (Winter, 2010), sendo que no presente estudo 43,1% dos inquiridos apontam a falta de recursos humanos e/ou inadequado meio de transporte. A inexistência/insuficiente nota de transferência e registos de enfermagem é apontado como EA em 37,3% pelos inquiridos, na medida em que dificulta a comunicação e a aceitação do doente no serviço de destino, conforme refere Hilligoss e Cohen (2013), pela existência de diferentes dinâmicas entre serviços e lacunas de relacionamento entre a origem e o destino. Por outro lado Rosenberg et al. (2018) admite que diferentes serviços estabelecem prioridades diferentes relativamente à abordagem à PSC e respectivo transporte, sendo este influenciado pela “cultura” de cada serviço, podendo tornar-se conflituosas. Existe assim uma necessidade de implementar um instrumento ou protocolo institucional que permitam priorizar e uniformizar procedimentos intra e inter-hospitalares.

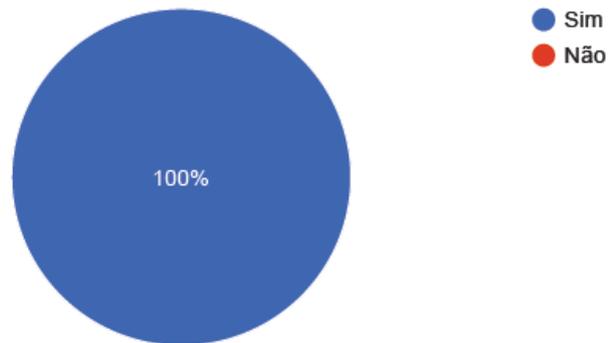
Pelos resultados obtidos e acima descritos é possível verificar que a ocorrência de EA durante o TDC é frequente e poderá ser evitada pela implementação de uma *checklist*, conforme defende Hu et al. (2021).

É crucial o planeamento do TDC de modo a prevenir instabilidades potenciais. Do mesmo modo que deve ser assegurado um número suficiente de recursos humanos e materiais para uma adequada monitorização (Knight et al, 2015).

Na terceira parte do questionário pretendemos perceber a pertinência da implementação de uma *checklist* de apoio ao TDC, apesar da existência da mesma (Anexo C), pela observação directa verificou-se a ausência e o próprio desconhecimento da sua existência. No entanto esta IPM pretende actualizar e melhorar este procedimento, por um lado, e por outro devolver-lhe a visibilidade necessária à sua implementação e fundamentalmente aplicabilidade prática.

Desta forma a totalidade da amostra respondeu afirmativamente sobre a pertinência da implementação de uma *checklist* de apoio ao TDC como instrumento de que permita minorar ou evitar a ocorrência de EA durante o TDC (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Pertinência de implementação
de checklist para prevenção de EA durante
o TDC



Fonte: Do próprio

2.4. Objectivos

A identificação dos objectivos, constitui-se como a segunda etapa da metodologia da IPM, assumindo-se como fundamental pois define e planifica o desenvolvimento desta, evidenciando os resultados pretendidos na amostra através da implementação de projectos. O objectivo geral resume uma perspectiva abrangente, inclusiva e complexa que se traduz nos objectivos específicos, mais concretos e mensuráveis (Ruivo et al, 2010)..

Neste contexto e partindo do problema e da necessidade identificada previamente durante o diagnóstico de situação, definimos como objectivo geral:

- ✓ Contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados no TDC

Desta forma e enquadrados no objectivo geral, foram formulados os objectivos específicos como forma de proporcionar um maior grau de sensibilidade e objectividade ao enunciado geral (Ruivo et al, 2010):

- ✓ Identificar a ocorrência de EA e a sua frequência durante o TDC
- ✓ Identificar em que fase do TDC ocorrem os EA
- ✓ Implementar um procedimento institucional sob forma *de checklist* de apoio ao TDC

2.5. Planeamento e Execução

Nesta secção iremos descrever o planeamento e a execução da IPM, sendo que o primeiro consiste na elaboração de um plano estruturado e detalhado, englobando a concretização dos objectivos definidos, delineado estratégias a serem utilizadas e intervenções a serem desenvolvidas, através do cruzamento de recursos e meios disponíveis e pela análise de condicionantes e limitações potenciais e externas ao projecto (Ruivo et al, 2010). É elaborado um cronograma (Apêndice E) para planificação da IPM, sendo dinâmico e flexível ao longo da mesma (Fortin, 2009).

A etapa da Execução consiste na implementação e prosseguimento prático do planeamento, através da aplicação das estratégias e intervenções planeadas, pelo que se define como uma etapa bastante exigente relativamente à aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de competências (Ruivo et al, 2010).

Esta perspectiva vai ao encontro da filosofia adoptada neste relatório, de principiante a perito, na medida em que o alargamento dos conhecimentos práticos através da investigação científica, baseia-se na pergunta “saber como”, como forma de fundamentar as competências adquiridas (Brykczynski, 2004).

Por outro lado as etapas da MMPBE também se assemelham a esta secção, pela determinação de estratégias a utilizar, o seleccionamento e identificação da melhor evidência científica e a definição precisa da mudança proposta (Larrabee, 2011).

Como referindo anteriormente, esta IPM foi sugerida e validada pelas Enfermeiras Coordenadoras do SUG e UCI do CH, bem como pela Docente Orientadora do Estágio Final. Seguindo os procedimentos institucionais para trabalhos académicos desta envergadura, foi submetido ao Gabinete de Investigação e Desenvolvimento (GID) do CH, uma proposta de projecto de intervenção profissional (Apêndice D), em que foram igualmente anexados documentos solicitados por este, constituindo o processo relativamente ao estudo descrito neste relatório (Apêndice G).

Estas diligências são necessárias pelo facto da realização de um trabalho académico numa instituição de saúde dever ser validado e autorizado pelas entidades responsáveis (Nunes, 2013).

Por ser um estudo não aplicado directamente a doentes, isentou-se de apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde do mesmo hospital. De realçar e como referindo anteriormente, durante as etapas inerentes à investigação, foram considerados aspectos éticos descritos na declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013).

O presente estudo foi alvo de um parecer positivo dos serviços incluídos (Apêndice G), sendo por isso autorizado pelo GID a 14 de Janeiro de 2021 (Anexo F).

Foi igualmente submetido, no âmbito académico, um resumo do projecto de estágio (Apêndice F), para validação e aprovação do Conselho Científico da Universidade de Évora, a qual detém a responsabilidade da gestão administrativa e pedagógica e que também obteve parecer favorável ao tema, plano de trabalho e respectivo orientador (Anexo E).

Foi elaborado um cronograma inicial (Apêndice E), onde são planificadas as actividades a serem desenvolvidas, inseridas em cada uma das fases da metodologia do projecto. Na realização desta planificação foram consideradas as diversas variáveis, relativamente a meios e recursos disponíveis, bem como o hiato temporal do estágio final com a complementaridade de tempo necessário à redacção do relatório e sua entrega no prazo previsto (31 de março de 2022). Procedeu-se à calendarização de um período de 7 meses desde o início do estágio até à entrega do relatório de estágio.

Segundo Fortin (2009), o consentimento é essencial na manutenção da ética na conduta da investigação, sendo considerado a base para uma investigação eticamente estruturada (Nunes, 2013). Como referido anteriormente e apesar da IPM não interferir

directamente com a prestação de cuidados, consideramos necessário o uso do consentimento informado, livre e esclarecido, presente no preâmbulo do instrumento do diagnóstico de situação, como forma de validar a participação dos inquiridos na IPM. Durante este processo, assumimos a responsabilidade pela colheita e tratamento dos dados, garantindo igualmente a segurança e protecção dos mesmos, bem como a integridade científica e fidelidade.

Relativamente aos objectivos específicos, são assim descritas as estratégias e actividades a concretizar, assim como a planificação dos recursos necessários e os indicadores de avaliação inerentes a cada objectivo.

Objectivo específico 1

Identificar a ocorrência de EA e a sua frequência durante o TDC

Actividades e estratégias delineadas

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica exaustiva acerca dos EA ocorridos durante o TDC e sua frequência
- ✓ Elaboração de instrumento de recolha de dados sob forma de questionário electrónico de modo a validar a ocorrência de EA no TDC
- ✓ Aplicação e posterior análise do instrumento de recolha de dados, com intuito de fundamentar na prática a teórica pesquisada
- ✓ Elaboração de artigo científico para divulgação e publicação dos dados obtidos com vista à melhoria contínua dos cuidados durante o TDC
- ✓ Apresentação dos resultados aos intervenientes, em sessão formativa com vista à divulgação e discussão dos mesmos

Recursos utilizados (materiais e humanos): bibliografia de fontes diversas, computador com acesso à internet e intranet, Docente Orientador, equipa médica e de enfermagem que acompanham o doente crítico dos serviços de cuidados intensivos e urgência geral do hospital.

Indicadores de Avaliação: redacção e publicação de artigo científico original sobre o levantamento a nível global de todos os EA relatados e sua frequência durante o TDC e relacionando-o com as práticas de transporte do Hospital.

Relativamente a este objectivo específico, foi realizada pesquisa bibliográfica com o intuito de sintetizar a melhor evidência científica e actual. Deste modo elaborou-se com revisão integrativa da literatura que serviu de base ao enquadramento teórico deste relatório e do artigo científico original (Apêndice H). Foram igualmente consultadas outras fontes de conhecimento fidedignas, bem como dissertações institucionais de orientação clínica e sectorial com sustentação científica.

O instrumento de colheita de dados, relativamente à enumeração dos EA, apresentava um regime de escolha múltipla, na medida em que durante o TDC poderão ocorrer vários EA e mais que uma vez. Como referido anteriormente foi realizada uma lista exaustiva de todos os EA que ocorrem durante o TDC em vários estudos, de vários países nos últimos 5 anos para artigos científicos e 10 anos para obras literárias.

O instrumento de colheita de dados foi apreciado e validado pela Docente Orientadora e realizado um pré-teste para aferir a sua funcionalidade. O mesmo foi então aplicado durante 7 dias, sob consentimento informado e garantindo a confidencialidade dos intervenientes.

Objectivo específico 2

Identificar em que fase do TDC ocorrem os EA

Actividades e estratégias delineadas:

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre a problemática do TDC
- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica sobre os EA ocorridos nas diferentes fases do TDC
- ✓ Elaboração de instrumento de recolha de dados sob forma de questionário electrónico de modo a validar a ocorrência de EA durante as 3 fases do TDC

- ✓ Aplicação e posterior análise do instrumento de recolha de dados, com intuito de fundamentar na prática a teórica pesquisada
- ✓ Elaboração e publicação de artigo científico para divulgação dos dados obtidos com vista à melhoria contínua dos cuidados durante o TDC
- ✓ Apresentação dos resultados aos intervenientes, em sessão formativa com vista à divulgação e discussão dos mesmos

Recursos utilizados: (materiais e humanos): bibliografia de fontes diversas, computador com acesso à internet e intranet, Docente Orientador, equipa médica e de enfermagem que acompanham o doente crítico dos serviços de cuidados intensivos e urgência geral do Hospital.

Indicadores de Avaliação: redacção de artigo científico original sobre o levantamento a nível global de todos os EA relatados durante as 3 fases do TDC e relacionando-o com as práticas de transporte do CH (mesmo artigo que foi enunciado no objectivo específico 1).

Pela evidência científica consultada, a detecção e registo precoces de EA em todas as fases do TDC por parte de uma equipa de transporte activa, contínua e abrangente, contribui para o sucesso na elaboração de estratégias que os diminuam ou evitem (Dijkema et al, 2012), promovendo desta forma a melhoria contínua dos cuidados e a segurança do doente.

Foi aplicado o mesmo instrumento de colheita de dados que indicado no objectivo específico 1, sendo que a sua análise foi realizada de modo a organizar os vários EA pelas 3 fases do TDC, como forma de melhor planificação quer para discussão de resultados, como para a elaboração de uma ferramenta sobre forma de *checklist*, descrita posteriormente, que permita antecipar pela sua previsão, os EA que possam ocorrer durante o TDC.

Esta estruturação cronológica do TDC esboçada no instrumento de colheita de dados, preenche a primeira etapa do processo de levantamento dos EA, permitindo dar continuidade às restantes (análise, implementação de mudança e *feed-back*).

Objectivo específico 3

Implementar procedimento institucional sob forma de *checklist* de apoio ao TDC

Actividades e estratégias delineadas:

- ✓ Consulta sobre a existência e aplicabilidade de instrumentos que minimizem ou evitem a ocorrência de EA no Hospital.
- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica exaustiva sobre existência de *checklists*, benefícios, aplicabilidade, estruturação, funcionalidade e auditorias.
- ✓ Elaboração de instrumento de recolha de dados sob forma de questionário electrónico de modo a validar a ocorrência de EA durante as 3 fases do TDC e a pertinência da implementação de *checklist* que minimize ou evite os mesmos.
- ✓ Aplicação e posterior análise do instrumento de recolha de dados, com intuito de fundamentar na prática a teórica pesquisada.
- ✓ Elaboração e publicação de artigo científico para divulgação dos dados obtidos com vista à melhoria contínua dos cuidados durante o TDC
- ✓ Elaboração de procedimento institucional como proposta de ferramenta estruturada, com vista à implementação transversal a todo o Hospital.
- ✓ Enviar proposta de procedimento institucional para apreciação do gabinete de qualidade do CH, com vista à melhoria contínua dos cuidados, bem como à segurança do doente e da equipa de transporte.
- ✓ Apresentação dos resultados aos intervenientes, em sessão formativa com vista à divulgação e discussão dos mesmos (Apêndice I, J, K).

Recursos utilizados: (materiais e humanos): bibliografia de fontes diversas, computador com acesso à internet e intranet, Docente Orientador, equipa médica e de enfermagem que acompanham o doente crítico dos serviços de cuidados intensivos e urgência geral do Hospital, plataforma digital (*Zoom*).

Indicadores de Avaliação: redacção de artigo científico original sobre o levantamento a nível global de todos os EA relatados durante as 3 fases do TDC e relacionando-o com as práticas de transporte do Hospital, assim como ferramentas que sendo aplicadas diminuam ou evitem tais ocorrências (mesmo artigo que foi enunciado no objectivo

específico 1 e 2). Divulgação do dados obtidos, relacionando-os com a pesquisa bibliográfica e com a PBE, assim como a apresentação de proposta de procedimento institucional (Apêndice B). Avaliação da sessão pelos intervenientes, por resposta anónima a questionário *online*, cujo link foi enviado em simultâneo com o da sessão formativa, através das Enfermeira Coordenadoras dos serviços-alvo (Apêndice L).

Com vista à melhoria dos cuidados durante o TDC, procedeu-se a uma revisão bibliográfica e exaustiva sobre EA e ocorrências sentidas pelas equipas de transporte da PSC um pouco por todo o mundo. Deste modo realizamos o levantamento de todos os EA possíveis de ocorrer nas 3 fases do TDC, compilando-os num instrumento de colheita de dados, sob forma de questionário de modo a obter, baseado na prática e na realidade do Hospital, os EA mais frequentes. Pela pesquisa bibliográfica realizada conclui-se que os EA são na grande maioria evitáveis pela detecção e resolução precoces dos mesmos. Segundo ANZCA (2015), e relativamente ao transporte inter e intra-hospitalar, apesar de diferenças específicas, existem semelhanças suficientes para combinar todos os itens em apenas uma *checklist*. Nesta IPM mostrámo-nos ambiciosos, pois após o levantamento de todos os EA ocorridos durante o TDC à escala global e após colheita de dados através do instrumento próprio junto de elementos que acompanham a PSC, conseguimos criar uma *checklist* que englobe e despiste todos os EA num mesmo documento, mas que fosse fácil o seu preenchimento.

A *checklist* (Apêndice A), foi anexada à proposta de procedimento institucional (Apêndice B), que foi enviada para apreciação do gabinete de qualidade do CH.

Este projecto foi globalmente apresentado em sessão formativa sob plataforma digital (*Zoom*) aos intervenientes no instrumento de colheita de dados e ao próprio GID.

2.6. Avaliação e Resultados

Segundo Ruivo et al. (2010) a avaliação no contexto da metodologia de projecto é um processo contínuo e dinâmico, sendo esta equiparada à própria avaliação dos resultados, o qual valida a pertinência e a objectividade do trabalho desenvolvido.

Larrabee (2011) aplica igualmente estes pressupostos na sua 5ª etapa do MMPBE, no qual se implementa o estudo, avalia-se resultados, processos, custos e desenvolvem-se conclusões e recomendações para a prática dos cuidados. Assim e novamente segundo Ruivo et al (2010), a avaliação de um projecto depende sempre da consumação dos objectivos definidos inicialmente.

Como descrito no ponto 2.5 deste relatório e relativamente aos objectivos específicos 1 e 2, foi possível a compilação global de todos os EA ocorridos de um modo global nas 3 fases do TDC, tanto intra como inter-hospitalar, através da aplicação de um instrumento de recolha de dados sob forma de questionário *online* (Apêndice C).

Tendo em conta os indicadores de avaliação planeados e consumados pela elaboração de artigo científico, considera-se atingido os objectivos específicos 1 e 2.

As *checklist* são segundo Allen et al. (2010) uma estratégia de redução de custos e promotora da segurança e qualidade dos cuidados prestados, neste caso à PSC durante o TDC. Na mesma perceptiva, ANZCA (2015), defende a existência da *checklist* por permitir minimizar riscos e maximizar a segurança da PSC durante o transporte.

Relativamente ao objectivo específico 3, de acordo com a análise de dados acima descrita e relacionando com toda a pesquisa bibliográfica efectuada, permitiu-nos a elaboração estrutural, concisa e actualizada de uma ferramenta de apoio ao TDC, sob forma de *checklist* (Apêndice A), que contribuirá para a melhoria contínua dos cuidados, segurança da PSC e respectiva equipa de transporte. Esta ferramenta é parte integrante de uma proposta de procedimento institucional (Apêndice B), que pretende ser transversal a todo o Hospital, pela sua pertinência e aplicabilidade/funcionalidade. A mesma foi entregue ao gabinete de Qualidade do referido hospital para apreciação.

Face ao exposto, consideramos que atingimos parcialmente o indicador de avaliação proposto, no âmbito deste objectivo específico.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os cuidados de enfermagem são regidos pela OE que define enfermeiro especialista como alguém que mantém um conhecimento específico aprofundado na área de enfermagem, capaz de demonstrar elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, através de um conjunto de competências especializadas e relativas a determinada intervenção (OE, 2018). Nesta perspectiva e segundo Benner (2001), estas competências não se desenvolvem apenas através da aquisição de novos conhecimentos ou capacidades técnicas, mas pelo seu relacionamento com o pensamento reflexivo e com a prática fundamentada e sistematizada nesse contexto. A competência define-se assim como o resultado dos conhecimentos, habilidades técnicas, cognitivas, interpessoais, psicomotoras e juízo clínico associadas e adaptadas a atributos e atitudes pessoais na prática e cultura profissional (ICN, 2010).

Objectivamente, neste terceiro capítulo do Relatório de Estágio, enumera-se a descrição, análise e reflexão do trabalho desenvolvido na UC Estágio Final, tendo em conta a aquisição e desenvolvimento de competências comuns ao Enfermeiro Especialista, as específicas ao EEEMC-PSC e ainda as inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem. Desta forma será necessário descrever as competências ao Grau de Mestre em Enfermagem regulamentadas por regimes jurídicos dos graus académicos e diplomas do Ensino Superior e presentes no recente Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, que procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, em que a Agência de Avaliação e acreditação do Ensino Superior da Universidade de Évora (2015), determina que ao concluir o ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre em Enfermagem, o candidato deverá ter adquirido as seguintes competências:

- Clínicas, na concepção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem na especialidade inerente

- De investigação de promoção à prática de enfermagem baseada na evidência
- De capacidade de integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação nas implicações e responsabilidades éticas, profissionais e sociais
- De autonomia no desenvolvimento de conhecimentos, aptidões ao longo do trajecto profissional
- De participação proactiva em equipas e em projectos multidisciplinares e\ou intersectoriais
- De análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação dos pares e colaboradores, integrando a formação, investigação e as políticas de saúde em geral e enfermagem em particular
- Comuns e específicas do enfermeiro especialista, evidenciando-as nas sua área de especialidade respectiva

Como enunciado na nota introdutória, a UC do Estágio Final foi fundamental para a aquisição, desenvolvimento e aprofundamento das competências comuns e específicas do EEEMC-PSC, pelo que de modo a planifica-lo, foi elaborado um plano de projecto de estágio (Apêndice M), concreto e sistematizado, apoiado numa reflexão prévia e bibliográfica, com a definição de objectivos e actividades a serem desenvolvidas.

Pela transversalidade e complementaridade das competências comuns, específicas do EEEMS-PSC e ao grau de Mestre em Enfermagem, serão descritas, analisadas e reflectidas no próximo ponto convergindo quando conveniente e pertinente.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem

Relativamente às competências comuns do Enfermeiro Especialista, são segundo a OE (2019) partilhadas por todos estes, sendo “*demonstradas através da sua elevada*

capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, pg.4745). Tais competências encontram-se organizadas em quatro domínios:

- I. Responsabilidade profissional, ética e legal
- II. Melhoria contínua da qualidade
- III. Gestão de cuidados
- IV. Desenvolvimento de aprendizagens profissionais

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do domínio da

Responsabilidade Profissional, ética e legal

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

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

Competência de Mestre em Enfermagem

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

O processo de aquisição de competências relativo a este domínio é indissociável a uma revisão prévia de premissas orientadoras de carácter universal, vinculativo e normativo, que delimitam e modelam toda a prática profissional do enfermeiro através da sua análise reflexiva (OE, 2015a). Deste modo procedemos à revisão do REPE (OE, 1996) e à Deontologia Profissional de Enfermagem (OE, 2015a), a que se referem à prática profissional de Enfermagem e respectivas responsabilidades profissionais e disciplinares, assim como das responsabilidades civis e penais inerentes ao código civil

(República Portuguesa, 2020) e código penal (República Portuguesa, 2019), sendo de aplicação geral e universal.

Foram igualmente pertinentes os conteúdos programáticos adquiridos no âmbito da UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, contribuindo para uma compreensão e assimilação mais eficazes dos documentos acima referidos, pela mobilização de conhecimentos na tomada de decisão, respeitando os princípios éticos, os valores e as normas deontológicas.

O código deontológico consiste assim num conjunto de regras, princípios e normas de conduta inerentes a determinado grupo profissional (OE, 2015a), pretendendo proporcionar uma reflexão sobre a prática profissional na sua plenitude moral, dos deveres concretos e comportamentos profissionais expectáveis ao serviço do bem comum como representação social inerente (Nunes, 2011). A deontologia da prática profissional é deste modo baseada em princípios éticos.

Tais princípios éticos e deontológicos inerentes à prática de enfermagem, poderão ser de certa forma relativizados, pelas características particulares da UCI, que se focalizam essencialmente em intervenções e procedimentos técnicos, conjugados a uma parafernália tecnológica de suporte de vida. Contudo o essencial da protecção e recuperação da qualidade de vida da PSC é conseguido, através de uma actuação segura, imediata e pautada dos cuidados de enfermagem (Nunes, 2015), pois o doente crítico é como já varias vezes descrito neste relatório, alguém cuja disfunção ou falência profunda de um ou mais órgão ou sistemas fique dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica para a sua sobrevivência (OM e SPCI, 2008).

Apesar da nossa experiência profissional em UCI ter sido há vários anos, ainda em contexto académico da licenciatura em enfermagem e o facto de o nosso contexto laboral se desenvolver na abordagem à PSC na sua fase mais aguda, foram facilitadores na adaptação ao contexto clínico do Estágio Final. De facto ainda tínhamos bem presentes, ou por outro lado estavam latentes, pelo que a assimilação de novas aprendizagens num contexto mais diferenciado e exigente foram mais céleres e eficazes. Nesta perspectiva o desenvolvimento tecnológico e científico associados à prestação de cuidados antecipam-se frequentemente à reflexão ética exigida, criando dilemas concretos que deverão ser enquadrados no ponto de visto ético, deontológico e jurídico,

de forma a construir sobre estes princípios, uma tomada de decisão fundamentada. Todas essas situações reflectidas *à posteriori*, contribuíram para o desenvolvimento da capacidade para formular tomadas de decisão eticamente ponderadas e fundamentadas.

Desta forma prestamos cuidados à PSC através de uma abordagem profissionalmente responsável, pela preocupação pelos direitos humanos e salvaguarda dos princípios éticos, da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia. Relativamente à autonomia é frequente à PSC a perda das suas funções cognitivas directamente relacionadas com a patologia base, às comorbilidades associadas, secundárias ao tratamento ou a fármacos depressores do estado de consciência, pelo que se encontra alterada ou diminuída na fase aguda da doença, não sendo capazes de realizar escolhas autonomamente. A humanização dos cuidados ressalva assim a manutenção e o respeito por essa autonomia, patente em directivas antecipadas de vontade ou através da cooperação com as pessoas significativas (Grignoli et al, 2018).

Deste modo a manutenção da dignidade humana é um desafio importante na abordagem à PSC, sendo que a prestação dos cuidados de enfermagem devem garantir e preservar essa mesma dignidade, fomentando o respeito pela intimidade, privacidade e confidencialidade da situação aguda, conforme enumerados nos artigos 99º e 102º da Deontologia Profissional de Enfermagem (REPE, 1996).

Como referido acima, os cuidados à PSC na fase aguda, centram-se na preservação das funções vitais e na restauração do equilíbrio homeostático, como forma de reduzir a mortalidade e morbilidade associadas. Tanto no estágio realizado na UCI, como em contexto profissional no SUG, em que o manancial tecnológico e de recursos humanos é tendencialmente elevado no que concerne ao suporte de vida contínuo, levantam-se muitas vezes questões entre o processo de tratamento eticamente adequado e a futilidade do mesmo, chegando a ser desproporcional e obstinado. Deste modo, as decisões de fim de vida, limitação terapêutica e cessação de suporte vital, são uma realidade comum na abordagem à PSC, tanto em contexto de UCI como de SUG, pelo facto de não haver uma resposta terapêutica desejada e/ou concretizável ou o simples facto de o prognóstico ser reservado a todas essas intervenções (Mercadante et al, 2018). O paliar que deriva do latim *palliāre*, traduzido à letra “como cobrir com capas”, é aplicado na língua portuguesa como uma forma de atenuar ou aliviar, de forma a tornar menos desagradável (Porto Editora, 2022, *online*), pelo que a coexistência desta

situação é paradoxal aos cuidados intensivos em que na teoria as situações são supostamente agudas e reversíveis. Contudo como descrevemos no ponto 1.4.3, a admissão de doentes oncológicos é de 20%, assim como a taxa de mortalidade é de cerca de 30%, pelo que os cuidados à PSC devem contemplar o processo paliativo de forma adequada, individual e atempada. Contudo estas decisões deverão ser contextualizadas com base nos princípios ético-deontológicos, no que se referem à dignidade humana, autonomia, liberdade e qualidade de vida, consolidando na prática clínica diária o artigo 103º da Deontologia Profissional de Enfermagem (REPE, 1996), que explicita o direito à vida e à qualidade de vida. Neste paradigma e em reunião multidisciplinar, são tomadas decisões terapêuticas no que concerne às intervenções de suporte ou de paliar, sendo estas últimas justificadas e fundamentadas em evidências clínicas e eticamente coerentes. Em contexto de urgência e emergência e como rentabilização de recursos estruturais, materiais e humanos, assim como de estabelecimento de prioridades tendo em conta a dinâmica e volatilidade das situações, este tipo de decisões são um pouco mais céleres, até pelo contexto clínico agudo e muitas vezes irreversível das situações. Em suma todos estes momentos permitiram uma aprendizagem e reflexão que contribuíram para o desenvolvimento das competências inseridas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Relativamente à gestão e transmissão da informação clínica e comunicação de más notícias, as mesmas justificam o domínio de competências de responsabilidade profissional, ético-legal. Este domínio tem sido por nós desenvolvido ao longo de vários anos de prestação de cuidados tanto em contexto de urgência, mas fundamentalmente em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), o qual desempenhamos concomitantemente desde há quase 17 anos. De facto a proximidade com o doente e as famílias 24h por dia, 7 dias por semana, tornamo-nos no profissional de saúde mais capacitado para numa relação mais empática e íntima, no desenvolvimento de um diálogo tão delicado quanto confortante. É desta forma uma situação recorrente a de comunicar más notícias, pelo que foi igualmente aprofundado em formação em serviço sobre este tema.

