



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico Cardíaco com Necessidade de Intervenção Hemodinâmica

Ricardina Maria Martins Pinto Coelho Vitória

Orientação: Professor Doutor Adriano Dias Pedro

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto
Politécnico
Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico Cardíaco com Necessidade de Intervenção Hemodinâmica

Ricardina Maria Martins Pinto Coelho Vitória

Orientação: Professor Doutor Adriano Dias Pedro

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Évora, 2018

*Somos aquilo que fazemos consistentemente.
Assim, a excelência não é um ato, mas sim um hábito.*

Aristóteles

AGRADECIMENTO

Ao Professor Doutor Adriano Dias Pedro pela disponibilidade, orientação, apoio, sugestões, confiança, incentivo e rigor ao longo de todo este percurso, e a todos os professores que tantos conhecimentos e sabedoria partilharam connosco no decorrer de todo o Mestrado.

Às Enfermeiras Maria José Catalão e Liliana Ricardo pela partilha de saberes e experiências, orientação, persistência e confiança nas minhas capacidades.

Ao Conselho de Administração da ULSNA pelo interesse demonstrado no projeto de intervenção elaborado.

A toda a equipa da Medicina Ala Esquerda do HDJMG, pela compreensão e apoio demonstrados desde a minha chegada.

Ao Marco, pelo carinho, confiança e amor com que sempre me apoiou.

À Maria e ao André por serem a minha inspiração e a minha luz.

Aos meus pais, irmãs, sogros e amigos pela compreensão e ânimo que me deram e pelo tempo que não lhes consegui dedicar.

Aos meus colegas de mestrado, pela partilha de saberes e pelo incentivo demonstrados.

A todas as pessoas que de uma maneira ou de outra contribuíram para que esta etapa se concretizasse com sucesso.

A todos, o meu sincero OBRIGADO!

RESUMO

Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico Cardíaco com Necessidade de Intervenção Hemodinâmica

O presente relatório surge no âmbito da conclusão do ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem, com o objetivo de descrever e fazer uma análise reflexiva do trabalho desenvolvido com vista à aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como as de Mestre.

Este foi fundamentado pela Teoria da Incerteza na Doença de Merle Mishel, concebida para abordar a incerteza da pessoa a vivenciar uma doença aguda ou crónica, dada a imprevisibilidade do curso da doença.

No decorrer do Estágio Final, realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção em Serviço, sob o tema Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico que culminou na elaboração de instrumento de trabalho/registo, *Chek-List*: Intervenção Hemodinâmica. Este documento, contendo campos com informações pertinentes sobre a atual situação clínica do doente, a preparação realizada para a intervenção a que será submetido e o registo de ocorrências durante o transporte, pretende contribuir para o aumento da segurança do doente crítico cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica, aquando do seu transporte inter-hospitalar.

A análise do processo de aquisição de competências reflete a incorporação e a mobilização de conhecimentos teóricos e práticos, bem como o crescimento pessoal e profissional ocorrido durante todo este processo.

Palavras-chave: Enfermagem; Transporte Inter-hospitalar; Doente Crítico; Segurança do Doente; Competências do Enfermeiro Especialista e de Mestre

ABSTRACT

Inter-hospital Transport of Cardiac Critical Patient in need Hemodynamic Intervention

This report is part of the conclusion of the studies of the Master in Nursing, and aims to report and make a reflective analysis of the work developed with a view to the acquisition of Common and Specific Skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing as well as those of Master.

This was based on the Theory of Uncertainty in Disease, of Merle Mishel, developed to approaching the uncertainties of the person experiencing an acute or chronic disease, given the unpredictability of the course of the disease.

During the Final Stage, carried out in an intensive care unit, was developed a Intervention Project in service with the theme Inter-hospital Transport of the Critical Patient which led to the elaboration of a working/registration instrument, Checklist: Hemodynamic intervention. This document, containing fields with pertinent information about the current clinical situation of the patient, the preparation made for the intervention to be submitted and the record of occurrences during the transport, aims to contribute to increase the safety of critical cardiac patients with need for hemodynamic intervention, during inter-hospital transport.

The analysis of the competency acquisition process reflects the incorporation and mobilization of theoretical and praxical knowledge, as well as the personal and professional growth that occurred throughout this process.

Keywords: Nursing; Inter-hospital transport; Critical Patient; Patient safety; Skills of the Specialist Nurse and Master;

Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ACC – *American College of Cardiology*

AHA – *American Heart Association*

ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil

DCV – Doenças Cardiovasculares

DGS – Direção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAMCST – Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST

EAMSST – Enfarte Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST

ECG – Eletrocardiograma

ESC – *European Society of Cardiology*

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

HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IT – Instrução de Trabalho

nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNDCCV – Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SGTD – Sistema de Gestão do Transporte de Doentes

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIDEM – Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

f

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
1.1 A TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA.....	18
1.2 A QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	22
1.3 A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM PATOLOGIA CARDÍACA – O ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO	25
1.3.1 O Cateterismo Cardíaco	31
1.4 O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA..	32
2. ESTÁGIO FINAL	35
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO – UCIDEM.....	36
2.2 PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	39
2.2.1 Suporte do Projeto de Intervenção: Uma Revisão Integrativa	39
2.2.2 Diagnóstico da Situação	44
2.2.3 Definição de objetivos	46
2.2.4 Planeamento	47
2.2.5 Execução e Avaliação	48
2.2.6 Divulgação Dos Resultados	54
3. ANÁLISE DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	56
3.1 ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	57
3.2 ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	64
3.3 ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.	72

CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	85
APÊNDICE nº 1 - Projeto de Estágio Final	86
APÊNDICE nº 2 - Tabela PICO	104
APÊNDICE nº 3 - Análise SWOT	110
APÊNDICE nº 4 - Pedido de autorização ao conselho de administração da ULSNA	112
APÊNDICE nº 5 - Cronograma do PIS	114
APÊNDICE nº 6 - Planificação do PIS	116
APÊNDICE nº 7 - Plano de Sessão	118
APÊNDICE nº 8 - Poster - ' <i>Check-List</i> . Intervenção Hemodinâmica'	121
APÊNDICE nº 9 - ' <i>Check-List</i> . Intervenção Hemodinâmica'	123
APÊNDICE nº 10 - Instrução de Trabalho: ' <i>Check-List</i> . Intervenção Hemodinâmica'	126
APÊNDICE nº 11 - Apresentação da Sessão de Formação	132
APÊNDICE nº 12 - Questionário da Avaliação da Sessão de Formação	137
APÊNDICE nº 13 - Análise da Avaliação da Sessão de Formação	140
APÊNDICE nº 14 - Artigo Científico: Segurança no Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico – ' <i>Check-List</i> ' para intervenção Hemodinâmica	146
APÊNDICE nº 15 - Requerimento apresentado para a garantia da Confidencialidade dos Dados	157
APÊNDICE nº 16 - Apresentação da Sessão de Formação: Protocolo de Rastreio e Vigilância Ativa de Microrganismos Multirresistentes	159
APÊNDICE nº 17 - Apresentação da Sessão de Formação: PQ-08-GCL-PPCIRA Protocolo de Rastreio e Vigilância Ativa de Organismos Multirresistentes	163
APÊNDICE nº 18 - Poster – Triagem de Manchester: A afluência desmedida aos Serviços de Urgência	166
ANEXOS	168

ANEXO nº 1 - Classificação Clínica dos Diferentes Tipos de EAM	169
ANEXO nº 2 - Critérios para o diagnóstico de EAM da <i>ESC/ACC/AHA/WHF</i>	171
ANEXO nº 3 - Resposta do Conselho de Ética da ULSNA	173
ANEXO nº 4 - Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora.....	176
ANEXO nº 5 - Declaração das Formações realizadas no decorrer do Estágio Final na UCIDEM.....	178
ANEXO Nº 6 - Certificado de Presença no V Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico- Cirúrgica	180
ANEXO nº 7 - Certificado de Presença no Workshop de Abordagem da Via Aérea no Doente Crítico.....	182
ANEXO nº 8 - Suporte Básico de Vida	184
ANEXO nº 9 - Suporte Avançado de Vida	186

ÍNDICE DE FIGURAS

f

Figura nº 1 – Síndromes Coronários Agudos.....	28
Figura nº 2 – Algoritmo de Abordagem Inicial dos Síndromes Coronários Agudos	29
Figura nº 3 – Resumo da Pesquisa de Artigos	41

ÍNDICE DE TABELAS

f

Tabela nº 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão	41
Tabela nº 2 – Número total de doentes transportados pelo SGTD	49
Tabela nº 3 – Número total de transportes de doentes com necessidade de intervenção hemodinâmica	50

INTRODUÇÃO

O presente Relatório surge no âmbito da conclusão do ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem pela Universidade de Évora, em associação com quatro instituições do Ensino Superior, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Setúbal e Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Este Mestrado, tendo como área de especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, culmina com a aquisição e consolidação das competências quer de mestre, quer as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

A Ordem dos Enfermeiros [OE] define pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011 a, p.8656). O doente crítico é portanto aquele que necessita de uma intervenção rápida e eficaz dos profissionais de saúde, bem como de uma abordagem sistematizada sendo preponderante o papel do enfermeiro especialista nesta abordagem, pois segundo a OE, é este quem “possui competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2015 a, p.95).

Neste âmbito, e de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, constantes do Regulamento nº 361/2015, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua a quem apresente uma ou mais funções vitais em risco imediato de vida, mantendo as suas funções básicas. Esta requer uma observação, colheita e procura contínua de dados, de forma sistemática e sistematizada, com o objetivo de conhecer a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2015 b). A abordagem ao doente crítico, nomeadamente ao doente com enfarte agudo do miocárdio [EAM], exige assim recursos humanos e materiais altamente diferenciados, que pelo seu elevado custo e especificidade estão apenas disponíveis em alguns hospitais mais centralizados. Daqui advir a necessidade do transporte inter-hospitalar de doentes por

forma a garantir que todos tenham acesso a cuidados de saúde apropriados à sua situação clínica.

Apesar de ser um procedimento comum, o transporte inter-hospitalar de um doente crítico poderá constituir risco adicional para ao doente, dado não ser isento da ocorrência de eventos adversos que possam agravar o seu estado clínico (OM & SPCI, 2008).

A segurança do doente no decorrer deste procedimento poderá ficar comprometida por múltiplos fatores, nomeadamente ao nível da comunicação. Neste âmbito, propomo-nos ao desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço [PIS] que visa colmatar uma necessidade identificada no contexto da prática.

Este culminou na elaboração de um instrumento de trabalho/registo, '*Check-List: Intervenção Hemodinâmica*', com o intuito de aumentar a segurança do doente crítico cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica, aquando do seu transporte inter-hospitalar.

O PIS foi desenvolvido segundo a metodologia de projeto. “Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência” (Ruivo & *et al*, 2010, p.2).

Como forma de dar visibilidade ao trabalho desenvolvido na prática diária, tem sido reconhecida ao longo dos tempos a importância da aplicação e desenvolvimento das teorias e modelos cientificamente fundamentados pois para além de conduzirem a uma reflexão sobre esta, também fundamentam a tomada de decisão. “...não existe prática de enfermagem sem uma teoria que a suporte, que a modelize” (Nunes, 2008, p.6).

No decorrer da sua prática, o enfermeiro acaba por eleger determinadas teorias em prol de outras, por considerar que estas se coadunam melhor a uma dada situação em particular (George. 2000). Para a fundamentação de todo o trabalho desenvolvido, optámos por escolher uma teoria que norteasse a prática clínica de um modo claro, objetivo e concreto em situações agudas, utilizando como referencial teórico de enfermagem a Teoria de Médio Alcance de Merle Mishel, a Teoria da Incerteza na Doença, por considerarmos ser esta a que melhor se adapta à pessoa em situação crítica, alvo dos nossos cuidados.

Um relatório consiste num documento que permite “sistematizar, organizar e interpretar grandes quantidades informação sob a forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento” (Ruivo *et al.*, 2010, p.32).

Este documento reflete todo o trabalho desenvolvido ao longo de três semestres de estudo, pesquisa científica e *praxis* clínica no decurso de dois estágios, Estágio I e Estágio Final, com vista à aquisição e consolidação de competências.

“As competências são obtidas ou desenvolvidas durante o processo de aprendizagem do estudante e representam uma combinação dinâmica de conhecimentos, competências e habilidades desenvolvidas” (Zangão & Mendes, 2015, p.288).

Sendo este um processo dinâmico, para a aquisição de determinada competência, é necessário mobilizar recursos individuais tais como os conhecimentos anteriormente adquiridos, referencial de valores, atitudes e capacidades individuais, concretizando-as num determinado contexto, o que requer uma interação constante entre a pessoa e o contexto da prática.

Este Relatório tem como objetivo primordial descrever e fazer uma análise reflexiva sobre as atividades desenvolvidas com vista à aquisição e consolidação das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, bem como as de Mestre em Enfermagem.

Como objetivos específicos definimos:

- Refletir de forma estruturada sobre os aspetos conceptuais que fundamentam a Enfermagem coadunando-os com a prática de cuidados;
- Descrever e analisar as atividades desenvolvidas no decorrer do Estágio Final, nomeadamente para a concretização do PIS;
- Analisar criticamente a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como as competências de Mestre em Enfermagem.

Estruturalmente, este Relatório, encontra-se dividido em três capítulos.

No primeiro surge o Enquadramento Conceptual que o orienta e suporta, onde é feita uma abordagem à teoria de médio alcance de Merle Mishel, a sua interligação com os conceitos metaparadigmáticos e a sua coadunação na prática. Neste capítulo consta ainda uma breve abordagem à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, a pessoa em situação crítica, particularmente aquela com EAM, o cateterismo cardíaco e por último o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

Segue-se o segundo capítulo, Estágio Final, que contempla a caracterização do serviço onde este decorreu, a Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira [UCIDEM] do Hospital Doutor José Maria Grande [HDJMG], bem como o PIS desenvolvido ao longo de todo o estágio. Este foi dividido em vários subcapítulos explanado todo o projeto, nomeadamente: suporte do projeto de intervenção: uma revisão integrativa, diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação, e por último a divulgação dos resultados.

No terceiro capítulo é feita a análise da aquisição de competências e inclui a análise da aquisição das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica e das Competências de Mestre em Enfermagem.

Por fim surge a conclusão, as referências bibliográficas utilizadas, os apêndices e os anexos referenciados ao longo de todo o trabalho.

Este Relatório foi redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico e a referência bibliográfica assenta nas Normas da *American Psychological Association*, 6.^a Edição.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A Enfermagem como profissão deu os seus primeiros passos com o trabalho desenvolvido por Florence Nightingale ao fundar a '*Nightingale School for Nurses*', em 1860, em Londres, criando um sistema baseado na formação, treino, disciplina e dedicação. Já na altura, as enfermeiras procuravam desenvolver um corpo de conhecimentos sólidos que lhes guiasse a prática profissional e também o seu reconhecimento enquanto profissão (George, 2000). Estava assim aberto o caminho à produção de conhecimento científico iniciando-se a era da Investigação em Enfermagem, necessária ao reconhecimento da enfermagem enquanto ciência e disciplina.

Em meados dos anos 70, verificando-se que a enfermagem carecia de fundamentos conceptuais e enquadramentos teóricos que a sustentassem, começaram a surgir muitas das atuais teorias de enfermagem. Na década de 80 assistiu-se à passagem do período de pré-paradigma para o período de paradigma em que estes modelos vieram fornecer diferentes perspetivas e contributos à enfermagem (George, 2000).

Kuhn, em 1970, foi o primeiro a designar como metaparadigmáticas as realizações científicas que geram modelos e orientam o desenvolvimento de pesquisas em busca de soluções para os problemas por elas suscitados (Smith & Liehr, 2008).

O Metaparadigma constitui o nível mais abstrato do conhecimento. Para Fawcett, este determina os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina, identificando o domínio e todos os fenómenos de interesse (Fawcett, 2005). Segundo a mesma autora, um conceito pode ser entendido como uma palavra ou frase que sintetiza algo que percebemos ou pensamos, considerando-os constituintes linguísticos que fornecem imagens mentais sobre as propriedades ou características básicas de um determinado fenómeno, simplificando a comunicação e a sua compreensão.

Os conceitos metaparadigmáticos propostos por Fawcett para a enfermagem foram: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. A *pessoa*, representando um indivíduo, uma família, uma comunidade ou humanidade, é o recetor do cuidado de enfermagem; a *saúde* representa um estado de bem-estar para o cliente; o *ambiente* foi definido como o que o rodeia externamente e a *enfermagem* como ciência e arte da disciplina (George, 2000).

Em 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definiu pormenorizadamente esses quatro conceitos, postulando que:

- a **saúde** consiste num estado e numa representação mental da condição individual, do controlo do sofrimento, do bem-estar físico e conforto emocional e espiritual da pessoa. A saúde não pode ser considerada o oposto da doença dado o seu carácter subjetivo inerente à perceção individual de cada um. Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, na procura de equilíbrio constante de acordo com cada situação vivenciada (OE, 2012 b).

- a **pessoa** é um ser bio-psico-social, uno, indivisível, com dignidade e autodeterminação próprias, com comportamentos baseados em valores, crenças e desejos de natureza individual. Influencia e é influenciada pelo meio ambiente onde vive e se desenvolve, pois é na interação com este que a pessoa faz a sua procura pelo equilíbrio e harmonia, atendendo ao seu próprio projeto de vida (OE, 2012 b).

- o **ambiente** em que cada pessoa vive e se desenvolve é composto por agentes humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que condicionam e influenciam os estilos de vida, refletindo-se este no conceito de saúde. Na prestação de cuidados, o enfermeiro deve ter presente a complexa interdependência da pessoa com o próprio ambiente para melhor dirigir o seu foco de intervenção (OE, 2012 b).

- os **cuidados de enfermagem** centram-se na relação interpessoal entre enfermeiro e a pessoa/ família/ comunidade. Ambas as partes possuem quadros de valores, crenças, e desejos, influenciados pelo seu próprio ambiente. No entanto, a relação estabelecida deve ser empática, assertiva e de profunda compreensão e respeito pelo outro, numa perspetiva multicultural e de abstenção de juízos de valor relativamente à pessoa/ família/ comunidade. A relação terapêutica estabelecida com a pessoa/família deve desenvolver-se e fortalecer ao longo de um processo dinâmico, no respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel, tornando-a o mais proactiva possível no seu projeto de saúde (OE, 2012 b)

Estes quatro conceitos básicos metaparadigmáticos de enfermagem mantiveram-se inalterados ao longo do tempo, continuando ainda nos dias de hoje, a ser os principais conceitos de organização para a enfermagem enquanto disciplina e profissão (Tomey & Alligood, 2004).

1.1 A TEORIA DA INCERTEZA NA DOENÇA

Atualmente, a prática de cuidados de enfermagem assenta em modelos teóricos e/ou teorias de enfermagem, que concorrem para o desenvolvimento da profissão e para o aumento da qualidade dos cuidados prestados. Tem sido reconhecida ao longo dos tempos a importância da aplicação e desenvolvimento das teorias e modelos cientificamente fundamentados como forma de dar visibilidade ao trabalho desenvolvido na prática diária,

pois para além de conduzirem a uma reflexão sobre esta, também fundamentam a tomada de decisão. Para Nunes (2008), “não existe prática de enfermagem sem uma teoria que a suporte, que a modelize” (p.6).

A palavra teoria tem a sua origem no grego e significa “ver”. Assim sendo poderá definir-se teoria como uma forma particular de ver um determinado fenómeno relativo a uma disciplina de um modo organizado. (Smith & Liehr, 2008)

As teorias variam de acordo com o seu grau de abstração, sendo as grandes teorias as mais abstratas e amplas, mas menos abstratas que os modelos conceituais, em oposição às teorias de médio alcance que são mais concretas, concisas e restritas (Fawcett, 2005). Estas, pela sua multiplicidade, fornecem perspetivas diferentes dos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem (saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem), oferecendo uma conceção precisa dos fenómenos, produzindo saber teórico aplicável à investigação e à prática, conduzindo a uma maior perceção da sua essência (George, 2000).

Uma teoria de médio alcance, também denominada de teoria da prática, caracteriza-se por um “conjunto menos abstrato de conceitos relacionados, que propõe uma verdade específica dos pormenores da prática de enfermagem (...) incluem características da prática, como a situação ou estado de saúde, população de doentes ou grupo etário, localização ou área prática e ação da enfermeira ou a intervenção e resultado proposto” (Tomey & Alligood, 2004, p.735). As teorias de médio alcance, por incorporarem um foco de interesse mais limitado, são encorajadoras para a prática de enfermagem pois produzem conhecimento para a enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). De acordo com estas autoras, a prática baseada na teoria facilita uma perspetiva sistemática de raciocínio, valorizando o pensamento crítico e a tomada de decisões pelo que considerámos pertinente enquadrar todo o trabalho desenvolvido à luz de uma Teoria de Médio Alcance, optando por nos focar na Teoria de Merle Mishel, ‘*Uncertainty in Illness Scale*’ ou Teoria da Incerteza na Doença.

A escolha recaiu sobre esta teoria, dado o contexto da prestação de cuidados, uma Unidade de Cuidados Intensivos, as características do próprio doente crítico, bem como a instabilidade da sua situação clínica. Neste contexto surge o conceito de incerteza relacionado à imprevisibilidade do início da doença, à duração e à intensidade dos sintomas, situações de risco de vida eminente, ou quando há dificuldade em esclarecer ou identificar a própria doença, constituindo esta uma fonte de incerteza (Tomey & Alligood, 2004).

Em 1988, Mishel assumiu a incerteza como conceito principal da sua teoria definindo-a como “a incapacidade de determinar o significado dos eventos relacionados com a doença. É um estado cognitivo criado quando o indivíduo não pode estruturar ou categorizar um evento da doença por causa da insuficiência de pistas” (Smith & Liehr, 2008, p.55). Essa

incerteza ocorre dada a incapacidade do indivíduo ou família em determinar o decurso dos eventos relacionados com a doença ocorrendo isso quando os decisores não conseguem atribuir valor definitivo a objetos ou eventos e/ou são incapazes de prever os resultados finais com precisão (Tomey & Alligood, 2004), muitas das vezes motivada por informação inadequada ou ausência da mesma.

A Teoria original, publicada em 1988, assenta num modelo linear suportado por três pilares basilares: antecedentes de incerteza, processo de apreciação da incerteza e lidar com a incerteza.

Segundo Tomey & Alligood (2004), poderão existir antecedentes que poderão influenciar e ou potenciar o modo como a incerteza se apresenta, nomeadamente as capacidades cognitivas do indivíduo, que podem estar alteradas interferindo na capacidade de clareza no raciocínio e definição. Também o desconhecimento e a incongruência devido à escassez, sobrecarga ou conflito de informações, e o impacto social relativamente a algumas doenças crónicas acarretam incertezas que influenciarão o modo como os indivíduos vivenciam o seu processo de doença. Ainda de acordo com estas autoras, as interações entre o doente/família e os cuidadores de saúde, neste caso os enfermeiros relativamente ao modo de comunicação e conteúdo da informação transmitida, constitui outra fonte de incerteza, sendo esta mediada pelo nível de confiança depositado pelo doente/família no enfermeiro responsável pela prestação de cuidados.

A incerteza tanto pode ser vista como uma oportunidade ou como um perigo, consoante se considere um resultado positivo ou negativo. A incerteza é tida como positiva principalmente através da ilusão, mas a inferência pode igualmente apreciar a situação como um resultado positivo.

A pessoa hospitalizada, quer seja uma situação aguda ou crónica, sente-se fragilizada e vivencia momentos de grande incerteza e de dor, não só física como também psicológica, traduzindo-se muitas das vezes em medo ou desespero. A ansiedade, depressão, angústia, a diminuição da qualidade de vida, do grau de dependência nos auto-cuidados e relações familiares são consequências que poderão advir de uma situação de incerteza, podendo interferir com a adesão ao tratamento e com o processo motivacional da pessoa.

Na sua teoria Mishel contempla os fornecedores de estrutura, constituindo estes o recurso fundamental para assistir a pessoa na interpretação dos estímulos, desempenhando os prestadores de cuidados, particularmente os enfermeiros, um papel fundamental em todo esse processo pois, através da informação dada e do grau de confiança estabelecido minimizam diretamente a incerteza do indivíduo, ajudando-o na interpretação do significado dos eventos e reforçando indiretamente o seu quadro de estímulos (Tomey & Alligood, 2004).

Mais tarde, em 1990, Mishel reconceitualizou a sua Teoria, explorando e aprofundando a compreensão da totalidade da experiência humana em associação com a Teoria do Caos (Tomey & Alligood, 2004). Estes contributos trouxeram uma nova perspetiva à teoria permitindo à autora perceber a forma como a doença provoca desequilíbrios nas pessoas e como estas reagem, assimilando a incerteza na doença com a descoberta de um novo sentido para a vida, dando-lhe uma nova orientação. Foi incluída também a importância não só da aceitação do pensamento probabilístico, como a capacidade da pessoa em confiar nos recursos sociais e nos enfermeiros como fornecedores de estrutura, mantendo-se este último ponto da Teoria da Incerteza na Doença original para a reconceitualizada.

Segundo Mishel, se a incerteza for encarada como uma etapa normal da vida, pode tornar-se uma força positiva para múltiplas oportunidades. Para o conseguir, a pessoa deverá desenvolver o pensamento probabilístico, que lhe permitirá examinar possibilidades e considerar meios para as experienciar, aumentando assim o seu leque de respostas a várias situações e percebendo que a sua condição pode mudar a cada dia.

O acesso à informação torna-se primordial nestes momentos de grande incerteza e ansiedade, podendo dar uma grande ajuda ao doente no seu processo de recuperação ajudando-o a sentir que tem controlo sobre a sua situação (Collière, 1999).

A comunicação é uma habilidade que todas as pessoas, especialmente os profissionais de saúde deviam dominar, reconhecendo também em todo o processo de comunicação, fatores que a dificultam e mecanismos que a tornam eficiente. O enfermeiro, no decorrer da sua prática, desenvolve habilidades de comunicação e escuta que lhe permitem estar disponível para a pessoa e estabelecer com ela uma relação de ajuda, sendo facilitadora da compreensão do outro.

Todos os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem ser detentores de competências interpessoais e comunicacionais, assim como ter uma visão mais ampla do cuidar, com destaque para a dimensão social e psicológica da doença. O doente deve ser encarado como um ser único, inserido no seu contexto cultural, social e espiritual, assim como as suas vivências pessoais. Deste modo, a informação e a forma de a comunicar tem de ir ao encontro da individualidade de cada um e das suas necessidades, desmistificando a doença contribuindo assim para diminuir a ansiedade e a incerteza do doente.

Apesar dos quatro conceitos metaparadigmáticos de enfermagem não se encontrarem formalmente explícitos na teoria Mishel, eles estão implicitamente presentes. O indivíduo/família constituem o foco central da atuação do enfermeiro e o alvo da prestação de cuidados. A interação deste com o meio envolvente repercute-se no seu sistema de saúde podendo resultar em dano ou evento adverso, traduzindo-se este num desequilíbrio denominado de doença. Esta pode tratar-se apenas de uma situação aguda, breve e de

rápida resolução ou pode prolongar-se no tempo constituindo todo o processo de diagnóstico e tratamento um foco de incerteza para o indivíduo, extensível à sua família. Os cuidados de enfermagem e o enfermeiro surgem como resposta às necessidades do indivíduo/família a vivenciarem momentos de grande incerteza, facilitando o processo de incorporação desta, ajudando-os a desenvolver estratégias de 'coping' para assim se adaptarem positivamente à nova situação.

Para tal é necessário que a pessoa/família se sinta apoiada por prestadores de cuidados credíveis e seguros, que transmitam esperança, centrando-se no reconhecimento da incerteza e na sua gestão, através da capacidade de formação de pensamento probabilístico (Tomey & Alligood, 2004).

O transporte inter-hospitalar do doente crítico poderá constituir um momento gerador de grande 'stress', acrescentando as incertezas já sentidas pelo doente. Na ótica da pessoa que é transferida, a segurança transmitida pelo enfermeiro que o acompanha, gera um sentimento de confiança, facilitando o processo de 'coping' positivo e esperançoso para a sua recuperação. Com o desenvolvimento de uma 'Check-List' que facilite e simplifique o processo de comunicação e documente as ocorrências durante todo o processo de transferência inter-hospitalar de doente crítico cardíaco, pretendemos aumentar o sentimento de segurança e certeza do doente e facilitar o seu processo de adaptação à nova situação. Todo este processo de olhar a situação com uma nova visão permite a aceitação da incerteza deixando esta de ser um perigo para ser vista como uma oportunidade.

1.2 A QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A procura da qualidade dos cuidados de saúde e a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade é uma tarefa multiprofissional apoiada tanto por organizações internacionais (Organização Mundial de Saúde e Conselho Internacional de Enfermeiros) como por organizações nacionais (Conselho Nacional da Qualidade e OE).

Segundo a Direção Geral da Saúde [DGS] (2015 a), citando Saturno *et al.* (1990), a Qualidade em Saúde pode ser definida como "a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão" (p.16), implicando também o melhor desempenho possível dos profissionais e a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas de cada cidadão.

Neste contexto é da responsabilidade dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, a implementação de uma prática baseada na evidência científica, com vista à melhoria constante dos cuidados de enfermagem. Esta premissa vai ao encontro do definido pela OE no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Artigo 8º, que refere que o enfermeiro especialista “baseia a sua *práxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2011 a, p.8649).

Segundo a OE, uma prática de enfermagem baseada na evidência é aquela que incorpora a melhor evidência científica existente, quer qualitativa quer quantitativa, conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, tendo em conta os recursos disponíveis (OE, 2006 a).

“Se o cuidado é a nossa prática (que se caracteriza por ações e comportamentos do cuidar), então esse é o nosso conhecimento” (Nunes, 2008, p.15). A mesma autora afirma ainda que “a prática não é a enfermagem” mas sim o modo pelo qual é usado o conhecimento de enfermagem.

O conhecimento em Enfermagem tem a sua base numa fundamentação científica da disciplina incorporando o resultado da interseção com outras áreas do saber, como a ética, a moral e a legislação que regulamenta a profissão (OE, 2015 a), nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE]. Este constituiu o primeiro disposto jurídico do exercício profissional da enfermagem em Portugal, publicado em Decreto-Lei n.º 161/1996, a par do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, inicialmente Decreto-Lei nº104/98, republicado agora em anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, após a sua segunda alteração, aplicando-se no seu todo e a todos os enfermeiros, em todos os contextos.

Tal como consta no artigo 4º do REPE:

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2015 a, p.99).

O REPE define ainda os conceitos de enfermeiro, enfermeiro especialista e cuidados de enfermagem. Como tal, enfermeiro é o profissional habilitado com o curso de enfermagem e título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. O enfermeiro especialista é aquele que detém curso de especialização em enfermagem, que o habilita a prestar cuidados de

enfermagem especializados na área da sua especialidade, para além de cuidados de enfermagem gerais (OE, 2015 a).

Os cuidados de enfermagem baseiam-se na relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa/comunidade tendo em consideração o projeto de saúde de cada indivíduo ao longo de todo o ciclo vital procurando “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores” (OE, 2012 b, p.11). Na sua prática diária, o enfermeiro deve incorporar os princípios éticos de beneficência, autonomia, justiça e equidade e ainda o respeito pela privacidade e confidencialidade, enunciados integrantes do Código Deontológico da profissão.

O enfermeiro assume as responsabilidades inerentes às intervenções de enfermagem que realiza, independentemente de serem autónomas ou interdependentes. Como tal, no decorrer do processo de tomada de decisão e na implementação dos cuidados planeados, o enfermeiro deverá incorporar na sua prática os resultados da investigação, e ainda reconhecer que a produção de guias orientadoras baseadas na evidência constitui uma das bases fundamentais para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2012, b).

Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem constituem as premissas orientadoras para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Foram, assim, definidas seis categorias para os padrões de qualidade: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto cuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. É com base nestas seis categorias que o enfermeiro deve assentar a sua prática, com o intuito de atingir a máxima qualidade dos cuidados prestados (OE, 2012 b).

Consideramos que a melhoria contínua da qualidade é um projeto dinâmico que depende não só da dedicação de todos os enfermeiros, como também dos restantes técnicos de saúde e das próprias instituições de saúde. A prestação de cuidados de qualidade, para além de uma responsabilidade institucional para com a população, para os profissionais de saúde e em particular para os enfermeiros, trata-se de uma responsabilidade para com o cidadão (OE, 2012 b).

Os enfermeiros devem desempenhar um papel crucial na promoção da qualidade de cuidados através da identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados, tendo particular atenção à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade (OE, 2006 b) como é o caso da pessoa em situação crítica durante o processo de transição de cuidados. O nível e qualidade dos cuidados

assegurados durante todo o processo de transferência deve ser o mesmo que o doente detinha no serviço onde se encontrava, devendo o transporte do doente crítico ser considerado como uma extensão da unidade de saúde (OM & SPCI, 2008)

Também as organizações têm a obrigação ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, dada a sua responsabilidade institucional, reduzindo os riscos e prevenindo a ocorrência de eventos adversos, valorizando a dimensão formativa e desenvolvendo programas organizacionais que promovam a segurança dos cuidados, destacando a sua importância (OE, 2006 b).

Da deontologia profissional destaca-se (artigo 97º, alínea a), o dever do enfermeiro “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana, pela saúde e bem-estar da população adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem” (OE, 2015 a, p.78). Para tal, o enfermeiro deve procurar “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” (OE, 2015 a, p.86).

O PIS desenvolvido no decorrer do Estágio Final (explanado no próximo capítulo), visa ser um projeto promotor da melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados ao doente crítico cardíaco com necessidade de transporte inter-hospitalar para realização de intervenção hemodinâmica, na medida em que pretende uniformizar a prestação de cuidados no decorrer deste processo e aumentar a segurança do doente durante o transporte inter-hospitalar, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados.

1.3 A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM PATOLOGIA CARDÍACA – O ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

As doenças do aparelho circulatório, comumente designadas por doenças cardiovasculares [DCV] constituem atualmente uma preocupação vetorial na política da saúde nas sociedades modernas, dado o forte índice de morbilidade e mortalidade, bem como o grande investimento em recursos de saúde que estas têm implicado. Em Portugal, a par do que acontece em toda a União Europeia, estas constituem a primeira causa de morte, apesar da tendência decrescente das taxas de mortalidade nas duas últimas décadas, tendo em conta o aumento do envelhecimento da população, persistindo no entanto desigualdades geográficas em relação à mortalidade devido a doenças cardiovasculares. Os últimos dados estatísticos do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares - 2017, revelam que entre 2011 e 2015 houve um aumento de 26% dos internamentos por doenças do coração (DGS, 2017a).

No entanto, este documento refere também que os indicadores de mortalidade associados às doenças do aparelho circulatório têm vindo progressivamente a diminuir sendo, em 2015, 29,7% a percentagem de óbitos por doenças do aparelho circulatório, um dos melhores valores das últimas décadas. (DGS, 2017 a).

As DCV são um conjunto de distúrbios que ocorrem quer no coração que nos vasos sanguíneos e incluem: doença cardíaca coronária; doenças cerebrovasculares, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática; cardiopatia congênita; trombose venosa profunda e embolia pulmonar (WHO, 2017).

A doença isquémica cardíaca, englobando diferentes formas de apresentação clínica, incluindo o EAM e as doenças cerebrovasculares, com maior expressão para o acidente vascular cerebral, constituem geralmente eventos agudos, por si só de grande relevância devido à taxa de mortalidade e comorbilidade a elas associadas. A causa mais comum para estas ocorrências é a aterosclerose, caracterizada pela deposição de gordura nas paredes internas dos vasos sanguíneos, nomeadamente nos que fornecem o aporte sanguíneo ao coração e ao cérebro.

A presença de um, ou a combinação de vários fatores de risco comportamentais tais como, dieta rica em sal e gorduras, uso de tabaco e álcool, inatividade física, a par da obesidade, hipertensão arterial, diabetes, dislipidémia, 'stress' e fatores hereditários, predispõem a uma maior ocorrência de DCV.

Outros determinantes subjacentes das DCV, reflexo das principais forças que impulsionam a mudança social, económica e cultural são a globalização, urbanização, pobreza e o envelhecimento da população (WHO, 2017).

Os Síndromes Coronárias Agudas [SCA] poderão apresentar-se sob três formas: Angina Instável; Enfarte Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST [EAMSST] e Enfarte Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST [EAMCST]. Todas estas entidades clínicas têm por base um processo fisiopatológico comum, a aterosclerose, ocorrendo na maior parte das vezes a rotura ou erosão ao nível da placa de ateroma que reveste o interior das artérias coronárias, o que poderá originar uma hemorragia local e edema com conseqüente diminuição do diâmetro interior da artéria; contração do músculo liso arterial, agravando ainda mais a restrição do lúmen arterial ou a formação de trombos na superfície da placa de ateroma originando obstrução parcial ou total do lúmen da artéria ou fenómenos embólicos distais. (INEM, 2012). A interrupção do aporte sanguíneo coronário numa determinada área cardíaca ou a diminuição do fluxo sanguíneo coronário provoca isquémia do miocárdio e, quando muito prolongada, pode provocar danos importantes ao nível do músculo cardíaco.

Angina é o termo utilizado para descrever uma dor ou desconforto causada por isquemia do miocárdio, encontrando-se habitualmente localizada no centro do tórax e definida como um aperto. Tal como acontece nas situações de EAM, a dor/desconforto poderá irradiar para o pescoço, para ambos os membros superiores (mais comum no esquerdo), para as costas ou para o epigastro. Em muitos casos esta dor é frequentemente descrita como um incómodo e não como uma dor propriamente dita. A angina é por vezes acompanhada de eructações e nestas circunstâncias pode ser falsamente interpretada como patologia do foro digestivo. (INEM 2012).

Este desconforto ocorre quando o fornecimento de oxigénio ao músculo cardíaco é insuficiente relativamente àquele que é necessário para manter a tensão deste no tecido do miocárdio. Esta situação dá origem a respiração anaeróbica resultando um desequilíbrio entre o fornecimento de oxigénio e a sua necessidade, ocorrendo assim isquémia.

Uma dor com estas características, que poderá estar associada a fatores emocionais ou poderá ser provocada pelo esforço físico, cessando nos primeiros 2 a 10 minutos de descanso, é uma angina estável e não um SCA.

A angina instável é definida pela presença de uma ou mais das seguintes situações:

- aparecimento recente de sintomas de angina (nas 2 a 4 semanas anteriores);
- alteração dos sintomas, ou seja o desconforto torna-se mais frequente, desencadeado por esforços progressivamente menores;
- pode surgir de forma recorrente e imprevisível sem que exista relação direta com o esforço. Estes episódios poderão durar alguns minutos e aliviar espontaneamente ou responder à administração de nitratos sublinguais, podendo surgir novamente nas horas seguintes.

A angina instável caracteriza-se por uma dor muito semelhante à do EAM mas sem evidência eletrocardiográfica ou laboratorial de enfarte, ou seja, os valores da enzimologia cardíaca são habitualmente normais, dado que a libertação de troponinas é mínima ou nula e o eletrocardiograma [ECG] na maior parte dos casos se apresenta normal. Poderá evidenciar-se alguma alteração eletrocardiográfica inespecífica como a inversão da onda T, ou ainda ocorrer infradesnivelamento do segmento ST, revelador de existência de alguma isquémia no miocárdio. Especificamente esta última alteração eletrocardiográfica é sinal de risco acrescido para a ocorrência de outros episódios coronários em doentes com angina instável.