Do mesmo modo, as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foram considerados ao longo de todo o percurso deste relatório, nomeadamente da IPM, em que como descrito no capítulo transacto, um resumo da

proposta de projecto foi submetido a apreciação e respectiva validação, numa primeira fase ao Conselho Científico da Universidade de Évora e numa segunda fase ao GID do CH, que por não interferir nem se relacionar directamente com pessoas, isentou-se de apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde do mesmo hospital.

Destacámos igualmente na elaboração de todos os documentos inerentes às UC que compõem o ME, a consideração pelo princípio da integridade académica pelas citações e referências como forma de respeitar a fidelidade dos autores.

Consideramos a aquisição, desenvolvimento e aprofundamento das competências de domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do

Domínio da melhoria 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*

Competências de Mestre em Enfermagem

5 – *Participa de forma proactiva em equipas, em projectos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais*

Como descrito no capítulo anterior, a qualidade dos cuidados de saúde tem sido considerada e alvo de relevância no panorama mundial e nacional, através de directrizes estruturadas e em vigor no Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015a). Esta procura pela qualidade nos cuidados está intimamente relacionada com a prática profissional de excelência desenvolvida pela Enfermagem e mais especificamente na área de

especialização, como aliás é título desta descrição de competências no regulamento das competências comuns do Enfermeiro especialista (OE, 2019).

Tendo em conta a autonomia e a auto-regulação própria da profissão de enfermagem, a OE implementou várias directrizes normativas e vinculativas tendo em consideração a qualidade em saúde e respectiva segurança do doente como dois conceitos implícitos e omnipresentes. Deste modo considerámos pertinente a revisão de dois documentos que regulam e orientam a prática especializada da enfermagem: “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” (OE, 2001) e o “Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica” (OE, 2015b).

No mesmo âmbito foram revistos os conteúdos programáticos nas UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Gestão em Saúde e Governação Clínica, que nos orientaram para o Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015), Plano Nacional para a Segurança do Doente (MS, 2021) e as premissas que compõem a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (MS, 2015b).

O estágio final realizou-se numa UCI, que pela complexidade dos cuidados, aliada a intervenções diagnósticas e de tratamento altamente tecnológicas, assim como simultâneas e emergentes, mantém uma actualização e revisão constantes de normas e protocolos de características multidisciplinares e assentes na PBE. Deste modo, considerámos necessário e prioritário a assimilação dos mesmos em vigor à data do Estágio Final. Apesar de trabalharmos há quase 17 anos em contexto da abordagem à PSC na fase aguda, no que diz respeito ao seu seguimento numa fase “menos agudizada”, ou melhor num ambiente mais controlado, existem equipamentos de monitorização e tratamento aos quais não estamos familiarizados com a sua manipulação, pelo que nos disponibilizamos para a sua aprendizagem e manuseamento de forma a prestar cuidados de forma eficiente, adequada e atempada, minimizando o risco e potenciando a sua utilização.

Foi também importante a integração e adaptação à equipa multidisciplinar como forma de nos familiarizarmos com os vários recursos humanos e materiais existentes, bem como nas suas dinâmicas e processos de organização, gestão, produção de cuidados e projectos em curso que fomentem a melhoria contínua da qualidade.

É um factor intrínseco à prestação de cuidados, a promoção e manutenção de um ambiente seguro, através da prevenção de riscos potenciais para o doente e profissional de saúde, mais precisamente na identificação, gestão, mitigação ou extinção sempre que possível. Desta forma tanto na UCI como no SUG, são aplicadas a escala de *Braden* que avalia o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão e a escala de *Morse*, que avalia o risco de queda, que se assumem como ferramentas preventivas na prestação dos cuidados ao identificar e estratificar um risco de forma a instituir estratégias adequadas para a redução ou eliminação do mesmo.

É igualmente mandatário, apesar do contexto clínico controlado da UCI, a identificação inequívoca do doente, como forma de garantir a promoção de um ambiente seguro. Em contexto de SUG, esta problemática ganha maiores preocupações, dada a volatilidade da localização dos doentes e respectivas identificações, que muitas vezes poderão não ser as correctas logo na admissão. É desta forma importante garantir através de varias estratégias a autenticidade e identidade do doente sob nossa responsabilidade. O SUG tem tido uma preocupação acrescida com esta situação pela gestão de recursos existentes, bem como na optimização em termos de política de altas hospitalares por um lado e humanização dos cuidados por outro.

Relativamente à prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), que se assumem como fundamental para a instituição e manutenção de um ambiente seguro, considerámos importante a actualização sobre as normas de orientação clínica e de boas práticas tanto a nível institucional como nacional, direccionado a nossa prática em conformidade. Existe igualmente desta forma implementado na UCI o protocolo para a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação invasiva.

Todos estes indicadores, contribuem para a segurança e a qualidade dos cuidados à PSC, sendo por isso inerentes à prática dos cuidados de enfermagem.

Relativamente à IPM desenvolvida, pretendemos demonstrar a aquisição, desenvolvimento e aprofundamento das competências, pelo reconhecimento e identificação de uma área com melhoria potencial para a prestação de cuidados, tendo sido aprovada académica e institucionalmente. Esta foi considerada pertinente e ambiciosa, mas apoiada na PBE como modelo teórico que garante a integridade e

veracidade da mesma, com o intuito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e consequente segurança do doente e dos profissionais de saúde envolvidos.

Pelos motivos acima descritos, consideramos que as competências referentes ao domínio da melhoria contínua da qualidade, foram alcançados.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista **do domínio da Gestão de Cuidados**

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e 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

Competências de Mestre em Enfermagem

1 – Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada

A gestão e a priorização dos cuidados de saúde são uma competência essencial do enfermeiro, para que haja adequação, equitabilidade e proporcionalidade relativamente aos doentes sob sua responsabilidade. No entanto, pela especialização dos cuidados, é expectável que essa gestão se torne também mais global e complexa.

O enfermeiro especialista deverá deste modo, para além da gestão da sua prestação de cuidados directa, orientar e coordenar a equipa de saúde, de modo a garantir a segurança e a qualidade das tarefas delegadas, sendo responsável na gestão de cuidados na equipa multidisciplinar.

Inevitavelmente durante o percurso profissional e pessoal, vamos assimilando competências e experiências mais ou menos formais e empíricas, pela observação e vivenciamento com outros profissionais dentro da equipa multidisciplinar. Apesar disso e relativamente ao domínio da gestão, é fundamental associar a esta aprendizagem conhecimentos científicos formais através de uma reflexão e análise críticas.

O contexto clínico do Estágio Final assumiu-se como um momento único de aprendizagem e desenvolvimento de competências no âmbito da gestão da prestação de cuidados pela especificidade da UCI, que apesar de lidar igualmente com a PSC, apresenta várias diferenças de concepção, planeamento e gestão de cuidados relativamente à realidade onde nos integramos num SUG. Desta forma a reflexão crítica relativamente a estas diferenças, assume-se como um método de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

O nosso enfermeiro orientador assume a função de chefe de equipa, pelo que durante o Estágio Final procurámos analisar estas funções pela observação da prática clínica, as dinâmicas e processos inerentes a tal desempenho. No nosso serviço desempenhamos igualmente funções de chefia de equipa desde de 2016, no entanto pela globalidade de um serviço de urgência geral, as funções são mais abrangentes a todo a unidade hospitalar (Anexo G).

De acordo com a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2018), a chefia e/ou coordenação de serviços ou equipas deverá ser assegurada por EEEMC, pois possuem competências formais diferenciadas, assim como perícia decorrente da experiência. Na UCI a nomeação do Enfermeiro Chefe de Equipa prende-se com a diferenciação académica e pela experiência em cuidados intensivos e antiguidade no serviço. De um modo contrario no SUG, abrange a categoria e experiência profissional, bem como algumas características particulares no que diz respeito a capacidade de liderança, gestão e decisão (Anexo G).

Nesta perspectiva o enfermeiro chefe de equipa assume-se como uma referência dentro da equipa multidisciplinar. Colaborámos na distribuição da equipa tendo em conta a tipologia de doentes e o estadio de diferenciação e experiência dos enfermeiros no turno, de forma a ser o mais equitativa possível. A gestão dos recursos humanos é fundamental, assim como os ajustes necessários, proporcionais e adequados às

circunstâncias imprevistas, sob forma de manter a qualidade da prestação dos cuidados. Esta gestão deverá ser assertiva e ponderada por forma a gerir potenciais conflitos.

A delegação de tarefas em profissionais funcionalmente dependentes é em regra geral comum na área de enfermagem, conforme refere a OE (2015a), que o enfermeiro delega nas circunstâncias certas e na pessoa certa, determinada tarefa através de comunicação, orientação e principalmente supervisão adequadas, de forma a garantir a manutenção da qualidade e segurança.

Achámos pertinente a realização do designado turno “Manhã de Gestão”, que na UCI é desenvolvido pela Enfermeira Coordenadora do mesmo e uma vez por mês por um dos 5 chefes de equipa, que é escalado, fora do roulement da equipa, para a manhã de dia útil correspondente. É assim função deste enfermeiro assistir à passagem de turno de enfermagem e respectivas ocorrências de serviço, assistir à passagem de turno médica como forma de ter noção actualizada de toda a realidade do serviço, gestão logística, burocrática e de âmbito não clínico em articulação com os serviços de apoio e assessoria, nomeadamente com os serviços de aprovisionamento, farmacêuticos e de esterilização. A função de gestão tem um carácter prospectivo e antecipatório, como forma de antever todas as necessidades logísticas e de recursos de modo a proporcionar à equipa multidisciplinar as condições de excelência para a prestação de cuidados com qualidade e segurança.

Relativamente a esta função, fomos durante 13 anos responsáveis em contexto de ERPI, por toda a gestão e aprovisionamento de material clínico e não clínico, produtos farmacêuticos, marcação de consultas e MCDT's, assim como respectivos transportes e sua logística. A gestão dos recursos humanos relativamente a horários de trabalho e responsabilidades durante o turno foi igualmente da nossa responsabilidade.

Como referindo anteriormente, tivemos oportunidade de assistir e participar na reunião multidisciplinar, onde são debatidos os casos clínicos dos doentes internados, assim como objectivos terapêuticos concretos e individualizados. O enfermeiro colabora nas decisões no âmbito das suas competências na tomada de decisão fundamentada, funcionando como elo à restante equipa, onde comunica o plano terapêutico individual.

No SUG existe igualmente semelhante reunião multidisciplinar todos os dias úteis entre as 10-11h da manhã entre o Director Clínico, a Enfermeira Coordenadora, os

chefes de equipa médico e enfermagem, a Assistente Social e a Equipa de Gestão de Altas, esporadicamente a direcção clínica do CH e a Enfermeira Directora marcam a sua presença. Esta reunião tem lugar desde há cerca de 5 meses pelo grande afluxo, mas principalmente pela permanência de doentes no SUG mais do que o expectável. Nesta são revistos os diagnósticos de todos os doentes internados, bem como de algumas situações de difícil ou mais complexa resolução, de forma a haver o escoamento de doentes necessário ao bom funcionamento do SUG. Como segundo elemento da equipa nº5 e com funções de chefia de equipa há 6 anos, sou presença assídua neste momento multidisciplinar de gestão e resolução de recursos humanos e materiais, tanto em relação ao SUG mas em relação a todo o CH. Nesta gestão de doentes, são também equacionados os objectivos terapêuticos dos doentes internados, sendo nossa função a comunicação dos mesmos aos respectivos elementos de prestação directa de cuidados.

A liderança e a gestão são dois conceitos fundamentais para o bom funcionamento de equipas multidisciplinares, que são igualmente multiculturais e geracionais, pelo que se considera a liderança uma componente essencial, prioritária e crítica da gestão (ICN, 2000). Nesta perspectiva e relativamente à prática de enfermagem, é fundamental definir qual o estilo e liderança que mais se adequa e compatibiliza com a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019). Apesar disso, não existe uma definição consensual de liderança, pois a mesma é influenciada por inúmeras variáveis, assim como influencia os liderados nas crenças, valores, atitudes, cognições, emoções e comportamentos (Gondim e Alberton, 2017). A liderança em enfermagem deve ser baseada segundo Tappen et al (2019), em conhecimentos, capacidade de comunicação, energia, acção e capacidade em atingir metas.

Pessoalmente adoptamos de um modo geral, um estilo de liderança transaccional/transformacional (Santos, 2014), ao assumir uma atitude de mudança e transformação dos liderados nas suas crenças, atitudes e comportamentos como forma de contribuírem para o bom funcionamento da equipa e do próprio serviço Este estilo é igualmente adoptado pela coordenadora da UCI a qual foi nossa chefe de equipa no SUG durante alguns anos e que terá influenciado igualmente a nossa perspectiva. Não obstante, determinadas situações, problemas e necessidades, são alvo de flexibilidade de liderança relativamente aos liderados de forma pontual e personalizados, enquadrando-se na teoria de liderança situacional de Hersey e Blanchard (Melo, 2011), sendo a mais

adoptada pela maioria dos chefes de equipa tanto da UCI como do SUG, assim como da Enfermeira Coordenadora do SUG.

Relativamente às competências deste domínio e por sentirmos necessidade de actualização de conhecimentos, participamos num Curso de Formação Profissional de Liderança e Gestão de Equipas.

A realização da IPM foi igualmente influenciada na sua elaboração por premissas de gestão personalizadas tanto em termos da pandemia actual como da logística pessoal dos intervenientes. Houve a preocupação acrescida pelo facto de serem usados meios desmaterializados e de fácil acesso relativamente ao envio do instrumento de colheita de dados e respectivo preenchimento, promovendo igualmente ganhos na análise dos dados, tornando a gestão dos recursos utilizados mais eficaz e eficiente.

Ainda que a experiência de gestão de recursos materiais e humanos não tenha sido exercida autonomamente, no decorrer do Estágio Final, possuímos pelas situações acima referidas competências de liderança e gestão inseridas neste domínio, pela experiência profissional e que foram aprofundadas em contexto especializado.

Competência Comum do Enfermeiro Especialista do **domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

A auto-reflexão permite-nos a auscultação de nós próprios através da interacção com os outros, permitindo uma tomada de consciência estrutural da nossa personalidade e funcionamento de forma a nos mantermos actualizados (Phaneuf, 2005).

A evolução pessoal e profissional são desta forma influenciadas pelo autoconhecimento, bem como das nossas limitações e competências. Sem esta percepção o crescimento torna-se debilitado e reservado. A importância deste domínio é relevante pela importância do autoconhecimento e auto-reflexão como instrumento terapêutico na relação Enfermeiro-Doente (Rasheed, 2015).

O desenvolvimento do estágio final em contexto de UCI, concomitantemente com a prática de enfermagem profissional num contexto semelhante (abordagem à PSC), embora como já foi referido em circunstâncias diferentes, proporcionou inconscientemente e conscientemente o desenvolvimento do autoconhecimento, auto-percepção e auto-avaliação. Foi desta forma um momento de aprendizagem produtivo pela interacção com diferentes profissionais e formas de trabalhar no mesmo contexto clínico, favorecendo o pensamento reflexivo e de auto-avaliação que definem os recursos, limites e competências pessoais que se repercutem no autoconhecimento.

Desta forma e pelos diferentes recursos disponíveis em contexto de UCI, os quais não são exequíveis pela disponibilidade de recursos no SUG, depressa se identificou áreas de carência em termos de prestação de cuidados e técnicas de diagnóstico e tratamento. Exemplos são as situações de monitorização invasiva (Swan-Ganz, PiCCO, PIA, PIC), não invasiva (EEG, BIS), terapia por pressão negativa (vácuo para tratamento de feridas), técnicas dialíticas (hemofiltração e CICA). Desta forma foram aprofundados estes temas, em termos teóricos, recorrendo à literatura actual, bem como através dos procedimentos sectoriais da UCI, por outro lado, aliou-se a prática a esta pesquisa através da atribuição deste tipo de doentes durante o turno. Desta forma colmatámos as lacunas identificadas e expandimos os nossos conhecimentos em áreas específicas da abordagem à PSC.

Ainda que defendido e valorizado por Mullan et al. (2014), o *dibriefing* é raramente utilizado como ferramenta de autoconhecimento e auto-reflexão. De facto é importante o desenvolvimento de momentos de reflexão multidisciplinar no pós eventos, em que se reconhecem com teor construtivo, práticas, atitudes ou competências incorrectas, insuficientes ou desajustadas, assim como as acções e atitudes correctas e atempadas são alvo de reforço positivo. Esta prática raramente é utilizada por variadíssimas razões, acontecendo informalmente e de modo mais particular.

Apesar disso a experiência e formação profissional fomentaram a aquisição de estratégias minimizadoras da influência de sentimentos e emoções nas situações de maior pressão e/ou geradoras de conflitos. Desta forma a realização do estágio foi promotora de uma introspecção mais assídua como forma de dinamizar o desenvolvimento pessoal e a assertividade das intervenções tanto relacionadas com o

doente como na gestão e mediação de conflitos relativamente a este e no seio da equipa multidisciplinar, que requerem soluções céleres e definitivas.

De salientar ainda, no âmbito deste domínio, a mobilização de conhecimentos da UC de Relação de Ajuda cujo método lectivo e avaliativo se baseou em exercícios de auto-avaliação e autoconsciencialização, contribuindo para o desenvolvimento global desta competência

Por todos os aspectos enunciados relativamente a este domínio, consideramos ter adquirido a competência em epígrafe.

Competência Comum do Enfermeiro especialista do domínio do

Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Competências de Mestre em Enfermagem

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

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.

Como referido em capítulos transactos, a PBE consiste na tomada de decisão clínica e fundamentada, com base na pesquisa organizada, sistemática e sistematizada da melhor evidência, conjugada com a experiência e julgamento clínico, assim como aos valores e preferências do doente (Larrabee, 2011). Deste modo e segundo a OE (2015a), existe um equilíbrio entre a experiencia profissional, geradora de conhecimento empírico e juízo clínico, com a evidência científica, na aplicação crítica e criteriosa na

tomada de decisão fundamentada, que vem descrito no Código Deontológico, artigo 97º que os enfermeiros devem “*exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados*” (REPE, 1996, pg. 78).

Neste âmbito, os conteúdos programáticos inseridos na UC de Investigação em Enfermagem, vieram dar o seu contributo na planificação da metodologia adoptada no que concerne a evidência científica.

A elaboração desta IPM foi baseada na metodologia de projecto, através da necessidade dos serviços de urgência e cuidados intensivos conseguida pelo diagnóstico de situação relativamente ao tema desta mesma IPM, a qual se considera um exemplo da PBE.

Relativamente à IPM, foi planeada uma sessão de formação em serviço, através da construção do plano de sessão (Apêndice J) e de uma apresentação de diapositivos (Apêndice K), inserido no plano anual da formação em serviço do SUG (declaração de formação ainda não disponibilizada pelo serviço de formação do CH), sendo no entanto transversal a todos os intervenientes envolvidos no instrumento de recolha de dados e por fazer questão o próprio GID. Desta forma a sessão foi realizada de forma desmaterializada e não presencial como descrita em capítulos anteriores, sendo a sua avaliação de conteúdos igualmente por via digital (Apêndice L). A UC de Formação e Supervisão em Enfermagem foi fundamental na medida em que direccionou de forma correcta, concisa e pertinente toda a logística referente à sessão de formação, tendo em conta sua operacionalidade em formação.

A actualização dos conhecimentos é essencial para o desenvolvimento profissional, sendo também um dever profissional pela constante mudança com base na evidência dos cuidados e das abordagens à PSC, disponibilizados por acções e formações de qualificação profissional (OE, 2011). Nesta perspectiva propusemo-nos para dois momentos formativos que consideramos pertinentes durante o percurso do estágio final. Contudo dadas as circunstâncias pandémicas, muitos eventos foram adiados para datas muito posteriores à entrega deste relatório (Abril e Maio de 2022).

Ainda assim participámos nas Jornadas de Actualização Cardiológica 2021 em edição virtual (Anexo H).

As formações em serviço são igualmente uma constante ao longo de todo o percurso profissional, tanto como formando, como formador.

Foi igualmente elaborado um artigo científico original (Apêndice H), estruturado e baseado em pesquisa bibliográfica, sobre os EA ocorridos durante o TDC e os benefícios e exemplos da utilização de *checklist* como forma de promover a segurança e a qualidade dos cuidados durante o TDC, indo ao encontro da PBE. Este artigo foi redigido sob as normas de publicação da Revista De Enfermagem do CHS-EPE – Cuid’arte, tendo ponderação quantitativa avaliativa na UC do Estágio Final, prevendo-se para breve a sua publicação. Este artigo promove igualmente a divulgação (para além da formação em serviço realizada), dos resultados obtidos na IPM, com excepção da implementação da mesma que será apenas um procedimento institucional ao CH.

Em suma consideramos adquiridas as competências relativamente a este domínio.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista são, segundo a OE (2019), as “*que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades*” (pg. 4745). Deste modo as competências específicas do EEEMC integram-se com as competências comuns já anteriormente descritas, criando um mapa conceptual que rege, define e concretiza a prática especializada de enfermagem, bem como as competências clínicas desenvolvidas consoante o contexto de intervenção.

A OE em 2018 actualizou o regulamento de competências do EEEMC, pela criação de áreas específicas, tendo em conta a abrangência da EMC, havendo também necessidade de especificar competências nas áreas emergentes dos cuidados de Enfermagem, pelo que apenas serão alvo de apreciação e análise reflexiva as específicas do EEEMCPSC.

Deste modo e segundo a OE (2018, pg. 19359), as competências específicas do EEEMCPSC são:

- 1 – *Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica*
- 2 – *Dinamiza a resposta em situações de emergência, excepção e catástrofe, da concepção à acção*
- 3 – *Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*

Da mesma forma que se descreveu, analisou e fundamentou o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista com as competências determinadas para o grau de mestre, neste capítulo serão novamente abordadas em conjunto com as competências específicas do EEEMSPSC, sempre que for apropriado.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica

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

Competência de Mestre em Enfermagem

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

Como já referido várias vezes, a PSC “*é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*” (OE, 2018, pg. 19362). Deste modo e segundo o mesmo regulamento, os cuidados à PSC são considerados “*altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades*” (pg. 19362), pelo que é exigido ao EEEMC-PSC a mobilização de conhecimentos e competências como forma de prestar cuidados em enfermagem atempada, proporcional, individual e holisticamente (OE, 2018).

Assim a prestação de cuidados por nós realizada durante o Estágio Final caracterizou-se pela abordagem à PSC, com cuidados prestados em tempo útil, com eficiência e eficácia. Desta forma e pelo carácter sempre emergente das intervenções realizadas, é obrigatoriamente fundamental o desenvolvimento e aperfeiçoamento de tais competências com carácter antecipatório e preventivo em relação a focos potenciais de instabilidade que deverão ser identificados precocemente e solucionados celeremente pela instituição de cuidados, com o necessário nível de vigilância e monitorização proporcionais à gravidade da PSC. O EEEMCPSC, assume-se como o profissional de saúde com capacidade de prevenir, actuar e resolver a instabilidade clínica da PSC, através da sua contínua prestação de cuidados de Enfermagem.

Na UC EMC IV, aprofundamos conhecimentos adquiridos sobre a abordagem à PSC vítima de doença médica e traumática. Deste modo durante a prestação de cuidados emergentes, adopta-se uma abordagem priorizada, organizada e sistematizada, amplamente testada na prática clínica, o ABCDE (INEM, 2012), já descrita neste relatório e que foi actualizada tendo em conta a estabilização da coluna cervical na via aérea e o controlo da hemorragia na circulação (*American College of Surgeons*, 2018).

Relativamente à antecipação dos cuidados e ao uso dos conhecimentos teóricos e da experiência profissional, relatamos um caso clínico que ocorreu recentemente na sala de reanimação e que se refere a um doente conduzido pela VMER com dor retrosternal inespecífica e intermitente, hipotensão marcada, bradicardia com alterações segmentares e sudorese profusa, com alteração igualmente intermitente do estado de consciência, vinha sob suporte direccionado para provável choque hipovolémico com iatrogenia a beta-bloqueantes ou VVAVC. Pela abordagem inicial segundo a mnemónica descrita em capítulos anteriores (ABCDE + CHAMU), a clinica era inadequada com as circunstâncias e antecedentes pessoais, pois os valores tensionais diferiam entre membros superiores, a dor torácica irradiava para o abdómen mas não havia timpanização nem aumento da dor à palpação, os pulsos periféricos não eram simétricos e por vezes abafados, contudo não havia alterações ao nível da auscultação cardíaca pelo que através de nova avaliação não influenciada pelo pré-hospitalar, se chegou ao provável diagnóstico de dissecção da aorta. Esta avaliação que não durou mais do que 3 minutos permitiu-nos suspender um tratamento para a hipotensão prejudicial à situação clínica (*fluid-challenge* e suporte aminérgico), bem como agilizar MCDT's necessários à validação do diagnóstico. Concomitantemente o doente foi alinhado cefalo-caudalmente de modo a prevenir o aumento da dissecção e consequente hemorragia. Durante a realização do exame de imagem foi diligenciado transporte e acompanhamento, bem como o contacto para centro médico com cirurgia cárdio-torácica. Confirmado o diagnóstico, a prioridade como já tínhamos definido é o transporte o mais rápido possível para o centro medico acima descrito. Solicita-se aos bombeiros o transporte em maca de vácuo pelo facto de proporcionar um maior grau de imobilização mesmo relativamente às irregularidades do trajecto, assim como se solicita ao PSP de serviço a necessidade de escolta policial através de “batedores” que criam um corredor de emergência livre de obstáculos através do trânsito. Todas estas medidas foram acauteladas num espaço de tempo de 30 minutos, sendo que nesta situação específica o tempo foi um factor preponderante dada a emergência clínica de uma dissecção da aorta desde a sua raiz até artéria femoral bilateralmente, assim como o facto de se controlar a hipotensão sem a tendência fatal de a elevar agressivamente, como seria expectável numa situação de choque.

Pelo nosso percurso profissional, 17 anos em contexto de urgência e os conhecimentos teórico-práticos adquiridos (SAV, SAT,TDC) assumimos a maior parte

das vezes o posto de trabalho “reanimação”, pelo que de igual modo se assume a liderança da equipa multidisciplinar durante o processo de reanimação.