O EAM apresenta-se geralmente como uma dor torácica, forte, tipo aperto, sentida no centro do tórax ou no epigastro, com duração superior a cerca de 30 minutos. Esta dor, com características semelhantes às da angina, poderá irradiar para a garganta, mandíbula, ambos os membros superiores, tórax ou epigastro. Tal como acontece na angina poderão ocorrer

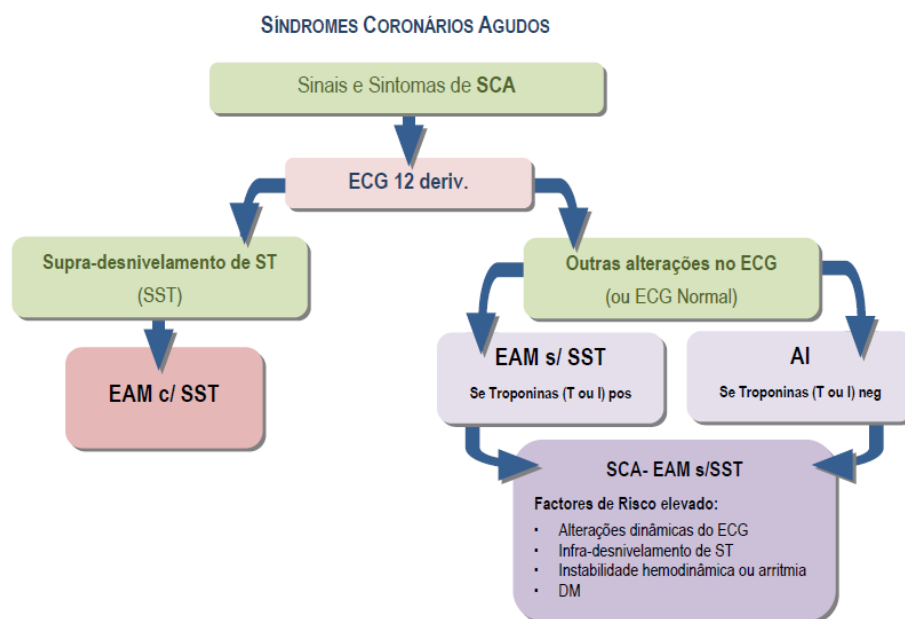
outras manifestações associadas que incluem náuseas e vômitos e eructações podendo ser inicialmente confundido com problema gástrico.

O EAMSSST caracteriza-se pela presença de dor torácica sugestiva de EAM, ausência de alterações eletrocardiográficas ou alterações inespecíficas como é o caso de depressão do segmento ST ou inversão da onda T, e exames laboratoriais que comprovem a libertação de troponinas (com ou sem concentrações plasmáticas de enzimas cardíacas), indicando portanto lesão do miocárdio. Nesta situação é provável que a oclusão da artéria tenha sido parcial, ao contrário do que acontece no EAMCST em que a oclusão é completa e muitas das vezes súbita. É a quantidade de troponinas e biomarcadores cardíacos libertados que reflete a dimensão da lesão miocárdica.

Após este evento, a maioria dos doentes mantém risco elevado de progressão para oclusão coronária total, lesão miocárdica mais extensa ou mesmo morte súbita por arritmia. O risco é mais elevado nas primeiras horas, dias e meses após o episódio, diminuindo progressivamente com o tempo. Nos Anexos nº 1 e nº 2 podem-se consultar a classificação clínica dos diversos tipos de EAM e os critérios usados para os diagnosticar, propostos pelas sociedades científicas *ESC/AHA/ACC* e *WHO*.

A decisão de tratamento de um SCA depende da apresentação e das manifestações clínicas. O EAMCST é sempre acompanhado com alterações ao nível do traçado eletrocardiográfico visualizando-se no ECG de 12 derivações supra-desnivelamento do segmento ST ou bloqueio de ramo esquerdo, sendo esta a base do diagnóstico, como esquematizado na Figura nº1.

Figura nº 1 – Síndromes Coronárias Agudas

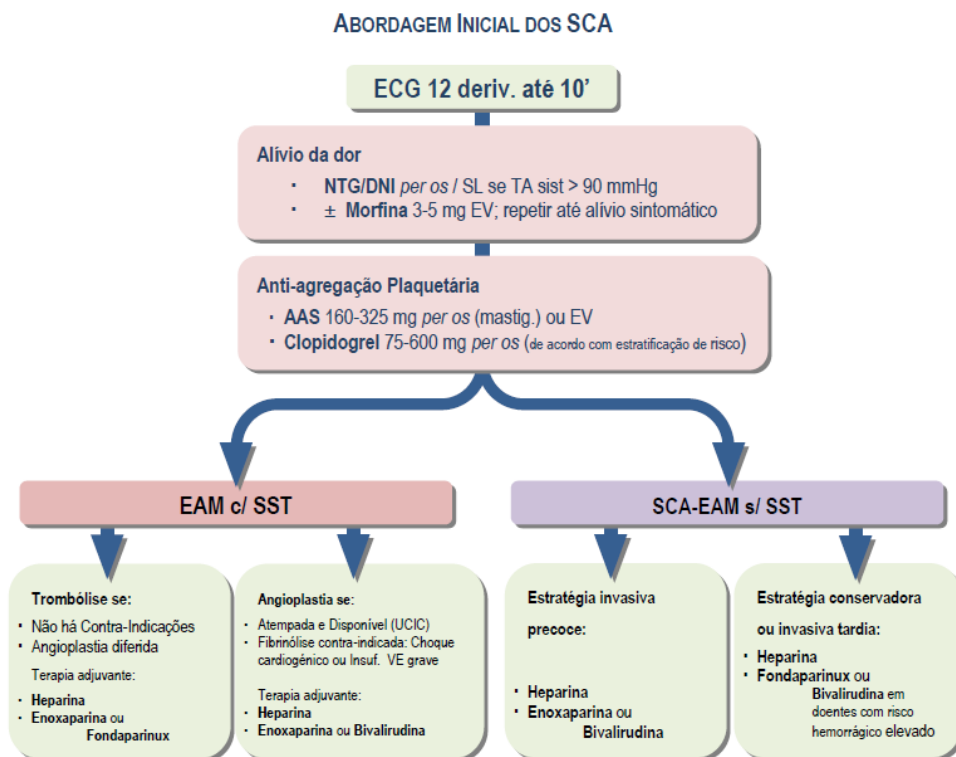


Fonte: INEM (2012)

Estes achados eletrocardiográficos indicam lesão do músculo cardíaco em evolução por oclusão aguda completa de uma artéria coronária. Durante a fase aguda existe risco substancial de ocorrência de taquicardia ventricular, fibrilação ventricular e morte súbita, considerando-se este um doente crítico.

As recomendações emanadas pela AHA e ACC para o tratamento do EAM incluem medidas farmacológicas e não farmacológicas. Dentro das não farmacológicas incluem-se repouso no leito, monitorização eletrocardiográfica contínua para os doentes com dor torácica em repouso, oximetria de pulso ou gasometria se hipoxemia para confirmar a saturação de oxigénio. O tratamento farmacológico inicial compreende medidas dirigidas aos sintomas e às causas. Os fármacos preconizados são os nitratos, a morfina, o ácido acetilsalicílico, o clopidogrel, a heparina e aporte de O₂ suplementar se cianose ou dispneia (pois em altas concentrações pode ser prejudicial nos doentes com EAM não complicado), como se observa na Figura nº2.

Figura nº 2 – Algoritmo de Abordagem Inicial dos Síndromes Coronários Agudos



Fonte: INEM (2012)

A escolha de alguns fármacos a utilizar, como é o caso dos anti-trombóticos prende-se com a estratégia a usar, se o método conservador, se a reperfusão, bem como com o risco

hemorrágico do doente. A administração de enoxaparina em comparação com a heparina não fracionada reduz as taxas de mortalidade, a reincidência de EAM, e a necessidade de revascularização urgente, quando administrado nas primeiras 24-36 horas após o início dos sintomas. Nos doentes com risco de hemorragia aumentado, poderá optar-se pela administração de fondaparinux ou bivalirudina.

Nos doentes com SCA, o tratamento farmacológico e a revascularização por angioplastia ou cirurgia coronária pode diminuir o risco de paragem cardiorrespiratória. Do mesmo modo, a adesão ao regime terapêutico, a adoção de hábitos de vida saudáveis e a monitorização de outras doenças cardíacas, como por exemplo a insuficiência cardíaca, poderão ter um impacto semelhante. (INEM, 2012)

Muitas situações de paragem cardiorrespiratória ocorrem num contexto de doença coronária subjacente tornando-se fundamental o rápido reconhecimento dos síndromes coronários agudos, visando a instituição imediata de uma terapêutica que reduza efetivamente o risco de paragem cardiorrespiratória. “A melhor oportunidade para aumentar a sobrevivência por “episódios isquémicos” é reduzir o intervalo entre o início dos sintomas e o primeiro contacto médico e iniciar o tratamento dirigido o mais precocemente possível” (INEM, 2012, p.100) com vista a minimizar o estado crítico destes doentes.

A OE define pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011 a, p.8656).

O doente crítico é portanto aquele que necessita de uma intervenção rápida e eficaz dos profissionais de saúde, bem como de uma abordagem sistematizada sendo preponderante o papel do enfermeiro especialista nesta abordagem, pois segundo a OE é ele que “possui competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2015 a, p.95).

Neste âmbito, e de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, mantendo as funções básicas de vida, exigindo observação, colheita e procura contínua de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

1.3.1. O Cateterismo Cardíaco

Werner Theodor Otto Forssmann foi pioneiro na realização do cateterismo cardíaco em humanos quando, em 1929, introduziu um fio-guia e um cateter através da sua própria veia antecubital até à aurícula direita, documentando o resultado final através de radiografia. Esta descoberta valeu-lhe mais tarde a atribuição do prémio Nobel da Medicina em 1945, constituindo este um dos marcos mais importantes na evolução do diagnóstico e tratamento das afeções do coração (Berry, 2009).

O cateterismo cardíaco é um procedimento invasivo que consiste na introdução de um cateter num canal ou conduto natural do organismo com finalidade diagnóstica ou terapêutica, combinando a avaliação hemodinâmica e angiográfica de diferentes estruturas cardíacas com vista ao diagnóstico e/ou intervenção de patologias do foro cardiovascular. Esta técnica exploratória, executada através da introdução de um cateter num acesso periférico, guiado por controlo radioscópico, até ao coração, tem como objetivo estudar a anatomia e fisiologia cardíaca e proceder a tratamento, se necessário e/ou possível.

Segundo Santos R, & Santos V. (2012) o cateterismo de diagnóstico está indicado sempre que não seja possível esclarecer completamente a cardiopatia por meios não invasivos, constituindo esse esclarecimento um dado relevante para o tratamento da doença em questão. Embora a anatomia e os fluxos intra-cardíacos possam ser perfeitamente identificados através de ecocardiografia complementada pelo estudo de Doppler, a correta avaliação das pressões intra-cardíacas, o estudo dos débitos e resistências vasculares e os fluxos nos grandes vasos, só são possíveis através do cateterismo cardíaco complementado pela angiocardiografia. O cateterismo terapêutico está indicado no caso de existir uma lesão/oclusão com indicação para tratamento e caso esse tratamento seja possível e eficaz por via percutânea, dado esta apresentar menores riscos do que a cirurgia cardíaca.

Existem outras indicações para a execução de um cateterismo cardíaco, destacando-se a confirmação de uma suspeita relativa a uma doença cardíaca, nomeadamente, doença cardíaca congénita, doença valvular ou doença do miocárdio; determinação da função do músculo cardíaco; determinação da localização e gravidade do processo patológico; determinação da presença e gravidade de estreitamentos ou bloqueios nas artérias coronárias; determinação da presença de aneurismas ventriculares e ainda a avaliação das pressões hemodinâmicas (Santos R, & Santos V., 2012).

No EAMCST a estratégia invasiva precoce envolve a cateterização cardíaca nas primeiras 24 horas após o contato médico/doente, seguida de revascularização através de intervenção coronária percutânea [ICP], de acordo com a anatomia coronária. Por outro

lado, a estratégia conservadora baseia-se numa conduta médica inicial, seguida de cateterização e revascularização apenas se verificar recorrência da isquemia em repouso, durante testes de esforço não invasivos ou após a instituição de terapêutica médica.

A nível nacional existe a subespecialidade de Cardiologia de Intervenção homologada pela Ordem dos Médicos que trata com proximidade a doença crítica cardíaca. Designa-se por Cardiologia de Intervenção o “conjunto de técnicas terapêuticas que utilizam o cateterismo cardíaco, por via percutânea, como acesso ao coração, para efeitos de terapêutica de alterações estruturais do mesmo, quer a nível das artérias coronárias, quer de outras estruturas”, (DGS & PNDCC, 2015, p.46) devendo a prática destes procedimentos de intervenção, estar limitada a médicos com essa subespecialidade. Os hospitais que detêm esta subespecialidade e valência disponível, devem dispor de todas as técnicas diagnósticas de cardiologia não invasiva e apoiar o tratamento dos doentes, enviados pelos médicos assistentes, que necessitem dos seus cuidados, assim como funcionar como consultoria para os hospitais de menor dimensão da sua área de influência (DGS & PNDCC, 2015).

A referenciação hospitalar dos doentes cardíacos reveste-se assim de fundamental importância para o desenrolar de todo o seu processo terapêutico, sendo “imprescindível a adequada articulação no encaminhamento do doente para a unidade mais adequada ao seu tratamento definitivo, no decurso do mais curto período de tempo possível” (DGS & PNDCC, 2015, p.76).

1.4 O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O transporte inter-hospitalar do doente crítico, apesar dos riscos que lhe são inerentes, é justificado “pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado” (OM & SPCI, 2008, p.9)

O transporte de doentes pode ser classificado em primário, no qual o doente é transportado do local onde ocorreu o incidente até à instituição hospitalar; intra-hospitalar, quando o doente é transportado, dentro da mesma unidade hospitalar, de um serviço para outro, e secundário ou inter-hospitalar, correspondendo este ao transporte realizado entre duas unidades de saúde ou departamentos diferentes, dentro da mesma unidade de saúde.

Vários estudos internacionais, que documentam os riscos inerentes a todo o processo de transferência, vieram fundamentar a necessidade de se criarem Recomendações

Internacionais para o Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Em Portugal, foi em 1997 que a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], e mais tarde em 2008 conjuntamente com a Ordem dos Médicos [OM], adotou nacionalmente as recomendações para o Transporte de Doentes Críticos, atualmente ainda em vigor.

Segundo OM & SPCI, o transporte inter-hospitalar compreende três fases:

1) Decisão – que pressupõe uma tomada de decisão pelo médico assistente e/ou médico chefe de equipa/diretor do serviço, após avaliação dos riscos/benefícios associados ao transporte (risco clínico e risco da deslocação);

2) Planeamento – realizado pela equipa, incluindo médicos e enfermeiros, que em conjunto procedem à escolha: do serviço recetor e efetuam o contato; do meio de transporte e da equipa de transporte, da monitorização e terapêutica mais adequada, prevendo ainda possíveis complicações.

3) Efetivação – efetuada pela equipa de transporte selecionada, cuja responsabilidade só termina após a chegada do doente ao serviço no hospital de destino ou após o seu regresso ao serviço de origem, caso se tenha deslocado a outra instituição hospitalar para a realização de exames complementares de diagnóstico ou atos terapêuticos (OM & SPC, 2008).

A OM & SPCI defendem que um dos aspetos mais importante para a segurança do doente crítico, durante o transporte, é a qualificação técnica, formação e experiência clínica da equipa que realiza o transporte. O nível e qualidade dos cuidados prestados devem ser os mesmos que na unidade onde este se encontrava internado, considerando o transporte do doente crítico como uma extensão da unidade de saúde (OM & SPC, 2008).

Para tal é essencial que os profissionais que realizam transportes, apesar de muitas das vezes pertencerem a serviços onde cuidam diariamente de doentes críticos, recebam formação específica sobre transporte de doentes críticos, nomeadamente Suporte Avançado de Vida e de Trauma. Outro aspeto fundamental é o processo de comunicação ao longo de toda a transferência. A DSG refere que, para se garantir eficácia na comunicação durante a transição de cuidados, é necessária a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma. Cabe a toda a equipa o dever de “assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado” (DGS, 2017 b, p.5).

A OM & SPCI preconiza a consignação de metodologias tipificadas para os registos clínicos, permitindo assim a avaliação do nível de desempenho e rigor assistencial ao doente crítico. Estes autores realçam ainda a importância da utilização de listas de verificação (*check-list*), implementadas já em 2002 pela ‘*The Intensive Care Society*’, com o

intuito de reduzir os riscos inerentes ao transporte, com a verificação de múltiplos fatores que interferiam com os resultados finais (OM & SPCI, 2008).

A utilização deste tipo de documentos contribui assim para assegurar a qualidade dos cuidados prestados e garantir a segurança do doente durante todo o processo de transferência, nomeadamente do doente crítico cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica antes, durante e após o seu transporte inter-hospitalar, quando necessário.

2. ESTÁGIO FINAL

O ciclo de estudos Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica preconiza a realização de um Estágio Final. Este decorreu numa UCI, na UCIDEM do HDJMG - ULSNA, ao longo de 18 semanas, entre 20 de setembro de 2017 e 26 janeiro de 2018, sendo esta uma unidade curricular de caráter prático com 336 horas de estágio e 14 horas de orientação tutorial. Este estágio foi orientado por uma Enfermeira Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo como objetivo principal a mobilização dos conhecimentos adquiridos para a aquisição e desenvolvimento de competências quer Comuns quer Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, no que concerne à prestação de cuidados ao doente a vivenciar situações de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família e ainda as competências de Mestre.

Um projeto constitui um plano de trabalho organizado no sentido de resolver/ estudar um problema que preocupa os intervenientes que o irão realizar (Ruivo *et al*, 2010). Tendo por base o preconizado para este Estágio Final, que culminará na consolidação de competências no âmbito dos cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, surge o problema: *deficit* de conhecimentos na prática na abordagem ao doente crítico e/ou com falência orgânica internado numa UCI. No sentido de responder ao problema identificado, foi elaborado um Projeto de Estágio (Apêndice nº 1), no decorrer das duas primeiras semanas de estágio, onde constavam os objetivos de estágio bem como as atividades propostas para a aquisição e desenvolvimento das competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como a aquisição das competências de Mestre. A análise crítica das atividades desenvolvidas e de todo o processo de aquisição de competências será feita em capítulo próprio neste Relatório.

Este Projeto de Estágio contempla também o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção em Serviço, tendo em conta uma necessidade identificada ao nível do transporte inter-hospitalar do doente crítico, dado o fluxo de transportes de doentes desta instituição hospitalar para outros hospitais centrais, nomeadamente o transporte de doentes críticos com patologia cardíaca para vários centros hospitalares, não havendo conformidade no procedimento nem na informação que acompanha o doente durante a transferência.

2.1 CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO – UCIDEM

Para a contextualização do local da prática, consideramos pertinente fazer uma breve caracterização da UCIDEM do HDJMG.

O HDJMG está integrado na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA], juntamente com o Hospital de Santa Luzia - Elvas e dezasseis Centros de Saúde distribuídos por todo o distrito de Portalegre. A ULSNA possui como missão “promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente, na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde” (ULSNA, 2017).

A UCIDEM foi a primeira UCI polivalente criada em Portugal num Hospital Distrital, em 1977, pelo Dr. Emílio Moreira. De acordo com a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva (DGS, 2003), as UCI podem ser classificadas em Nível I, Nível II ou Nível III, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis em cada unidade, podendo “coexistir diferentes níveis na mesma unidade hospitalar” (DGS, 2003, p.8). A UCIDEM, sendo uma Unidade diferenciada de um hospital distrital e dispondo das valências clínicas e serviços de apoio necessários, de acordo com os requisitos exigidos pela DGS, está categorizada como Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Nível II, integrando algumas valências de Nível III, pois esta é uma Unidade que tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais e uma equipa funcionalmente dedicada (médica e de enfermagem), com assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas (DGS, 2003, p.8). Está preconizado também que esta tipologia de Unidades deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade, bem como programas de ensino e treino em cuidados intensivos, e na impossibilidade de acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia cardiotorácica, cirurgia vascular, etc.), esta deverá garantir a sua articulação com Unidades de nível superior, reencaminhando determinadas situações para outras Unidades mais diferenciadas de hospitais centrais.

Atualmente, a UCIDEM, encontra-se situada no segundo piso do hospital, a par do Serviço de Urgência e Serviço de Observação e próximo do Serviço de Patologia Clínica, Serviço de Hematologia e do Serviço de Imagiologia, articulando-se de forma permanente e eficaz quer com estes, quer com os restantes serviços, nomeadamente Bloco Operatório, Serviços de Internamento, Fisioterapia, entre outros.

Esta é composta fisicamente por um posto administrativo à entrada do serviço, sala de espera para visitas e familiares, vestiários (feminino e masculino), cada um com casa de

banho e chuveiro para uso dos funcionários, sala de despejos, copa, gabinete médico, gabinete de enfermagem, armazém onde se encontra a roupa limpa e material de consumo clínico em stock, sala de trabalho onde se realiza a passagem de turno da equipa de Enfermagem e onde se encontram guardados consumíveis clínicos e de farmácia, frigorífico de medicação e um gasómetro, e por fim, sala de Cuidados Intensivos e sala Cuidados Intermédios, ambas com um balcão de enfermagem onde se encontra localizada a central de monitorização.

A sala de Cuidados Intensivos é constituída por cinco camas, quatro em *open espace* e a quinta num quarto de isolamento, existindo comunicação direta deste para a sala de cuidados intensivos, encontrando-se também o monitor desse quarto ligado à central de monitorização desta. Todas estas camas estão equipadas com rampa de vácuo, de oxigénio e de aspiração, monitores informatizados, ventilador, bombas e seringas infusoras devidamente aferidas, dispendo ainda esta sala de carro de emergência com desfibrilhador, ecocardiógrafo e eletrocardiógrafo.

A sala de Cuidados Intermédios comporta também cinco camas, estando uma reservada a doentes que necessitem de terapias de substituição renal e que se encontrem internados no HDJMG, não podendo por isso deslocar-se ao local habitual de tratamento. Existem por isso nesta sala duas máquinas de substituição renal, que servem os dois serviços e os doentes renais crónicos ou agudos internados noutros serviços desta unidade hospitalar. Esta sala dispõe também de um carro de emergência, estando todas as camas equipadas como as da sala de cuidados intensivos, excetuando o ventilador, existindo apenas uma cama com ventilador na sala de Cuidados Intermédios, no entanto consoante a necessidade de ventilação, poderá ser mobilizado um ventilador da sala de cuidados intensivos para esta, sem prejuízo para os doentes que dele necessitam.

Ao nível de recursos humanos a UCIDEM conta com uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e secretário de Unidade, a par de outros técnicos tais como fisioterapeutas, dietista, técnicos de diagnósticos, entre outros, que em estreita cooperação com esta, prestam cuidados aos utentes desta unidade quando necessário. O corpo clínico é composto por onze médicos, sendo que um é o Diretor de Serviço e também o responsável pelo Departamento de Urgência e Emergência; três Intensivistas; um Internista; um Cirurgião Geral; três Anestesistas; um Nefrologista e um Pneumologista. A equipa de enfermagem é constituída por 28 enfermeiros, uma das quais é a enfermeira responsável de serviço em horário fixo e vinte e sete enfermeiros em horário *roulement*. Nesta equipa nove enfermeiros são detentores do Curso de Especialização em Enfermagem, cinco dos quais em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dois em Reabilitação e

dois em Saúde Comunitária. Da equipa fazem parte ainda um secretário de Unidade e dez assistentes operacionais, uma das quais em horário fixo.

Na UCIDEM os enfermeiros utilizam o método de trabalho por enfermeiro responsável e o rácio médio enfermeiro/doente é de 1/1.6, segundo a Classificação da Unidade de Cuidados Intensivos de Nível II. Em todos os turnos está presente um enfermeiro responsável de turno ao qual compete a coordenação da equipa de enfermagem e assistentes operacionais, funções na área da gestão, bem como a resolução dos diversos problemas que forem surgindo. Habitualmente, durante a semana, no turno da manhã, essas funções são exercidas pela enfermeira responsável do serviço. Nos turnos da tarde e noite e aos fins-de-semana, são desempenhadas por um enfermeiro a definir, normalmente o que se encontra presente, com mais anos de serviço.

A UCIDEM recebe doentes com as mais diversas patologias, quer do foro cardiovascular, respiratório, neurológico e outros (ex.: choque séptico, diabetes '*mellitus*' descompensada, intoxicações medicamentosas e químicas, pós-operatórios complicados ou provenientes de cirurgia de alto risco, e recentemente trauma abdominal, trauma torácico, trauma das extremidades, entre outros) quer dos restantes serviços do HDJMG, quer de outros hospitais. Por norma exclui os doentes de serviços de Neonatologia e Pediatria, pois não possui recursos humanos e materiais necessários para uma assistência adequada a estas especialidades. Os doentes internados na UCIDEM têm alta do serviço quando já não necessitam de cuidados intensivos/intermédios, sendo então transferidos para outras Unidades de internamento do hospital (transporte intra-hospitalar), ou são transferidos para outra instituição hospitalar sempre que se verifica que a Unidade não dispõe de meios adequados para responder e providenciar o melhor tratamento possível relativamente à situação clínica destes (transporte inter-hospitalar) como o caso de doentes com patologia cardíaca com necessidade de intervenção hemodinâmica.

Tal como o recomendado pela DGS, uma UCI deve dispor de programas de melhoria contínua de qualidade (DGS, 2003). Também a OE preconiza um envolvimento ativo dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, na investigação que integrem evidências e recomendações na prática clínica que proporcionem o desenvolvimento de programas organizacionais, sistemas e processos, incluindo a gestão e desenvolvimento de medidas que promovam a segurança dos cuidados (OE, 2006, b). Neste sentido surge o Projeto de Intervenção em Serviço - Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico Cardíaco com Necessidade de Intervenção Hemodinâmica, desenvolvido no decorrer do Estágio Final.

2.2 PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Um projeto constitui um plano de trabalho organizado e estruturado no sentido de resolver/estudar determinado problema, definindo os intervenientes que o irão realizar (Ruivo *et al.*, 2010). “Um projeto em saúde deve ser sustentável e ter a capacidade de proporcionar benefícios num prolongado período de tempo” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 10). Para além dos benefícios produzidos que possam perdurar no tempo, um projeto em saúde deverá ainda criar dinâmica suscitando o aparecimento de outras iniciativas na equipa multidisciplinar, particularmente na equipa de enfermagem e ainda contribuir para o “desenvolvimento global, inovador e irreversível, de modo autónomo tendo em conta os recursos existentes” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 10).

Para a realização deste PIS - Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico Cardíaco com Necessidade de Intervenção Hemodinâmica, foi utilizada a metodologia de projeto consistindo esta na “investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência.” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 2). A metodologia de projeto é composta por cinco etapas: diagnóstico da situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação e por último, a divulgação dos resultados. Este processo “não se baseia apenas numa investigação sustentada de determinado problema, mas sim na tentativa de intervenção, baseada em alicerces fundamentais, para a resolução eficaz desse mesmo problema, pelo que o trabalho de projeto aproxima-se bastante da investigação-ação” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 3).

2.2.1 Suporte do Projeto de Intervenção: Uma Revisão Integrativa

O transporte inter-hospitalar do doente crítico é um procedimento comum e justifica-se pela necessidade de fornecer ao doente meios complementares de diagnóstico e tratamento especializados não disponíveis na Unidade ou Instituição onde este se encontra internado (Lopes and Frias, 2014, e Bérubé *et al.*, 2013). No entanto este constitui um risco adicional para o doente pois esse período de tempo não é isento de probabilidade de ocorrência de eventos adversos que possam agravar o seu estado clínico ou inclusivamente provocar a sua morte (Lopes and Frias, 2014).

A segurança do doente no decorrer deste procedimento poderá ficar comprometida por múltiplos fatores, desde as condições durante o transporte, nomeadamente restrições ao

nível de recursos humanos, de equipamentos, terapêutica ou outros consumíveis, e ainda de espaço físico e falhas ao nível da comunicação, quer também pelas características do próprio doente crítico. Este é habitualmente um doente muito vulnerável quer pela idade extrema, população pediátrica ou geriátrica, quer pelas suas características fisiopatológicas: hemodinamicamente instável ou com alto risco de instabilidade durante a transferência por apresentar patologias clínicas em evolução ou muitas das vezes necessitando ainda de uma avaliação mais completa para a definição do diagnóstico (Lyphout, *et al.*, 2018).

Vários foram os estudos encontrados, nomeadamente Lyphout, *et al.*, (2018) e Bérubé *et al.*, (2013), que relatam erros de comunicação como um evento adverso frequente durante o transporte do doente crítico, mas poucos são os que apontam as medidas a adotar para minimizar a prevalência de ocorrência desses mesmos eventos, contribuindo assim para a segurança do doente.

Esta problemática constituiu o ponto de partida para o presente estudo que tem como objetivo: inferir sobre como aumentar a segurança do doente no transporte inter-hospitalar do doente crítico.

No sentido de sistematizar o conhecimento existente sobre a segurança no transporte inter-hospitalar do doente crítico procedeu-se a uma revisão integrativa da literatura. Esta constitui um método de pesquisar, catalogar e efetuar um diagnóstico crítico a publicações citadas em estudos previamente realizados por outros autores (Fortin, 1999).

Com base no objetivo deste estudo preconizou-se a sistematização do conhecimento mais atualizado, baseado na evidência sobre a problemática do transporte inter-hospitalar do doente crítico. A formulação da pergunta de partida seguiu a metodologia PICO - **P**articipantes - O doente crítico; **I**ntervenção – transporte inter-hospitalar; **C**omparação – comparação entre os diversos estudos; **'Outcomes'**– segurança do doente; chegando assim à seguinte pergunta final:

- Como aumentar a segurança do doente no transporte inter-hospitalar do doente crítico?

Esta revisão integrativa foi realizada através da pesquisa de publicações científicas existentes nas bases de dados: 'Academic OneFile', 'Scopus', 'SciVerse ScienceDirect', 'ScienceDirect', 'BMC Health Services Research', utilizando os motores de busca 'EBSCOhost', e Biblioteca do Conhecimento Online [B-On]. Para tal, foram definidos cinco conceitos-chave aferidos no Descritores em Ciências da Saúde [DeCS], sendo eles *patient transfer; inter-hospitalar transport; hemodynamics; patient safety, e information*.

A pesquisa foi efetuada combinando os descritores referidos com o operador booleano 'AND' e aplicados os critérios de inclusão e exclusão apresentados na Tabela nº1.

Tabela nº 1 – Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ol style="list-style-type: none">1. Publicados no período de 2011 a 2017;2. Acesso ao texto integral;3. Referências disponíveis;4. Ter sido revisto por especialistas.	<ol style="list-style-type: none">1. Artigo de opinião;2. Desenquadrado da temática (ex: transporte aéreo);3. Especialidades de neonatologia e pediatria.

Fonte: Autor

Após a aplicação dos critérios de inclusão, nomeadamente ter acesso ao texto integral, artigos revistos por especialistas, publicações recentes, entre 2011 e 2017, foram excluídos os artigos de opinião e aqueles que pelo título e resumo não se enquadravam na temática ou se referiam a especialidades muito específicas como o caso da neonatologia ou pediatria, foram selecionados cinco artigos que consideramos pertinentes, como apresentado na Figura nº3.

Figura nº3 - Resumo da Pesquisa de Artigos



Fonte: Autor

Um dos artigos escolhidos, selecionado da lista dos duvidosos, apesar de se reportar ao transporte intra-hospitalar do doente crítico, foi tido em consideração pelo método

apresentado, considerando-o por isso uma mais-valia para este estudo. Para uma melhor compreensão dos artigos selecionados foi elaborada a tabela PICO (Apêndice nº 2), explanando resumidamente o objetivo de cada estudo, o desenho do estudo, o número e tipo de participantes, intervenções ou fenómenos de interesse a investigar, os resultados e as conclusões a que chegaram.

No decorrer do estudo efetuado por Lyphout, *et al.*, (2018), foi considerado incidente de segurança um evento ou circunstância que poderia resultar ou resultou em dano desnecessário para o doente. Os incidentes de segurança foram categorizados em incidentes técnicos, operacionais ou de comunicação. Foi considerado incidente técnico um problema com a ambulância de transporte ou aparelho médico. Os incidentes operacionais foram incidentes resultantes do uso errado de medicamentos ou dispositivos médicos. Por último, os incidentes de comunicação foram aqueles causados por falta de comunicação, ou quando esta foi defeituosa entre a equipa de transferência. Verificou-se neste estudo que os incidentes operacionais levaram a danos associados à saúde em 48,6% dos casos. Em 20,6% foram registados incidentes de comunicação, ocorrendo ainda incidentes técnicos em 11,6% dos transportes.

Segundo Lyphout, *et al.*, (2018), os incidentes de comunicação poderão ser minimizados através da padronização da colheita de informação e de uma transferência estruturada, o que requer tempo suficiente para preparar as transferências. Outro fator determinante no sucesso da transferência é a alocação clara das responsabilidades e a centralização da informação. Os incidentes de comunicação têm assim um impacto significativo na prestação de cuidados, pois resultam não só na frustração dos profissionais de saúde como na ineficiência através de atrasos desnecessários. A implementação de uma comunicação clara e padronizada para cada transporte e a implementação de listas de verificação poderão reduzir os incidentes de segurança do doente e aumentar a satisfação quer do doente quer dos profissionais, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A par dos resultados obtidos por Lopes & Frias (2014) que revelaram que os eventos adversos mais frequentes foram as falhas de equipamentos (fornecimento de oxigénio, falha do equipamento de ventilação e de monitorização), também os incidentes mais relatados por Brunsveld-Reinders *et al.*, (2015) foram a falha de equipamentos acrescentando a deterioração clínica do doente. Para os autores deste estudo, uma lista de verificação constitui uma alternativa prática para a minimização deste problema, constituindo esta uma ferramenta para melhorar a comunicação e a segurança do doente durante a transferência.

Usher *et al.*, (2016) destaca o grau de descontinuidade da informação que existe aquando o transporte inter-hospitalar e o impacto que a perda de informação pode ter sobre a mortalidade, eventos adversos e utilização adequada de recursos. Segundo os resultados obtidos por estes autores, a presença de análises laboratoriais completas correlacionou-se de forma independente com a redução da mortalidade intra-hospitalar, enquanto uma história física completa, resumo dos antecedentes e imagiologia foram associados a eventos adversos reduzidos nas primeiras 24 horas. Também Bérubé *et al.*, (2013) obteve resultados idênticos. Segundo estes autores em 58,3% dos casos a documentação durante a transferência encontrava-se ausente, com conseqüente aumento da ocorrência de eventos adverso (em 42% do nas primeiras 24 horas após a chegada).

Usher *et al.*, (2016) defende que o procedimento ideal durante uma transferência requer uma comunicação de alta qualidade e um sistema de feedback no sentido de fomentar a coordenação dos cuidados. A melhoria da qualidade dos cuidados só se consegue com base numa triagem efetiva, comunicação aprimorada e informações objetivas completas no decorrer de toda a transferência. A qualidade da documentação pode servir como marcador para uma comunicação deficiente ou para a diminuição da qualidade geral dos cuidados. Usher *et al.*, (2016) encontrou evidência disso mesmo, uma vez que, segundo os dados obtidos, a documentação incompleta correlacionou-se com uma maior taxa de instabilidade hemodinâmica na chegada.

As iniciativas de melhoria da qualidade devem concentrar-se não só na elaboração de informações clínicas completas no momento da transferência mas também na facilitação de uma comunicação mais fluida ao longo de todo o 'continuum' da transferência (Usher *et al.*, 2016).

Os resultados obtidos por Lopes & Frias (2014) revelam a necessidade de se criarem estratégias preventivas como forma de prevenir esses mesmos eventos adversos, propondo um maior investimento nas fases de decisão, planificação e efetivação, uma boa articulação entre equipas e momentos reflexivos como pontos fundamentais na diminuição de ocorrência de eventos adversos durante o transporte do doente crítico. O conhecimento sobre os riscos e o tipo de incidentes específicos que podem ocorrer durante o transporte inter-hospitalar podem contribuir para melhoria da segurança do doente (Brunsveld-Reinders, *et al*, 2015).

Em suma, este trabalho dá-nos uma visão da situação baseada em artigos de evidência científica e leva-nos a refletir na necessidade premente de uma efetiva e eficaz coordenação dos cuidados durante todo o processo de transferência inter-hospitalar, bem como na implementação de iniciativas que concorram para a melhoria da qualidade deste e para o aumento da segurança do doente.

Até ao momento poucos são os estudos que se dedicaram a analisar diretamente a incidência dos incidentes de comunicação como um dos fatores que influencia determinantemente a segurança do doente durante o transporte inter-hospitalar, no entanto todos aqueles aqui abordados, são unânimes ao concordarem que uma preparação mais rigorosa das transferências, com uma comunicação clara e padronizada influencia positivamente a ocorrência de um transporte inter-hospitalar mais seguro e com menos probabilidade de ocorrência de eventos adversos.

Pelo exposto ficou demonstrado que a melhoria de todo o processo de transferência melhora os resultados do doente, como é o caso da taxa de mortalidade, no entanto continuam ainda a existir barreiras infraestruturais significativas, como é o caso da falta de documentação que acompanhe o doente e de registos durante o transporte, impossibilitando assim a identificação da ocorrência de incidentes durante o transporte inter-hospitalar ou mesmo sinais de instabilidade do doente que possam ser documentados e que sirvam de base a estudos futuros.

2.2.2 Diagnóstico da Situação

O Diagnóstico da Situação constituiu a primeira etapa da metodologia de projeto visando a elaboração de um mapa cognitivo sobre o problema identificado em determinada realidade, sobre a qual se pretende atuar e mudar (Ruivo *et al.*, 2010).

Segundo a mesma autora, quando essa realidade se reporta aos cuidados de saúde, o diagnóstico da situação deverá corresponder a uma determinada necessidade da população, perspetivando o desenvolvimento de estratégias e ações nesse sentido, tendo por base uma boa colheita de informação (Ruivo *et al.*, 2010). Toda esta etapa constitui um processo dinâmico e contínuo, sujeito a atualizações constantes, tendo em conta as alterações que possam ocorrer na realidade em estudo bem como as dificuldades e complicações que lhe são inerentes. A sua elaboração deverá ser multidisciplinar pois, para que as respostas criadas sejam de qualidade e satisfaçam as necessidades da população, é crucial a mobilização de recursos humanos fomentando o trabalho de equipa, fundamental na implementação de estratégias que concorram para a mudança numa instituição (Ruivo *et al.*, 2010).