O transporte secundário, mas principalmente o terciário são uma constante, tanto em termos de UCI como no SUG, pelo que houve oportunidade mental de aplicar a *checklist* relativa à IPM desenvolvida, com resultados bastante positivos, pois ficámos mais despertos para os potenciais EA.

Com colaboração da nossa Enfermeira Orientadora e da própria equipa de enfermagem da UCI, foi-nos proporcionado a prestação de cuidados à PSC em situações técnicas específicas que não são usuais ou mesmo inexistentes pela especificidade no contexto profissional do SUG.

Relativamente à aplicação de protocolos, a UCI do CH apresenta um variado conjunto de normas e procedimentos sobre diferentes áreas, com actualizações frequentes, baseadas na evidência e adequação à situação. Deste modo foram seguidos os vários protocolos com adequação à prática e à situação clínica, mantendo vigilância e despiste de complicações potenciais. Um dos protocolos instituídos é relativamente à técnica dialítica CICA, a qual deverá ter um controlo gasimétrico arterial e venoso de modo a serem ajustados os valores séricos do cálcio e do citrato durante o tratamento. Outro protocolo diz respeito ao controlo da glicémia capilar através de 4 algoritmos de perfusão de insulina rápida endovenosa. A alimentação entérica também segue um protocolo próprio como forma de evitar a estase gástrica e promover o aporte nutricional adequado à PSC. O desmame e a incrementação de terapêutica inotrópica e sedativa também são protocolados tendo em conta a estabilidade hemodinâmica e o grau de consciência respectivamente.

Assumido como 5º sinal vital pela DGS (2003), a gestão da dor é um processo tão complexo como subjectivo, pela índole intrínsecamente individual, que surge de diferentes fontes, isoladas ou combinadas, tendo uma percepção e tolerância diferentes conforme as vivências e as culturas de quem as sente (Devlin et al, 2018). O EEEMS-PSC deverá demonstrar capacidade aprofundada e diferenciada na gestão da dor como indicador do bem-estar do doente e da qualidade dos cuidados. A PSC pela sua situação específica que inclui alteração do estado de consciência, da comunicação, dos padrões do sono, assim como a imobilidade prolongada e dispositivos invasivos utilizados,

necessita de uma abordagem objectiva e sistemática no gerenciamento da dor. Desta forma pela experiência profissional e evidência consultada, a avaliação da dor é muitas vezes subvalorizada e inadequadamente controlada.

Desta forma é importante estarmos despertos para a avaliação de sinais clínicos sugestivos de dor, monitorizando-a de forma horária ou em SOS, através da escala numérica e da escala *Behavioral Pain Scale* (BPS), recomendadas para a PSC que é capaz de se auto-avaliar, e para a quem não consegue respectivamente. Deste modo e caso a dor esteja presente, são instituídas medidas adequadas e proporcionais ao grau de dor, através de medidas farmacológicas (escalonamento da analgesia) e não farmacológicas (posicionamentos, massagens).

Relativamente à relação terapêutica é referida pela OE como um dos Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem (2001). Esta é definida como uma relação de parceria entre o profissional de enfermagem e o doente, assentando no respeito das suas capacidades e potencial (OE, 2001). A relação de ajuda através da comunicação, assume-se como uma ferramenta imprescindível para uma prestação de cuidados de enfermagem especializados e autónomos à pessoa/família. Apesar desta intervenção revestir-se de autonomia, a mesma poderá ser condicionada pela individualidade dos intervenientes. Mais uma vez recorreremos aos conteúdos programáticos da UC Relação de Ajuda passíveis de contribuir para a compreensão da situação experienciada pela pessoa, como incremento à auto-avaliação e autoconsciencialização no uso dos recursos pessoais disponíveis, bem como mecanismos de *coping* usados na resolução dos problemas e dificuldades colocadas.

A comunicação deverá adequar-se individualmente à PSC, pelo que deverão ser procuradas estratégias alternativas e facilitadoras da comunicação pela identificação de barreiras que dificultam a mesma dado o estado clínico ou a existência de dispositivos invasivos. Pelo descrito, esta situação funciona como um estímulo ao desenvolvimento de competências nesta área. Perante estas situações, usamos meios análogos ou alternativos de comunicação, como o recurso a ferramentas de comunicação não-verbal (escrita, grafismos comuns e pertinentes, a própria mimica e leitura labial).

As situações de prognóstico reservado são bastante frequentes tanto em contexto de UCI como no SUG, como já foi referido em capítulos transactos. Apesar da logística

da abordagem à PSC ser intencionalmente virada para a recuperação e a cura, muitas vezes quando a situação se torna irremediavelmente irreversível e terapêuticamente fútil, existe a necessidade de redireccionar os cuidados para uma vertente mais digna e paliativa de forma a manter a qualidade dos cuidados à PSC na “vertente paliativa” como já analisámos anteriormente. Nesta perspectiva, a abordagem dos cuidados deverá ter uma maior amplitude no que se refere às vontades e desejos do doente e/ou da pessoa significativa, implementado práticas promotoras do conforto e controlo de sintomas, focando o apoio emocional e espiritual, não esquecendo que pela experiência tanto profissional como pessoal o silêncio é uma técnica poderosa de comunicação quando aplicada de forma pertinente, não devendo ser menosprezado nem melindrado.

Como já referindo anteriormente a comunicação de más notícias é uma situação comum no nosso percurso profissional, contribuindo para aquisição e desenvolvimento de estratégias de *coping* e gestão relativamente a estas situações.

O desenvolvimento e principalmente o aperfeiçoamento desta unidade de competência é conseguida ao longo de todo o nosso percurso pessoal e profissional, não sendo estanque, pelo que apesar de nos considerarmos peritos, existem sempre situações que se caracterizam pela sua imprevisibilidade e nos fazem reflectir o “reflectido”.

Apesar de tudo e relativamente à globalidade desta competência específica, consideramos como atingida.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica

2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, excepção e catástrofe, da concepção à acção

Relativamente a esta competência, cabe ao EEEMC-PSC a concepção, o planeamento e gestão de uma resposta imediata, proporcional, eficiente e eficaz nos vários níveis de abrangência em situações de emergência, excepção e catástrofe.

Apesar de vivermos num país equilibrado e com estabilidade político-social, assim como a ocorrência de cataclismos naturais serem uma raridade e com magnitudes menos exacerbadas. A realidade actual e inédita coloca-nos num ambiente ainda pandémico e com uma ameaça de guerra à escala mundial. Desta forma e segundo a DGS (2010b), reveste-se de carácter obrigatório as organizações de saúde realizarem ciclicamente de uma forma estruturada, sistémica e organizada, um diagnóstico de situação pela criação de respostas de emergência face aos possíveis cenários que desequilibrem os recursos e as valências existentes, bem como as necessidades emergentes não previstas. Segundo esta mesma entidade, todos os profissionais de saúde devem reconhecer a sua importância na resposta imediata a situações de excepção, pelas suas funções, missão e acção no domínio das suas competências profissionais (DGS, 2010a).

Relativamente às situações de catástrofe e emergência multi-vítimas, não houve (e ainda bem) qualquer tipo de evento durante a realização do Estágio Final. No entanto durante a nossa vida profissional em Novembro de 2007, houve uma explosão de gás num prédio na cidade de Setúbal em plena hora de retorno a casa por parte da população. Foi activado o plano de Emergência Municipal com a instalação do Posto Médico Avançado no local da ocorrência. Nessa estrutura, foi feita uma triagem pré-hospitalar e as vítimas com necessidades, encaminhadas via INEM para o CH. A nível hospitalar, activou-se o Plano de Catástrofe Externa, no qual todo o serviço de urgência foi evacuado, os doentes internados foram transferidos em macas para os pisos das especialidades correspondentes e os doentes de ambulatório estáveis foram conduzidos ao piso da consulta externa para continuar a sua observação, ficando desta forma todo um serviço disponível para a recepção das vítimas. A triagem de Manchester foi reformulada para modo de catástrofe.

Em contexto do SUG, por vezes a sala de reanimação, com capacidade para 2 doentes, chega a receber vários doentes em simultâneo, sendo necessário gerir os cuidados em situações de emergência, avaliando, planeando, intervindo e orientado o escoamento de doentes para outros locais com a mesma capacidade de resposta.

Em 2017 a Protecção Civil em simbiose com o corpo de bombeiros, autoridades policiais e portuárias e com o CH, desenvolveu um simulacro de cenário multi-vítimas

com a associação do trauma a substâncias perigosas. Em termos hospitalares foi novamente cumprindo o Plano de Emergência e Catástrofe.

De ressaltar que todos os anos e sazonalmente nos meses de maior rigor climatérico, o Plano Interno de Contingência é activado, mantendo-se activo enquanto necessário.

Como enfermeiro no SUG e chefe de equipa de enfermagem, conhecemos o procedimento interno de actuação perante uma emergência/catástrofe interna e externa, o qual está disponível na intranet para consulta.

A UC EMC IV através dos conteúdos programáticos, nomeadamente o curso teórico-prático de emergência em trauma, mostrou-se como uma mais-valia pela abordagem à vítima de trauma em situações de emergência e catástrofe, bem como situações de multi-vítimas.

Relativamente a esta competência, consideramos que pela experiência profissional ao longo de quase 17 anos no SUG, assim como pelos conteúdos teórico-práticos desenvolvidos e avaliados positivamente, a mesma foi desenvolvida.

Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica

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

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são frequentes no ambiente hospitalar, sendo uma das principais causas de morte e aumento da morbilidade em doentes hospitalizados. Esse tipo de infecção ocorre quando há uma quebra na cadeia de infecção (agente infeccioso, reservatório, porta de saída, modo de

transmissão, porta de entrada e hospedeiro susceptível (Sheehy, 2011). A utilização de EPI e as medidas de precaução universais são fundamentais na prevenção das IACS.

Em consequência do desenvolvimento dos cuidados de saúde, com um uso crescente de novos meios, terapias e dispositivos invasivos, aliado ao aumento gradual da esperança média de vida, o risco de infecção inerente à prestação de cuidados aumenta por vezes de forma exponencial, sendo que 1\3 das IACS são consideradas evitáveis pela DGS (2018). Deste modo é obrigatório o envolvimento dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, que pelo contacto directo e permanente com o doente, assumem um papel fulcral na prevenção das IACS. Desta forma a OE (2015b), nos padrões de qualidade, defende que o EEEMC-PSC como promotor da qualidade do exercício profissional, implica-se na prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde.

Os doentes admitidos em UCI pela sua complexidade em termos de patologias de base, comorbilidades associadas e dispositivos invasivos utilizados, apresentam um risco acrescido de contrair IACS, que pela sua vulnerabilidade exacerbada pela doença crítica, estimam-se que 54% desses doentes sejam infectados nesta perspectiva (Vincent et al, 2020). É desta forma imprescindível a revisão da norma da DGS relativa às precauções básicas do controlo de infecção (DGS, 2013).

A UCI do CH mantém e actualiza alguns protocolos relativos à prevenção das IACS, como a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação, a prevenção e controlo da colonização e infecção por MRSA, a prevenção da colonização e infecção do local de inserção do cateter central e arterial, a prevenção da colonização dos sistemas de alimentação entérica e o conceito de “bolha” do doente.

O CH mantém o GCLPPCIRA, que actualizam constantemente recomendações e protocolos pertinentes a esta problemática.

Durante a prestação de cuidados à PSC, os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos relativamente às recomendações de boas práticas para a prevenção e controlo de IACS, são parte integrante e indissociável dos mesmos.

A UC de EMC I contribuiu pelos conteúdos programáticos sobre o controlo de infecção e de resistência aos antimicrobianos, precauções básicas de controlo de infecção e nas vias de transmissão para o desenvolvimento desta competência.

No contexto pandémico actual, existem duas áreas distintas de prestação de cuidados tendo em conta a alta transmissibilidade da doença por corona vírus. Esta área afectada à Covid-19 é isolada das restantes valências hospitalares e os profissionais afectos à mesma seguem um protocolo rigoroso de colocação e remoção de EPI, bem como de limpeza e desinfecção de material e superfícies.

O EEEMC-PSC tem conhecimentos e competências específicas para supervisionar e corrigir situações que ponham em causa a segurança dos cuidados em qualquer que seja a circunstância, promovendo assim a qualidade dos cuidados e a integridade da PSC.

Desta forma consideramos ter desenvolvido competências no âmbito da prevenção e controlo da infecção e da resistência a Antimicrobianos.

Competência de Mestre em Enfermagem

7 – Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, na sua área de especialidade.

Resumindo todo este relatório e mais especificamente este presente capítulo, parecem fundamentadas, descritas e reflectidas todas as actividades realizadas ao longo do estágio e na elaboração da IPM, pelo que consideramos ter conseguido adquirir esta última competência associada ao grau de Mestre em Enfermagem.

CONCLUSÃO

O presente Relatório de Estágio de carácter profissional, vem materializar todo o processo formativo do ME, pela projecção da UC Relatório que está integrado e estruturado com base em todos os conteúdos programáticos das Unidades Curriculares leccionadas ao longo do percurso para a atribuição do título de EEEMC, pela OE. Este mesmo Relatório de Estágio será sujeito a defesa e aprovação nas provas públicas, culminando com a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

A prática profissional do EEEMC-PSC assume uma polivalência profissional em vários contextos, pela valorização dos cuidados diferenciados, assim como a pertinência, diligência e gestão de prioridades em situações de doença crítica, complexas e de exceção. Estas situações requerem uma consistente e contínua aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de novos conhecimentos e competências pela reflexão crítica, experiência profissional (e pessoal) relativamente ao enquadramento normativo actual e à melhor evidência científica disponível.

Todo o percurso realizado ao longo da especialização em EMC-PSC e mais recentemente no âmbito do ME pela frequência da UC Estágio Final, proporcionou circunstâncias e oportunidades únicas de aprendizagem e reflexão, que sob fundamentação teórica, foram aproveitadas como estímulo à aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de competências profissionais.

O primeiro capítulo permitiu descrever o contexto clínico do desenvolvimento da IPM e do próprio Estágio Final, relativamente a enquadramentos legislativos, normativos e organizacionais, recursos estruturais, físicos, materiais e humanos, finalizando numa sucinta análise de gestão e produção de cuidados.

No segundo capítulo planificámos e descrevemos a IPM desenvolvida através da metodologia de projecto (Ruivo et al, 2010), pela qual se justifica a problemática

identificada, neste caso o desconhecimento por um lado e a desatualização por outro de um método que reduza, evite e/ou resolva a ocorrência de EA durante o TDC. O enquadramento conceptual foi igualmente descrito neste capítulo, assim como o relacionamento com a filosofia (Benner, 2001) e modelo teórico (Larrabee, 2011) das práticas de enfermagem, que suportam a IPM. Descrevemos igualmente a análise crítica das etapas que constituem a metodologia de projecto, do diagnóstico de situação, definição de objectivos, planeamento, execução, avaliação e resultados.

A realização da IPM permitiu desenvolver e dar visibilidade de um modo transversal a toda a instituição hospitalar, sobre um tema que será sempre delicado para a equipa de TDC pela possibilidade de EA e conseqüente segurança do doente. O desenvolvimento de um procedimento institucional que promova a qualidade e a segurança dos cuidados, foi desta forma o objectivo fulcral da IPM.

No terceiro capítulo resumimos objectivamente a análise reflexiva e fundamentada do processo de aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de competências comuns e específicas ao EEEMC (OE, 2019) e EEEMC-PSC (OE, 2018) respectivamente e as conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem (UE, 2015). Pela complementariedade e transversalidade destas três competências, a descrição, análise e reflexão foram pertinente e coerentemente abordadas em simultâneo. A aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de novas competências foram, por um lado, desenvolvidas através da frequência do Estágio Final, por outro pelo aproveitamento das UC's do ME, assim como pela nossa experiência pessoal e profissional que as influenciam e potenciam.

De modo a desenvolver adequadamente esta IPM, optou-se por uma estruturação assente numa base filosófica (Benner, 2001) e teórica (Larrabee, 2011) dos cuidados de Enfermagem. Esta escolha demonstrou-se congruente com o desenvolvimento de novas e especializadas competências que transformam os cuidados de enfermagem generalistas em cuidados pertinentes, antecipatórios e por isso diferenciados. Estes aliados à experiência profissional, melhor evidência disponível e visão holística, permitem a plenitude na abordagem da PSC.

A frequência do Estágio Final e o desenvolvimento da IPM, permitiu-nos o aprofundamento de conhecimentos e competências desenvolvidas ao longo da nossa

actividade profissional, assim como a aquisição prática de novos conceitos, procedimentos, diligências e tomadas de decisão multidisciplinares na abordagem à PSC.

A IPM desenvolvida permitirá melhorar a qualidade e segurança dos cuidados à PSC durante o transporte intra e inter-hospitalar, pela prevenção e resolução atempada de potenciais e evitáveis EA. Através desta, elaborou-se a uma proposta de procedimento institucional para implementação de *checklist* de apoio ao TDC no CH, assim como uma proposta dessa mesma *checklist* de apoio ao TDC, que se encontram em fase de apreciação pelo Gabinete da Qualidade do CH, para futura implementação institucional.

Desta forma, pela conclusão dos objectivos definidos inicialmente, propomo-nos com este relatório, às provas de defesa pública que concluirá “esta atarefada etapa” da nossa vida académica, pessoal e profissional. Esta dedicação responsabilizará uma mudança de paradigma na prestação de cuidados em função do título de especialista e grau de Mestre, que se repercutirá na melhoria contínua e dinâmica da prática profissional e conseqüente qualidade em saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Aasekjær K., Waehle, H. V., Ciliska, D., Nordtvedt, M. W., & Hjälmhult, E. (2016). Management Involvement--A Decisive Condition When Implementing Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), 32–41. <https://doi.org/10.1111/wvn.12141>
- AESES (2018). Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem, Retirado de [Regulamento.pdf \(ipbeja.pt\)](#)
- Aguiar Carneiro, T., da Paixão Duarte, T. T., & da Silva Magro, M. C. (2017). Critical Patient Transport: A C Hallenge for the 21St Century. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(1), 70–76. <https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201709>
- Alamanou DG, Fotos NV, Brokalaki H. Interruption of therapy during intrahospital transport of non-icu patients. *Health Sci J*. 2013 Apr-Jun;7(2):177-87. Retirado de <https://www.hsj.gr/medicine/interruption-of-therapy-during-intrahospital-transport-of-non8208icu-patients.php?aid=3028>
- Allen, G. C., Semel, M. E., Bader, A., & Gawande, A. A. (2010). An Unproven Safety Checklist...Marcus E. Semel [Sep 2010]. *Health Affairs*, 29(12), 2355–2356. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.1063>
- Alizadeh Sharafi, R., Ghahramanian, A., Sheikhalipour, Z., Ghafourifard, M., & Ghasempour, M. (2021). Improving the safety and quality of the intra-hospital

transport of critically ill patients. *Nursing in Critical Care*, 26(4), 244–252.
<https://doi.org/10.1111/nicc.12527>

American College of Surgeons (2018). *Advanced Trauma Life Support – Student Course Manual* (10.^a ed.). American College of Surgeons – The Committee on Trauma.

American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7.^a ed.). American Psychological Association
<https://doi.org/10.1037/0000165-000>

ANZCA. (2015). Australasian College for Emergency Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand, PG52 (G), Guideline for transport of critically ill patients

Ballangrud, R., Persenius, M., Hedelin, B., & Hall-Lord, M. L. (2014). Exploring intensive care nurses' team performance in a simulation-based emergency situation, - expert raters' assessments versus self-assessments: an explorative study. *BMC Nursing*, 13(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0047-5>

Bambi S, & Day D. (2010). The risk of intrahospital transport to patients...'Keeping patients safe during intrahospital transport' (August 2010:18-32). *Critical Care Nurse*, 30(6), 14–16. <https://doi.org/10.4037/ccn201048>

Bandeira AG, Witt RR, Lapão LV, Madruga JG. A utilização de um referencial metodológico na implementação de evidências como parte da investigação em enfermagem. *Texto & Contexto-Enferm*. 2017;26(4):e2550017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002550017>

- Barreto, D. G., Silva, K. G. N. da, Moreira, S. S. C. R., Silva, T. S. da, & Magro, M. C. da S. (2014). Simulação realística como estratégia de ensino para o curso de graduação em enfermagem: revisão integrativa. *Revista Baiana De Enfermagem* 28 ,(2). <https://doi.org/10.18471/rbe.v28i2.8476>
- Beckmann, U., Gillies, D. M., Berenholtz, S. M., Wu, A. W., & Pronovost, P. (2004). Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients. An analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care. *Intensive Care Medicine*, 30(8), 1579–1585. <https://doi.org/10.1007/s00134-004-2177-9>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. 1ª Edição, Coimbra: Quarteto Editora.
- Blakeman, T. C., & Branson, R. D. (2013). Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. *Respiratory Care*, 58(6), 1008–1023. <https://doi.org/10.4187/respcare.02404>
- Brasil (2015). Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara - Hospital Regional do Norte – Ceará, Brasil (2015). Protocolo Transporte Seguro. Retirado de : [HGWA_PROTOCOLOS_TRANSP_SEG_240315.pdf \(isgh.org.br\)](https://www.isgh.org.br/HGWA_PROTOCOLOS_TRANSP_SEG_240315.pdf)
- Brasil (2011) - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 376, de 24 de março de 2011. Dispõe sobre a participação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde. Brasília (DF). Retirado de http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3762011_6599.html
- 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 (London, England)*, 19, 214. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0938-1>

Brykczynski, Karen A. *Patricia Benner: de principiante a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* - In: Teóricas de enfermagem e a sua obra : modelos e teorias de enfermagem / Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood ; trad. Ana Rita Albuquerque. - 5ª ed.- Loures : Lusociência, 2004. - p. 185-207

Bueno AAB, Fassarella CS. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2011;2–10.ISSN-1982-6451

Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., & Rabiais, I. (2020). Checklist para el transporte intrahospitalario seguro del paciente crítico: A scoping review. *Enfermería Global*, 19(4), 525–540. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>

Chaikittisilpa, N., Lele, A., Lyons, V., Nair, B., Newman, S.-F., Blissitt, P., Vavilala, M., Lele, A. V., Lyons, V. H., Nair, B. G., Blissitt, P. A., & Vavilala, M. S. (2017). Risks of Routinely Clamping External Ventricular Drains for Intrahospital Transport in Neurocritically Ill Cerebrovascular Patients. *Neurocritical Care*, 26(2), 196–204. <https://doi.org/10.1007/s12028-016-0308-0>

Choi, H. K., Shin, S. D., Ro, Y. S., Kim, D. K., Shin, S. H., & Kwak, Y. H. (2012). A before- and after-intervention trial for reducing unexpected events during the intrahospital transport of emergency patients. *The American journal of emergency medicine*, 30(8), 1433–1440. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2011.10.027>

CH, 2016, Procedimento de transporte intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico, ALT. 06_Vs03, Acedido a 27 de Novembro de 2021, Retirado da Intranet institucional

- CH, 2019a, Regulamento Interno – Escala de Prevenção de Enfermeiros, Acedido a 27 de Novembro de 2021, Retirado da Intranet institucional
- CH, 2019b, Plano de Acção do Serviço de Cuidados Intensivos – 2019, Acedido a 27 de Novembro de 2021, Retirado da Intranet institucional
- CH, 2021, Plano de Acção do Serviço de Urgência Geral – 2021, Acedido a 27 de Novembro de 2021, Retirado da Intranet institucional
- CH, 2021, Acedido a 27 de Novembro de 2021, Retirado do Site Oficial do Centro Hospitalar onde foi desenvolvido o Estágio.
- Coimbra, N. & Amaral, T. (2016). Acompanhamento de Enfermeiro no Transporte Primário do Doente Crítico. *Revista Nursing*, Fevereiro. Retirado de <https://www.nursing.pt/acompanhamento-de-enfermeiro-no-transporte-primario-do-doente-critico/>
- Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., Kastner, M., & Moher, D. (2014). Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(12), 1291–1294. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>
- 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. <https://doi.org/10.4037/ccn2015991>
- Da Silva Oliveira, A. do S., & Amado Martins, J. C. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 115–124.
- Diário da República, 2ª série – Nº 72 – 13 abril de 2016 – pag. 12164-(5), Retirado de [Regulamento n. 379_A2016.pdf \(turismodeportugal.pt\)](#)

Declaração de Helsínquia (2013). Retirado de :
https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de-helsinquia_2013.pdf

Deodato, Sérgio. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Edições Almedina, Coimbra. ISBN: 9789724034010

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., Joffe, A. M., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), e825–e873.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>.

Dijkema, L. M., Dieperink, W., van Meurs, M., & Zijlstra, J. G. (2012). Preventable mortality evaluation in the ICU. *Critical care (London, England)*, 16(2), 309.
<https://doi.org/10.1186/cc11212>.

DGS (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Autor. Acedido em 27 de Janeiro de 2022. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circularnormativa-n9dgcg-de-14062003.aspx>.

DGS (2005). Acedido em 27 de Janeiro de 2022. Retirado de: [CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE INTERNADO \(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circularnormativa-n9dgcg-de-14062003.aspx)

DGS (2010a). *Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO de 22/06/2010: Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intrahospitalar (EEMI)*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 27 de Janeiro de 2022. Retirado de <https://www.dgs.pt/?cr=16312>.