Nas primeiras semanas de estágio, após observação e entrevista não estruturada com alguns elementos da equipa foi identificado o seguinte problema: ausência de valência na ULSNA, que dê resposta às crescentes necessidades do doente cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica, o que justifica o transporte inter-hospitalar deste tipo de

doentes para outra instituição hospitalar. Através da observação direta verificou-se ainda, quer na Unidade de Cuidados Intensivos, quer na ULSNA, a ausência de documento de registo homologado que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica aquando do seu transporte inter-hospitalar, existindo apenas um modelo de registo pouco adequado e proveniente de outra Unidade Hospitalar que atualmente não está a ser utilizado uma vez que os doentes estão a ser transferidos para outras instituições. Esta necessidade foi confirmada pela enfermeira orientadora, enfermeira responsável de serviço e validada pelo Diretor do Serviço e do Departamento de Urgência e Emergência que consideraram muito pertinente a elaboração de um PIS que desse resposta a esta necessidade.

A etapa de Diagnóstico da Situação, “enquanto conceito mais alargado do que a identificação de problemas, deve consolidar a análise do contexto social, económico e cultural onde o problema se insere, assim como as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes” (Ruivo *et al.*, 2010, p.11).

Neste sentido, com o intuito de conhecer melhor o contexto onde se desenvolverá este PIS, realizou-se uma análise SWOT (Apêndice nº 3). Esta é uma ferramenta de gestão frequentemente utilizada na investigação social para a elaboração de diagnósticos ou para análise organizacional (Ruivo *et al.*, 2010). Esta técnica consiste na elaboração de um quadro onde constam os pontos fortes e os pontos fracos, as ameaças e as oportunidades de determinado cenário. Através da caracterização do contexto interno e do meio envolvente, permite a confrontação dos fatores positivos e negativos identificados, sendo esta preditiva das dificuldades e dos sucessos esperados na fase de implementação.

Como pontos fortes destacam-se o interesse demonstrado neste projeto, quer pela enfermeira orientadora, quer pela enfermeira responsável de serviço e diretor do serviço; equipa multidisciplinar receptiva a novos projetos; o envolvimento e motivação de toda a equipa e o baixo custo, a ele associados. Como pontos fracos foi identificada pouca adesão da equipa à formação; o tempo despendido no preenchimento da ‘*Check-List*’ e a inexistência de Manual ou Norma de Procedimento para o transporte inter-hospitalar. Quanto às oportunidades consideramos que a ausência de laboratório de hemodinâmica nesta Unidade de Saúde e a ausência de documento homologado que acompanhe o doente crítico cardíaco aquando do seu transporte inter-hospitalar constituem o ponto de partida para a implementação deste PIS. A par destas, a melhoria da qualidade e segurança do doente cardíaco durante o transporte inter-hospitalar bem como o cumprimento das Recomendações para o Transporte de Doentes Críticos 2008. Como ameaças temos a necessidade de aprovação externa para a implementação da ‘*Check-List*’ e ainda a ausência de uma equipa fixa na realização dos transportes inter-hospitalares o que poderá

dificultar a aceitação e o correto preenchimento da 'Check-List' e a posteriori interferir nos resultados esperados.

Por fim, com o intuito de analisar o contexto de atuação deste PIS, e caracterizar a população da ULSNA que necessita de transporte inter-hospitalar, foi solicitado ao conselho de administração da ULSNA autorização para o desenvolvimento deste projeto e consulta de dados referentes aos transportes inter-hospitalares realizados num determinado espaço temporal, que definimos que seria o período compreendido entre janeiro e dezembro de 2016 (Apêndice nº 4), que teve parecer positivo. Este pedido foi também deferido pela Comissão de Ética da referida Unidade de Saúde, após esclarecimento das questões éticas e deontológicas inerentes a um estudo desta natureza (Anexo nº 3).

2.2.3 Definição de Objetivos

A definição de objetivos, independentemente do momento em que é feita, constitui um ponto fulcral da elaboração de um projeto, pois aponta os resultados que se pretendem alcançar. Os objetivos devem ser apresentados de forma clara, precisa e sucinta, delimitando assim o problema ao qual queremos dar resposta, devendo ainda ser mensuráveis e exequíveis (Ruivo, *et al*, 2010). A determinação dos objetivos divide-se em dois níveis: geral e específico, de acordo com o seu nível de complexidade.

Para este PIS foi definido como objetivo geral:

- Uniformizar procedimentos de enfermagem ao doente crítico cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica aquando do seu transporte inter-hospitalar, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente.

Como objetivos específicos:

- Analisar a incidência dos transportes inter-hospitalares de doentes com necessidade de intervenção hemodinâmica realizados no período compreendido entre Janeiro 2016 e Dezembro de 2016

- Elaborar um instrumento de trabalho/registo que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica aquando do transporte inter-hospitalar ('Check-List. Intervenção Hemodinâmica');

- Elaborar uma instrução de trabalho que oriente os enfermeiros na aplicação do referido documento.

Segue-se a fase de planeamento do projeto, resultando esta de “um compromisso entre os objetivos e os recursos” (Ruivo, *et al*, 2010, p.19).

2.2.4 Planeamento

O Planeamento consiste na elaboração de um plano detalhado constituindo este uma linha orientadora para a organização de todo o projeto. Segundo Ruivo *et al.*, (2010), é nesta fase que se definem as atividades, estratégias e os meios (recursos humanos, técnicos e financeiros) necessários, tendo por base os objetivos delineados.

O planeamento deste PIS visa três grandes objetivos:

- Analisar a incidência dos transportes inter-hospitalares de doentes com necessidade de intervenção hemodinâmica realizados no período compreendido entre Janeiro 2016 e Dezembro de 2016, na ULSNA;

- Elaborar instrumento de trabalho/registo que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica aquando do seu transporte inter-hospitalar, (*'Check-List: Intervenção Hemodinâmica'*);

- Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico com necessidade transporte inter-hospitalar para realização de intervenção hemodinâmica através da criação de uma Instrução de Trabalho que normalize a utilização da *'Check-List'*, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente.

Para cada objetivo foram delineadas atividades e procedeu-se à calendarização das mesmas através da elaboração de um cronograma (Apêndice nº 5), onde se apresentam perceptíveis as datas de início e fim para o desenvolvimento das respetivas atividades. Foram ainda tidos em conta os recursos humanos, materiais e de tempo necessários, e definidos os indicadores de avaliação (Apêndice nº 6). Este cronograma não é de forma alguma um instrumento estanque, sendo passível de sofrer alterações no decurso do desenvolvimento de todo o projeto.

Para o cumprimento dos objetivos propostos, concluiu-se que a estratégia formativa que mais se adequava para a apresentação do PIS, da *'Check-List'* e da Instrução de Trabalho à equipa, seria a sessão de formação em serviço. Esta foi então agendada para o início de janeiro, de acordo com o planeamento feito anteriormente. No sentido de a informação chegar a uma maior número de profissionais, foi calendarizada com bastante antecedência (cerca de um mês antes), com a enfermeira responsável do serviço e elementos responsáveis pela formação em serviço, tendo sido afixados estrategicamente vários cartazes pelo serviço a anuncia-la.

A sessão foi propositadamente programada para as 14h, pois, excetuando alguma emergência, consideramos que é nesta hora que habitualmente há mais disponibilidade para a formação.

Para esta sessão de formação foi elaborado um plano de sessão (Apêndice nº 7), que contempla os objetivos, bem como os métodos utilizados e o tempo previsto para a duração de cada etapa da sessão de formação.

2.2.5 Execução e Avaliação

A fase de Execução “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (Ruivo *et al*, 2010, p.23). Esta assume-se como a construção real do que anteriormente tinha sido construído mentalmente.

A materialização do planeamento deste PIS ocorreu durante todo o Estágio Final desenvolvido da UCIDEM. Esta foi uma fase muito intensa e exigente mas ao mesmo tempo muito gratificante pois no final, para além da pesquisa e reflexão que levaram à potencialização de competências, permitiu também a construção de documentos que contribuíram para a resolução do problema, respondendo eficazmente aos objetivos definidos.

Quanto à avaliação, a Metodologia de Projeto contempla uma avaliação contínua pois permite ao longo de todo o processo a redefinição da situação e, se necessário, a reelaboração dos objetivos definidos e dos meios a utilizar. (Ruivo *et al*, 2010). No entanto há que distinguir dois grandes momentos, a avaliação do processo e a avaliação dos resultados.

Uma primeira avaliação, também designada de depuração, é desenvolvida em simultâneo com a execução do projeto. Nesta fase são realizadas as primeiras críticas e os primeiros ajustes ao trabalho já elaborado de acordo com as sugestões obtidas e incorporação de melhorias e novas atividades pertinente ao projeto. (Ruivo *et al*, 2010).

“O processo de avaliação na dinâmica de projeto é complexo e implica a contemplação de várias vertentes de análise e reflexão” (Ruivo *et al.*, 2010, p.25). A avaliação de um projeto implica portanto a verificação da concretização dos objetivos inicialmente definidos. Segue-se assim uma análise descritiva e crítica das atividades executadas de acordo com cada objetivo específico traçado.

Objetivo - Analisar a incidência dos transportes inter-hospitalares de doentes com necessidade de intervenção hemodinâmica realizados no período compreendido entre Janeiro 2016 e Dezembro de 2016, ULSNA;

Para o cumprimento deste primeiro objetivo procedeu-se ao longo de todo o Estágio a uma aprofundada pesquisa bibliográfica e em bases de dados científicas sobre o tema do transporte inter-hospitalar.

Com o intuito de analisar o contexto da atuação deste PIS e caracterizar a população da ULSNA que necessita de transporte inter-hospitalar foi solicitado ao conselho de administração da ULSNA autorização para o desenvolvimento deste projeto e consulta de dados referentes aos transportes inter-hospitalares realizados num determinado espaço temporal, que definimos que seria o período compreendido entre janeiro e dezembro de 2016, pedido esse também deferido pela Comissão de Ética da referida Unidade de Saúde.

Durante todo o desenrolar de um projeto há que contar com limitações e condicionantes à execução do projeto (Ruivo *et al.*, 2010).

De referir que o cumprimento deste objetivo não se concretizou no tempo previsto pois só obtivemos autorização para a consulta de dados no dia 26 de janeiro de 2018, ou seja, já na semana final do desenvolvimento deste PIS. No entanto persistimos neste ponto e procedeu-se à consulta das bases de dados existentes por consideramos de todo pertinente englobar neste projeto os dados que caracterizam o contexto.

Outro constrangimento encontrado foi o fato de os dados anteriores a 2017 referentes ao HDJMG não se encontrarem disponíveis devido a um erro informático. No entanto foi-nos facultado o acesso aos relatórios dos dois anos (2016 e 2017), denominado Relatório Referente ao Transporte de Doentes Não Urgentes da ULSNA, EPE.

Para a análise destes dados temos que ter em conta que os dados destes dois relatórios referem-se a transportes de doentes não urgentes e transportes com requisições até às 15:30h, geridos pelo Sistema de Gestão do Transporte de Doentes [SGTD]. Todos os outros, transportes urgentes e transportes que não passam pelo SGTD não se encontram disponíveis informaticamente pelo que nos foi, de todo, impossível obter esses dados.

Na Tabela nº 2 constam o número total de doentes transportados em 2016 e 2017, provenientes das instituições que constituem a ULSNA, pelo SGTD.

Tabela nº 2: Número total de doentes transportados pelo SGTD

Ano	2016	2017
N.º total de doentes transportados pelo SGTD	36 302	46 612

Fonte: Adaptado do Relatório Referente ao Transporte de Doentes Não Urgentes da ULSNA, EPE - 2017

De 2016 para 2017, verificou-se um aumento, no total, de 10310 transportes, correspondendo este a aumento de cerca de 22%. Este ocorreu dado o aumento do envelhecimento da população e o aumento do nível de dependência da mesma. Outro fator conducente a estes números foi o aumento de casos que requerem tratamento especializado não existente na ULSNA, como é o caso de tratamentos de radioterapia e transporte de doentes cardíacos com necessidade de intervenção hemodinâmica, entre outros

Na Tabela nº 3 surgem os dados que conseguimos obter referentes ao transporte de doentes com necessidade de intervenção coronária, referentes aos dois hospitais pertencentes à ULSNA.

Tabela nº 3: Número total de transportes de doentes com necessidade de intervenção hemodinâmica

Ano	2016		2017	
	H. Elvas	HDJMG	H. Elvas	HDJMG
N.º de transportes de doentes para hemodinâmica	52	_____	68	40

Fonte: Autor

Estes dados referem-se apenas a transportes para procedimentos programados de doentes provenientes da consulta externa e internamento, em horário de expediente que passaram pelo SGTD, pelo que consideramos não constituírem uma amostra fidedigna da realidade.

Como sugestão de melhoria, propomos um registo mais pormenorizado dos transportes realizados, para além do SGTD, contemplando diferentes variáveis, nomeadamente o serviço específico de origem, o tipo de acompanhante que teve (médico e enfermeiro, enfermeiro ou se foi só com o tripulante de ambulância) e que inclua os doentes urgentes e os transportados fora do horário de expediente. Consideramos estas informações essenciais, que abrirão portas a estudos futuros, quer para a caracterização do contexto e da população alvo de transporte, quer para o estudo dessas mesmas variáveis.

Objetivo - Elaborar instrumento de trabalho/registo que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica aquando do seu transporte inter-hospitalar, (*'Check-List: Intervenção Hemodinâmica'*)

Para a concretização deste objetivo começámos por efetuar uma pesquisa aprofundada sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico, em bases de dados científicas, consultando artigos que tinham estudos efetuados sobre a temática cujos resultados nos revelaram que a utilização de documentos padronizados, como é o caso de uma 'check-list', contribui para assegurar a qualidade dos cuidados prestados e garantir a segurança do doente crítico no decorrer de todo o processo de transferência, ou seja antes, durante e após o transporte inter-hospitalar. Foram ainda consultadas diretrizes para intervenção hemodinâmica de uma Unidade de Hemodinâmica de um hospital de referência e documentos emanados pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, nomeadamente Transporte de Doentes Críticos: Recomendação 2008, constituindo este um manual de normas de boas práticas para o transporte de doentes críticos em vigor em Portugal e onde consta um formulário para o transporte hospitalar que sustentou a elaboração deste instrumento de trabalho/registo.

Da pesquisa realizada considerámos englobar neste documento os seguintes campos: identificação do doente; hospital e serviço de origem; hospital e serviço de destino; elementos que realizam o transporte (enfermeiro e médico) e médico recetor; motivo da transferência; pessoa de referência (respetivo contato e se esta se encontra informada). Também se incluiu: diagnóstico e antecedentes relevantes; resultados analíticos e exames complementares de diagnóstico realizados, preparação do doente e terapêutica realizada. Segundo Relatório da Rede de Referência de Cardiologia, nos últimos anos, a par dos progressos realizados no diagnóstico das doenças cardíacas, assistiu-se também à introdução de novos fármacos que vieram revolucionar o tratamento destes doentes com significativa redução da morbilidade e mortalidade (DGS & PNDCC, 2015). Este documento contempla por isso campo destinado a realçar as dosagens e últimas tomas de clopidogrel e enoxaparina e se realizou ou não trombólise. Foi ainda tida em consideração a condição atual do doente quanto à via aérea e ventilação, alimentação e eliminação (quer vesical quer intestinal). Esta vigilância justifica-se pelas características destes doentes habitualmente muito vulneráveis quer pela idade extrema, população pediátrica ou geriátrica, quer pelas suas características fisiopatológicas: hemodinamicamente instável ou com alto risco de instabilidade durante a transferência por apresentar patologias clínicas em evolução ou muitas das vezes necessitando ainda de uma avaliação mais completa para a definição do diagnóstico (Lyphout, *et al.*, 2018).

Por fim existe um campo destinado a outra terapêutica administrada e/ou em curso, acessos vasculares e registo de sinais vitais à saída da unidade; evolução clínica e intercorrências durante o transporte e data e hora de chegada ao hospital de destino.

Segundo a OM & SPCI, “o nível de monitorização deve ser adequado à gravidade do doente” (OM & SPCI, 2008, p.30). Também o Relatório da Rede de Referenciação de Cardiologia preconiza que estes doentes durante a transferência deverão ser submetidos a monitorização eletrocardiográfica adequada e com equipamento e pessoal treinado (DGS & PNDCC, 2015).

A primeira versão da ‘*Check-List*’ foi colocada à consideração da enfermeira orientadora e de “expert”, o Diretor da UCI e Departamento de Urgência e Emergência, que deu o seu parecer favorável e fez a revisão final do documento, sugerindo a inclusão dos novos anticoagulantes orais na lista de terapêutica administrada; alguns valores analíticos relevantes e ainda a referência a pessoa significativa.

Procedeu-se à reformulação do instrumento de trabalho/registo ‘*Check-List: Intervenção Hemodinâmica*’, tendo o mesmo sido apresentado sob a forma de poster nas III Jornadas do Serviço de Urgência (Apêndice nº 8), no sentido de dar a conhecer o projeto em execução a todos os profissionais presentes e comunidade em geral e recolher sugestões de melhoria. Esta foi também uma forma de validação deste documento uma vez que foi submetido à apreciação do conselho científico destas Jornadas e apresentado perante um júri, considerando eles o documento bem estruturado, com conteúdo pertinente, perceptível e bem sintetizado.

Por fim, foi sugerida a introdução de um campo em aberto para observações, chegando assim à versão final deste documento ‘*Check-List: Intervenção Hemodinâmica*’ (Apêndice nº 9).

Objetivo - Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico com necessidade transporte inter-hospitalar para realização de intervenção hemodinâmica através da criação de uma Instrução de Trabalho que normalize a utilização da ‘*Check-List*’, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente;

Para a concretização do terceiro objetivo, para além da pesquisa bibliográfica sobre a temática foi também elaborada uma Instrução de Trabalho com o intuito de normalizar a utilização da ‘*Check-List: Intervenção Hemodinâmica*’ (Apêndice nº 10).

Tal como planeado, foi realizada uma sessão de formação para dar conhecimento a todos os enfermeiros e médicos da UCIDEM do PIS em desenvolvimento, bem como deste novo instrumento de trabalho/registo a par da sua aplicabilidade e instruções de preenchimento (Apêndice nº 11). Conforme apresentado em plano de sessão, esta tinha como objetivo principal apresentar de forma sucinta o PIS desenvolvido, e como objetivos específicos:

- dar a conhecer à equipa de enfermagem e médica a '*Check-List: Intervenção Hemodinâmica*', bem como a Instrução de Trabalho elaboradas;
- uniformizar procedimentos aquando do transporte inter-hospitalar do doente crítico com necessidade de intervenção hemodinâmica;
- contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e aumento da segurança destes doentes antes, durante e após o transporte inter-hospitalar.

No decorrer da sessão de formação foi apresentada a '*Check-List*' e discutido o seu conteúdo tendo sido unânime a pertinência deste.

A avaliação final de um projeto é aquela na qual é feita avaliação do processo e do produto final do projeto. Toda esta etapa deve conceder os elementos necessários ao projeto de forma a melhorar a coerência, ou seja, a relação entre o projeto e o problema, a eficiência, no que respeita à gestão dos recursos e meios tendo em conta os objetivos traçados, bem como a eficácia, correspondendo esta à relação entre a ação e os resultados (Ruivo *et al*, 2010).

No final da sessão foi feita a avaliação da mesma (avaliação do processo) solicitando-se o preenchimento de um questionário em que é avaliada a sessão e o formador (Apêndice nº 12), contemplando uma escala de avaliação de insuficiente, médio, bom até muito bom. Esta modalidade de avaliação da sessão é orientada para os formandos, pretendendo desta forma confirmar a concretização dos objetivos propostos na sessão bem como captar a atenção dos formandos para o tema em destaque. Com este questionário pretendeu-se ainda a colaboração dos mesmos na implementação das estratégias de formação a adotar no futuro, bem como, avaliar o desempenho quer dos formadores quer da própria sessão de formação, tendo sido feita uma análise dos resultados obtidos (Apêndice nº 13), que nos revela uma apreciação positiva da mesma por parte dos participantes, tendo comparecido à sessão de formação 15 enfermeiros da UCIDEM, incluindo a responsável de serviço.