- DGS (2010b). *Circular Normativa 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 27 de Janeiro de 2022. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-ecirculares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>.
- DGS (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 27 de Janeiro de 2022. Retirado de <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-deresistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-dasprecaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>.
- DGS (2015). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 10 de Janeiro de 2022. Retirado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.
- DGS (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos – Relatório Anual do Programa Prioritário*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 10 de Março de 2022. Retirado de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-deinformacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYSzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- DGS (2021). *Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030*, retirado de [Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-ecirculares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx)
- Droogh, J., Smit, M., Absalom, A., Ligtenberg, J., & Zijlstra, J. (2015). Transferring the critically ill patient: Are we there yet?. *Crit Care*, 19(1), 62-68. <https://doi:10.1186/s13054-015-0749-4>
- Ericsson, A., Frenckner, B., & Broman, L. M. (2017). Adverse Events during Inter-Hospital Transports on Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Prehospital*

Emergency Care, 21(4), 448–455.
<https://doi.org/10.1080/10903127.2017.1282561>

Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R., & Weingart, L. R. (2018). Teamwork in the intensive care unit. *The American Psychologist*, 73(4), 468–477.
<https://doi.org/10.1037/amp0000247>

Faine, B. A., Noack, J. M., Wong, T., Messerly, J. T., Ahmed, A., Fuller, B. M., & Mohr, N. M. (2015). Interhospital Transfer Delays Appropriate Treatment for Patients With Severe Sepsis and Septic Shock: A Retrospective Cohort Study. *Critical Care Medicine*, 43(12), 2589–2596.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001301>

Falconí Morales, C., Brito Santacruz, C. J., & Verkovitch, I. (2015). Integración de la enseñanza de la práctica de enfermería basada en la evidencia científica. *Aquichan*, 15(4). Recuperado a partir de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4392>

Fanara B, Manzon C, Barbot O, Desmettre T, Capellier G, Fanara, B., Manzon, C., Barbot, O., Desmettre, T., & Capellier, G. (2010). Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*, 14(3), R87.
<https://doi.org/10.1186/cc9018>

Fawcett, J. (2005). Middle-Range Nursing Theories are necessary for the advanced of the discipline. *Aquichan*, 5(1): 32-43

Ferreira, C. ., Lisboa, C. ., Moreira, D. ., Sousa, G., Teixeira, T., Príncipe, F. ., & Mota, L. (2019). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: representação social dos enfermeiros. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 2(2), 29–38.
<https://doi.org/10.37914/riis.v2i2.55>

- Flin, R., O'Connor, P., & Crichton, M. (2008). *Segurança na Ponta Afiada: Um Guia para Habilidades Não Técnicas* (1ª ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315607467>
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*; Loures; Lusodidacta; ISBN: 9789898075185
- Fragata, José (2011). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel. ISBN: 9789727577972
- Gimenez, F. M. P., Camargo, W. H. B. de, Gomes, A. C. B., Nihei, T. S., Andrade, M. W. M., Valverde, M. L. de A. F. S., Campos, L. D. E. de S., Grion, D. C., Festti, J., Grion, C. M. C., de Camargo, W. H. B., & Campos, L. D. E. de S. (2017). Analysis of Adverse Events during Intrahospital Transportation of Critically Ill Patients. *Critical Care Research & Practice*, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2017/6847124>
- Glavin R. Simulation in nursing education and practice. In: Riley RH, editor. *Manual of simulation in healthcare*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2016. p. 174-194. Chapter 9.
- Gray A, Bush S, Whiteley S, Gray, A., Bush, S., & Whiteley, S. (2004). Secondary transport of the critically ill and injured adult. *Emergency Medicine Journal*, 281–285.
- George, Julia B. (2000) – *Teorias de enfermagem – os fundamentos à prática profissional*. 4ª edição, Artmed Editora, Porto Alegre, 2000
- Gleason, K. M., McDaniel, M. R., Feinglass, J., Baker, D. W., Lindquist, L., Liss, D., & Noskin, G. A. (2010). Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: An analysis of medication reconciliation errors and

risk factors at hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, 25(5), 441–447. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1256-6>

Gonçalves da Graça, A. C., Pires da Silva, N. A., Gomes Correia, T. I., & da Silva Martins, M. D. (2017). Inter-hospital transport of critically ill patients: the reality of a hospital in the Northeast region of Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15), 133–144. <https://doi.org/10.12707/RIV17042>

Gondim, S. & Alberton, G. (2017). Inteligência emocional e autorregulação no contexto da liderança: aspectos teórico-conceituais e implicações práticas. In R. Melo, L. Mónico, C. Carvalho, P. Pereira, H. Rezende, A. Duarte & E. Lousã, *Liderança e Seus Efeitos* (pp. 71-90). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Goulardins de Almeida, Ana Carolina, & Domingues Neves, Ana Lúcia, & Leite Bertoli de Souza, Claudenice, & Garcia, Júlia Helena, & de Lima Lopes, Juliana, & Bottura Leite de Barros, Alba Lucia (2012). Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 471-476. [fecha de Consulta 27 de Noviembre de 2021]. ISSN: 0103-2100. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023885024>

Grignoli, N., Di Bernardo, V., & Malacrida, R. (2018). New perspectives on substituted relational autonomy for shared decision-making in critical care. *Critical care (London, England)*, 22(1), 260. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2187-6>.

Groves, P. S., Meisenbach, R. J., & Scott-Cawiezell, J. (2011). Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1846–1855. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05619.x>

- Horwitz, L. I., Meredith, T., Schuur, J. D., Shah, N. R., Kulkarni, R. G., & Jenq, G. Y. (2009). Dropping the baton: A qualitative analysis of failures during the transition from emergency department to inpatient care. *Annals of Emergency Medicine*, 53(6), 701–710. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.05.007>
- Horwitz, L. I., Moin, T., Krumholz, H. M., Wang, L., & Bradley, E. H. (2008). Consequences of inadequate sign-out for patient care. *Archives of Internal Medicine*, 168(16), 1755–1760. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.16.1755>
- Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara - Hospital Regional do Norte – Ceará, Brasil (2015). Protocolo Transporte Seguro. [HGWA PROTOCOLOS TRANSP SEG 240315.pdf \(isgh.org.br\)](https://www.isgh.org.br/HGWA_PROTOCOLOS_TRANSP_SEG_240315.pdf)
- Hu Y, Shi D, You L, Li W. Intrahospital transport of critically ill patients: A survey of emergency nurses. *Nurs Crit Care*. 2021;1–7. <https://doi.org/10.1111/nicc.12601>
- Ignatyeva, Y., Nguyen, A. P., Schmidt, U., Barak, R., Agarwal, R., & Davidson, J. E. (2018). Transport of Critically Ill Cardiovascular Patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 41(4), 413–425. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000229>
- Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine. Guidance On: The Transfer Of The Critically Ill Adult. 2019;1–40. Retirado de [Transfer of Critically Ill Adult.pdf \(ficm.ac.uk\)](https://www.ficm.ac.uk/Transfer_of_Critically_Ill_Adult.pdf)
- International Council of Nurses (2000). *Gestão de enfermagem e dos serviços de saúde*. International Council of Nurses. Acedido em 9 de Março de 2022. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/08_ManagementNsg_Pt_-_revisto_IS-LF.pdf.

Joint Commission. (2016). Summary data of sentinel events reviewed by The Joint Commission. Retirado de

https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Summary_2Q_2016.pdf

Jia, L., Wang, H., Gao, Y., Liu, H., & Yu, K. (2016). High incidence of adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients and new related risk factors: a prospective, multicenter study in China. *Critical Care (London, England)*, 20, 12. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1183-y>

Karlsson, J., Eriksson, T., Lindahl, B., & Fridh, I. (2020). Family members' lived experiences when a loved one undergoes an interhospital intensive care unit-to-unit transfer: A phenomenological hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(19/20), 3721–3730. <https://doi.org/10.1111/jocn.15402>

Kim, J., Park, J.-H., & Shin, S. (2016). Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC Medical Education*, 16, 152. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0672-7>

Knight, P. H., Maheshwari, N., Hussain, J., Scholl, M., Hughes, M., Papadimos, T. J., Guo, W. A., Cipolla, J., Stawicki, S. P., & 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), 256–264. <https://doi.org/10.4103/2229-5151.170840>

Kue, R., Brown, P., Ness, C., & Scheulen, J. (2011). Adverse clinical events during intrahospital transport by a specialized team: a preliminary report. *American Journal of Critical Care*, 20(2), 153–164. <https://doi.org/10.4037/ajcc2011478>

- Kulshrestha, A., & Singh, J. (2016). Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(7), 451–457.
<https://doi.org/10.4103/0019-5049.186012>
- Lacerda, M., Cruvinel, M., & Silva, W. (2011). *Transporte de pacientes: Intra-hospitalar e inter-hospitalar*. Recuperado de <http://www.pilotopolicial.com.br/transporte-de-pacientes-intra-hospitalar-e-inter-hospitalar/>
- Lakanmaa, R.-L., Suominen, T., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., & Leino-Kilpi, H. (2015). Basic Competence of Intensive Care Unit Nurses: Cross-Sectional Survey Study. *BioMed Research International*, 2015, 1–12.
<https://doi.org/10.1155/2015/536724>
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to nurse: Prática Baseada em Evidência em Enfermagem*. 1ª Edição. AMGH Editora. 2011. ISBN: 8563308912
- Leite, E. Malpique, M. Santos, M. R. - Trabalho de projecto: aprender por projectos centrados em problemas. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento. 2001. ISBN: 972-36-0216-4
- Lin, S.-J., Tsan, C.-Y., Su, M.-Y., Wu, C.-L., Chen, L.-C., Hsieh, H.-J., Hsiao, W.-L., Cheng, J.-C., Kuo, Y.-W., Jerng, J.-S., Wu, H.-D., & Sun, J.-S. (2020). Improving patient safety during intrahospital transportation of mechanically ventilated patients with critical illness. *BMJ Open Quality*, 9(2).
<https://doi.org/10.1136/bmjoq-2019-000698>

- Lopes, H., Frias, A. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: percepção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2.º Série, nº.6 (Fevereiro), p.55-58. Coimbra. ISSN 2182-9764. Retirado de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13491/1/Artigo%20-%20Transporte%20do%20doente%20critico.pdf>
- Ma, C., Park, S. H., & Shang, J. (2018). Inter- and intra-disciplinary collaboration and patient safety outcomes in U.S. acute care hospital units: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.001>
- Martins T. da S., & Pádua V. (2019). Transporte do paciente crítico no ambiente intra hospitalar: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(7), e608. <https://doi.org/10.25248/reas.e608.2019>
- Melo, R. (2011). *Estratégias promotoras do desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: O contributo dos Dirigentes*. Universidade Católica Portuguesa (Doutoramento em Enfermagem – Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem). Acedido em 15 de Março de 2020. Retirado de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8535/1/Tese%20Doutoramento%20Rosa%20C%3a2ndida%20Melo.pdf>.
- Mercadante, S., Gregoretti, C., & Cortegiani, A. (2018). Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC anesthesiology*, 18(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0574-9>.
- Morais SA, Almeida LF. (2013). Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, 2013;12(3):138-146. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7541>

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). DL n.º 65/2018. Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, 1ª Série, n.º 157 (16 de agosto 2018) 4147 – 4182. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

MS (2014). Despacho n.º 10319/2014 – *Diário da República* 3ª Série. n.º 153/2014, pg. 20673 – 20678. Acedido a 25 de Novembro de 2021. Retirado de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

MS (2014). Portaria n.º 260/2014 – Regulamento do Transporte de Doentes *Diário da República* 1ª Série. n.º 241/2014, pg. 6084-6095. Acedido em 25 de Novembro de 2021. Retirado de [Portaria n.º 260/2014 | DRE](#)

MS (2015a). Portaria n.º 87/2015 - Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS. *Diário da República*, 1.ª série - n.º 57/2015. Retirado de [Portaria n.º 87/2015 | DRE](#)

MS (2015b). Despacho n.º 5613/2015 – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 1032, 13550-13553. Acedido em 12 de Dezembro de 2021. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/67318639>.

MS (2021). Despacho n.º 9390/2021: Plano Nacional para a Segurança dos Doente 2021-2026. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 187, pg. 96-103. Retirado de [Despacho n.º 9390/2021 | DRE](#)

MS (2016). Despacho n.º 5058-D/2016: Estabelece disposições sobre o transposte integrado de doente crítico. *Diário da República* 2ª. Série. n.º 72/2016, 2º Suplemento. Pg. 5 – 5. Acedido em 25 de Novembro de 2021. Retirado de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5058-d-2016-74146383>

- Mullan, P. C., Kessler, D. O., & Cheng, A. (2014). Educational opportunities with postevent debriefing. *JAMA*, *312*(22), 2333–2334. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.15741>.
- Nadig, N. R., Sterba, K. R., Johnson, E. E., Goodwin, A. J., & Ford, D. W. (2019). Inter-ICU transfer of patients with ventilator dependent respiratory failure: Qualitative analysis of family and physician perspectives. *Patient Education and Counseling*, *102*(9), 1703-1710. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.04.005>
- Nunes, F. (2007). Tomada de decisão em enfermagem de emergência. *Nursing*, (219), 6-11.
- Nunes, F. (2009). Tomada de decisão do enfermeiro no transporte do doente crítico. *Revista Nursing*, *246*. Recuperado de <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3526-tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico#.WNrGmRLytsM>.
- Nunes, Lucília (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Lusociência.
- Nunes, Lucília (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS. Acedido em 21 de Janeiro de 2022. Retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>.
- Nunes, Lucília (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, *23* (1), 187–199. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231059>.

- OE (1996). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 26 de Novembro de 2021. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- OE (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. 121 Acedido em 10 de Novembro de 2017. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidadedoscuidados.Pdf>
- OE (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Comissão de Formação. Acedido a 27 de Novembro de 2021. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recommend_Manuais_BPraticas.pdf
- OE (2011). *Conselho de Enfermagem: Parecer n.º 31/2011-Enfermeiros nas equipas de acreditação e certificação de unidades de saúde*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 27 de Janeiro de 2022. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/dissertações/Documents/Parecer31_2011CE_Enfermeirosnasequipasacreditacao_unidadessaude.pdf.
- OE (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 26 de Novembro de 2019. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- OE (2015b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 27 de Novembro de 2021. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf.

- OE (2017). *Transporte da pessoa em situação crítica*. Parecer n.º 09/2017. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Acedido a 27 de Novembro de 2021. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf
- OE (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 135 (16 de julho de 2018), 19359-193370. Acedido em 25 de Janeiro de 2022. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/115698537>.
- OE (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.^a Série. 123 n.º 26 (6 de fevereiro de 2019), 4744-4750. Acedido em 25 de Janeiro de 2022. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- OM (Comissão da Competência em Emergência Médica) e SPCI. (2008) Transporte de doentes críticos. Recuperado de: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Parmentier-Decrucq, E., Poissy, J., Favory, R., Nseir, S., Onimus, T., Guerry, M.-J., Durocher, A., & Mathieu, D. (2013). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. *Annals of Intensive Care*, 3(1), 10. <https://doi.org/10.1186/2110-5820-3-10>
- Phaneuf, Margot (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lusociência. ISBN: 9789728383848

Porto Editora – *paliar* no Dicionário infopédia da língua Portuguesa, disponível em <https://infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/paliar>

Rasheed, Subia (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/client Relationship. *International Journal of Caring Sciences*. 8(1): 211-216. Acedido em 9 de Março de 2022. Retirado de <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24-%20Review-Parveen.pdf>.

Reimer, A. P., Schiltz, N., Koroukian, S. M., & Madigan, E. A. (2016). National Incidence of Medical Transfer: Patient Characteristics and Regional Variation. *Journal of Health and Human Services Administration*, 38(4), 509–528.

Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). [Patient safety as a dimension of the quality of health care--a look at the literature]. *Ciencia & Saude Coletiva*, 18(7), 2029–2036. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000700018>

República Portuguesa (2019). Código Penal e Processo Penal (11.ª ed.). Porto Editora.

República Portuguesa (2020). *Código Civil* (25.ª ed.). Porto Editora.

Rewa, O. G., Stelfox, H. T., Ingolfsson, A., Zygun, D. A., Featherstone, R., Opgenorth, D., & Bagshaw, S. M. (2018). Indicators of intensive care unit capacity strain: a 126 systematic review. *Critical care (London, England)*, 22(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-1975-3>.

Rigobello, M. C. G., Carvalho, R. E. F. L. , Cassiani, S. H. D. B., Galon, T., Capucho, H. C., & Deus, N. N. (2012). The climate of patient safety: perception of nursing professionals. *Acta Paul Enferm.*, 25(5), 728-735. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013>

- 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. <https://doi.org/10.1111/nicc.12229>
- Rosenberg A, Campbell Britton M, Feder S, et al. A taxonomy and cultural analysis of intrahospital patient transfers. *Res Nurs Health*. 2018;1-11. <https://doi.org/10.1002/nur.21875>
- Rosswurm MA, Larrabee JH. Um modelo de mudança para a prática baseada em evidências. *Imagem J Nurs Sch*. 1999;31(4):317-22. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x.10628096>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sadeghi Z, Payami M, MoosaviNasab S N. Effect of Family Participation in ICU Patients Care on Family's Anxiety's Anxiety. *O PCNM*. 2013; 2 (2) :10-17URL : <http://zums.ac.ir/nmcjournal/article-1-45-en.html>
- Saionara Nunes de Oliveira, Massaroli, A., Jussara Gue Martini, & Jeferson Rodrigues. (2018). Da teoria à prática, operacionalizando a simulação clínica no ensino de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1896–1903. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0180>
- Santana, E. R., Piacezzi, L. H. V., Lopes, M. C. B. T., Batista, R. E. A., Vancini-Campanharo, C. R., & Góis, A. F. T. de. (2021). Construction and validation of an in-hospital transport simulation scenario. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 19, eAO5868. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO5868

- Santos, B. S. dos, Bueno, C. K. S., Bizinelli, T. S. Q., & Ribeiro, E. R. (2021). A segurança no transporte do paciente crítico em ambiente intra-hospitalar: uma revisão integrativa. *Espaço Para a Saúde*, 20(2), 9-101. <https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n2p9>
- Santos, Maria (2014). *Percepção dos Enfermeiros Sobre Os Líderes em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Aveiro (Mestrado em Administração e Gestão Pública). Acedido em 15 de Março de 2020. Retirado de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/14270/1/Perce%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Enfermeiros%20sobre%20os%20L%C3%ADderes%20em%20Enfermagem.pdf>.
- Schwebel, C., Clec'h, C., Magne, S., Minet, C., Garrouste-Orgeas, M., Bonadona, A., Dumenil, A.-S., Jamali, S., Kallel, H., Goldgran-Toledano, D., Marcotte, G., Azoulay, E., Darmon, M., Ruckly, S., Souweine, B., & Timsit, J.-F. (2013). Safety of intrahospital transport in ventilated critically ill patients: a multicenter cohort study*. *Critical Care Medicine*, 41(8), 1919–1928. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31828a3bbd>
- Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - Da teoria à prática* (6ª ed.). Lisboa: Lusociência. ISBN:9789728930639
- Shields, J., Overstreet, M., & Krau, S. D. (2015). Nurse knowledge of intrahospital transport. *The Nursing Clinics of North America*, 50(2), 293–314. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2015.03.005>
- Silva, A. E. B. de C. (2010). *Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem*. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 12(3), 422–4. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885>

- Silva, R., Nazareth Amante, L., Salun, N. C., Martins, T., & Minatti, F. (2017). *Visibility of intrahospital transport in an intensive care unit: a descriptive study. Revista Gaúcha de Enfermagem / EENFUFGRS*, 38(3), 1–6. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2017-0048>
- Stout, D. E., Cortes, M. X., Aiyagari, V., & Olson, D. M. (2019). *Management of External Ventricular Drains During Intrahospital Transport for Radiographic Imaging. Journal of Radiology Nursing*, 38(2), 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2019.01.004>
- Taggu, A., Thomas, J., Patil, S., & Pradeep Arun, M. (2016). Adverse Events Encountered During the Intra-hospital Transport of ICU Patients. *CHEST*, 149, A241. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.02.250>
- Tappen, R., Grimley, K. & Weiss, S. (2019). *Essentials of Nursing Leadership & Management* (7.^a ed.). F.A. Davis Company.
- Teles MA, Neto JS, Puster RA, Beltrão BA, Araújo VN, Farias JLM, et al. (2018). *Protocolo para transporte intrahospitalar de pacientes da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Walter Cantídio. Revista de Medicina da UFC*, 58(4), 83-89. <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2018v58n4p83-89>
- Universidade de Évora (2015). *NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido – Novo ciclo de estudos*. Acedido em 21 de Março de 2020. Retirado de <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>.
- Universidade de Évora (2019). Aviso n.º 16126/2019. *Alteração do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem da Universidade de Évora, em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de*

Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Setúbal. Diário da República, 2^a Série, n^o 195 (10 de Outubro), 209-219.

Van Lieshout, E. J., Binnekade, J., Reussien, E., Dongelmans, D., Juffermans, N. P., de Haan, R. J., Schultz, M. J., & Vroom, M. B. (2016). Nurses versus physician-led interhospital critical care transport: a randomized non-inferiority trial. *Intensive Care Medicine*, 42(7), 1146–1154. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4355-y>

Vasconcelos MCC, Pimentel IM, Lima EP, Tavares R. (2018). *Criação e validação de um Checklist para triagem de pacientes críticos no transporte intra-hospitalar*. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 10(3), 1933-1941. https://doi.org/10.25248/REAS295_2018

Veiga, V. C., Postalli, N. F., Alvarisa, T. K., Travassos, P. P., Vale, R. T. da S., Oliveira, C. Z. de, & Rojas, S. S. O. (2019). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), 15–20. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>

Vincent, J. L., Sakr, Y., Singer, M., Martin-Loeches, I., Machado, F. R., Marshall, J. C., Finfer, S., Pelosi, P., Brazzi, L., Aditianingsih, D., Timsit, J. F., Du, B., Wittebole, X., Máca, J., Kannan, S., Gorordo-Delsol, L. A., De Waele, J. J., Mehta, Y., Bonten, M., Khanna, A. K., ... EPIC III Investigators (2020). Prevalence and Outcomes of Infection Among Patients in Intensive Care Units in 2017. *JAMA*, 323(15), 1478–1487. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2717>.

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

- Wiegersma, J. S., Droogh, J. M., Zijlstra, J. G., Fokkema, J., & Ligtenberg, J. J. M. (2011). Quality of interhospital transport of the critically ill: impact of a Mobile Intensive Care Unit with a specialized retrieval team. *Critical Care (London, England)*, 15(1), R75. <https://doi.org/10.1186/cc10064>
- Williams, P., Karuppiah, S., Greentree, K., & Darvall, J. (2020). A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with transportation safety guidelines. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 33(1), 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.02.004>
- Winter, M. W. (2010). Intrahospital transfer of critically ill patients; a prospective audit within Flinders Medical Centre. *Anaesthesia and Intensive Care*, 38(3), 545–549. <https://doi.org/10.1177/0310057X10038003211>
- Zuchelo, L. T. S., & Chiavone, P. A. (2009). Intrahospital transport of patients on invasive ventilation: cardiorespiratory repercussions and adverse events. *Jornal Brasileiro de Pneumologia: Publicacao Oficial Da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, 35(4), 367–374. <https://doi.org/10.1590/s1806-371320090004000111>

APÊNDICES

APÊNDICE A - Proposta de *checklist* de apoio ao TDC no CH



CHECKLIST

Transporte Doente Crítico (intra/interhospitalar)

1. Fase pré-transporte:

1.1. Identificação do doente

1.2. Razão da transferência/destino

1.3. Consentimento do doente/família

1.4. Nota de alta e MCDT's

1.5. Confirmar a estabilidade prévia do doente

1.6. Avaliação (ABCDE + CHAMU)

A → Permeável Adjuvantes Necessidade de aspiração

B → FiO₂ ____ SpO₂ referência ____ VNI/máscara adequada VMI adequada
EtCO₂ referência ____

C → ECG (ritmo ____ FC referência ____) PAm referência ____
Gasimetria (pH ____ PaO₂ ____ PaCO₂ ____ FiO₂ ____ HCO₃⁻ ____ Na⁺ ____ K⁺ ____ Hb ____)
Hemorragia controlada Drogas vasoactivas

D → Glasgow ____ (M+V+O) Referência Pupilas PIC ____ Risco convulsão BMT
ENG preventiva/procinético Necessidade de sedação/contensão/analgesia

E → Temperatura Feridas Deformações Pontos de aplicação

+
C → História atual

H → Antecedentes

A → Alergias

M → Medicação habitual

U → Última refeição

1.7. Confirmar avaliação do risco (score de transporte)

1.8. Equipa de transporte com experiência em TDC, SAV e SAT

1.9. Confirmar tipo de ambulância

1.10. Confirmar equipamento

a) O₂ suficiente (2 balas – ver cálculo para valor correcto)

b) Insuflador manual (AMBU)

c) Ventilador de transporte

d) Monitor multi-parâmetros/desfibrilhador com electrodos multifunções

e) Seringas/bomba infusora + 1 extra

f) Malas de transporte seladas

g) Baterias suficientes

h) Funcionalidade da maca (travões, grades, planos, dirigibilidade)

i) Verificar tubos e linhas

TOT → nº ____; CL ____; CUFF a 30mmHg ; Fixação

DT → válvula de Heimlich Não clampada

Acessos venoso/arterial → Permeabilidade/acessibilidade Fixação (mín. 2 VP)

Catéter gástrico/vesical → Permeabilidade Fixação Despejo

1.11. Contactar serviço de destino a confirmar avaliação do doente e hora de saída
Telefone/extensão direto(a) ____; Nome médico(a) ____

2. Fase de transporte

2.1. Mudança para maca de transporte

2.2. Protecção de cervical/plano duro/maca vácuo (se aplicável)

2.3. Fixação correcta do doente

2.4. Manta térmica se recomendado

2.5. Mudança e confirmação de prótese ventilatória

2.6. Re-avaliação ABCDE, confirmar se sobreponível antes da marcha

2.7. Monitorização adequada

2.8. Ajustar alarmes

2.9. Aspirador funcionante

2.10. Confirmar carga do equipamento e existência de 220v

2.11. Fixação do equipamento/maca

2.12. Confirmar o destino e o melhor trajecto com o AO/TAT/TAS

3. Fase pós-transporte

- 3.1. Re-avaliação ABCDE
- 3.2. Registo da hora de entrega do doente e nome do médico
- 3.3. Documentação e MCDTs entregues
- 3.4. Garantir a recolha de todo o equipamento
- 3.5. Realizar registo do transporte e reportar EA
- 3.6. Arquivar folha de registos



Observações:

Enfermeiro responsável pelo transporte:

Notas:

- ✓ O2 necessário = [(20+Vmin) x FiO2 x tempo de transporte (minutos)] + 50%
- ✓ Escala de Coma de Glasgow (máx. 15, min. 3; EOT < 8)

Escala de Glasgow		
	Avaliação	Pontuação
- Abertura ocular	Olhos abertos	4 pontos
	Por Estímulo Verbal	3 pontos
	Por Estímulo Físico	2 pontos
- Resposta verbal	Ótima Resposta	5 pontos
	Orientado	4 pontos
	Confuso (Mas ainda responde)	3 pontos
	Resposta Incompreensível	2 pontos
- Resposta motora	Ótima Resposta	6 pontos
	Obediente Obediente	5 pontos
	Localiza dor	4 pontos
	Responde a dor mas não localiza	3 pontos
	Flexão anormal - Desorientação	2 pontos
- Extensão anormal - Desorientação	Extensão anormal - Desorientação	1 ponto
	Ótima Resposta	1 ponto

Escore menor que 8 indica uma lesão grave; 9 a 12, lesão moderada; e 13 a 15, lesão mínima. Fonte PHTLS, 2007

- ✓ Pupilas – midríase > 4mm, miose < 2 mm
- ✓ PIC - 0-15 mmHg
- ✓ pH - 7,35-7,45
- ✓ PaO2 - 80-100 mmHg
- ✓ PaCO2 - 35-45 mmHg
- ✓ HCO3⁻ - 22 a 26 mEq/L
- ✓ Na⁺ - 135 - 145 mEq/L
- ✓ K⁺ - 3,5 - 5,5 mEq/L

**APÊNDICE B – Proposta de Procedimento Institucional para implementação de
checklist de apoio ao TDC**

 CENTRO HOSPITALAR	<i>Procedimento para preenchimento de Checklist de apoio ao Transporte Secundário e Terciário da Pessoa em Situação Crítica</i>	Data de entrada em vigor:	...
		Versão ##	...
		Proxima revisão:	...
		Cod. Documento:	PS.YYYY.00 XXX.00

1. Objectivo

Sistematizar a planificação dos cuidados durante as três fases do TDC, ~~intra~~ e inter-hospitalar no CH .
 Prevenir, minimizar e resolver as ocorrências de Eventos Adversos (EA) durante o TDC no CH.

2. Campo de aplicação

Enfermeiros e médicos que fazem o planeamento do TDC no CH
 Enfermeiros e médicos que fazem o acompanhamento durante o TDC no CH
 Tripulantes de ambulâncias de transporte de doentes do CH

3. Siglas, abreviaturas e definições



AO – Assistente Operacional
 CA – Conselho de Administração
 CH – Centro Hospitalar
 CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
 EA – Evento Adverso
 GTDC – Grupo Transporte do Doente Crítico
 INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
 MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento
 PSC – Pessoa em Situação Crítica
 SAT – Suporte Avançado em Trauma
 SAV – Suporte Avançado de Vida
 SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica
 TAS – Tripulante de Ambulância de Socorro
 TAT – Tripulante de Ambulância de Transporte
 TDC – Transporte do Doente Crítico

Checklist- Palavra inglesa, nome feminino – lista de verificação de tarefas de uma rotina ou de itens necessários (in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2021).

Evento Adverso - Definido como uma lesão causada durante os cuidados de saúde, que nada tem que ver com a doença de base ou a condição prévia do doente (Blay et al, 2014).

Pessoa em Situação Crítica (PSC) - “A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados

 CENTRO HOSPITALAR	<i>Procedimento para preenchimento de Checklist de apoio ao Transporte Secundário e Terciário da Pessoa em Situação Crítica</i>	Data de entrada em vigor:	...
		Versão ##	...
		Próxima revisão:	...
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXXX.00

de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de Fevereiro, p. 8656).

Transporte do Doente Crítico - A *Intensive Care Society* (2019) justifica o TDC quando o nível de cuidados prestados aos doentes necessita de optimização ou existe défice de recursos materiais e de diagnóstico, pelo que carece de deslocação para outros serviços/instituições. É um ambiente de cuidados complexos e exigentes, pressupondo uma intervenção eficaz e precisa, na medida em que permite evitar potenciais complicações, promovendo a segurança do doente (Gonçalves et al, 2018).

- a. **Transporte Secundário** – deslocação de um doente para outra instituição.
- b. **Transporte Terciário** (intra-hospitalar), deslocação de um doente entre unidades ou serviços do CH

Médico Responsável – Profissional médico responsável pelos cuidados a prestar ao doente durante o TDC, preferencialmente com formação na área e em TDC/SAV/SAT

Enfermeiro Responsável – Profissional de Enfermagem responsável pelos cuidados a prestar ao doente durante o TDC, preferencialmente com especialidade na área de abordagem à PSC, TDC/SAV/SAT

4. Referências



- Australian and New Zealand College of *Anaesthetists* (ANZCA) & the Faculty of Pain Medicine - Australasian College for Emergency Medicine, Australian and New Zealand College of *Anaesthetists*, College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand. *PG52(G)*. 2015. Guideline for transport of critically ill patients, *PG52(G)-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients* (anzca.edu.au)
- BLAY, N., Duffield, M., Gallagher, R., & Roche, M. (2014). A systematic review of time studies to assess the impact of patient transfers on nurse workload. *International Journal of Nursing Practice*, 20(6), 662–673. doi.org/10.1111/in.12290.
- Despacho n.º 5058-D/2016 – Transporte Integrado do Doente Crítico;
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha]. 2008-2021, <https://dicionario.priberam.org/checklist> [consultado em 09-02-2022];
- GIMENEZ, P., Camargo, B., Gomes, B., (2017) Analysis of adverse events during *intra-hospital* transportation of critically ill patients. *Crit Care Res Pract*. 6847124;
- GONÇALVES A., Pereira M., Sousa C. (2018). Competências do enfermeiro no transporte *inter-hospitalar* de doentes críticos – V encontro dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, mesa do colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, Edição ordem dos

□

 CENTRO HOSPITALAR	<i>Procedimento para preenchimento de Checklist de apoio ao Transporte Secundário e Terciário da Pessoa em Situação Crítica</i>	Data de entrada em vigor:	---
		Versão ##	---
		Próxima revisão:	---
		Cod. Documento:	PS.YYYY.00/ XXXX.00

enfermeiros, ISBN: 978-989-8444-45-5;

- Guia de Transporte de Doentes Críticos - Recomendações – Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008;
- INTENSIVE Care Society. (2019). *The Transfer Of The Critically Ill Adult*. Retrieved from https://www.ics.ac.uk/ICS/GuidelinesStandards/ICS_Guidelines/ICS/GuidelinesAndStandards/ICSGuidelines.aspx?hkey=384db6de-01e4-450a-9f4d-144f12a5170a;
- Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara - Hospital Regional do Norte – Ceará, Brasil (2015). Protocolo Transporte Seguro. [HGWA PROTOCOLOS TRANSP_SEG_240315.pdf \(isqh.org.br\)](#)
- Lacerda, M., ~~Coxine~~, M. & Silva, W. (2010). Transporte de Paciente: Intra-hospitalar e Inter-hospitalar. Consultado a 22 de ~~março~~ de 2016. Disponível em <http://www.pilotopolicial.com.br/Documentos/Artigos/Transportehospitalar.pdf>;
- REGULAMENTO n.º 429/2018 de 16 de Julho (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série — N.º 135, p. 19362-19364;

5. Responsabilidades



Elemento Dinamizador da Comissão de Transporte Hospitalar é responsável pela apresentação do procedimento ao junto dos serviços/unidades do CH

Director Clínico do CH e Enfermeira Directora são responsáveis pela aprovação e divulgação do procedimento nos vários serviços do CH criando condições para a sua aplicabilidade e auditoria.

Director do Serviço/Responsável do Serviço ou Unidade de Internamento pela garantia de seu cumprimento, junto dos seus profissionais.

~~Chefe de Equipa de Enfermagem e Chefe de Equipa Médico são responsáveis pela aplicação e cumprimento do procedimento enquanto elementos que decidem e planeiam o TDC.~~

Enfermeiros e Médicos que acompanham o doente durante o transporte, são responsáveis pela aplicação e cumprimento do procedimento, enquanto elementos que garantem as boas práticas durante o TDC

Os tripulantes das ambulâncias de transporte devem igualmente rever o procedimento em conjunto com os profissionais de saúde que acompanham a PSC

□

6. Procedimento

Introdução:

O TDC entre hospitais e/ou serviços, justifica-se pela necessidade de se facultar um nível assistencial superior ou para a realização de MCDT's, os quais não são possíveis no Serviço ou Instituição de origem. No entanto deverá ser avaliado o risco benefício do mesmo, pois os riscos e ocorrências

 CENTRO HOSPITALAR	<i>Procedimento para preenchimento de Checklist de apoio ao Transporte Secundário e Terciário da Pessoa em Situação Crítica</i>	Data de entrada em vigor:	---
		Versão ##	---
		Próxima revisão:	---
		Cod. Documento:	PS.YYYY.00 /XXX.00

(eventos adversos), ocorrem entre 30-50% dos transportes (Gimenez et al, 2017).

No despacho n.º 5058-D/2016 vem referido que "o transporte integrado de doente crítico é assegurado no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), pelos meios já existentes nos estabelecimentos hospitalares ou com recurso aos meios de emergência médica do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. (INEM, I. P.) em articulação com os estabelecimentos hospitalares, sob coordenação dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)."

O TDC envolve três fases, Decisão, Planeamento e Efectivação. (ver Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico do CH).

O presente procedimento aplica-se na fase peri-planeamento mas principalmente na fase da Efectivação

A Efectivação, do TDC fica a cargo da equipa que acompanha o doente previamente seleccionada, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento da passagem do doente à equipa de profissionais de saúde do Serviço Receptor, ou no regresso ao Serviço de Origem.

A determinação da necessidade de recursos humanos e materiais, bem como do meio de transporte estão igualmente descritas no Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico do CH

O presente procedimento pretende melhorar e substituir a Lista de Verificação para o Transporte Secundário do CHS (Anexo 5 do Proc. Alt.06_Vs03), pois engloba uma verificação mais ampla e eficaz de todos os EA que ocorrem tanto no transporte secundário como no terciário (intra-hospitalar).

As "checklists" deverão ser revistas regularmente de modo a garantir a sua actualização baseada na evidência (ANZCA, 2015).

Não obstante, deverá ser igualmente preenchido o Formulário para o Transporte Secundário (pela equipa de transporte), que resume todo o processo de transporte, que deverá ser arquivado em dossier próprio de forma a ser recolhido pelo GTDC durante a realização de auditorias (Anexo 6 do Proc. Alt.06_Vs03). A presente "checklist" deverá ser anexada a este formulário de forma a ser igualmente auditada (Anexo 1).

6.1. Equipa de Transporte

A constituição da Equipa de Transporte bem como as respectivas responsabilidades dos seus intervenientes (médico, enfermeiro, AO, TAT/TAS) estão descritas no Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico do CH.

 CENTRO HOSPITALAR	<i>Procedimento para preenchimento de Checklist de apoio ao Transporte Secundário e Terciário da Pessoa em Situação Crítica</i>	Data de entrada em vigor:	...
		Versão #:	...
		Próxima revisão:	...
		Cod. Documento:	PS.YYYY.00/ XXXX.00

6.2 Equipamento

O equipamento médico necessário para o TDC, deve ser uniformizado para todo o CHS, de modo a que a equipa que transporta o doente esteja familiarizada com a sua constituição e funcionamento.

A constituição, disponibilização e auditoria ao equipamento de apoio ao TDC estão igualmente descritas no Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico

6.3 – Auditoria Interna ao Processo de Transporte

Como descrito no Procedimento de Transporte Intra-hospitalar e Secundário de Doentes em Estado Crítico, serão anualmente realizadas auditorias internas ao processo de transporte. Relativamente ao presente procedimento, deverá ser anexado ao formulário de transporte de modo a que se faça o levantamento da incidência de EA com a implementação desta "checklist".

A formação, segurança e protecção da equipa de transporte são da exclusiva responsabilidade do CA, o qual deverá garantir todas as diligências necessárias para o sucesso do TDC

7. Anexos



Anexo 1 - *Checklist de apoio ao Transporte Secundário e Terciário da Pessoa em Situação Crítica*

□

 CENTRO HOSPITALAR	<i>Procedimento para preenchimento de Checklist de apoio ao Transporte Secundário e Terciário da Pessoa em Situação Crítica</i>	Data de entrada em vigor:	.../.../...
		Versão ##	.../.../...
		Próxima revisão:	.../.../...
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00



Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão:

versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01			Versão original	

Revisão:

A rever por:	Cargo/Comissão com responsabilidade na revisão do documento no prazo máximo de 3 anos	Data da próxima revisão:
---------------------	---	---------------------------------

Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:	- De acordo com a Estrutura Hierárquica/Organizacional do Serviço/Unidade Funcional Nas Descrições de Funções deve estar de acordo com o ponto 4.1 Dependência Hierárquica e Funcional - Órgão/Comissão da Área (quando aplicável)	Data:
Ratificado por:	Consentimento de Administração/Suplente do Serviço/Unidade Funcional Autónoma	Data:

APÊNDICE C – Instrumento de colheita de dados (questionário) de caracterização sociodemográfica, identificação de Eventos Adversos e pertinência na implementação de *checklist* no TDC



Transporte da pessoa em situação crítica: eventos adversos\ocorrências, análise da pertinência da elaboração de um projecto de intervenção relativamente à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Eu, Pedro Miguel dos Santos Fernandes, enfermeiro e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Integrado, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, no âmbito das unidades curriculares estágio final e relatório respectivo, tenciono desenvolver um projecto de intervenção na Unidade de Cuidados Intensivos, que seja posteriormente transversal a todo o Centro Hospitalar com o objectivo de aumentar a qualidade e segurança nos cuidados ao doente crítico durante o transporte (intra\inter-hospitalar).

Para o desenvolvimento deste projecto de intervenção profissional com o tema "Transporte do doente crítico: perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem", torna-se imprescindível a elaboração de um diagnóstico de situação adequado em que sejam enumeradas as várias situações de risco ou risco potencial, de forma a tentar corrigi-las ou elimina-las.

Deste modo solicito a colaboração dos profissionais envolvidos no transporte do doente crítico (médicos e enfermeiros afectos à UCI, SUG e escala de transporte secundário) o preenchimento deste questionário.

Este encontra-se dividido em 4 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional\académica, identificação de eventos\ocorrências durante o transporte do doente crítico e a importância de uma check-list que permita diminuir\evitar essas situações

O anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos estão assegurados, assim como o seu uso restrito ao contexto académico e de investigação associado a este projecto. A destruição dos dados recolhidos será assegurada após a publicação dos artigos. O participante tem a liberdade de recusar a participação no questionário proposto. Agradeço desde já a sua disponibilidade para o preenchimento do mesmo e a sua submissão até dia 16 de Janeiro de 2022.

 pedrosantosfernandes25@gmail.com (não partilhado)
[Mudar de conta](#)

[Seguinte](#)



Página 1 de 7

[Limpar formulário](#)

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



Transporte da pessoa em situação crítica: eventos adversos\ocorrências, análise da pertinência da elaboração de um projecto de intervenção relativamente à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

 pedrosantosfernandes25@gmail.com (não partilhado)
[Mudar de conta](#)



Consentimento informado, esclarecido e livre

Após tomar conhecimento das informações supracitadas, aceita participar voluntariamente neste questionário?

- Sim
- Não

[Anterior](#)

[Seguinte](#)



Página 2 de 7

[Limpar formulário](#)

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



Transporte da pessoa em situação crítica: eventos adversos\ocorrências, análise da pertinência da elaboração de um projecto de intervenção relativamente à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

 pedrosantosfernandes25@gmail.com (não partilhado)

[Mudar de conta](#)



Caracterização sócio-demográfica

Género

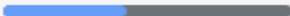
- Feminino
 Masculino

Idade

- 25-30
 31-40
 41-50
 > 50

[Anterior](#)

[Seguinte](#)

 Página 3 de 7

[Limpar formulário](#)

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



Transporte da pessoa em situação crítica: eventos adversos/ocorrências, análise da pertinência da elaboração de um projecto de intervenção relativamente à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

 pedrosantosfernandes25@gmail.com (não partilhado)
[Mudar de conta](#)



Caracterização académica e profissional

Grau académico

- Bacharel
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Especialidade/Internato

- Não
- Sim

Se respondeu sim na pergunta anterior, qual (ais)?

A sua resposta _____

Experiência profissional (anos)

- 0-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- > 21

Experiência em UCI e/ou SUG (anos)

- 0-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- > 21

Experiência no transporte do doente crítico (anos)

- 0-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- > 21

Anterior

Seguinte



Página 4 de 7

Limpar
formulário

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



Transporte da pessoa em situação crítica: eventos adversos\ocorrências, análise da pertinência da elaboração de um projecto de intervenção relativamente à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

 pedrosantosfernandes25@gmail.com (não partilhado)
[Mudar de conta](#)



Identificação de eventos\ocorrências durante o transporte do doente crítico

1 - Pré-transporte

(pode responder a mais que um item)

Identificação incorrecta do utente	<input type="checkbox"/>
Inexistência de informação\consentimento ao utente\familiares	<input type="checkbox"/>
Equipa de transporte inexperiente (médico)\enfermeiro\tripulante de ambulância)	<input type="checkbox"/>
Recursos humanos inadequados\insuficientes	<input type="checkbox"/>
Tipo de ambulância (A,B,C) inadequada	<input type="checkbox"/>
Equipamento de monitorização inadequado\insuficiente	<input type="checkbox"/>
Défice de conhecimento no manuseamento do equipamento pela equipa	<input type="checkbox"/>
Avaliação inicial do ABCDE incorrecta (para despiste de ocorrências)	<input type="checkbox"/>
Não estabilização prévia do doente	<input type="checkbox"/>

2 - Transporte

(pode responder a mais que um item)

Fixação do doente à maca de transporte	<input type="checkbox"/>
Maca com deficiente manutenção (grades, travões, mobilização de planos)	<input type="checkbox"/>
Equipamento eléctrico com bateria insuficiente	<input type="checkbox"/>
Má fixação de aparelhos eléctricos	<input type="checkbox"/>
Reserva de oxigénio insuficiente	<input type="checkbox"/>
Mala de transporte com medicação inacessível\ausente\insuficiente	<input type="checkbox"/>
Mala de transporte com falta de material	<input type="checkbox"/>
Avaria do material	<input type="checkbox"/>
Avaria no meio de transporte	<input type="checkbox"/>
Alarmes desajustados (monitorização e ventilação mecânica)	<input type="checkbox"/>
Compromisso da via aérea por aspiração	<input type="checkbox"/>
Re-observação ABCDE deficitária (diversos motivos)	<input type="checkbox"/>
Suporte ventilatório desadequado (VMI, VMNI, ONAF, máscara hepa, alto débito, venturi, sonda nasal dupla, adjuvantes da via aérea)	<input type="checkbox"/>
Exteriorização de tubuladuras (TOT, drenos) ou acessos	<input type="checkbox"/>
Acesso vascular inacessível\não permeável\ausente	<input type="checkbox"/>
Falta de sedação\curarização\analgesia do doente	<input type="checkbox"/>
Hipotermia do utente	<input type="checkbox"/>
Derramamento de fluídos	<input type="checkbox"/>
Piso degradado (intra-hospitalar ou via pública)	<input type="checkbox"/>
Movimentos de aceleração e desaceleração (maca\ambulância)	<input type="checkbox"/>
Espaço reduzido da célula sanitária	<input type="checkbox"/>
Tempo de transporte superior ao calculado	<input type="checkbox"/>
Lesões traumáticas da equipa de transporte	<input type="checkbox"/>

3 - Pós-transporte

(pode responder a mais que um item)

Observação ABCDE deficitária à chegada ao serviço de destino	<input type="checkbox"/>
Comunicação insuficiente\inexistente com o serviço de destino	<input type="checkbox"/>
Inexistência\indisponibilidade de vaga para o doente	<input type="checkbox"/>
Inexistência\insuficientes MCDT's e\ou nota de transferência	<input type="checkbox"/>
Retorno com falhas na recolha de todo o material necessário	<input type="checkbox"/>
Inexistência\insuficientes registos do transporte	<input type="checkbox"/>
Inexistência de auditoria ao transporte	<input type="checkbox"/>

Anterior

Seguinte

Página 5 de 7

Limpar
formulário

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



Transporte da pessoa em situação crítica: eventos adversos/ocorrências, análise da pertinência da elaboração de um projecto de intervenção relativamente à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

 pedrosantosfernandes25@gmail.com (não partilhado)
[Mudar de conta](#)



Elaboração de instrumento de trabalho (checklist)

Após a(s) identificação (ões) acima mencionadas, considera pertinente a implementação de uma check-list para que permita diminuir/evitar essas situações?

- Sim
 Não

[Anterior](#)

[Seguinte](#)

 Página 6 de 7

[Limpar formulário](#)

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



Transporte da pessoa em situação crítica: eventos adversos\ocorrências, análise da pertinência da elaboração de um projecto de intervenção relativamente à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

 pedrosantosfernandes25@gmail.com (não partilhado)
[Mudar de conta](#)



Agradecimento

Agradeço uma vez mais a sua disponibilidade no preenchimento deste questionário
Bem hajam

Pedro Fernandes

[Anterior](#)

[Enviar](#)

 Página 7 de 7

[Limpar formulário](#)

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

**APÊNDICE D – Resultados do instrumento de colheita de dados (questionário)
de caracterização sociodemográfica, identificação de Eventos
Adversos e pertinência na implementação de *checklist* no TDC**

51 respostas

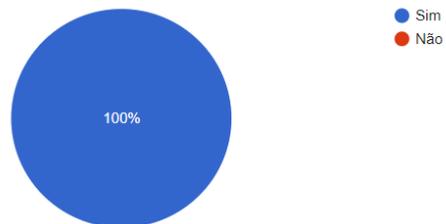
Resumo

Pergunta

Consentimento informado, esclarecido e livre

Após tomar conhecimento das informações supracitadas, aceita participar voluntariamente neste questionário?

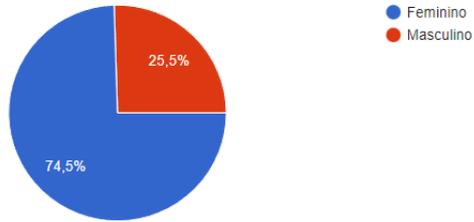
51 respostas



Caracterização sócio-demográfica

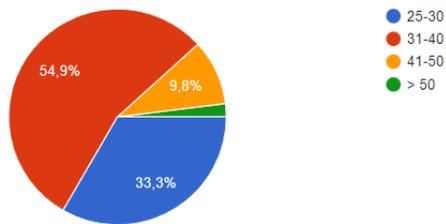
Género

51 respostas



Idade

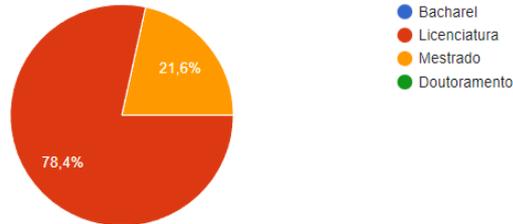
51 respostas



Caracterização académica e profissional

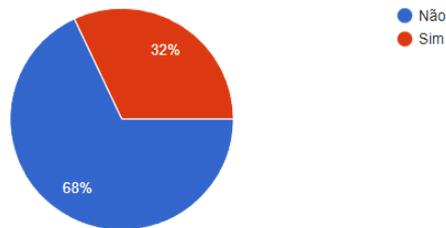
Grau académico

51 respostas



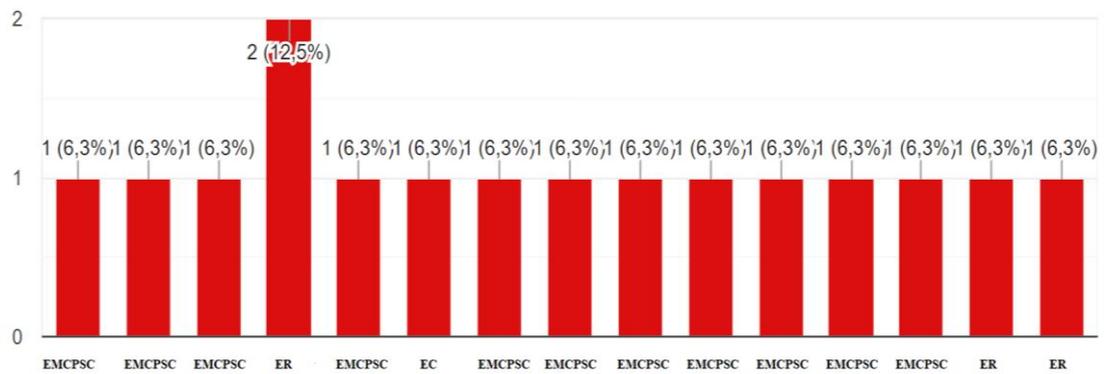
Especialidade\Internato

50 respostas



Se respondeu sim na pergunta anterior, qual (ais)?

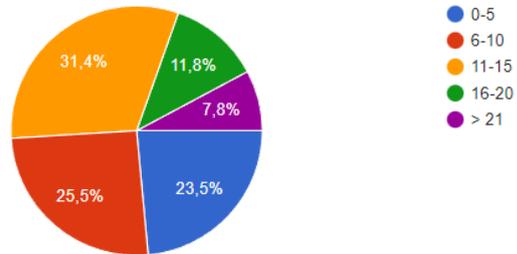
16 respostas



EMCPSC - Enfermagem Médico-Cirúrgica em Pessoa em Situação Crítica, ER - Enfermagem de Reabilitação, EC - Enfermagem Comunitária

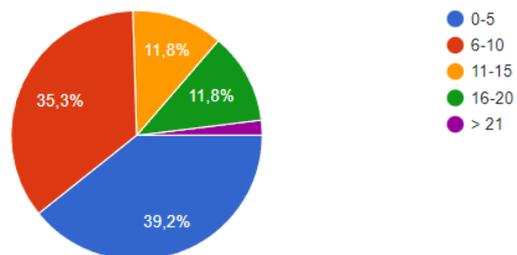
Experiência profissional (anos)

51 respostas



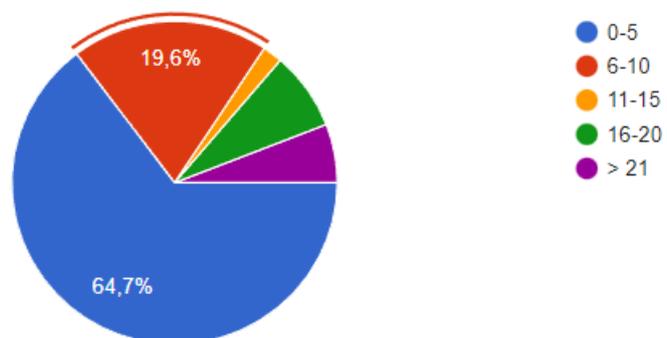
Experiência em UCI elou SUG (anos)

51 respostas



Experiência no transporte do doente crítico (anos)

51 respostas

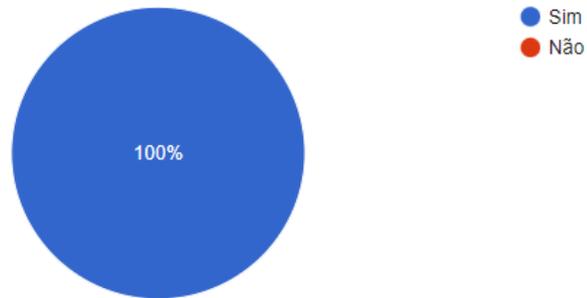


Fase do Transporte	Evento Adverso	%	% total da fase de transporte
Pré-transporte	Inexperiência da equipa de TDC	72,5%	54,9%
	Inexistência do consentimento informado	62,7%	
	Má avaliação\estabilização prévia do doente	52,9%	
	Recursos humanos insuficientes	43,1%	
	Ambulância inadequada	43,1%	
Transporte	Má fixação dos aparelhos	58,8%	47,1%
	Baterias com carga insuficiente	47,1%	
	Movimentos de aceleração/desaceleração	47,1%	
	Maca com deficiente manutenção	43,1%	
	Piso degradado	43,1%	
	Falta de sedação/analgesia	43,1%	
Pós-transporte	Comunicação (prévia) inexistente	74,5%	49%
	Inexistência de auditoria (registos e material)	49%	
	Indisponibilidade de vaga para o doente	47,1%	
	Inexistência de nota de alta e/ou MCDT's	37,3%	

Elaboração de instrumento de trabalho (checklist)

Após a(s) identificação (ões) acima mencionadas, considera pertinente a implementação de uma check-list para que permita diminuir\evitar essas situações?