Foi feita a sugestão por uma colega que, dada a informação e os acontecimentos que este documento poderia relatar, seria de todo pertinente que ele voltasse ao serviço e ficasse arquivado no processo do doente, independentemente do doente voltar ao serviço de origem ou não. Esta opinião foi partilhada por mais elementos da equipa, tendo-se procedido a sua incorporação na Instrução de Trabalho.

Por último, foi enviada toda esta documentação ao Diretor do Serviço que formalizou o pedido de autorização ao Conselho de Administração para implementação da na '*Check-List*' na UCIDEM. A partir daqui, seguirá o desígnio institucional, entrando no circuito habitual de homologação, para que possa ser colocado em prática.

A avaliação do produto final do projeto será feita *à posteriori*, através de auditorias periódicas à verificação do preenchimento da 'Check-List' aquando do transporte inter-hospitalar do doente crítico cardíaco.

Segundo a OM &SPCI, "o controlo da qualidade do transporte e o respeito pelas normas de boa prática nesta matéria devem ser alvo de acompanhamento e auditoria" (OM &SPCI, 2008, p.12)

As auditorias serão realizadas trimestralmente, por enfermeiros auditores perviamente definidos e consistirão na consulta dos processos dos doentes que necessitaram de transporte inter-hospitalar para realização de uma intervenção hemodinâmica, independentemente da instituição para onde se deslocaram. Preconiza-se o cumprimento dos procedimentos estabelecidos, definindo-se como indicador o preenchimento da 'Check-List: Intervenção Hemodinâmica' em pelo menos 80% dos transportes ocorridos. Anualmente será elaborado um relatório onde conste a análise dos dados obtidos e a necessidade, ou não, de implementação de medidas corretivas.

Após a concretização de todas as atividades delineadas no planeamento, que deram resposta aos objetivos propostos, concluímos que foram cumpridos todos os objetivos deste PIS e concretizada a sua execução com sucesso. Com a elaboração desta 'Check-List' acreditamos ter conseguido um contributo válido para o estabelecimento de uma conduta profissional assente na prestação de cuidados seguros, de qualidade, com base na evidência científica, no decorrer de todo o processo de transporte inter-hospitalar do doente crítico com necessidade de intervenção hemodinâmica.

2.2.6 Divulgação Dos Resultados

No que concerne à divulgação dos resultados, este consiste "num dever ético do investigador" (Martins, 2008, p.65)

De acordo com a OE "a Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação" (OE, 2006 a, p.1).

Neste sentido, e "tendo em conta que a Investigação pretende acrescentar conhecimento à comunidade científica, revela-se fundamental a divulgação dos resultados, para que seja possível ter acesso aos mesmos" (Ruivo, *et al*, 2010, p.34).

Também a OE recomenda que se incentive a divulgação dos resultados da investigação e se criem nos contextos condições favorecedoras da aplicação dos mesmos (OE, 2006 a).

Na divulgação dos resultados há que ter em conta a inclusão de determinada informação, particularmente, deverão ser enunciadas as limitações do projeto e a possibilidade ou não dos resultados serem generalizados, bem como a existências de questões em aberto possibilitando a realização de outros estudos que concorram para a clarificação dessas questões ou em outros contextos, resultando assim em ganhos verdadeiramente pertinentes (Martins, 2008). De acordo com o mesmo autor, a divulgação dos resultados pode ser concretizada de várias formas, através da publicação em formato papel ou eletrónica ou sob a forma de posters, comunicações, relatórios ou eventos científicos.

De salientar que, no decorrer deste PIS foi realizado um poster científico, como referido anteriormente, dando assim a conhecer aos colegas da ULSNA e à comunidade em geral o projeto que estava a ser desenvolvido.

Por fim, e no sentido da divulgação do presente PIS, foi elaborado um artigo científico (Apêndice nº 14), já enviado à redação de uma revista científica, aguardam-se a sua publicação.

3. ANÁLISE DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O conceito de competência tem vindo a evoluir ao longo dos tempos, podendo ter vários significados de acordo com o contexto em que é utilizado.

A OE, reportando-se ao enfermeiro de cuidados gerais, afirma que a competência refere-se “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (OE, 2002, p.16). Mais tarde, em 2011, a OE afirma que “pela certificação destas competências assegura-se que um enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas em todos os níveis de prevenção” (OE, 2012 a, p.2)

Para Nunes, a competência profissional é multidimensional pois baseia-se naquilo que cada um espera ou considera que os outros valorizam na sua ação, estando constantemente a ser modificada pelas experiências vividas e refletidas. Apesar da influência dos outros neste processo, a mesma autora considera que este é um “processo individual pois a dimensão do ser e tornar-se, desenvolve-se de uma forma singular em cada um” (Nunes, 2013, p.2)

Assim sendo, consideramos que a aquisição de competências se traduz num processo dinâmico, em que, para se adquirir determinada competência é necessário mobilizar recursos individuais tais como os conhecimentos anteriormente adquiridos, referencial de valores, atitudes e capacidades individuais, concretizando-as num determinado contexto. Dado este ser um processo dinâmico, pressupõe uma interação constante entre a pessoa e o contexto da prática assumindo portanto que a aquisição de competências é um processo em constante configuração.

Neste capítulo explanamos o processo de aquisição de competências do enfermeiro especialista, quer as comuns, quer as específicas, de acordo com o campo de intervenção definido para cada área de especialidade, neste caso as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, e por último, as competências de Mestre. Esta análise, ao proporcionar uma reflexão sobre o que foi a totalidade das realidades vivenciadas, permite identificar saberes assimilados e experiências adquiridas nos diferentes contextos. Através deste trabalho retrospectivo identificámos não só

os acontecimentos significativos no decorrer da prática clínica, mas também outros adquiridos anteriormente que, muitas das vezes, tendem a ser esquecidos ou até desvalorizados, pois por vezes não se tem consciência do valor das aprendizagens até ao momento em refletimos sobre elas.

3.1 ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização partilham um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados (primários, secundários ou terciários). Essas competências são diariamente demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2011 a).

As competências comuns abrangem quatro domínios de competências: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; Domínio da melhoria contínua da qualidade; Domínio da gestão dos cuidados e Domínio das aprendizagens profissionais, que passamos analisar detalhadamente.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Segundo o artigo 8º do REPE, no exercício das suas funções, o enfermeiro deve respeitar os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, seguindo uma conduta responsável e ética (OE, 2015 a)

É da responsabilidade do enfermeiro especialista **desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção**, prestando cuidados de forma segura e profissional. Estes devem assentar em sólidos conhecimentos do domínio ético-deontológico e tendo em conta as preferências do utente, promovendo a autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados em saúde. (OE, 2011, a).

A dimensão ética da enfermagem compreende a dimensão moral, isto é, o respeito, o serviço, a competência e a justiça, que os outros esperam de nós, Enfermeiros. O objetivo da deontologia é proteger os direitos das pessoas e alicerçar a ação do profissional. O Código Deontológico dos Enfermeiros descreve, com base em fundamentos éticos, princípios profissionais orientadores da nossa prática, valores que servem de critério na tomada de decisão e deveres correspondentes às normas e condutas do agir.

Durante este estágio foram sempre tidos em conta os princípios básicos da ética, o direito de igualdade, não maleficência e beneficência, respeitando sempre o outro enquanto ser humano tendo sempre em consideração as escolhas do doente e da sua família. Ao longo dos dois Estágios foram constantes os momentos dedicados ao diálogo e reflexão das atividades previamente desenvolvidas quer com as enfermeiras orientadoras, quer com os outros elementos da equipa interdisciplinar, o que permitiu a consolidação de conhecimentos e contribuiu de forma significativa para a tomada de decisão consciente e fundamentada.

Segundo Martins, “toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes” (Martins, 2008, p.66). Segundo o mesmo autor, o investigador deve ter uma consciência ética, bem formada e humildade, de pedir apreciação e autorização para consecução do projeto a uma Comissão de Ética. De ressaltar que para a elaboração deste Relatório Final, e desenvolvimento do PIS, foi pedido parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora tendo este sido favorável (Anexo nº 3). Para a implementação do PIS na UCIDEM do HDJMG foi pedida autorização ao Conselho de Administração, que pediu parecer ao Conselho de Ética da ULSNA, para a consulta de dados, sendo este positivo, após garantia do cumprimento dos princípios éticos inerentes a um projeto desta natureza (Apêndice nº 15). Ficaram ainda salvaguardadas as questões da confidencialidade dos dados colhidos, uma vez que estes foram apenas consultados a partir das bases de dados e trabalhados estatisticamente por um só investigador, sendo que o resultado final não contém qualquer informação que possa levar à identificação por parte de terceiros dos doentes submetidos ao transporte.

No decorrer da sua prática especializada, o enfermeiro deverá **promover práticas de cuidados que respeitam os Direitos Humanos e as responsabilidades profissionais.**

Tal como preconizado pela OM & SPCI (2008), o transporte inter-hospitalar tem de ser visto como uma extensão dos cuidados de saúde e a qualidade dos cuidados prestados durante todo o processo de transferência deve manter-se ao nível da existente na unidade. Assim sendo, é dever do enfermeiro especialista agir em defesa e proteção dos Direitos Humanos, gerindo de forma apropriada práticas de cuidados que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do doente.

Segundo o Código Deontológico alínea a) do Artigo nº 104, o enfermeiro deve “co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atraso no diagnóstico da doença e respetivo tratamento” (OE, 2015 a, p.83). A alínea d, nº 4, Artigo 5º do REPE, refere que “os cuidados de enfermagem são caracterizados, por englobarem, entre outros, de acordo com o grau de dependência da pessoa, o encaminhamento para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou a promoção da intervenção

de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro” (OE, 2015 a, p.100).

Consideramos portanto ter agido de acordo os pressupostos éticos que nos regem, quer na elaboração do PIS quer no decorrer dos estágios realizados, promovendo sempre uma prática de cuidados que respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, pelo que concluímos ter adquirido a competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Segundo a OE (2012, b), a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional que exige reflexão sobre a prática. Os intervenientes são todos os profissionais de saúde e todos os recetores dos cuidados de saúde. O maior desafio passa por desenvolver estratégias e projetos que promovam a melhoria dos cuidados de saúde, mas que esses projetos sejam incorporados no dia-a-dia da instituição de modo a que façam parte da rotina. Conscientes que compete ao Enfermeiro Especialista **conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade**, várias foram as atividades desenvolvidas que concorreram para tal.

No decorrer deste estágio foi elaborado um Projeto de Intervenção em Serviço que partiu de uma necessidade identificada na UCIDEM: a ausência de documento homologado que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica aquando do seu transporte inter-hospitalar. O Projeto visou o desenvolvimento de um instrumento de trabalho/registo ‘*Check-List: Intervenção Hemodinâmica*’, um modelo que pretende garantir a fiabilidade da informação transmitida e permitir a continuidade dos cuidados prestados ao doente com maior segurança e celeridade durante todo o processo de transferência, uma vez que contém informações pertinentes sobre a atual situação clínica do doente, a preparação realizada para a intervenção a que será submetido e registo de ocorrências durante o transporte, entre outros. A apresentação da ‘*Check-List*’ sob a forma de poster nas Jornadas do Serviço de Urgência e a toda a equipa da UCIDEM, bem como as opiniões favoráveis obtidas contribuíram para a consolidação deste projeto, afirmando a sua qualidade.

Concluo que o Projeto desenvolvido visa a melhoria contínua dos cuidados prestados ao doente crítico antes, durante e após o transporte inter-hospitalar, **criando e mantendo um ambiente terapêutico e seguro** e contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A promoção da segurança do doente e da sua família foi também uma constante ao longo dos dois estágios. Para tal foram sempre cumpridos os protocolos existentes na instituição e no serviço com o intuito de favorecer um ambiente o mais seguro possível ao doente e sua família, como é o caso dos que visam o controlo de infeção e administração segura da terapêutica.

Foi também promovido um ambiente físico e psicossocial gerador de segurança e proteção do doente e sua família, identificando e corrigindo precocemente situações que pudessem colocar em risco a segurança do doente, como é o caso da contenção física dos doentes entubados com tubo oro-traqueal e pouco sedados ou mesmo reativos aos nossos cuidados.

Creemos pois ter **desempenhado um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais**, colaborado em programas de melhoria contínua da qualidade e ter criado e mantido um ambiente terapêutico e seguro no decorrer de toda a prática clínica pelo que consideramos adquiridas as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.

Domínio da Gestão dos Cuidados

Durante os dois estágios, apercebemo-nos da importância, exigência e influência da área da gestão na prestação direta de cuidados, pelo que tivemos sempre presente que é competência do Enfermeiro Especialista **gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, bem como a articulação da equipa multiprofissional**.

A tomada de decisão no processo de cuidados bem como a orientação e supervisão de tarefas delegadas, contribuiu favoravelmente para a garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados. Para tal é necessário identificar precocemente necessidades e condições prévias do doente que necessitam de encaminhamento para outros profissionais da equipa multidisciplinar, ou para outras instituições de saúde. No caso particular do doente com EAM, o encaminhamento deste para os locais onde estão disponíveis os recursos adequados à sua situação, o mais precocemente possível, torna-se fundamental para o desenrolar de todo o seu processo terapêutico.

O desenvolvimento do PIS elaborado, com o intuito de uniformizar procedimentos aquando do transporte inter-hospitalar do doente crítico cardíaco implicou o envolvimento de

toda a equipa, nomeadamente de enfermeiros, médicos, responsável de serviço, conselho de administração e conselho de ética.

Para que uma organização funcione com eficiência e eficácia necessita de uma boa gestão de recursos, quer materiais quer humanos. Para Pinto (2006), a gestão consiste “na coordenação das atividades, dos profissionais e dos recursos de uma organização ou de uma parte, com vista à prossecução dos respetivos objetivos e, eventualmente, à definição destes” (p.297).

Ao longo do contexto da prática, foram constantes a gestão de tempo e dos recursos humanos e materiais, com vista à otimização dos cuidados prestados. No Estágio Final, no âmbito da gestão de cuidados de saúde, juntamente com o enfermeiro responsável de turno, participámos diariamente no preenchimento de uma ferramenta de gestão, enviada à *posteriori* ao Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos [GCL – PPCIRA]. Este é um documento preenchido manualmente em cada turno, onde são quantificados os doentes com cateteres periféricos, centrais, vesicais e úlceras por pressão, importantes indicadores para o controlo de infeção e preditores da qualidade dos cuidados.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, constituem um pilar basilar dentro de uma organização hospitalar. O êxito desta e a qualidade e segurança dos cuidados prestados depende, em grande parte, da eficácia e qualidade da gestão do seu desempenho.

No decorrer do primeiro semestre, no âmbito da unidade curricular Gestão em Saúde e Governação Clínica foi realizada uma pesquisa aprofundada, que inclui a pesquisa de artigos científicos em bases de dados, sobre ambientes favoráveis à prática que culminou num trabalho muito enriquecedor focado nas dotações seguras em enfermagem. Este conceito não se deve restringir apenas ao número de enfermeiros presentes diariamente nos serviços, mas incluir outras variáveis como a “carga laboral, ambiente de trabalho, complexidade dos doentes, nível de qualificação dos enfermeiros, combinação do pessoal de saúde, eficiência e eficácia em termos de custos e ligação dos resultados dos doentes e de enfermagem” (OE, 2006 c, p.5).

A adequada dotação de enfermeiros, conjuntamente com o seu nível de qualificação e o seu perfil de competências “são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações” (OE, 2014, p.30247). As dotações seguras em enfermagem são essenciais para se prestarem cuidados adequados às necessidades dos doentes, manifestando-se ao nível dos resultados obtidos nos doentes, enfermeiros e organizações de saúde (ICN, 2006). Estas constituem

um importante preditor da segurança e qualidade dos cuidados e um indicador de extrema relevância para os utentes, enfermeiros, gestores hospitalares e políticos.

São várias as escalas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, constituindo estas uma ferramenta de gestão importante nas instituições de saúde. Na UCIDEM foi implementado há cerca de três anos o TISS-28 – ‘*Therapeutic Intervention Scoring System 28*’, um dos instrumentos mais utilizado pelos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos, para adequar a carga de trabalho de enfermagem, permitindo a ajustar as dotações de enfermagem à gravidade clínica dos doentes internados (Catalão, 2016).

Este instrumento de trabalho tem vindo a ser atualizado e adaptado a populações específicas, no entanto mantém-se o pressuposto que o fundamenta ou seja, a uma maior gravidade do doente está relacionado um maior número de intervenções terapêuticas e consequentemente uma maior carga de trabalho para os profissionais (Catalão, 2016).

Esta escala, preenchida diariamente na UCIDEM, é constituída por sete categorias (atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e ainda intervenções específicas) subdivididas, que no conjunto perfazem um total de 28 itens, assumindo-se que cada ponto obtido corresponde a cerca de 10,6 minutos de tempo de trabalho de um enfermeiro na assistência a um doente crítico e que um enfermeiro com experiência e formação adequada, é capaz de dar resposta em média a 46 pontos, em cada turno de 8 horas.

Este tem sido considerado um método de avaliação, pois considera a especificidade de cada doente em relação à gravidade da situação e permite uma comparação de carga de trabalho entre cada doente ou grupo de doentes, sendo fácil e rápida a sua aplicabilidade. (Catalão, 2016). O TISS-28 constitui por isso uma ferramenta de gestão valiosíssima para a prática, pois permite-nos fazer diariamente uma avaliação da carga de trabalho, otimizando custos e potenciando a adequação de recursos humanos necessários à prestação de cuidados seguros e de qualidade ao doente crítico.

Pelo exposto, consideramos ter adaptado a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização dos cuidados prestados com qualidade.

Consideramos ainda ter desenvolvido uma adequada gestão dos recursos existentes às necessidades de cuidados que estes doentes requerem, otimizando a gestão dos cuidados de enfermagem em articulação com outros profissionais da equipa multidisciplinar, no sentido da melhoria dos cuidados prestados, pelo que considero adquiridas as competência no domínio na gestão dos cuidados.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O processo de formação deve ser encarado como indispensável para a otimização da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, pois favorece a troca de ideias, a partilha de experiências e a aquisição de novos conhecimentos e valores. O enfermeiro especialista deve considerar como sua a função de desenvolver e colaborar na formação realizada na respetiva organização interna do serviço, **baseando a sua praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento.**

O enfermeiro identifica as suas reais necessidades formativas tendo consciência da importância que a formação tem quer na aquisição de conhecimentos quer no desenvolvimento de competências que promovam a sua autonomia, responsabilidade e o seu pensamento. (Marques, 2015).

No decorrer de ambos os estágios participei ativamente como formadora e como formanda em ações de formação que contribuíram não só para a promoção do meu desenvolvimento pessoal e profissional como dos outros elementos da equipa.

No SU, durante o Estágio I, foi identificada no serviço uma necessidade de formação na área de prevenção e controle da infeção, no âmbito da vigilância ativa e rastreio de microrganismos multirresistentes. Na altura estava em fase final de construção um Procedimento de Qualidade pelo GCL-PPCIRA, e dado este ter sido um tema abordado em sala de aula, onde foi desenvolvido um projeto semelhante, consideramos de todo pertinente a sua apresentação a toda a equipa do SU. Foi então realizada uma sessão formativa, em colaboração com a enfermeira do PPCIRA sob o tema “Protocolo de Rastreio de Microrganismos Multirresistentes” (Apêndice nº 16), tendo bastante adesão pela equipa de enfermagem, no entanto pouca por parte equipa médica, elo fundamental na implementação de um protocolo deste género. Para colmatar esta lacuna sugere-se, num futuro próximo, o agendamento e realização de mais sessões de formação nesta área, para que possam comparecer o maior número de profissionais possível, nomeadamente da equipa médica.