51 respostas



Agradecimento

APÊNDICE E – Cronograma da Intervenção Profissional *Major*

Meses	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			
Semanas	3ª sem.	4ª sem.	1ª sem.	2ª sem.	3ª sem.	4ª sem.	1ª sem.	2ª sem.	3ª sem.	4ª sem.	1ª sem.	2ª sem.	3ª sem.	4ª sem.	1ª sem.	2ª sem.	3ª sem.	4ª sem.
Estágio Final – UCI – CH																		
Levantamento de necessidades do serviço																		
Escolha da temática																		
Elaboração da proposta de projeto de estágio																		
Pedido de autorização à enfermeira responsável e ao diretor do serviço para iniciar a realizar projeto																		
Pedido de parecer ético à comissão de ética do CH																		
Diagnóstico de situação																		
Realização de Revisão Scoping sobre a intervenção Major																		
Participação em Congressos / Formação																		

APÊNDICE F – Resumo do Projecto de Estágio

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	MODELO T-005
		Ano Letivo: 2021 / 2022
1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA <i>(A ser emitido apenas em GesDOC)</i>		2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO <i>(A ser emitido apenas em GesDOC)</i>
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE Nome Completo: <u>Pedro Miguel dos Santos Fernandes</u> Número: <u>47716</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado Curso: <u>Mestrado em Enfermagem</u> Especialidade/Plano Alternativo: <u>Enfermagem Médico-cirúrgica - Pessoa em Situação crítica</u>		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE Telef.: <u>918387134</u> E-mail: <u>pfernandes25@hotmail.com</u>		
5. PROPOSTA <input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros) <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO <i>(A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</i> <div style="background-color: #e0e0ff; height: 40px;"></div>		
7. TIPO DE TRABALHO <i>(de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</i> <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese Formato da Tese: <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes) <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto		8. LÍNGUA DE REDAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____
9. TÍTULO DO TRABALHO Título (na língua de redação): <u>Transporte do doente crítico: perspetiva da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem</u> Título em Inglês: <u>Transportation of critically ill patients: perspective of continuous improvement in the quality and safety of nursing care</u>		

ANEXO AO MODELO T-005

13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA

RESUMO

A pessoa em situação crítica apresenta-se em risco de morte iminente, necessitando de cuidados emergentes e diferenciados que garantam a manutenção homeostática e a dignidade humana (Ministério da Saúde, 2018). Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica contribui com uma abordagem essencial face à complexidade da situação, detendo conhecimentos e habilidades múltiplas que permitem antecipar a instabilidade e responder em tempo útil, garantindo a aplicação rigorosa de protocolos e intervenções, tanto à pessoa em situação crítica, como à respectiva família (OE, 2010).

Nesta perspetiva, a pessoa em situação crítica, pela falência ou disfunção profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de intervenções de monitorização e terapêutica avançadas (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Considerando que em determinadas situações as unidades de saúde não possuem os meios necessários à abordagem, diagnóstico e tratamento da pessoa em situação crítica, o transporte do doente crítico afigura-se como inevitável. Este envolve alguns riscos, contudo justifica-se a sua realização entre hospitais e entre serviços de um mesmo hospital, pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico (Martins, 2010).

O transporte inter-hospitalar de doentes em estado crítico, assume-se hoje, como sendo uma área prioritária face ao aumento da necessidade de meios técnicos e humanos muito específicos, nem sempre disponíveis, sendo caracterizado por um período de grande instabilidade e vulnerabilidade, podendo levar a complicações que, no entanto, podem ser previstas e evitadas (Martins, 2010).

Perante a decisão de transportar um doente crítico, o enfermeiro deve reunir todas as condições necessárias de modo a minimizar os riscos inerentes ao transporte. A promoção de um ambiente calmo e seguro e a vigilância contínua do doente, permitem detectar precocemente alterações, levando à atuação conjunta de toda a equipa envolvida no transporte, com o objetivo de estabilizar o doente. Este transporte deve obedecer a regras que passam pela coordenação pré-transporte, pela formação dos profissionais que acompanham o doente, pelo equipamento que acompanha e pela monitorização ao longo do transporte (Martins, 2010).

O presente projeto de intervenção, enquadrado na temática do transporte da pessoa em situação crítica, tem como objetivo principal assegurar a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem inerentes a estas situações. Pretende-se assim identificar eventos adversos, dificuldades e receios que limitam e/ou interferem com a segurança e qualidade do transporte, de modo a que seja possível assegurar um nível de cuidados prestados não inferiores ao que se verifica no serviço/hospital de origem (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Deste modo, pretende-se criar uma ferramenta de trabalho que permita sistematizar e uniformizar a abordagem ao transporte da pessoa em situação crítica, de forma a minimizar ou anular qualquer intercorrência evitável, garantido a continuidade dos cuidados.

A temática deste projeto tem especial pertinência tanto para o atual campo de estágio (UCI), como para o da atuação profissional (SUG), sendo transversal a todo o hospital, pois o trânsito de pessoas em situação crítica é uma constante, tanto intra-hospitalar como inter-hospitalar. De acordo com Bérubé et al. (2013), ocorrem incidentes em 70% dos transportes, pelo que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem um papel preponderante, pois perante a necessidade de intervir, é capaz de antecipar e eliminar possíveis intercorrências, contribuindo assim a sua intervenção para a otimização do planeamento e efetivação do transporte do doente crítico.

PLANO

Local de estágio: Unidade de Cuidados Intensivos de um Centro Hospitalar a Sul do Tejo

População alvo: Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos, do Serviço de Urgência Geral e da escala de prevenção (transporte secundário) em prestação direta e que voluntariamente aceitem participar no projeto.

Levantamento de necessidades e justificação: a temática abordada foi validada com as Enfermeiras Coordenadoras da Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência Geral, bem como com a Comissão de Transporte do Doente Crítico do mesmo centro hospitalar e docente orientadora. Considerar-se-á a aplicação de questionário aos enfermeiros de modo a obter a caracterização socio-demográfica e identificar as principais intercorrências durante o transporte da pessoa em situação crítica.

Procedimentos a realizar: pela análise dos questionários, pretende-se fazer o levantamento das causas que interferem com a segurança e qualidade dos cuidados durante o transporte da pessoa em situação crítica. Será elaborada uma *check list* com o objectivo de uniformizar e sistematizar tais cuidados com o intuito de prevenir e/ou anular eventos adversos nas três fases do transporte (pré, durante e pós). Será posteriormente elaborada uma acção de formação em serviço com a divulgação dos resultados dos questionários e da respectiva *check list* que irá auxiliar no planeamento do transporte da pessoa em situação crítica e que se pretende que seja implementada a nível hospitalar pela preservação da continuidade dos cuidados.

Questões éticas: ao longo de todo o projeto será mantida a confidencialidade dos dados, bem como o anonimato dos enfermeiros envolvidos, cuja participação será voluntária e decorrente do seu consentimento livre e esclarecido.

CRONOGRAMA

2021			2022
Setembro Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro Fevereiro
Reunião com Enf ^a Coordenadora da UCI, SUG e docente	Pedido de parecer à Professora Orientadora de estágio	Aplicação de questionário	Discussão dos resultados
Levantamento de necessidades do serviço	Pedido de parecer à Comissão de Ética institucional	Construção de Check list	Apresentação dos resultados
Escolha da temática			Submissão da check list à comissão de transporte hospitalar e à comissão de qualidade do CH para validação e implementação transversal ao hospital
Elaboração da proposta de projeto de estágio	Pedido de autorização às Enfermeiras responsáveis e aos diretores dos serviços respetivos, bem como ao elemento da comissão de transporte do doente crítico para a realização do projeto		Elaboração do relatório

**APÊNDICE G – Documentos solicitados pelo Gabinete de Investigação e
Desenvolvimento**

TERMO DE RESPONSABILIDADE
Orientador da Instituição de Ensino

Título do Estudo: Transporte da pessoa em situação crítica: perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Orientador Institucional do Instituto Politécnico de Beja de Pedro Miguel dos Santos Fernandes, Investigador Principal do Estudo em epígrafe, declaro assumir a orientação científica e o acompanhamento do mesmo, de acordo com a legislação em vigor, com o programa e meios apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos e as normas internas da instituição, as quais declaro conhecer.

Setúbal, 2 de Dezembro de 2021

O Orientador da Instituição de Ensino,

Assinado por: **MARIA DULCE DOS SANTOS SANTIAGO**

Num. de Identificação: 06208269

Professora Doutora Maria Dulce Santos Santiago

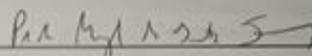
DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES Investigador Principal

Título do Estudo: Transporte da pessoa em situação crítica: perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do protocolo em epígrafe, a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Urgência Geral e Equipa de Transporte Secundário do Centro Hospitalar [REDACTED], venho por este meio atestar que não possuo qualquer conflito de interesses na realização deste estudo.

Setúbal, 2 de Dezembro de 2021

O Investigador Principal,



Pedro Miguel dos Santos Fernandes

FOLHA DE ROSTO - SUBMISSÃO DE ESTUDOS CLÍNICOS

Título do Estudo	
Transporte da pessoa em situação crítica: perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem	

Classificação do Estudo				
Trabalho académico	<input checked="" type="checkbox"/>	Não conferidor de grau	<input type="checkbox"/>	
		Conferidor de grau	Licenciatura <input type="checkbox"/>	Mestrado <input checked="" type="checkbox"/>
			Pós-graduação <input type="checkbox"/>	Doutoramento <input type="checkbox"/>
Projecto de investigação	<input type="checkbox"/>	Interventivo	<input type="checkbox"/> (especificar intervenção)	
		Não interventivo	<input type="checkbox"/>	

Versão			
Novo	<input checked="" type="checkbox"/>	Modificação/Adenda	<input type="checkbox"/>
		Prolongamento	<input type="checkbox"/>

Calendarização	
Data prevista de início	2 de Dezembro de 2021
Data prevista de conclusão	15 de Janeiro 2021
Prazo a cumprir	

Investigador Principal	
Nome	Pedro Miguel dos Santos Fernandes
Serviço/instituição	Serviço de Urgência Geral/Centro Hospitalar [REDACTED]
E-mail	pfernandes25@hotmail.com
Telemóvel	918387134

Investigador Responsável no CHS (se aplicável)	
Nome	
Serviço	
E-mail	
Telemóvel	

Co-Investigadores	
Nome	
Serviço	

E-mail	
Telemóvel	
Nome	
Serviço	
E-mail	
Telemóvel	
Nome	
Serviço	
E-mail	
Telemóvel	
Nome	
Serviço	
E-mail	
Telemóvel	

Orientador do CHS (se aplicável)	
Nome	
Serviço	Unidade de Cuidados Intensivos
E-mail	
Telemóvel	

Orientador da Instituição de Ensino (se aplicável)	
Nome	Maria Dulce Santos Santiago
Instituição	Instituto Politécnico de Beja
E-mail	dulce.santiago@ipbeja.pt
Telemóvel	

Serviços	
Serviço proponente	
Outros serviços intervenientes	

Características do Estudo			
Multinacional	<input type="checkbox"/>	Nacional	<input type="checkbox"/>
Multicêntrico	<input type="checkbox"/>	Institucional	<input checked="" type="checkbox"/>
Retrospectivo	<input type="checkbox"/>	Prospectivo	<input type="checkbox"/>
Grupo controlo	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input checked="" type="checkbox"/>
Seleção dos participantes	Aleatória <input type="checkbox"/>		Não aleatória <input checked="" type="checkbox"/>

Ocultação	Aberto <input checked="" type="checkbox"/>	Cego <input type="checkbox"/>	Duplamente cego <input type="checkbox"/>
Estudos observacionais	Caso-controlo <input type="checkbox"/>	Coorte <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
Ensaio clínico	Fase I <input type="checkbox"/>	Fase II <input type="checkbox"/>	Fase III <input type="checkbox"/> Fase IV <input type="checkbox"/>
Participação de grupos vulneráveis	Não <input checked="" type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>
	Crianças <input type="checkbox"/>	Grávidas <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
Convocação de doentes/participantes	Não <input type="checkbox"/>		Sim <input checked="" type="checkbox"/>
Consentimento informado	Não <input type="checkbox"/>		Sim <input checked="" type="checkbox"/> (anexar)
Realização de questionários	Não <input type="checkbox"/>		Sim <input checked="" type="checkbox"/> (anexar)
Realização de entrevistas	Não <input checked="" type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>
Colheita de amostras biológicas	Não <input checked="" type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>
Armazenamento de amostras biológicas	Não <input checked="" type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>
Criação de bancos de amostras biológicas	Não <input checked="" type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>
Realização de exames	Não <input checked="" type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>
Realização de estudos genéticos	Não <input checked="" type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>
Recolha de dados	Não <input type="checkbox"/>		Sim <input checked="" type="checkbox"/>
Criação de bases de dados	Não <input checked="" type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>
Salda para outras instituições	Não <input checked="" type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/>

Orçamento e financiamento (se aplicável)

Orçamento total	(anexar contrato financeiro)
Entidade(s) financiadora(s)	

Indicadores

Relatórios de progresso	(indicar periodicidade)
Relatório final	(indicar data prevista de entrega)

Solicita-se ao Investigador Principal o envio dos resultados do seu trabalho de investigação, p. ex. teses, artigos, posters, comunicações, etc. ao GID através do email [redacted]

Assinatura do investigador principal:

	Data	2 de Dezembro de 2021
--	------	-----------------------

Verificação / validação pelo GID:

Data de recepção		Data de validação	
Assinatura			

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO COORDENADOR
PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLÍNICO**

Título do Estudo: Transporte da pessoa em situação crítica: perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para aplicação de questionário voluntário e consentido para elaboração do estudo acima descrito, à equipa de transporte secundário do Centro Hospitalar [REDACTED]

Setúbal, 2 de Dezembro de 2021

O Investigador Principal,

[REDACTED]
Pedro Miguel dos Santos Fernandes

O Coordenador da Equipa de Enfermagem de Transporte Secundário

[REDACTED]
Enfermeira Coordenadora [REDACTED]

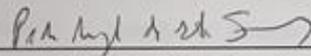
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO ENFERMEIRO-CHEFE PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLÍNICO

Título do Estudo: Transporte da pessoa em situação crítica: perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para realizar o mesmo no Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência Geral e Equipa de Transporte Secundário do Centro Hospitalar: [REDACTED]

Setúbal, 2 de Dezembro de 2021

O Investigador Principal,



Pedro Miguel dos Santos Fernandes

O Enfermeiro-chefe do Serviço de Unidade de Cuidados Intensivos

[REDACTED]
Enfermeira Coordenadora I C [REDACTED] S [REDACTED]
V: [REDACTED]

O Enfermeiro-chefe do Serviço de Urgência Geral

[REDACTED]
Enfermeira Coordenadora I S [REDACTED]

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CA
PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLÍNICO**

Título do Estudo: Transporte da pessoa em situação crítica: perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para realizar o mesmo na Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Urgência Geral e Equipa de Transporte Secundário do Centro Hospitalar [REDACTED]

Setúbal, 2 de Dezembro de 2021

O Investigador Principal,



Pedro Miguel dos Santos Fernandes

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRETOR DE SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLÍNICO

Título do Estudo: Transporte da pessoa em situação crítica: perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, venho por este meio solicitar a V. Exas. a autorização para realizar o mesmo na Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Urgência Geral e Equipa de Transporte Secundário do Centro Hospitalar [REDACTED]

Setúbal, 2 de Dezembro de 2021

O Investigador Principal,


Pedro Miguel dos Santos Fernandes

O Director do Serviço da Unidade de Cuidados Intensivos,


Dra. R M P S R

O Director do Serviço de Urgência Geral


Dr. V A

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLÍNICO

Título do Estudo: Transporte da pessoa em situação crítica: perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para realizar o mesmo na Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Urgência Geral e Equipa de Transporte Secundário do Centro Hospitalar

Setúbal, 2 de Dezembro de 2021

O Investigador Principal,



Pedro Miguel dos Santos Fernandes

O Encarregado de Protecção de Dados do CH

PEDIDO DE PARECER AO PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLÍNICO

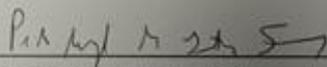
Título do Estudo: Transporte da pessoa em situação crítica: perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Classificação do Estudo				
Trabalho académico	<input checked="" type="checkbox"/>	Não conferidor de grau	<input type="checkbox"/>	
		Conferidor de grau	Licenciatura <input type="checkbox"/>	Mestrado <input checked="" type="checkbox"/>
			Pós-graduação <input type="checkbox"/>	Doutoramento <input type="checkbox"/>
Projeto de investigação	<input checked="" type="checkbox"/>	Interventivo	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Não interventivo	<input type="checkbox"/>	

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para realizar o mesmo na Unidade de Cuidados Intensivos, Serviço de Urgência Geral e Equipa de Transporte Secundário do Centro Hospitalar

Setúbal, 2 de Dezembro de 2021

O Investigador Principal,



Pedro Miguel dos Santos Fernandes

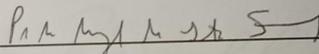
TERMO DE RESPONSABILIDADE Investigador Principal

Título do Estudo: Transporte da pessoa em situação crítica: perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, declaro assumir a liderança científica do mesmo, de acordo com a legislação em vigor, com o programa e meios apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos e as normas internas da instituição, as quais declaro conhecer.

Setúbal, 2 de Dezembro de 2021

O Investigador Principal,



Pedro Miguel dos Santos Fernandes

TERMO DE RESPONSABILIDADE Orientador do CH

Título do Estudo: Transporte da pessoa em situação crítica: perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Orientador no CH de Pedro Miguel dos Santos Fernandes, Investigador Principal do Estudo em epígrafe, declaro assumir a orientação científica e o acompanhamento do mesmo, de acordo com a legislação em vigor, com o programa e meios apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos e as normas internas da instituição, as quais declaro conhecer.

Setúbal, 2 de Dezembro de 2021

O Orientador do CH

Enf. Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

A R S C

APÊNDICE H – Resumo do Artigo Científico – Eventos adversos durante o transporte do doente crítico – a realidade de um hospital do sul do país

Eventos adversos durante o transporte do doente crítico – a realidade de um hospital do sul do país

Adverse events during the transportation of the person in critical situation – the reality of a hospital in the south of the country

Pedro Fernandes, Licenciado em Enfermagem,
Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialidade
Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica,
pfernandes25@hotmail.com

RESUMO

A presente publicação visa identificar os Eventos Adversos durante o Transporte do Doente Crítico, bem como demonstrar a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica, na prevenção e resolução dos mesmos.

Utilizada metodologia de carácter quantitativo, descritivo e retrospectivo. Foram analisados 51 questionários sobre a ocorrência de Eventos Adversos no Transporte do Doente Crítico. A análise dos dados foi realizada com recurso à estatística descritiva.

Os resultados evidenciam que o Transporte do Doente Crítico é na grande maioria realizado por equipas inexperientes, sendo que o planeamento, nomeadamente a comunicação prévia ao transporte, se assume como o Evento Adverso mais frequente.

Palavras-Chave: Intervenções de Enfermagem, Pessoa em Situação Crítica, Transporte de Doentes, Checklist, Eventos Adversos;

ABSTRACT

This publication aims to identify the Adverse Events during the Transport of the Critically Ill, as well as to demonstrate the importance of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing-Person in Critical Situation, in the prevention and resolution of the same.

A quantitative, descriptive and retrospective methodology was used. Fifty-one questionnaires were analyzed about the occurrence of Adverse Events in the Transport of the Critically Ill. Data analysis was performed using descriptive statistics.

The results show that the Transport of the Critically Ill is mostly carried out by inexperienced teams, and planning, namely prior communication to transport, is assumed to be the most frequent Adverse Event.

Keywords: Nursing Interventions, Person in Critical Situation, Patient Transport, Checklist, Adverse Events;

APÊNDICE I – Cartaz da Sessão Formativa



SESSÃO DE FORMAÇÃO

Transporte Da Pessoa Em Situação Crítica: Eventos Adversos/Ocorrências

Projecto De Intervenção Relativamente
À Melhoria Contínua Da Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem

Destinatários: Enfermeiros e Médicos do SUG, UCI e afectos à Escala de Transporte Secundário

Online: Plataforma Zoom

Horário: 14h-15h

Dias: 25 de Fevereiro de 2022

Objetivo: Melhorar o nível de conhecimentos dos profissionais de saúde da equipa de Transporte da Pessoa em Situação Crítica, relativamente aos Eventos Adversos

Formador: Enfermeiro Pedro Fernandes, estudante do 5º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização Médico-Cirúrgica-Pessoa em Situação Crítica Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Sob Orientação: Prof.ª Dr.ª Maria Dulce Santiago, Orientadora Institucional do Instituto Politécnico de Beja; Enfermeira A. C. ..., Enfermeira Especialista em EMC, UCI do CH

APÊNDICE J – Plano da sessão formativa



Plano de Sessão

Transporte da pessoa em situação crítica:

Eventos adversos/ocorrências, projecto de intervenção relativamente à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem
Apresentação dos resultados e sugestões

DATA: 25 de Fevereiro de 2022

HORA: 14h30

TEMPO: 45m

ACESSO POR: Zoom

MEIOS AUDIOVISUAIS: PC com ligação à internet

CONTEXTO: 5º ME na área de EEMC-PSC, II estágio – UCI do CH

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros e Médicos da UCI e SUG, Enfermeiros da escala de transporte secundário do CH

OBJECTIVO GERAL: Melhorar a qualidade dos cuidados durante o transporte do doente crítico (TDC)

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Divulgar os resultados do estudo
- Divulgar o preconizado na evidência científica para garantir a segurança do TDC
- Sugerir uma checklist para melhoria dos cuidados



Objectivos	Conteúdos	Formador	Tempo	Metodologia	Materiais Pedagógicos	Meios Audiovisuais	Avaliação
Divulgar os resultados do estudo	Introdução Apresentação dos EA e prevalência no TDC	Pedro Fernandes	5m 10m	Expositiva/ interactiva	Power Point	PC com acesso à internet	Online Através de questionário
Divulgar o preconizado na evidência científica para garantir a segurança do TDC	Apresentação sintetizada das recomendações		5m	Expositiva/ Interactiva	Power Point	PC com acesso à internet	Online Através de questionário
Sugerir uma checklist para melhoria dos cuidados	Apresentação de sugestão de procedimento Discussão		10m 10m	Expositiva/ Interactiva	Power Point	PC com acesso à internet	Online Através de questionário

APÊNDICE K – Apresentação de diapositivos da sessão formativa

Transporte Da Pessoa Em Situação Crítica: Eventos Adversos/Ocorrências

Projecto De Intervenção Relativamente
À Melhoria Contínua Da Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem

5º Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização Médico-Cirúrgica-Pessoas em Situação Crítica Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Unidade Curricular: Estágio de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica

Discente: Pedro Fernandes nº m47716

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Dulce Santiago



OBJETIVO GERAL:



- Identificar os Eventos Adversos (EA) que ocorrem durante o Transporte do Doente Crítico (TDC)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:



- Apurar quais os EA mais frequentes
- Identificar em que fase do TDC ocorrem
- Implementar um procedimento institucional sob forma de checklist

EA é uma lesão causada durante os cuidados de saúde, que nada tem que ver com a doença de base ou a condição prévia do doente

(Blay et al, 2014)

Principais EA

- Taquicardia
- Instabilidade hemodinâmica
- Aumento da pressão intracraniana
- Arritmias
- Enfarte agudo do miocárdio
- Taqui e bradipneia
- Dessaturação da oximetria periférica
- Aumento da pressão das vias aéreas
- Obstrução das vias aéreas
- Agitação
- Hemorragia
- Hipo/hipercápnia
- Paragem cardio-respiratória
- Alterações gasimétricas

(Martins & Pádua, 2019)

Principais EA

- Exteriorização do tubo oro-traqueal
- Exteriorização de acessos venosos
- Aporte insuficiente de oxigénio
- Avaria do ventilador de transporte
- Exteriorização ou clampagem inadvertida de drenotorácico
- Falta de bateria nos equipamentos

OM e SPC (2008)

Eventos Adversos



TDC é definido como um ambiente de cuidados complexos e exigentes. A prestação destes cuidados pressupõe uma intervenção eficaz e precisa, na medida em que permite evitar potenciais complicações e promover a segurança do doente

(Gonçalves et al, 2018)

TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

Avaliação
Clínica

Capacitação
da Equipa

Recursos
tecnológicos

Antecipar
Complicações

TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO



TIPOS:

- Primário – Pré-Hospitalar
- Secundário – Inter-Hospitalar
- Terciário – Intra-Hospitalar

TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO:



ETAPAS:

- **Decisão**
- **Planeamento**
- **Efetivação**

METODOLOGIA

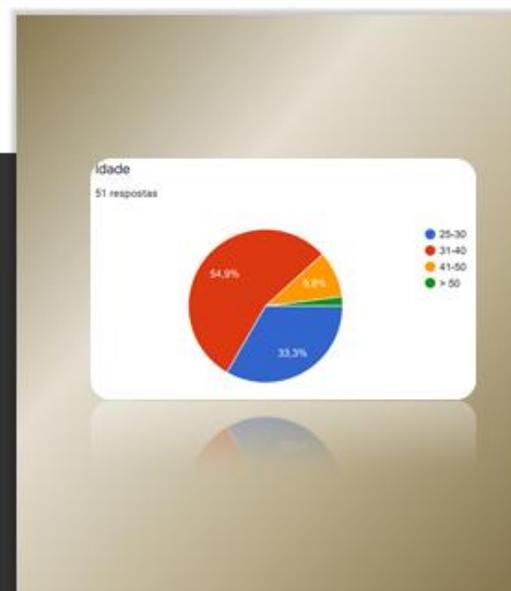
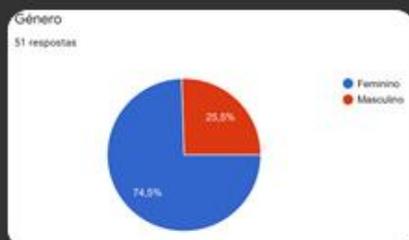


- Estudo quantitativo, retrospectivo, descritivo
- Amostra não probabilística por conveniência
- Critérios de inclusão: médicos e enfermeiros do SUG e UCI do Hospital X, que fazem acompanhamento da PSC (intra e inter-hospitalar), e equipa de enfermagem de apoio ao TDC (escala de prevenção)

- Elaborado instrumento para a colheita de dados (questionário electrónico)
- Aplicado de 14 de Janeiro de 2022 a 21 de Janeiro de 2022
- Projecto foi aprovado pelo Conselho Científico da Universidade de Évora
- Aplicação do instrumento de colheita de dados foi autorizada pelo Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do Hospital X
- Por ser um estudo não aplicado directamente a doentes, isentou-se de apreciação pela Comissão de Ética para a Saúde do Hospital
- Durante todas as etapas inerentes à investigação, foram considerados os aspectos éticos descritos na declaração de Helsínquia

RESULTADOS

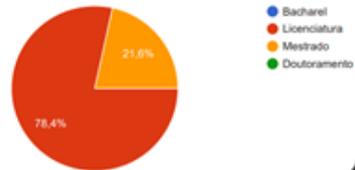
Caraterização da Amostra



Caraterização Académica e Profissional

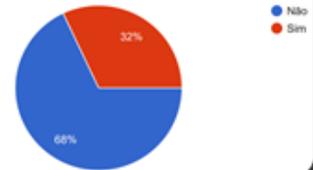
Grau académico

51 respostas



Especialidade Internato

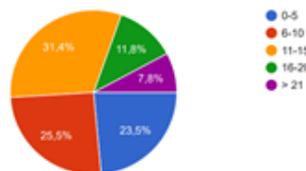
50 respostas



Experiência Profissional

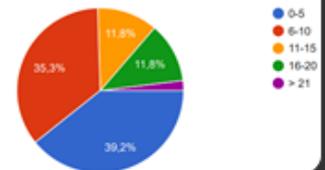
Experiência profissional (anos)

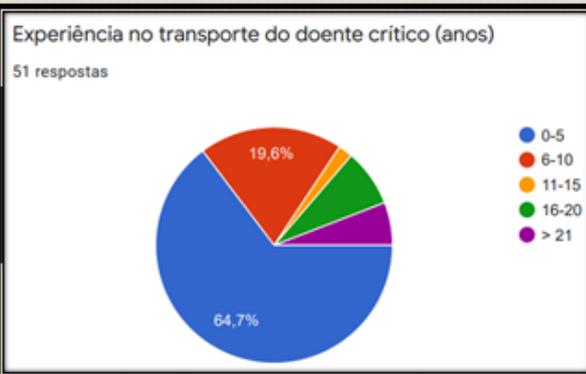
51 respostas



Experiência em UCI e/ou SUG (anos)

51 respostas





Incidência de EA



	EA	%	% Total da Fase do Transporte
Fase Pré Hospitalar	Inexperiência da equipe de TDC	72,5%	54,9%
	Inexistência do consentimento informado	62,7%	
	Má avaliação/estabilização prévia do doente	52,9%	
	Recursos humanos insuficientes	43,1%	
	Ambulância inadequada	43,1%	

Incidência de EA



	EA	%	% Total da Fase do Transporte
Fase Transporte	Má fixação dos aparelhos	58,8%	47,1%
	Baterias com carga insuficiente	47,1%	
	Movimentos de aceleração/desaceleração	47,1%	
	Maca com deficiente manutenção	43,1%	
	Piso degradado	43,1%	
	Falta de sedação/analgesia	43,1%	

Incidência de EA



	EA	%	% Total da Fase do Transporte
Fase Pós Transporte	Comunicação (prévia) inexistente	74,5%	49%
	Inexistência de auditoria (registos e material)	49%	
	Indisponibilidade de vaga para o doente	47,1%	
	Inexistência de nota de alta e/ou MCDT's	37,3%	
	Inexistência de registos de transporte	37,3%	

CONCLUSÕES



O acompanhamento do TDC deve ser realizado por uma equipa especializada, com especialidade na abordagem à PSC, na maioria das vezes, acontece exactamente o oposto, com elementos jovens, com pouca experiência e nenhuma formação específica na área

Fundamental a sensibilização para a aplicação obrigatória de grelhas de avaliação da PSC na fase pré transporte, de modo a planear e definir os meios necessários para o seu transporte, intra e inter-hospitalar

Urgente formar e capacitar os profissionais que fazem acompanhamento da PSC, de forma a reduzir os EA consequentes da inexperiência da equipa do TDC

*"PODE NÃO CONSEGUIR MUDAR O VENTO,
MAS PODE AJUSTAR AS VELAS DO BARCO,
PARA CHEGAR ONDE QUER"*

(CONFÚCIO – SÉC. V A.C.)

Obrigado



APÊNDICE L – Avaliação da sessão de formação (questionário *online*)

Transporte Da Pessoa Em Situação Crítica: Eventos Adversos/Ocorrências

Projecto De Intervenção Relativamente À Melhoria Contínua Da Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem

AVALIAÇÃO



1 - O Transporte do Doente Crítico (TDC) é definido como

- Transporte de Doçaria Conventual (TDC)
- Transporte em ambiente descontraído e não gerador de stress
- Transporte complexo, com necessidade de antecipação nos cuidados

2 - A antecipação dos cuidados é

- Facultativa
- Fundamental
- Não necessária

3 - O TDC deve idealmente ser realizado por.

- Equipa de transporte jovem e simpática
- Equipa experiente e com formação específica
- Por familiares e amigos

4 - Evento adverso é:

- Uma complicação inerente à doença base do utente
- Uma complicação inerente aos cuidados de saúde
- Uma complicação inerente à fase da lua

5 - Os Eventos Adversos ocorrem na etapa de:

- Decisão
- Planeamento
- Efectivação

6 - Qual a fase do TDC onde ocorrem mais EA?

- Fase 1 do sistema trifásico
- Fase do pré-transporte
- Fase do pós-transporte

7 - Qual o EA mais frequente?

- Comunicação (prévia) inexistente
- Inexperiência da equipa de transporte
- Inexistência de consentimento informado

Perguntas Respostas 7 Definições

7 respostas



Aceitar respostas

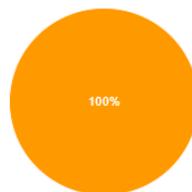
Resumo

Pergunta

Individual

1 - O Transporte do Doente Crítico (TDC) é definido como

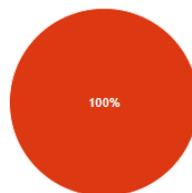
7 respostas



- Transporte de Doçaria Conventual (TDC)
- Transporte em ambiente descontraído e não gerador de stress
- Transporte complexo, com necessidade de antecipação nos cuidados

2 - A antecipação dos cuidados é

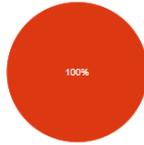
7 respostas



- Facultativa
- Fundamental
- Não necessária

3 - O TDC deve idealmente ser realizado por:

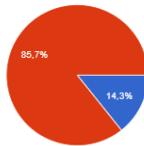
7 respostas



- Equipa de transporte jovem e simpática
- Equipa experiente e com formação específica
- Por familiares e amigos

4 - Evento adverso é:

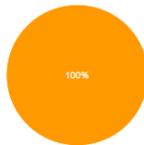
7 respostas



- Uma complicação inerente à doença base do utente
- Uma complicação inerente aos cuidados de saúde
- Uma complicação inerente à fase da lua

5 - Os Eventos Adversos ocorrem na etapa de:

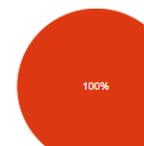
7 respostas



- Decisão
- Planeamento
- Efectivação

6 - Qual a fase do TDC onde ocorrem mais EA?

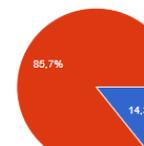
7 respostas



- Fase 1 do sistema trifásico
- Fase do pré-transporte
- Fase do pós-transporte

7 - Qual o EA mais frequente?

7 respostas



- Comunicação (prévia) inexistente
- Inexperiência da equipa de transporte
- Inexistência de consentimento informado

APÊNDICE M – Projecto de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA- PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL – Pessoa em situação crítica

- PLANO DE PROJECTO DE ESTÁGIO -

Docente:

Professora Dulce Santiago

Enfermeira Orientadora:

A. C.

Discente:

Pedro Fernandes (n.º 47716)

Évora, Outubro de 2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



IPS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DR. LOPES DIAS

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

5º MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA- PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL – Pessoa em situação crítica

- PLANO DE PROJECTO DE ESTÁGIO -

Docente:

Professora Dulce Santiago

Enfermeira Orientadora:

A. C.

Discente:

Pedro Fernandes (n.º 47716)

Évora, Outubro de 2021

*“Pode não conseguir mudar o vento,
Mas pode ajustar as velas do barco,
Para chegar onde quer”*

(Confúcio – séc. V a.c.)

SIGLAS

BIA – Balão Intra-Aórtico

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CH – Centro Hospitalar

EPE – Entidade Pública Empresarial

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

PIA – Pressão Intra-Abdominal

PIC – Pressão Intra-Craniana

SUG – Serviço de Urgência Geral

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Competências do domínio profissional, ético e legal

Tabela 2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Tabela 3. Competências do domínio da gestão de cuidados

Tabela 4. Competências do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Tabela 5. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

ÍNDICE

1. Introdução-----	7
2. Caracterização do campo de estágio-----	10
2.1. Caracterização do CH-----	10
2.2. Caracterização da UCI-----	10
2.2.1 Recursos Humanos-----	10
2.2.2 Espaço físico-----	11
3. Projecto de aquisição e desenvolvimento de competências-----	12
3.2 Competências comuns do Enfermeiro Especialista-----	13
3.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica-----	18
3.3 Competências conducentes ao grau de mestre em enfermagem-----	21
4. Conclusão-----	22
5. Bibliografia-----	23
Anexo-----	25

1. INTRODUÇÃO

O presente planeamento surge no âmbito da UC - Estágio Final, inserido no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação no ano lectivo de 2020/2021 e 2021\2022, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus - Évora.

A UC supra-referida tem como objectivos de aprendizagem o desenvolvimento de competências no âmbito da compreensão dos processos de doença crítica e /ou falência orgânica, o desenvolvimento da prática clínica à pessoa /família em situação crítica e /ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento, gerindo a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica, colaborando com estratégias para a concepção de planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações.

Outro objectivo da UC pretende que o estudante participe e implemente planos de controlo de infecção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica, bem como a participação no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas, demonstrando de forma contínua uma atitude de aprendizagem auto-orientada e autónoma.

A pessoa em situação crítica apresenta-se em risco de morte iminente, necessitando de cuidados emergentes e diferenciados que garantam a manutenção homeostática e a dignidade humana (Ministério da saúde, 2018). Nesta perspectiva, o enfermeiro especialista médico-cirúrgico possui uma abordagem essencial pois pela complexidade da situação, detêm conhecimentos e habilidades múltiplos que permitem antecipar a instabilidade e responder em tempo útil, garantindo a aplicação rigorosa de protocolos e intervenções, tanto à pessoa em situação crítica, como à respectiva família (OE, 2010).

As intervenções de enfermagem assentam em bases prático-científicas, pelo que se orientam em modelos de actuação, que visam o cuidar da pessoa durante a sua incapacidade\limitação, dinamizar respostas a situações de catástrofe\excepção e maximizar a intervenção preventiva no que concerne ao controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica (OE, 2010).

Na minha realidade laboral com 16 anos em contexto de Urgência Geral médico-cirúrgica, em que é frequente a abordagem à pessoa em situação crítica, a aquisição de

competências nesta área é inerente, contudo espero consolida-las, bem como desenvolver novas, através do estágio final em UCI.

Deste modo e como fundamentado nas competências específicas do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, descritas em Diário da República, (2ª série – N.º 135- 16 Julho de 2018) pretende-se a sua aquisição, através da consolidação de conhecimentos e habilidades com vista a uma prática baseada na evidência que vise uma melhoria contínua nos cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica.

Este documento serve assim de planificação rigorosa e minuciosa de todo o processo de aquisição das competências descritas para enfermeiro especialista.

A componente prática deste projecto irá realizar-se ao longo de 18 semanas na UCI do CH, sendo uma etapa imprescindível para a planificação, execução e validação dos conhecimentos e competências adquiridas nas UC's que compõem o curso de mestrado supracitado.

O estágio irá realizar-se de 13 de Setembro de 2021 a 28 de Janeiro de 2022 com um total de 336h. o mesmo decorrerá sob orientação académica da Sra. Dra. Maria Dulce Santiago e orientação de enfermagem médico-cirúrgica da Sra. Enfermeira especialista médico-cirúrgica A. C. num horário em sistema de “roulement”, constituído por turnos rotativos de manhãs (8h-16h30) e noites (23h-8h30)

A escolha do serviço clínico mencionado justifica-se pela polivalência médico-cirúrgica e pela panóplia de técnicas específicas de suporte ao doente crítico, como a PIA, hemofiltração, PIC, BIA, as quais são inexistentes no SUG, local onde sou profissional de enfermagem.

Freitas e Terrasêca (2013), citando Simões e Garrido (2007) consideram estágio ou ensino clínico como uma oportunidade de ensino prático junto de utentes, classificando-o como essencial na formação do estudante pela aquisição e desenvolvimento de competências em contexto clínico real, que segundo os autores fomenta o pensamento crítico e a reflexão.

A metodologia de projecto apoia-se numa investigação direccionada para um problema real identificado junto da Enfermeira Coordenadora e Enfermeira Orientadora de estágio, sendo igualmente transversal ao serviço onde desenvolvo actividade profissional. Através da implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução, espero adquirir capacidades e competências de características pessoais para a elaboração e concretização deste presente projecto. Desta forma, criar-se-á uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática. A

Metodologia de Projecto é constituída por cinco etapas: (1) Diagnóstico de Situação, (2) Definição de Objectivos, (3) Planeamento, (4) Execução e avaliação e (5) Divulgação dos Resultados (Ruivo et al., 2010).

O trabalho de projecto tem como objectivo fulcral a análise e posterior resolução de problemas em equipa, através de várias técnicas que permitem a recolha, obtenção e análise de informação. No entanto, este processo não é estanque, uma vez que existe uma flexibilidade dos procedimentos que se desenvolvem ao longo do trabalho, sendo este um processo dinâmico, adaptando-se e reorientando-se ao longo da intervenção, sempre que se considere pertinente (Leite et al, 2001)

Este documento orienta-se pelas regras de referenciação *American Psychological Association* (APA), 7ª edição

2. CARACTERIZAÇÃO DO CH

O CH foi criado a 31 de Dezembro de 2005. Trata-se de uma Entidade Pública Empresarial – uma EPE, integrada no Serviço Nacional de Saúde. O CH presta cuidados de saúde diferenciados e a sua área de influência compreende os concelhos da cidade onde está situado, num total de 121.185 habitantes. O CH trabalha para ser reconhecido como uma instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento em ambulatório e internamento, pretendendo diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o doente e assumindo-se como um centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação na prestação de cuidados de saúde. (CH,2021)

Nesta perspectiva o CH assume como missão a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa. O CH desenvolve ainda actividades complementares, como as de ensino pré e pós-graduado, de investigação e de formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional. (CH, 2021)

2.1 UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A UCI é uma unidade integrada no CH tendo sido inaugurada em 1985 e posteriormente renovada em 2014. É considerada uma unidade polivalente, possibilitando o internamento de 12 doentes (7 no 1º piso com 2 quartos de isolamento por pressões negativas e 5 no 3º piso, actualmente reservados a doentes com patologia a SARS-Cov2)

2.1.1 Caracterização dos Recursos Humanos

A equipa é constituída por uma equipa de enfermagem, assistentes operacionais e médica. A unidade é composta por 47 enfermeiros, sendo a enfermeira chefe especialista em enfermagem comunitária, 10 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 5 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação e uma enfermeira é especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária. Existem 6 equipas com 7-8 elementos, em que o chefe de equipa e o segundo elemento são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Os enfermeiros especialistas em reabilitação, realizam a sua intervenção de especialistas durante o turno da manhã e tarde, sendo extranumerários aos elementos destacados para assegurar os restantes cuidados durante o turno. Em todos os turnos preconiza-se existirem 7 enfermeiros, em que 3 têm atribuídos 2 doentes, um é o chefe de equipa e apenas tem um doente. Os 7 elementos encontram-se distribuídos pela unidade do 1º piso (4 enfermeiros) e do 3º piso (3 enfermeiros). A equipa de assistentes operacionais é constituída por 28 elementos realizando 7 o turno da manhã, 5 o turno da tarde e 4 o turno da noite, distribuídos pelas duas unidades consoante as necessidades do serviço.

2.1.2 Caracterização do Espaço Físico

A UCI situa-se no primeiro piso do CH. Após a porta de entrada activa apenas através de código numérico, é possível verificar no lado direito o armazém e no lado contraposto a sala de passagem de turno médico. Avançando, e do lado esquerdo encontra-se ainda a sala da Enfermeira coordenadora, a copa e duas unidades individuais. Estas são as privilegiadas para diversos isolamentos. Em frente do lado direito encontra-se a zona de trabalho, com balcão para registos, preparação de material, medicação. Terminando o corredor, estão as restantes 5 unidades em “open space” cada uma equipada com um armário com material individualizado, ventilador e monitor.

Decorrente da situação pandémica foi necessário disponibilizar uma “nova” unidade para aumentar o número de vagas de doentes críticos diferenciando os doentes com teste de Covid positivo e não detectável. Assim, foi criada uma UCI Covid no 3º piso do hospital tendo a capacidade para 5 doentes sendo a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais a mesma da UCI não Covid. Decorrente do elevado número de enfermeiros por equipa, do crescente número de situações de instabilidade é imperativo que o enfermeiro especialista utilize as competências éticas, relacionais, comunicativas, de gestão e científicas para actuar pronta e eficazmente na área do doente crítico e respectiva família.

3. PROJECTO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Segundo a OE (2019) os cuidados de enfermagem assentam numa prática técnico-científica de grande importância e exigência, assumindo uma diferenciação e especialização nos cuidados de saúde prestados. Deste modo o desenvolvimento e aquisição de competências para a prática clínica especializada é uma necessidade inerente.

Este projecto assume as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Pessoa em Situação Crítica, actualizadas e redigidas no regulamento 140\2019 (OE, 2019) e regulamento 429\2018 (OE, 2018) respectivamente, sendo a base normativa e conceptual das actividades a desenvolver no estágio final

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

	Competências	Unidades de competência	Intervenções
Competências do Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.</p> <p><i>Descritivo:</i> (...) <i>Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.</i></p>	<p>A1.1 – Demonstra tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.</p> <p>A 1.2 – Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.</p> <p>A 1.3 – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar os fundamentos éticos e a deontologia profissional; • Fundamentar as intervenções em princípios éticos; • Participar de forma activa na tomada de decisão ética da equipa; • Planear as intervenções de enfermagem com base em valores, crenças e desejos do doente/família, avaliando e reflectindo sobre o seu resultado; • Mobilizar conhecimentos leccionados nas UC's do mestrado; • Implementar estratégias para a resolução do problema em parceria com o doente; • Promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional
	<p>A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><i>Descritivo</i> <i>O enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações</i></p>	<p>A 2.1 – Promove a protecção dos direitos humanos.</p> <p>A 2.2 – Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar a deontologia profissional; • Respeitar direitos, valores e culturas da pessoa; • Respeitar o direito ao cuidado, à vida e à qualidade de vida • Garantir o dever do sigilo profissional; • Manter e respeitar a privacidade/intimidade da pessoa; • Actuar de forma preventiva de complicações, na excelência do exercício • Conhecer a estrutura e equipamentos existentes na comunidade/organização, para garantir a segurança e privacidade da pessoa e/ou família • Responder com qualidade, em tempo útil e de forma humanizada às necessidades da pessoa e/ou família

	<i>potencialmente comprometedoras para os clientes.</i>		
--	---	--	--

Tabela 1. Competências do domínio profissional, ético e legal

	Competências	Unidades de competência	Intervenções
Competências do Domínio da melhoria contínua da qualidade	<p>B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p><i>Descritivo</i></p> <p><i>O Enfermeiro Especialista colabora na concepção e operacionalização de projectos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.</i></p>	<p>B 1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B 1.2 – Orienta projectos institucionais na área da qualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos leccionados ao longo das várias UC's do mestrado; • Conhecer, participar e cumprir os protocolos do serviço; • Observar e participar na gestão do cuidado ao doente crítico efectuada pelo enfermeiro orientador; • Observar e participar na gestão de serviço efectuada pela coordenadora do serviço; • Reflectir acerca das aprendizagens • Conhecer o plano de emergência e catástrofe para a UCI, inserido no protocolo da qualidade
	<p>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</p> <p><i>Descritivo</i></p> <p><i>O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve</i></p>	<p>B 2.1 – Avalia a qualidade das práticas clínicas.</p> <p>B 2.2 – Planeia programas de melhoria contínua.</p> <p>B 2.3 – Lidera programas de melhoria contínua.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar e participar de acordo com a forma de actuação da equipa na abordagem e prestação de cuidados ao doente e/ou família a vivenciar processo de doença crítica e/ou falência multiorgânica; • Conhecer, participar e cumprir os protocolos existentes; • Participar na definição de indicadores para avaliar a qualidade; • Utilizar indicadores para avaliar a qualidade; • Realizar, implementar e avaliar o resultado dos planos de cuidados em sistema informático; • Efectuar projecto de intervenção, cujo tema seja uma necessidade do serviço, como contribuindo para a melhoria da qualidade; • Realizar linhas orientadoras no âmbito do projecto de intervenção;

	<p>a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Reflectir acerca das acções realizadas.
	<p>B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro</p> <p><i>Descritivo</i></p> <p><i>O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco.</i></p>	<p>B 3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos /grupo.</p> <p>B 3.2 – Participa na gestão do risco ao nível institucional e /ou de unidades funcionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos leccionados ao longo das várias UC's do mestrado; • Promover uma relação de confiança e empatia com a pessoa e/ou família; • Avaliar as necessidades do doente e/ou família, promovendo a sua participação activa; • Envolver a família na prestação de cuidados e tendo em atenção os princípios éticos e a deontologia profissional; • Estabelecer uma relação terapêutica com o doente e/ou família, através dos diversos mecanismos leccionados; • Conhecer a estrutura e equipamentos existentes para garantir a segurança e privacidade do doente e/ou família; • Identificar e corrigir situações de risco real ou potencial para o doente e/ou profissionais do serviço, nomeadamente o controlo da infecção cruzada usando o conceito da “bolha” do utente • Promover e prevenir o risco de infecção cruzada, através dos procedimentos implementados pela CCI em UCI, nomeadamente ao doente crítico com risco de PAV • Realizar artigo científico inerente à segurança do doente crítico • Identificar situações ou práticas com risco potencial, incidentes e \ou eventos adversos • Desenvolver actividades que permitam prevenir, reduzir ou irradiar as situações de risco

Tabela 2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Competências do	Competências	Unidades de competência	Intervenções
	<p>C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a</p>	<p>C 1.1 – Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos leccionados ao longo das várias UC's do mestrado; • Observar e colaborar na gestão de serviço efectuada pela coordenadora do serviço; • Adequar os recursos humanos e materiais às necessidades de cuidados, garantindo uma resposta

<p>resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde</p> <p><i>Descritivo</i></p> <p><i>O Enfermeiro Especialista realiza a gestão de cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.</i></p>	<p>C 1.2 – Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</p>	<p>eficaz e segura na prestação de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar; • Reconhecer as intervenções de todos os elementos da equipa multidisciplinar.
<p>C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.</p> <p><i>Descritivo</i></p> <p><i>O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.</i></p>	<p>C 2.1 – Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.</p> <p>C 2.2 – Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos leccionados ao longo das várias UC's do mestrado • Identificar factores que possam prejudicar o trabalho em equipa; • Participar na gestão da equipa efectuada pelo enfermeiro supervisor, como distribuição de doentes; • Observar e colaborar na gestão de serviço efectuada pela coordenadora do serviço; • Participar nas tomadas de decisão do orientador e coordenadora de serviço perante diferentes situações; • Gerir recursos humanos, materiais e físicos de forma eficaz e eficiente, na prestação de cuidados; • Definir prioridades adequadamente.

Tabela 3. Competências do domínio da gestão de cuidados

Competências do Domínio Do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Competências	Unidades de competência	Intervenções
	<p>D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p><i>Descritivo</i></p> <p><i>O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional.</i></p>	<p>D 1.1 – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p> <p>D 1.2 – Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos leccionados ao longo das várias UC's do mestrado • Reflectir acerca da prática, dos meus limites pessoais e da percepção das minhas competências • Reconhecer e actuar antecipadamente perante uma situação de conflito; • Utilizar técnicas adequadas para a resolução de conflitos; • Actuar eficazmente perante situações de elevada pressão e/ou stresse; • Trabalhar em equipa multiprofissional.
	<p>D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p> <p><i>Descritivo</i></p> <p><i>O Enfermeiro Especialista, alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, actual e pertinente,</i></p>	<p>D 2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho.</p> <p>D 2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica.</p> <p>D 2.3 – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos leccionados ao longo das várias UC's do mestrado • Desenvolvimento de competências de pesquisa; • Elaborar um artigo científico; • Incentivar mudanças na praxis de acordo com a evidência científica existente, pela divulgação de resultados de artigos e/ou trabalhos académicos; • Participar em várias intervenções técnicas de enfermagem, para melhorar a sua aprendizagem e destreza; • Fazer pesquisa e actualização contínua tendo por base as últimas evidências no que concerne à actuação perante o doente crítico; • Demonstrar competências especializadas acerca do doente crítico; • Tomar iniciativa para participar e analisar situações clínicas complexas.

<p><i>assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.</i></p>		
---	--	--

Tabela 4. Competências do Domínio Do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.

Competências	Unidades de competência	Intervenções
<p>1 - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica</p> <p><i>Descritivo</i> <i>Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica</i></p>	<p>1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.</p> <p>1.2 - Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos.</p> <p>1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica optimizando as respostas.</p> <p>1.4 – Gere a comunicação interpessoal que</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos leccionados ao longo das várias UC's do mestrado; • Fazer pesquisas bibliográficas acerca de diversas patologias, medicação, estratégias de acção e intervenções, relacionando-as com a evidência científica; • Conhecer a dinâmica e rotina da UCI; • Conhecer e aplicar os protocolos existentes; • Prestar cuidados ao doente crítico e/ou em falência orgânica; • Identificar possíveis focos de instabilidade na pessoa e actuar na sua prevenção e/ou resolução; • Gerir protocolos terapêuticos complexos e identificar possíveis complicações, como efeitos secundários de medicamentos; • Estabelecer planos de cuidados através de processo de enfermagem, englobando, apreciação inicial, diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação; • Aprofundar conhecimentos acerca de todos os cuidados prestados na UCI, como cuidados ao doente ventilado mecanicamente, entre outros; • Utilizar uma relação terapêutica eficaz com o doente e/ou família, através das diversas técnicas leccionadas; • Identificar e utilizar a forma mais adequada de avaliação da dor devido à sua complexidade;

<p><i>e á sua família /pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.</i></p>	<p>fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família, /cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.</p> <p>1.5 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e /ou falência orgânica.</p> <p>1.6 – Assiste a pessoa, família, /cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar manifestações de mau estar; • Estabelecer medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor e mau estar; • Actuar em situações de emergências, de forma correta e conforme as últimas directrizes para esse evento; • Participar na prestação de cuidados emergentes e geradores de pressão.
<p>2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, excepção e catástrofe, da concepção à acção.</p> <p><i>Descritivo</i></p> <p><i>Perante uma situação de emergência, excepção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.</i></p>	<p>1.1. – Cuida da pessoa em situações de emergência, excepção e catástrofe.</p> <p>1.2. – Concebe em articulação com o nível estratégico, ou planos de emergência e catástrofe.</p> <p>1.3. – Planeia resposta à situação de catástrofe</p> <p>1.4. Gere os cuidados em situações de emergência, excepção e catástrofe</p> <p>1.5. Assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os planos de emergência, institucional e de Serviço • Conhecer a disposição do material específico para utilização em situações de catástrofe; • Actuar conforme protocolos existentes, de forma que os cuidados sejam mais eficientes em situação de emergência multivítima ou catástrofe; • Possuir capacidade de actuar de forma organizada e calma, identificando e gerindo prioridades.

<p>3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infecção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.</p> <p><i>Descritivo</i></p> <p><i>Considerando o risco de infecção face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infecção e de resistência a antimicrobianos.</i></p>	<p>1.6. – Concebe plano de prevenção e controlo da infecção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p> <p>1.7. – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infecção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infecções associadas à prestação de cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar conhecimentos leccionados ao longo das várias UC's do mestrado; • Conhecer as normas, protocolos, procedimentos e regulamentos da CCI para a UCI; • Actuar de acordo com os protocolos, normas e procedimentos para a prevenção e controlo de infecção, cumprindo as suas indicações; • Prestar cuidados à pessoa em situação crítica de acordo com os planos de prevenção e controlo de infecção.
---	--	---

Tabela 5 - Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

3.3 COMPETÊNCIAS CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Relativamente à regulação dos regimes jurídicos dos graus académicos do Ensino Superior, presente no Decreto-Lei 115\2013, a Agência de Avaliação e acreditação do Ensino Superior da Universidade de Évora (2015), determina que ao concluir o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em enfermagem, o estudante deverá ter adquirido as seguintes competências:

- Clínicas na concepção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem na especialidade inerente
- De investigação de promoção à prática de enfermagem baseada na evidência
- De capacidade de integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação nas implicações e responsabilidades éticas, profissionais e sociais
- De autonomia no desenvolvimento de conhecimentos, aptidões ao longo do trajecto profissional
- De participação proactiva em equipas e em projectos multidisciplinares e\ou intersectoriais
- De análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação dos pares e colaboradores, integrando a formação, investigação e as políticas de saúde em geral e enfermagem em particular
- Comuns e específicas do enfermeiro especialista, evidenciando-as nas sua área de especialidade respectiva

Nesta perspectiva, as competências de carácter clínico são complementadas pela aquisição e desenvolvimento de investigação sobre a forma de artigo científico e projecto de intervenção profissional que incidem sobre a gestão do risco clínico, mais particularmente sobre a segurança nos cuidados ao doente crítico.