Mais tarde, na UCIDEM, foi também realizada uma sessão de formação para a apresentação da, PQ 08 – Protocolo de Rastreio e Vigilância Ativa de Microrganismos Multirresistentes, já em vigor na ULSNA (Apêndice nº 17).

De ressaltar também as ações de formação frequentadas como formanda na UCIDEM, sobre “Triagem de Resíduos Hospitalares”, “Prevenção da Infeção da Ferida Cirúrgica” e ainda “Prevenção e Tratamento das Úlceras por Pressão em Unidades de Cuidados Intensivos” (Anexo nº 5).

O desenvolvimento a apresentação de todo o PIS à equipa multidisciplinar, a participação nas III Jornadas da Urgência do HDJMG com a apresentação dois Posters: ‘*Check-List: Intervenção Hemodinâmica*’ (Apêndice nº 8) e ‘*Triagem de Manchester: a afluência desmedida aos Serviços de Urgência*’ (Apêndice nº 18), a presença no V Encontro

de Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Anexo nº 6) e ainda a participação no Workshop da Abordagem da Via Aérea no Doente Crítico (Anexo nº 7), constituíram momentos muito enriquecedores para nós, pois permitiram-nos a construção de conhecimentos, através do investimento realizado quer na formação pessoal, quer na formação da equipa multidisciplinar, bem como a incorporação de novas aprendizagens na prática diária.

Para além do supra citado, no decorrer do Estágio Final, muita foi a pesquisa realizada, quer pesquisa científica nas bases de dados quer consulta dos documentos existentes no serviço, com o intuito de atuar sempre corretamente e segundo os protocolos existentes, **desenvolvendo o autoconhecimento e assertividade**. À semelhança de outros serviços, também na UCIDEM as normas, instruções de trabalho e de procedimento encontram-se disponíveis em arquivos devidamente organizados e acessíveis a qualquer profissional do serviço que necessite de consulta-las, a par de outros disponíveis na intranet.

Concluimos portanto, que todo este percurso concorreu para o estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais quer com o doente que com a equipa e contribuiu para o desenvolvimento não só de aprendizagens profissionais, como pessoais, através da pesquisa efetuada e atualização contínua dos conhecimentos tendo por base as últimas evidências no que concerne à atuação perante o doente crítico, considerando adquiridas as competências do domínio das aprendizagens profissionais.

3.2 ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Dada a diversidade de problemáticas em saúde, situações cada vez mais complexas, bem como a qualidade exigida na prestação de cuidados pautada pelos padrões de qualidade, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica dever-se-á assumir como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados, diferenciados e de qualidade, desempenhando assim, um papel fundamental na sua intervenção, junto do doente, no sentido de antever e prevenir possíveis complicações. Os cuidados de enfermagem ao doente crítico exigem “observação, colheita e procura contínua de forma sistematizada e sistémica de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, e de assegurar uma intervenção concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2011 b, p. 8656). Considera-se assim que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: a

Pessoa em Situação Crítica, 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 um profundo conhecimento no domínio específico, elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências, segundo o campo de intervenção, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (OE, 2011, a).

Neste âmbito explanámos agora o processo de aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, apresentadas no Regulamento 124/2011 (OE, 2011,b). De acordo com este, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que **cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.**

Como referido anteriormente, o doente crítico é aquele cuja sobrevivência está dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas (OM & SPCI, 2008). Perante uma pessoa a vivenciar situações de doença crítica e/ou falência orgânica, o enfermeiro deve mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas e altamente qualificadas para dar resposta em tempo útil e de forma holística, ajudando-o no restabelecimento das funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à recuperação total (OE, 2011, b).

Tendo em conta a complexidade dos cuidados e dos múltiplos procedimentos invasivos em situações de doença crítica, que podem marcar a diferença entre a vida e a morte, a atualização constante de conhecimento e o treino são fundamentais e condicionam ativamente uma prestação de cuidados objetiva e eficaz (OM & SPCI, 2008). Dado ao longo do percurso profissional percorrido ter sido pouco o contato com o doente crítico, sentimos frequentemente a necessidade de realizar pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar conhecimentos que nos permitissem prestar e planear melhor os cuidados de enfermagem, no decorrer de ambos os estágios. Neste contexto, na UCIDEM, tivemos oportunidade de prestar cuidados ao doente crítico com diversas patologias, entre elas: edema agudo do pulmão, doentes em pós-paragem cardiorrespiratória, fascite necrosante, arritmias (taquicardia, bradicardia, fibrilhação auricular), síndromes coronárias agudas (status pós enfarte agudo do miocárdio), doentes com quadro de sépsis, acidente vascular cerebral, vítimas de trauma, e doentes cirúrgicos (pós- operatório de colectomias, peritonites, entre outras).

Na área de saúde, a tecnologia pode ser entendida segundo dois aspetos: materiais/equipamentos e de conhecimentos. As unidades de cuidados intensivos são caracterizadas

por um grande suporte tecnológico, entre eles, os dispositivos de monitorização hemodinâmica, destacando-se os métodos invasivos, tais como a pressão venosa central (Silva & Lage, 2010). Os doentes em estado crítico necessitam de uma constante vigilância, pois frequentemente têm alterações ou risco potencial de doença ou complicações cardiovasculares, sendo exigido dos enfermeiros competências na avaliação da função cardíaca, bem como de todos fatores com ela relacionada. O reconhecimento precoce de patologias potencialmente fatais torna-se essencial para uma atuação eficaz (Silva & Lage, 2010).

Numa UCI a vigilância do doente crítico é realizada de forma constante. Todos os doentes internados na UCIDEM estão monitorizados de forma contínua, facilitando e agilizando todo o processo de deteção da ocorrência de alguma instabilidade hemodinâmica. Ainda assim, é de realçar a importância da atenção constante e da importância atribuída a pequenos detalhes, como a otimização da monitorização e programação dos alarmes no monitor, no sentido de detetar sinais e sintomas que permitam identificar eventuais focos de instabilidade por forma a responder aos mesmos, em tempo útil e eficazmente.

Os registos são essenciais no decorrer da prática de enfermagem. Esta importância é evidenciada no Artigo 104.º do Código Deontológico, quando refere que no respeito do direito ao cuidado de saúde, o enfermeiro tem o dever de assegurar a continuidade dos cuidados, através do registo fidedigno das observações e intervenções realizadas (OE, 2015 a). Além disso, permitem *a posteriori* a avaliação desses mesmos cuidados, abrindo caminhos para a investigação e otimização da gestão de serviços. Os registos de sinais vitais, na UCI, são realizados no mínimo de hora a hora, tais como: a frequência cardíaca, a tensão arterial, saturação periférica de oxigénio, e se necessário, dor e glicémia. Através destes registos horários e a constante vigilância destes parâmetros, percebemos como o doente está a responder aos procedimentos e terapêuticas aos quais está a ser submetido, permitindo uma adequação dos mesmos, evitando o agravamento do estado do doente e otimizando resultados.

Relembrando a Teoria da Incerteza na Doença, de Mishel, que nos descreve não só o fenómeno experimentado por indivíduos a vivenciar uma doença aguda ou crónica, e pelas suas famílias, mas também a forma como a incerteza pode ativar os diferentes tipos de 'coping' para ajudar a lidar com a situação. Para que isso ocorra, é necessário que os prestadores de cuidados lhes forneçam suporte e apoio, sendo credíveis e seguros e lhes transmitam esperança, centrando-se no reconhecimento da incerteza e na sua gestão, através da capacidade de formação de pensamento probabilístico (Tomey & Alligood, 2004). Este requer por parte do enfermeiro uma avaliação e apreciação minuciosas da incerteza no

doente e sua família, e uma intervenção dirigida que promova o processo de adaptação à nova situação.

Dando destaque ao diagnóstico de uma doença coronária aguda, consideramo-lo gerador de grande ansiedade no doente/família. Este tem habitualmente um impacto tremendo e inesperado, quer pela situação aguda em si, quer mais tarde pelas alterações que terão que ocorrer na vida do doente. A necessidade de alterar hábitos de vida, nomeadamente ao nível da alimentação e exercício físico, e ainda ter que aderir a um regime medicamentoso e conviver com algum tipo de incapacidade, altera toda uma vida e a forma de pensar do indivíduo. Estas alterações repercutem-se não só a nível individual, como ao nível familiar, social e económico, este último causado não só pelos custos diretamente relacionados com tratamento da doença mas também por outros que possam advir a nível laboral derivados a diminuição da força, incapacidade ou perda de produtividade.

No decorrer do Estágio I, no SU, foram vários os casos de pessoas com EAM que tivemos oportunidade de acompanhar, desde a sua chegada à sala de Emergência, até à sua transferência para outra instituição hospitalar ou para o internamento em SO. Este evento agudo e inesperado gerador de grandes incertezas no doente e sua família requereu de nós uma abordagem sistematizada e holística, bem como uma escuta ativa e o desenvolvimento de relação terapêutica eficaz, fornecendo-lhes toda a informação pertinente e fundamental para que, aos poucos, fossem assimilando a realidade, promovendo assim a aceitação e adaptabilidade à nova situação, minimizando e respondendo às suas incertezas.

No decorrer da Unidade Curricular Médico-Cirúrgica 4 foram-nos ministrados conteúdos muito pertinentes para a prestação de cuidados ao doente crítico, destacando-se o curso de SBV (Anexo nº 5) e SAV (Anexo nº 6), bem como o de Trauma/Pré-Hospitalar, este último ministrado pela Corporação dos Bombeiros Sapadores de Setúbal. Em Setúbal estivemos dois dias muito intensos que nos deram uma pequena amostra do que é trabalhar no terreno em situações de emergência, nomeadamente em busca e salvamento de vítimas encarceradas em destroços de edifícios, em poços e por acidente de viação com motociclos e automóveis. Esta abordagem foi facilitadora de novas aprendizagens pois experienciámos vários papéis no seio das equipas, nomeadamente o de *'team leader'* em situação de emergência, neste caso, com vítimas de trauma. Este desempenha um papel crucial na distribuição e organização da equipa e de todo o processo de abordagem à pessoa em situação crítica, devendo assumir uma postura firme, calma e assertiva, fundamental em situações desta natureza.

Esta variedade de contextos permitiu-nos adquirir e atualizar conhecimentos nesta área tão específica que é a do doente crítico, com vários níveis de complexidade estando sempre despertos e alerta para a deteção de sinais e sintomas de agravamento súbito desses mesmos doentes, acompanhando e informando adequadamente quer o doente quer os seus familiares, desde a sua chegada ao serviço até à sua alta ou transferência para outro serviço (intra-hospitalar) ou para outro hospital (inter-hospitalar), pelo que consideramos adquirida a competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Refletindo agora sobre a segunda competência específica, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que **dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.**

A proteção civil é uma atividade desenvolvida não só pelo estado e autarquias mas por todos os cidadãos e entidades públicas e privadas, com a finalidade de prevenir riscos coletivos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, atenuar os seus efeitos e proteger e socorrer as pessoas e bens em perigo, quando essas situações ocorrem (Autoridade Nacional de Proteção Civil [ANPC], s.d.). Os planos de emergência da proteção civil são elaborados de acordo com a diretiva da comissão nacional de proteção civil relativa aos critérios e normas técnicas para a elaboração e operacionalização de planos de emergência de proteção civil (Resolução n.º 25/2008). Os planos de emergência da Proteção Civil classificam-se em gerais ou especiais. Denominam-se gerais quando se tratam de planos elaborados para enfrentar a generalidade das situações de emergência que se admitem em cada âmbito territorial e administrativo. Consideram-se especiais os planos elaborados com o objetivo de serem aplicados quando ocorrem acidentes graves e catástrofes específicas, cuja natureza requer uma metodologia técnica e/ou científica adequada cuja ocorrência no tempo e no espaço seja possível com elevada probabilidade ou mesmo tendo baixa probabilidade associada, possa vir a ter consequências inaceitáveis. Para além da classificação de acordo com a natureza da especificidade, os planos de emergência de proteção civil denominam-se municipais, distritais, regionais ou nacionais, de acordo com a extensão territorial da situação visada (ANPC, s.d.).

A ULSNA tem em vigor um Plano de Emergência Interna, cujo objetivo é garantir a segurança de pessoas e bens, a par do restabelecimento o mais rápido possível da atividade laboral. O Plano de Emergência Interna foi criado em articulação com a Comissão Nacional de Proteção Civil e é composto por um conjunto de procedimentos e de instruções abrangentes, simples e práticas, devendo ser do conhecimento de todos os funcionários da

instituição hospitalar. Cabe a cada serviço/ unidade de cuidados desta instituição adequar as especificidades de cuidados inerentes aos doentes internados, para que, em caso de emergência, todos os doentes, famílias, acompanhantes e funcionários sejam evacuados para os pontos de encontro definidos no Plano de Emergência Interna, em tempo útil, de forma organizada e em segurança.

No decorrer do Estágio I tivemos a oportunidade de verificar as especificidades do Plano de Emergência Interna no SU, dado este ser a “porta de entrada” das vítimas em situação de catástrofe. Tal como recomendado, este serviço está dotado de ‘kits’, devidamente preparados para uma atuação rápida em situação de emergência, que contêm já as requisições de análises e tubos para a colheita, etiquetas e pulseira para identificação das vítimas.

Felizmente, as situações de catástrofe são raras nesta região, mas quando ocorrem têm extrema gravidade, pelo que toda a equipa deve estar preparada, isto é, informada e formada para agir em consonância com o estipulado no Plano de Emergência Interna em articulação com a segurança do hospital e com os profissionais da área, por forma a minimizar os danos e eventuais falhas. Este hospital disponibiliza ainda aos seus funcionários, através da Intranet, normas de procedimento importantes e folhetos informativos tais como “Procedimentos de Evacuação em edifícios tipo hospitalar”, entre outros.

Foi na unidade curricular Médico-Cirúrgica 3 que tivemos o primeiro contacto com as orientações nacionais e internacionais relativamente ao modo de atuação dos vários organismos, serviços e estruturas em situações de catástrofe. Foram abordados os vários tipos de Triagem, primária e secundária, nomeadamente a START (*Simple Triage and Rapid Treatment*), um método simples e rápido, muito utilizado em contexto de catástrofe, que se baseia na avaliação da respiração, circulação e nível de consciência, dividindo as vítimas em quatro prioridades, utilizando cartões coloridos para definir cada uma dessas prioridades (INEM, 2012).

A avaliação dessa unidade curricular culminou numa revisão da literatura com a elaboração de um trabalho de grupo, um poster subordinado ao tema Triagem de Manchester: a afluência desmedida aos Serviços de Urgência (Apêndice nº 18). No sentido de dar conhecimento do trabalho desenvolvido nesta unidade curricular, fizemos questão de o apresentar nas III Jornadas da Urgência do HDJMG, por considerarmos este um tema atual, pertinente e enquadrado na temática destas.

Por último concluímos que, na ausência de uma situação de catástrofe, a evidência desta competência ficou condicionada a conteúdos mais teóricos. Considero que toda a pesquisa efetuada, os documentos vigentes consultados e as atividades desenvolvidas

concorreram para o cumprimento do objetivo proposto, conhecer os planos de catástrofe e de emergência em vigor na instituição e no serviço, e nos deram a sustentação necessária à aquisição e consolidação da competência K2 - dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação.

É ainda da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem-Médico-Cirúrgica **maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**

Atualmente a preocupação com a prevenção e controlo de infeção é uma prática diária, inerente à prestação de cuidados de saúde, seja qual for o contexto da prática. As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde [IACS], anteriormente denominadas como infeções nosocomiais ou infeções hospitalares, e a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos constituem um problema de importância crescente à escala mundial, transversal a qualquer instituição de saúde, ao qual ninguém pode ficar alheio (DGS, 2017c).

De acordo com a DGS, uma IACS é uma “infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2007, p.4). As IACS têm portanto um enorme impacto quer no doente afetado, quer nos cuidadores e nas instituições. “As IACS agravam o prognóstico da doença de base, prolongando os internamentos, associando mais doenças às que já estavam presentes, aumentando a mortalidade. Simultaneamente aumentam os custos” (DGS, 2017c, p.19).

Todos os anos, centenas de milhões de doentes são afetados por IACS. Segundo dados disponíveis pela WHO, na Europa, a cada ano, mais de 4 milhões de pacientes são afetados por cerca de 4,5 milhões de episódios de IACS, que causam 16 milhões de dias extras de internamento, 37 mil mortes e custam cerca de 7 biliões de euros por ano.

Atualmente, em Portugal encontra-se em vigor o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. “Um dos objetivos fundamentais do Programa é a redução das taxas de IACS, através da prevenção e do controlo da sua transmissão” (DGS, 2017c, p. 7). De acordo com o mesmo, as taxas de infeção são periodicamente avaliadas através de estudos de prevalência, facultando dados do número total de infeções adquiridas pelos doentes internados num determinado período de tempo. Os últimos estudos de prevalência de IACS, realizados em 2017 em Hospitais e Unidades de Cuidados Continuados Integrados, revelam-nos um decréscimo destas, 7,8%

comparativamente aos 10,5% apurados em 2012, no entanto ainda acima da média europeia.

Embora não constituem um problema novo, as IACS assumem particular relevância na pessoa em situação crítica (OE, 2012,a). Os avanços da tecnologia permitiram a prática de procedimentos cada vez mais invasivos, elevando o número de doentes submetidos a terapêutica imunossupressora e antibioterapia, o que aumenta o risco de infeção. Atendendo à sua importância, torna-se fundamental o desenvolvimento de competências relacionadas com o controlo de infeção hospitalar.

Controlar uma infeção significa conhecer a situação real do problema para poder implementar medidas adequadas para o solucionar ou orientar para um caminho mais seguro. Quando identificado um portador de uma bactéria multirresistente, este deve ser de imediato colocado em isolamento de acordo com a via de transmissão e junto dele é colocado todo o material mais utilizado, de forma individualizada. Durante este estágio tive oportunidade de realizar ensinamentos aos familiares e visitas sobre esta temática e implicações para o doente/família, bem como os equipamentos individuais de proteção que deveriam utilizar.

Foi importante a aquisição de competências nesta área pois é nestes pequenos detalhes que os enfermeiros marcam a diferença minimizando a propagação de microrganismos, pela adoção de boas práticas e pela comunicação de medidas preventivas a adotar através do ensino às famílias e ações de formação aos pares.

A aprendizagem é um processo dinâmico de aquisição de saberes e competências, e está diretamente relacionada com as mudanças de atitudes, de conhecimento, de comportamento e do pensamento. (Marques, 2015).

No decorrer do Estágio Final foi identificada na UCIDEM uma necessidade de formação na área de prevenção e controlo da infeção e elaborada uma sessão formativa que desse resposta a essa necessidade, com o intuito de partilhar com os restantes elementos da equipa os conhecimentos adquiridos, nomeadamente em relação ao último procedimento de qualidade emanado pelo GCL-PPCIRA da ULSNA, PQ8- Rastreio e Vigilância Ativa de Microrganismos Multirresistentes, apresentando-o numa sessão de formação planeada e ministrada em colaboração com a enfermeira orientadora e a enfermeira do GCL - PPCIRA deste Hospital. (Apêndice nº 17) Este foi um tema que despertou a atenção quer pela sua importância no decorrer da prestação de cuidados quer por já ter sido abordado nas Unidades Curriculares teóricas, onde tinha sido concebida e apresentada em sala de aula uma estratégia muito semelhante a esta, apresentada posteriormente também no SU, no decorrer do Estágio I (Apêndice nº 16), pois na altura ainda estava em construção a PQ-08, havendo essa lacuna na ULSNA. Ocorre assim a articulação entre a teórica e a prática,

culminando com a apresentação deste procedimento de qualidade, atualmente em vigor na ULSNA, a toda a equipa da UCIDEM.