4. CONCLUSÃO

A elaboração deste projecto de estágio, permitiu-me reflectir sobre as actividades inerentes ao processo de desenvolvimento de competências na área da especialidade médico-cirúrgica na sua generalidade e na pessoa em situação crítica especificamente.

Através deste planeamento ser-me-á facilitada a aquisição dos objectivos de estágio propostos tanto a nível académico, como profissional

Sendo a UCI um serviço centrado na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, procurarei experimentar o maior número de novas aprendizagens na prestação directa de cuidados de enfermagem.

A elaboração de um cronograma foi igualmente primordial para a organização, sistematização e planificação dos timings deste presente projecto de estágio, o qual é exposto em anexo.

5. BIBLIOGRAFIA

American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7^a ed.). Washington: Autor.

Freitas, P e Terrasêca, M (13 de Abril de 2013). Aprendizagens e Avaliação em ensino clínico. A teoria dos três mundos. *Journal for the Educators, Teachers and Trainers*, 4 (2), pp 36-47

LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice Ribeiro - Trabalho de projecto: aprender por projectos centrados em problemas. 4^a Edição. Porto: Edições Afrontamento. 2001. ISBN: 972-36-0216-4

Ministério da Educação e Ciência (2013). Decreto-lei n.º 115/2013. Diário da República, 1.^a Série. n.º 151, 4749-4772. Acedido em 21 de Setembro de 2019. Retirado de <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/08/15100/0474904772.pdf>

Ministério da Saúde. (2018). Regulamento n.o 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2.a Série, N.o 135, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2a série, n o 26, 4744–4750.

Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2010). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República 2.ª Série. Nº 135 (16-07-2018), 19359-19370

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. Percursos, 15, 1–38.
http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

CH, 2021, Acedido a 27 de Novembro de 2021, Retirado do Site Oficial do Centro Hospitalar onde foi desenvolvido o Estágio.

Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido – Novo ciclo de estudos. Acedido em 21 de Setembro de 2019. Retirado de http://www2.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf

ANEXO

Meses	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			
	3ª sem.	4ª sem.	1ª sem.	2ª sem.	3ª sem.	4ª sem.	1ª sem.	2ª sem.	3ª sem.	4ª sem.	1ª sem.	2ª sem.	3ª sem.	4ª sem.	1ª sem.	2ª sem.	3ª sem.	4ª sem.
Estágio Final – UCI - CH																		
Levantamento de necessidades do serviço																		
Escolha da temática																		
Elaboração da proposta de projeto de estágio																		
Pedido de autorização à enfermeira responsável e ao diretor do serviço para iniciar a realizar projeto																		
Pedido de parecer ético à comissão de ética do CH																		
Diagnóstico de																		

situação																	
Realização de Revisão Scoping sobre a intervenção Major																	
Participação em Congressos / Formação																	

ANEXOS

**ANEXO A - Declaração de aceitação de orientação pedagógica do Estágio Final
e Relatório de Estágio**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Maria Dulce dos Santos Santiago, Doutorada em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, declara, para os devidos efeitos, aceitar a orientação do trabalho proposto no Projeto de Estágio do estudante **Pedro Miguel dos Santos Fernandes**, nº 47716, do curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, que versa sobre a temática “Transporte do doente crítico: perspetiva da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem”.

Beja, 12 de novembro de 2021

Assinado por: **MARIA DULCE DOS SANTOS SANTIAGO**
Num. de Identificação: BI062082698

/Maria Dulce dos Santos Santiago/

ANEXO B - Grelha de análise de Risco para Transporte Secundário e Terciário

Avaliação para o Transporte Secundário

*Baixo risco- sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não 0 Sim (tubo de Guedel) 1 Sim (intubação ou traqueostomia) 2	8. PACEMAKER Não 0 Sim, definitivo 1 Sim, provisório (externo ou endocavitário) 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min 0 FR entre 15 e 35 / min 1 Apneia ou FR<10 ou FR>35 ou irregular 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 0 Escala de Glasgow > 8 e <14 1 Escala de Glasgow ≤ 8 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não 0 Sim (Oxigenoterapia) 1 Sim (Ventilação Mecânica) 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados 0 Grupo I 1 Naloxona Corticosteróides Manitol20% Analgésicos Grupo II 2 Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonato Trombolíticos Antiepiléticos Anestésicos gerais Dreno torácico
4. ACESSOS VENOSOS Não 0 Acesso Periférico ou Central em doente estável 1 Acesso central em doente instável 2	
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável (FC> 50 bpm ;TAM> 65 mmHg) 0 Moderadamente estável (necessários <15 ml/min de fluidoterapia para manter doente estável) 1 Instável (inotrópicos ou sangue) 2	
6. MONITORIZAÇÃO 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	
TOTAL...	

** Alto risco- risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Legenda: TAM- Tensão arterial média; FR- Frequência respiratória; FC- frequência cardíaca; EAM- Enfarte agudo do miocárdio

PONTOS	NÍVEL	VEÍCULO	EQUIPA	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO
0-2 (apenas O2 ou linha EV)	A	Ambulância Tipo A	Tripulante	Nenhuma	"Standard" ambulância MAS
3-6 Sem nenhum item com pontuação 2	B	Ambulância B	Enfermeiro	Sat O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte+Injectáveis+Soros
≥ 7 ou < 7 (se item com pontuação 2)	C	Ambulância tipo C, tipo B ou de Emergência Médica do INEM equipadas; Helicóptero	Médico + Enfermeiro	Sat O2, ECG, FC, TA não invasiva, capnografia (se doente ventilado)	Acima descrito + Monitor+ Desfibrilhador com pacemaker + Ventilador transporte + Material de via aérea avançada + Seringas e bombas perfusoras

Adaptado de "Transporte de doentes críticos - Recomendações"

Avaliação para o Transporte Intra-hospitalar

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não 0 Sim (tubo de Guedel) 1 Sim (intubação ou traqueostomia) 2	8. PACEMAKER Não 0 Sim, definitivo 1 Sim, provisório (externo ou endocavitário) 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min 0 FR entre 15 e 35 / min 1 Apneia ou FR<10 ou FR>35 ou irregular 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 0 Escala de Glasgow > 8 e <14 1 Escala de Glasgow ≤ 8 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não 0 Sim (Oxigenoterapia) 1 Sim (Ventilação Mecânica) 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados 0 Grupo I 1 Naloxona Corticosteróides Manitol20% Analgésicos Grupo II 2 Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Antiepiléticos Anestésicos gerais Dreno torácico
4. ACESSOS VENOSOS Não 0 Acesso Periférico ou Central em doente estável 1 Acesso central em doente instável 2	
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável (FC> 50 bpm ;TAM>65 mmHg) 0 Moderadamente estável (<15 ml/min de fluidoterapia para manter doente estável) 1 Instável (inotrópicos ou sangue) 2	
6. MONITORIZAÇÃO 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	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.

Legenda: TAM- Tensão arterial média; FR- Frequência respiratória; FC- frequência cardíaca; EAM- Enfarte agudo do miocárdio

PONTOS	NÍVEL	ACOMPANHAMENTO	MONITORIZAÇÃO	EQUIPAMENTO
0-2 (apenas O2 ou linha EV)	A	Auxiliar	Nenhuma	Nenhum
3-6 e sem nenhum item com pontuação 2	B	Enfermeiro	Sat O ₂ , ECG, FC, TA não invasiva	Ambu + máscara facial + Guedel
≥ 7 ou <7se tiver itemcom pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat O ₂ , ECG, FC, TA não invasiva, capnografia (se indicado)	Monitor Ventilador de transporte Material de via aérea avançada

Adaptado de "Transporte de doentes críticos - Recomendações"

ANEXO C – *Checklist* do TDC do CH

TRANSPORTE SECUNDÁRIO DE DOENTES



No transporte de doentes críticos, confirme sempre:

I- Processo de transferência

- Os familiares foram informados da transferência e destino final do doente
- Nº de telefone do Hospital/ Serviço que recebe o doente

II- Avaliação do doente

- Realização da nota de transferência médica e de enfermagem
- Possui os exames complementares de diagnóstico

III- Observação do doente

- O₂ suplementar e o FiO₂
- Na ventilação artificial o modo ventilatório
- Registo dos parâmetros vitais e diurese
- Acesso Vascular (central ou 2 acessos periféricos)
- Perfusões de amins vasoactivas e outros fármacos
- Score da Escala de Glasgow
- Imobilizações correctas**
- Exclua a presença pneumotórax/ hemorragia interna
- O equipamento de transporte (antes de mudança de cama)

- Reserva de O₂
(O₂ necessário = [(20 + Vmin x FiO₂ x tempo de transporte em minutos) + 50%])

- Monitor e eventual desfibrilhador

- Material de via aérea

IV- Início do transporte, siga os seguintes passos:

1. Mudança do doente para a maca de transporte
2. Avaliação da estabilidade clínica do doente (metodologia A,B,C,D,E)
3. Mudança e confirmação da adaptação da prótese ventilatória
4. Verificação do posicionamento, fixação e permeabilidade de tubos, linhas e cateteres
5. Mudança para o ventilador de transporte (se for o caso)
6. Transferência de seringas e bombas infusoras
7. Fixação correcta do doente e equipamento à maca
8. Transferência para a monitorização de transporte
9. Verificação de trajecto sem zonas congestionadas

Elaboração:

Fevereiro de 2009 Revisto em 2013

ANEXO D – Formulário de Transporte do Doente Crítico no CH

FORMULÁRIO DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR OU SECUNDÁRIO

NOME DO DOENTE _____ IDADE _____ Nº PROCESSO _____

HOSPITAL ORIGEM _____ HOSPITAL DESTINO _____ DATA _____

MÉDICO QUE TRANSFERE _____ MÉDICO CONTACTADO _____

MÉDICO QUE TRANSPORTA _____ CP Nº _____ ENFERMEIRO QUE TRANSPORTA _____ CP Nº _____

DIAGNÓSTICOS: Principal _____ ; Outros _____

MOTIVO DE TRANSFERÊNCIA: VAGA EM UCI () VALÊNCIA INEXISTENTE () MCDT () OUTRO () QUAL? _____

A - VIA AÉREA

MÁSCARA FACIAL O₂ _____% TUBO OROTRAQUEAL Nº _____ TUBO NASOTRAQUEAL Nº _____ TRAQUEOSTOMIA CÁNULA Nº _____ DRENO TORÁCICO () _____

B - VENTILAÇÃO

ESPONTÂNEA () FR _____ ciclos/ minuto Mecânica () Invasiva () - modo _____ Não Invasiva () - modo _____

C - CIRCULAÇÃO

ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS () onde _____ CATÉTER VENOSO CENTRAL () onde _____ LINHA ARTERIAL () onde _____

AMINAS / INOTRÓPICOS () quais _____

FLUÍDOS () quais _____ Total _____ ml DIURESE () Total _____ ml

D - DÉFICES NEUROLÓGICOS

TRAUMATISMO VÉRTEBRO-MEDULAR () Lesão NEUROLÓGICA () QUAL _____ NÍVEL DA LESÃO _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ORIGEM): O _____ M _____ V _____ TOTAL _____ (DESTINO): O _____ M _____ V _____ TOTAL _____

E - EXPOSIÇÃO

QUEIMADO () ZONAS CORPORAIS ENVOLVIDAS _____ % ATINGIDA _____ TIPO DE QUEIMADURA _____

FERIDAS () Tipo _____ LOCALIZAÇÃO _____

FRACTURAS () LOCALIZAÇÃO _____

INFORMAÇÕES GERAIS

CIRURGIA (No hospital de origem) () Qual: _____

CIRURGIÃO _____ ANESTESISTA _____ DRENOS () Localização _____

IMAGIOLOGIA: TAC () Ecografia () RX- Cervical () Tórax () Bacia () _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE O TRANSPORTE

Horário	TA	FR	FC	SPO ₂	Temp
Saída :					
:					
:					
Chegada :					

TERAPÊUTICA EM CURSO

DOSE

TERAPÊUTICA EM CURSO	DOSE

PROCEDIMENTOS DURANTE O TRANSPORTE/NOTAS

RUBRICA DA EQUIPA DE TRANSPORTE: _____ O MÉDICO QUE RECEBE: _____

Registo de Enfermagem para Transporte de Doentes

Identificação doente

Ocorrências do Transporte

Hora de chamada: ____ h ____

Hora de saída: ____ h ____

Hora de chegada: ____ h ____

Serviço de Origem: _____

Enf. Prevenção

Tipo de doente

Tipo B Tipo C

Tipo de ambulância fornecida

Tipo B Tipo C

Retorno do doente ao hospital de origem

Sim Não

Se sim, qual o motivo:

Material utilizado:

Bala de O ₂	<input type="checkbox"/>	Monitor	<input type="checkbox"/>
Ventilador	<input type="checkbox"/>	multiparâmetros	<input type="checkbox"/>
Tubo e redutor do ventilador	<input type="checkbox"/>	Monitor de SPO ₂	<input type="checkbox"/>
1 Manómetro	<input type="checkbox"/>	Nº Cabos elect.	<input type="checkbox"/>
Nº Seringas Infusoras	<input type="checkbox"/>	Mala transporte	<input type="checkbox"/>
Nº de bombas inf.	<input type="checkbox"/>	Pediátrica	<input type="checkbox"/>

Outro tipo de Material:

INTERCORRÊNCIAS (ex. falhas de equipamento, falhas na ambulância, serviço emissor/recetor):

ANEXO E – Parecer do Conselho Científico da Universidade de Évora

[#918442] Deliberação de aprovação de Relatório de Estágio

Serviços Académicos

14/12/2021 16:04

Caro(a) Aluno(a),

Vimos por este meio informar que foi aprovado em 03/12/2021 pelo Conselho Científico da UO o Relatório de Estágio com o título "Transporte do doente crítico: perspetiva da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem". Poderá no SIIUE consultar outros dados relativos ao projeto aprovado, sendo que qualquer alteração aos dados constante no projeto aprovado, será sujeito a proposta de alteração nos prazos estipulados no RAuÉ.

Para mais informações agradecemos consulta do [Portal UÉ](#) ou do [Balcão SAC ONLINE](#) onde poderá colocar as suas dúvidas.

Esta notificação foi enviada por email para o endereço m47716@alunos.uevora.pt.



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

Pedro Fernandes <m47716@alunos.uevora.pt>

Notificação: Deliberação de aprovação de Relatório de Estágio

SIIUE <siue-noreply@uevora.pt>
Para: m47716@alunos.uevora.pt
Cc: amgds@uevora.pt

14 de dezembro de 2021 às 16:05

Caro(a) Aluno(a),

Vimos por este meio informar que foi aprovado em 03/12/2021 pelo Conselho Científico da UO o Relatório de Estágio com o título "Transporte do doente crítico: perspetiva da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem". Poderá no SIIUE consultar outros dados relativos ao projeto aprovado, sendo que qualquer alteração aos dados constante no projeto aprovado, será sujeito a proposta de alteração nos prazos estipulados no RAuÉ.

Para mais informações agradecemos consulta do [Portal UÉ](#) ou do [Balcão SAC ONLINE](#) onde poderá colocar as suas dúvidas.

Enviado automaticamente pelo SIIUE em 14/12/2021 às 16:04.
Por favor não responda diretamente a este email.

ANEXO F – Autorização do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do CH

DELIBERAÇÃO:
Autoriza-se
13-01-2022

NOTA DE SERVIÇO

PARA: _____, Gestora do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento
DE: _____, Secretariado do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento
10-01-2022

DESPACHO
tomar com o
assunto
A Exma. Sra.
Enf. Directora
solici
ta-se auto
riação para
a realização
do questioná
rio em anexo
Em
10-01-2022
Nada a opor
P/CA.
12-01-2022
te.
Intervém o IP
de decisão da
CA
Em
14-01-2022

ASSUNTO: Autorização para realização de estudo "Transporte da pessoa em situação crítica: perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem", a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos e no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar

No âmbito da investigação académica (Mestrado em Enfermagem, especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica), é solicitado autorização para aplicação de um questionário eletrónico, na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e no Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar _____ cujo Investigador Principal é o Sr. Enf. Pedro Miguel dos Santos Fernandes.

Este projeto, enquadrado na temática do transporte da pessoa em situação crítica, tem como objetivo principal assegurar a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem inerentes a estas situações. Pretende-se identificar eventos adversos, dificuldades e receios que limitam e/ou interferem com a segurança e qualidade do transporte, de modo a que seja possível garantir um nível de cuidados não inferiores ao que se verifica no serviço/hospital de origem.

A aplicação deste questionário é destinada aos médicos e enfermeiros da UCI, do SUG e da escala de prevenção.

O Estudo teve o parecer favorável do Exmo. Sr. Enf. Gestor J _____

Tratando-se de um questionário a não doentes, não requer análise da Comissão de Ética para a Saúde.

Face ao exposto submete-se à consideração superior,

ACTA Nº *02* 2022

ANEXO G – Funções do Chefe de Equipa de Enfermagem do SUG do CH

	DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES Chefe de Equipa de Enfermagem <i>Serviço de Urgência Geral</i>	Data de entrada em vigor:	31/01/2008
		Versão 05	27/12/2018
		Próxima revisão:	27/12/2021
		Cód. Documento:	DF.URGR.02

1. Conteúdo Funcional do Posto de Trabalho

O Enfermeiro (Enf.) com funções de Chefe de Equipa é o elemento da equipa de Enfermagem, com função de orientação, coordenação e supervisão das Equipas de Enfermagem e de Assistentes Operacionais (AO), colaborando com a Direção do Serviço, na decisão e apreciação de assuntos relacionados com a organização e funcionamento do Serviço. Exerce ainda as funções estabelecidas na carreira de enfermagem relativas à sua categoria profissional.

1.1- Nomeação

A nomeação do Enf. Chefe de Equipa é de carácter interno e não definitivo, sendo da responsabilidade do Enf. Chefe/Coordenador do Serviço de Urgência Geral (SUG). Esta nomeação, bem como a do 2º elemento da Equipa, são divulgadas em "Nota de Serviço Interna".

1.2- Princípios a considerar na Nomeação

1.2.1- Categoria Profissional

Enfermeiro Especialista;

1.2.2 - Experiência Profissional

- Desempenho de funções no SU nos últimos 6 anos;
- Elevado nível de desempenho técnico e científico.

1.2.3 - Características Particulares

- Capacidade de Liderança e Decisão;
- Capacidade de gestão de conflitos internos e externos (diálogo, compreensão e respeito relativamente a todos os membros da equipa);
- Capacidade de relações públicas internas e externas na interface com o doente/família e demais profissionais do SUG;
- Ser uma referência no que respeita a assiduidade, pontualidade, sentido de responsabilidade e lealdade para com o Serviço/ Instituição;
- Capacidade de iniciativa e organização;
- Envolvimento nos problemas/soluções do Serviço;
- Concordância com o Plano de Ação do Serviço e empenho no alcance dos seus objetivos;
- Conhecimento, cumprimento e supervisão da execução das normas de procedimento em vigor no SUG e Centro Hospitalar

 CENTRO HOSPITALAR DE	DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES Chefe de Equipa de Enfermagem <i>Serviço de Urgência Geral</i>	Data de entrada em vigor:	31/01/2008
		Versão 05	27/12/2018
		Próxima revisão:	27/12/2021
		Cód. Documento:	DF.URGR.02

1.3- Descrição de Atividades do Chefe de Equipa de Enfermagem

- Promove e divulga em estreita ligação com o Enf. Interlocutor da Qualidade, os diversos documentos emitidos a nível institucional e sectorial do SUG, aos enfermeiros e AO da sua equipa.
- Orienta os elementos da sua equipa sobre os procedimentos a ter relacionados com ocorrências relativas ao risco clínico e geral (acidentes de serviço, incidentes críticos, etc.).
- Procede à elaboração do "Plano de Distribuição" da equipa de Enfermagem que chefia tendo em conta os seguintes aspetos:
 - A sua elaboração é efetuada antecipadamente, de forma a detetar possíveis carências.¹
 - A distribuição por posto de trabalho é feita de forma equitativa e alternada, entre o Setor de Observações (S.O) e a Área de Ambulatório.
- Escala-se preferencialmente na Sala de Reanimação, podendo assumir outro posto de trabalho se o considerar pertinente.
- Tem sempre consigo, operacional o telemóvel de serviço, 2504.
- Orienta, supervisiona e participa nas ações que visam a articulação e continuidade dos cuidados de enfermagem.
- Sempre que o número mínimo² de Enf. e AO necessários à prestação de cuidados, esteja comprometido, deve realizar os contactos necessários, de forma a garantir a continuidade dos cuidados.
- Gere os recursos de enfermagem e de AO disponíveis em cada turno, de acordo com a carga de trabalho existente em cada posto.
- Acolhe os novos elementos na equipa, integrando-os, ou delegando essa tarefa, tendo por base o PS.URGR.001- Procedimento de Integração de Novos Funcionários no Serviço de Urgência Geral.
- Promove o plano de formação em serviço na sua equipa, e colaborando com o Enf. responsável pela Formação.
- Procede ao levantamento e pedido das Dietas.
- É responsável pelo controle e reposição de stocks dos Estupefacientes.³
- Assegura a reposição de material e medicamentos por posto de trabalho.
- Assegura a realização e registo do teste de operacionalidade dos desfibrilhadores da SR.

¹ - Sempre que a resolução de um problema ultrapasse as suas competências, deve comunicá-lo ao Enfermeiro Chefe/Coordenador do SUG, para que este possa providenciar medidas adequadas.

² - O número mínimo de enfermeiros estabelecido por turno é: 10 Enfermeiros no turno da manhã e da tarde e 8 Enfermeiros no turno da noite. O número mínimo de AO por turno é: 11 AO no turno da manhã, 10 no turno da tarde, 7 no turno da noite.

³ - Devem ser registados no livro de ocorrências os estupefacientes administrados em cada turno e o stock existente no serviço.

 CENTRO HOSPITALAR DE	DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES Chefe de Equipa de Enfermagem <i>Serviço de Urgência Geral</i>	Data de entrada em vigor:	31/01/2008
		Versão 05	27/12/2018
		Próxima revisão:	27/12/2021
		Cód. Documento:	DF.URGR.02

- Certifica-se de que todos os ventiladores (invasivos e não invasivos) do SUG se encontram operacionais e disponíveis em cada turno e se se encontram junto dos mesmos todas as conexões necessárias à sua utilização.
- Verifica as condições de higiene e armazenamento do material/equipamento, providenciando a sua manutenção.
- Zela para que cada Enfermeiro se responsabilize pela higiene e arrumação dos materiais, equipamentos e espaços utilizados.
- Diligência para que os armazéns de Farmácia e consumo clínico/não clínico permaneçam arrumados e com as portas fechadas.
- Avalia e resolve problemas pontuais e inadiáveis, relacionados com a equipa de enfermagem e de AO.
- Colabora na elaboração de normas e critérios do desempenho.
- Organiza o planeamento das férias dos elementos da equipa.
- Realiza o registo das ocorrências do turno na Folha de Ocorrências (Anexo 1). As folhas de ocorrência do turno estão num dossiê devidamente identificado (Ocorrências do Serviço de Urgência Geral), que está guardado na sala de enfermagem.
- Supervisiona e dá indicações, sempre que necessário, aos AO sobre as atividades a desenvolver, tendo por base as normas do serviço.
- Altera, sempre que necessário, o Plano de Distribuição de Trabalho dos AO, adaptando-o às necessidades do Serviço.
- Garante que o pessoal AO procede à lavagem, desinfeção e arrumação de todo o material utilizado no Serviço.
- Garante que o pessoal AO executa as funções que lhes estão atribuídas, registando em livro de ocorrências as situações que negligenciem esta obrigação.
- Contata o enfermeiro de prevenção sempre que a sua presença seja necessária.
- Articula-se com o chefe de equipa médica na tomada de decisões na gestão operacional do serviço.
- Impressão da lista de doentes internados em SO, para efeito de visita no período da tarde.

2. Referências

"Funções do Enfermeiro Chefe de Equipa "Serviço de Urgência Geral, Hospital r , 2005.
 Carreira de Enfermagem, Decreto – Lei nº 437/91, de 8 de novembro, alterada pelos Decreto – Lei nº 412/98, de 30 de dezembro e Decreto – Lei nº 411/99, de 15 de outubro.
 Portaria 242/2011 de 21 de junho – SIADAP 3.

CENTRO HOSPITALAR DE	DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES Chefe de Equipa de Enfermagem <i>Serviço de Urgência Geral</i>	Data de entrada em vigor:	31/01/2008
		Versão 05	27/12/2018
		Próxima revisão:	27/12/2021
		Cód. Documento:	DF.URGR.02

3. Habilitações Académicas e Profissionais

Enfermeiro detentor do Título de Especialista.
Experiência profissional no SUG nos últimos 6 anos.

4. Dependência Hierárquica e Funcional

Todos os Enfermeiros Chefes de Equipa dependem funcional e hierarquicamente do Enf. Coordenador do Serviço.

5. Anexos

Anexo 1 – Folha de Registo de Ocorrências.

Versão, Revisão, Aprovação/Ratificação:

Versão:

Versão	Data	A rever em	Descrição das Modificações	Autor(es)
01	17/09/2007	17/09/2010	Versão original	
02	30/12/2011	30/12/2014		
03	30/12/2014	30/12/2017		
04	26/06/2018	26/06/2021	Alterações nas funções e nas habilitações académicas e Profissionais	
05	27/12/2018	27/12/2021	Alterações nas funções e nas habilitações académicas e Profissionais	

Revisão:

A rever por:	Interlocutor da Qualidade	Data da próxima revisão:	27/12/2021
--------------	---------------------------	--------------------------	------------

Aprovação/Ratificação:

Aprovado por:	- Enfermeira Coordenadora	Data:	22/01/2019
	- Diretor do Serviço de Urgência Geral	Data:	11/12/2019
Ratificado por:	Conselho de Administração	Data:	12/12/2019

**ANEXO H – Certificado de participação nas Jornadas de Actualização Cardiológica
2021**



Jornadas de
Actualização
Cardiológica
2022
Medicina Geral e Familiar

CERTIFICADO

O presente documento certifica que

PEDRO FERNANDES

participou nas Jornadas de Actualização Cardiológica 2021,
que tiveram lugar de 19 a 21 de Janeiro de 2022, em Edição
Virtual.

Nuno Bettencourt

Francisco Sampaio



We are pleased to inform that our application for EACCME* accreditation of 2022 Cardiology Update Days for General Practitioners, Porto, Portugal, 19/01/2022-21/01/2022 has been granted 6 European CME credits (ECMEC*s) by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME*). Each medical specialist should claim only those hours of credit that he/she actually spent in the educational activity.