No decorrer do Estágio Final participámos ainda como formandos em várias ações de formação que ocorreram da UCIDEM, no âmbito desta temática, nomeadamente Gestão e Triagem de Resíduos Hospitalares e Prevenção da Infecção da Ferida Cirúrgica (Anexo nº 2), que nos permitiram relembrar procedimentos simples mas com muitos ganhos em saúde.

Em última análise consideramos que, ao longo de todo este percurso, ficou consolidada esta competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a K3, pois foi tido em conta desde o primeiro momento o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, a complexidade das situações e a 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 ou falência orgânica, atuando em conformidade na prevenção e controlo da infeção.

3.3 ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

No decorrer desta análise às competências do grau de Mestre não nos podemos distanciar da reflexão e argumentação efetuadas anteriormente pois consideramos que existe uma forte relação entre as competências do Enfermeiro Especialista e do Mestre em Enfermagem constituindo esta um elemento promotor da aquisição dessas mesmas competências.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 63/2016, que procede a alterações das normas legais que regulam os cursos técnicos superiores, fazendo uma revisão e republicação do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março que define os graus académicos e diplomas do ensino superior, entre outros, o grau de mestre, sendo este conferido aos que demonstrem **possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde**”, bem como, possuir conhecimentos que **“permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.”**

Ao longo de todo o percurso profissional, dada a diversidade de experiências vividas, várias foram as necessidades de formação sentidas e o investimento feito na autoformação através da frequência de formações em serviço, congressos e jornadas, culminado no curso de mestrado em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica. Este, para além de um projeto profissional, constitui um plano

peçoal para a dotação de competências específicas nesta área que nos conduza à excelência do exercício da profissão.

“Cada Enfermeiro identifica quais são as suas necessidades formativas (profissionais), porque reconhece que a formação tem um papel primordial e básico quer na aquisição de conhecimentos quer no desenvolvimento de competências, promovendo a sua autonomia, o seu pensamento crítico, tornando-o mais responsável e potenciando a qualidade e excelência das suas intervenções”. (Marques, 2015, p.56).

Autoformação apresenta-se-nos como uma componente essencial ao desenvolvimento profissional e pessoal do indivíduo. O conhecimento constrói-se a partir da busca de respostas aos problemas/ incertezas que nos vão surgindo no dia-a-dia, incorporando-as nas nossas experiências e vivências. A formação, independentemente da idade em que ocorra implica uma troca e aquisição de conhecimentos, de atitudes e de experiências, constituindo estas o recurso mais rico da aprendizagem de adultos. É através desta que o enfermeiro desenvolverá competências que lhe permitam **uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo**.

“Na posse desses saberes associados à constante atualização dos resultados da investigação, da evidência científica, o Enfermeiro dá juz à sua profissão em constante evolução” (Marques, 2015, p.56).

De acordo com NCE/14/01772, que regulamenta o ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem pela Universidade de Évora, o Mestre em Enfermagem deverá ser capaz de iniciar, contribuir, desenvolver e disseminar a investigação concorrendo assim para a promoção de uma prática de enfermagem baseada na evidência.

Segundo a OE “a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades” (OE, 2006 a, p.1). O conhecimento produzido pela Investigação em Enfermagem deve concorrer para uma prática baseada na evidência, melhorando assim a prestação de cuidados, otimizando os resultados em saúde. (OE, 2006 a).

Essas competências de investigação evidenciaram-se quer na pesquisa efetuada e nos trabalhos realizados ao longo dos dois primeiros semestres do curso, maioritariamente teóricos, quer posteriormente no decorrer do contexto da prática nomeadamente nas atividades desenvolvidas na implementação do PIS, conceção de um artigo científico acerca da segurança do doente no transporte inter-hospitalar do doente crítico, entre outras, culminando na elaboração deste Relatório de Estágio.

Todo o percurso realizado ao longo destes dois anos permitiu-nos a **aplicação de conhecimentos e capacidades de compreensão e de resolução de problemas em**

situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a nossa área de estudo.

Para tal contribui não só a componente prática como também a teórica facultando-nos ferramentas essenciais e transversais à prática clínica nos mais variados contextos (doente que necessita de cuidados intensivos, doente crónico agudizado num serviço de internamento, doente emergente ou mesmo transporte do doente crítico).

O enfermeiro é um dos elementos basilares de uma equipa multidisciplinar, uma vez que é este que mais próximo está do doente/família, conhecendo detalhadamente a sua situação clínica, assegurando a continuidade dos cuidados prestados através dos registos de enfermagem e da informação partilhada com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Neste âmbito, constitui também um elo de ligação entre o doente e outros profissionais da equipa multidisciplinar ou mesmo outras instituições/organizações, com o intuito de maximizar as capacidades do utente, contribuindo ativamente no seu processo de recuperação.

Como já supracitado no decorrer da análise das competências do Enfermeiro Especialista, este deverá demonstrar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão tendo por base uma indispensável conduta ético-deontológica, dotando-o das capacidades necessárias para selecionar os meios e estratégias mais adequados à resolução de problemas, bem como para a avaliação de resultados e ganhos em saúde.

As decisões que assumimos diariamente, no sentido de um agir que dê resposta às necessidades de cuidados identificadas implicam sempre uma tomada de decisão e esta não se dispensa, nem a ela podemos renunciar (Nunes, 2006). Até porque a importância do que fazemos “tem de refletir-se em qualquer tomada de decisão, inevitavelmente ligada à nossa capacidade e ao compromisso e mandato social que assumimos” (Nunes, 2006).

Segundo a mesma autora, diariamente somos confrontados com a responsabilidade do compromisso profissional, com o poder das nossas decisões e competências e com a justiça do pacto que temos para com a excelência do cuidado pela vida e pela segurança das pessoas de quem cuidamos. Para Nunes “a segurança passa: por bem fazer, de acordo com *'standards'* de excelência, conhecimentos atualizados e competências na ação; com as pessoas (dotações) certas; do modo correto; em ambiente seguro, com os meios necessários” (Nunes, 2007, p.24).

Conscientes disso, consideramos que todo o percurso desenvolvido nos **conferiu a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.**

Segundo a OE (2006 a), a Enfermagem necessita de uma produção e renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, sendo esta assegurada pela Investigação. Neste sentido, a divulgação dos resultados assume primordial importância para que toda a comunidade científica possa ter acesso aos mesmos (Ruivo, *et al*, 2010).

No decorrer de todo o Mestrado vários foram os momentos em que partilhamos os conhecimentos adquiridos e os resultados da nossa investigação, primeiro em sala de aula, com os colegas e professores de curso, mais tarde nos contextos da prática com todos os elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente nas sessões de formação realizadas quer no SU, quer na UCIDEM no âmbito do controle de infeção.

Para a concretização do PIS foi utilizada a metodologia de projeto. Esta assume-se como meio de resolução de um problema ou minimização de uma determinada necessidade na instituição, desempenhando um papel crucial no desenvolvimento de toda a equipa multidisciplinar e na melhoria dos serviços prestados quer aos doentes quer às suas famílias (Ruivo *et al*, 2010). Mas tal só acontecerá se os resultados do projeto forem divulgados a toda a comunidade e a todos os seus intervenientes. A divulgação resultados permite dar a conhecer aos outros todo o trabalho desenvolvido, o percurso traçado, a pertinência do projeto para a comunidade, bem como os ganhos em saúde, podendo vir a constituir uma mais-valia para estudos futuros.

Para a apresentação dos resultados do PIS desenvolvido, foi elaborado e apresentado um poster num evento de cariz científico, as III Jornadas da Urgência, foi realizada uma sessão de formação e foi ainda elaborado um artigo científico.

Tendo em conta todo o percurso formativo, bem como o desenvolvimento deste Relatório consideramos que fomos capazes **de comunicar as nossas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes**, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, pelo que concluímos termos adquirido as competências de Mestre em Enfermagem.

CONCLUSÃO

Este relatório constituiu um momento reflexivo sobre todo o percurso efetuado através da descrição e análise das atividades desenvolvidas com vista à aquisição e consolidação das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Competências de Mestre em Enfermagem.

Pelo exposto, consideramos ter atingido os objetivos definidos para este Relatório bem como os objetivos propostos no projeto do Estágio Final, com vista à aquisição das Competências conducentes ao grau de Mestre, bem como às Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

As atividades práticas desenvolvidas tiveram o aporte teórico da Teoria de Médio Alcance de Merle Mishel, a Teoria da Incerteza na Doença. Esta teoria foca-se na existência de um sentimento de incerteza no decorrer de um processo de doença, nomeadamente numa situação de doença aguda, imprevisível, complexa, ambígua, incurável ou quando a informação disponibilizada pelos profissionais de saúde é insuficiente ou até mesmo inconsistente. Cabe portanto ao enfermeiro uma comunicação eficaz com o doente, dando-lhe toda a informação possível e de forma clara, desempenhando um papel fulcral na diminuição da ansiedade e da incerteza durante todo o processo de doença.

Assim sendo, concluímos ter sido capazes de reconhecer a importância da incerteza na doença, em contexto de doença aguda ou situação crítica, concorrendo para a mudança de práticas clínicas, desenvolvendo intervenções de enfermagem facilitadoras de uma adaptação positiva à situação de doença súbita e inesperada.

O enfermeiro especialista, para que seja considerado competente na sua área de atuação deve possuir conhecimentos conducentes com tal, no entanto, o mais importante é que saiba mobilizar e adequar esses conhecimentos na sua prestação diária de cuidados.

Após a reflexão sobre todas as atividades desenvolvidas, desde as teóricas às práticas, consideramos ter sido capazes de responder eficaz e eficientemente às necessidades do doente crítico internado numa UCI de acordo com a sua patologia e especificidade da mesma, realizando intervenções de enfermagem de alto nível de complexidade e individualizadas, com conhecimentos técnicos aprofundados que nos permitiram atuar de

forma assertiva em cada situação, estando despertos e alerta para a detecção de sinais e sintomas de agravamento súbito destes mesmos doentes, acompanhando e informando adequadamente quer o doente quer os seus familiares, desde a sua chegada à Unidade até à sua alta e transferência para outro serviço (intra-hospitalar) ou para outra instituição hospitalar (inter-hospitalar).

O transporte inter-hospitalar de doentes críticos cardíacos acontece frequentemente pela necessidade de facultar a estes cuidados diferenciados e especializados ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica em laboratório de hemodinâmica. A segurança destes doentes no decorrer deste procedimento poderá ficar comprometida por múltiplos fatores, nomeadamente ao nível da comunicação. Neste âmbito, e após a identificação desta necessidade na UCIDEM, foi desenvolvido um PIS seguindo todos os passos da metodologia de projeto. Refletindo sobre a utilização desta metodologia, concluímos que esta contribuiu de forma inovadora para a incorporação de novas aprendizagens e envolvimento de toda a equipa multidisciplinar no projeto, permitindo-nos desempenhar um papel ativo e dinâmico na construção de novos conhecimentos.

Após a pesquisa científica efetuada no decorrer de todo o PIS, nomeadamente a revisão integrativa realizada, somos levados a concluir que todo o processo de transferência inter-hospitalar necessita de uma efetiva e eficaz coordenação dos cuidados a par da implementação de iniciativas que concorram para a melhoria da qualidade deste e para o aumento da segurança do doente, como a criação de um documento de registo padronizado. Neste sentido, foi elaborado o documento '*Check-list: Intervenção Hemodinâmica*', pretendendo garantir a fiabilidade da informação transmitida e permitir a continuidade dos cuidados prestados ao doente com maior segurança e celeridade durante todo o processo de transferência, uma vez que contém informações pertinentes sobre a atual situação clínica do doente, a preparação realizada para a intervenção a que será submetido, permitindo ainda o registo de ocorrências durante o transporte.

No decorrer do desenvolvimento de um projeto desta natureza há que contar com as limitações e condicionantes à execução do mesmo. De ressaltar o atraso ocorrido na permissão para a consulta de dados nas bases de dados, e posteriormente, a constatação da ocorrência de erros informáticos e as poucas variáveis disponíveis que condicionaram a pesquisa e simultaneamente, uma fiel caracterização da população com necessidade de intervenção coronária, da abrangência da ULSNA.

Outro constrangimento, com o qual já contávamos desde o início, prende-se com as burocracias inerentes à implementação deste tipo de projetos, pelo que ainda se aguarda a homologação deste instrumento de trabalho/registo pelo conselho de administração da ULSNA para que possa ser implementado na UCIDEM. A longo prazo, gostaríamos que

este se estendesse a outros serviços deste hospital distrital, como é o caso do SU, bem como a toda a ULSNA. Acreditamos pois que esta 'Check-List: Intervenção Hemodinâmica' concorrerá para a redução de eventos adversos e concomitantemente para o aumento da segurança do doente durante o transporte inter-hospitalar, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados.

À *posteriori* cremos também que este instrumento de trabalho/registo constituirá uma mais valia para produção de conhecimento, pois, através dos dados produzidos, poderá constituir a base e fundamentação para outros estudos.

O caminho percorrido foi gerador de um grande crescimento pessoal e profissional, pois consistiu um desafio muito exigente que nos permitiu a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos teóricos e práticos da enfermagem na área da especialidade médico-cirúrgica, mobilizando todos os nossos conhecimentos prévios e refletindo nos contributos deixados nos serviços por onde fomos passando e na contribuição dada à Enfermagem como disciplina.

Em suma, todo este percurso, para além de nos permitir a incorporação e consolidação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a cuidar da Pessoa em Situação Crítica, permitiu-nos também a aquisição das competências de Mestre, contribuindo desta forma para a construção do Conhecimento em Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association. (2009). *Publication manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington, DC;

Autoridade Nacional de Proteção Civil (s.d). *Sistema Nacional*. Disponível em: <http://www.prociv.pt/pt-pt/Paginas/default.aspx>;

Bérubé, M.; Bernarda, F.; Mariona, H.; . Parent, J. Thibault, M.; Williamson, D.; *et al* (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(1), 9-19 Acedido em 2 de outubro de 2017 em: [http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(12\)00074-2/pdf](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(12)00074-2/pdf);

Berry D. (2009). Pioneers in cardiology: Werner Forssmann-sowing the seeds for selective cardiac catheterization procedures in the twentieth century. *European Heart Journal*. 30(11). 1296-7;

Brunsveld-Reinders, A.; Arbous, M.; Kuiper, S.; Jonge, E.; (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care*. 19(214). 1-10. Acedido em 2 de outubro de 2017 em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-015-0938-1>;

Catalão, M. (2016). *Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre;

Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Paris. Lidel;

Direção Geral da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*; Lisboa. Acedido em 30 de Outubro de 2017 em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>;

Direção-Geral da Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;

Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020*. Acedido em 19 de janeiro de 2018 em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>;

Direção-Geral da Saúde & Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (2015). *Rede de Referência de Cardiologia: Proposta de atualização*. Acedido em 2 de outubro de 2017 em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Cardiologia_2015.pdf;

Direção-Geral da Saúde (2017a). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares – 2017. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Acedido em 2 de outubro de 2017 em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares-2017.aspx>;

Direção-Geral da Saúde (2017b). *Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde*. Norma nº 001/2017. Acedido em 19 de janeiro de 2018 em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>;

Direção-Geral da Saúde (2017 c). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos*. Acedido em 12 de outubro de 2017 em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf;

European Society of Cardiology (2016). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)-Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*. 37(27). 2129-2200. Acedido em 18 de outubro de 2017 em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>;

Fawcett, J. (2005). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quarterly*. 18(2). 131-135. Acedido em 5 de fevereiro de 2018 em: <http://nsq.sagepub.com/content/18/2/131>;

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lisboa: Lusodidata;

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem – Os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Editora Artmed;

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Manual de Suporte Avançado de Vida*, Departamento de Formação em Emergência Médica. 2ª Edição. Lisboa;

International Council of Nurses (2006). *Safe staffing saves lives ICN - International Council of Nurses*. Geneva. Acedido em 5 de fevereiro de 2018 em: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2006.pdf>;

Lopes, H.; Frias, A. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: percepção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem*. 6(2). 55-58. Acedido em 2 de outubro de 2017 em: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:dspace.uevora.pt:10174/13491>;

Lyphout C.; Bergs, J.; Stockman, W.; Deschilder, K.; Duchatelet, C.; Desruelles, D.; et al. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*. 36. 22-26. Acedido em 2 de janeiro de 2018 em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.008>;

Marques F. (2015). *Saúde da Mulher: Necessidades de formação contínua dos Enfermeiros do distrito de Setúbal e proposta de um plano formativo*. Tese de Doutoramento. Sevilha: Faculdade de Ciências da Educação. Universidade de Sevilha. Acedido em 20 de outubro de 2017 em: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/34808/TESE_FGC.pdf?sequence=1;

Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. 12(2). 62-66. Acedido em 7 de janeiro de 2018 em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf;

Nunes, L. (2006). *Autonomia e Responsabilidade na Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem*. In II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 7 de janeiro de 2018 em: https://www.researchgate.net/publication/266596533_Autonomia_e_responsabilidade_na_tomada_de_decisao_clinica_em_enfermagem;

Nunes, L. (2007). Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados – Perspectiva do Conselho Jurisdicional. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em 21 de fevereiro de 2018 em: <https://suporte.ordemenfermeiros.pt/noticias/revista->

cuida/conteudos/vii-semin%C3%A1rio-do-conselho-jurisdicional-seguran%C3%A7a-nos-cuidados/;

Nunes, L. (2008). Enfermagem, Desafios da Disciplina e da Profissão. *Revista Percursos*. 7. 4-17. Acedido em 21 de fevereiro de 2018 em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/percursos_07.pdf;

Nunes, L. (2013). *Competências morais dos profissionais de enfermagem “Cinco estrelas” revisitadas*. In VIII Encontro Enfermagem Centro Hospitalar Leiria-Pombal. Acedido em 7 de março de 2018 em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem_LN%20Out%202013.pdf;

Nunes, L.; Antunes, A.; Ruivo, M.; Lopes, J.; Leal, P *et al.* (2012). Olhares de Análise: As competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Revista Percursos*. 25. 1-63. Acedido em 5 de março de 2018 em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n25.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2006, a). Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em 7 de janeiro de 2018 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2006, b). Tomada de posição sobre segurança do cliente. Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em 7 de janeiro de 2018 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2006, c). Dotações Seguras Salvam Vidas. Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em 19 de outubro de 2016 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2011, a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros website*. Regulamento n.º 122/2011. Diário da República, 2ª série, nº 35. 8649-8653. Acedido em 4 de outubro de 2017 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2011, b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. *Ordem*

dos *Enfermeiros website*. Regulamento n.º 124/2011. Diário da República, 2ª série, nº 35. 8656-8657. Acedido em 4 de outubro de 2017 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2012, a). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais – Divulgar. Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em 4 de janeiro de 2018 em: www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2012, b). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Concetual, Enunciados Descritivos – Divulgar. Publicado em 2002, Revisto em 2012. Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em 21 de fevereiro de 2018 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>;

Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros website*. Regulamento 533/2014. Diário da República, 2ª Série, nº 233. 30247- 30254. Acedido em 19 de outubro de 2017 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4908/regulamento533_2014_normadotacoesseguras.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2015, a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em 4 de outubro de 2017 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf;

Ordem dos Enfermeiros (2015, b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros website*. Regulamento n.º 361/2015 - Diário da República, 2ª série, nº 123. 17240-17243. Acedido em 4 de Outubro de 2017 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4906/regulamento_361_2015_padroesqualidadecuidadosespenfessoasituacaocritica.pdf;

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações 2008*. Acedido em 2 de outubro de 2017 em https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf;

Pinto, C.; Rodrigues J.; Melo, L. (2006). *Fundamentos de Gestão*. Editorial Presença, Lisboa;

Ribeiro, R. (2013). *A transmissão de más notícias na perspectiva do enfermeiro*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa;

Ruivo, M.; Ferrito, C.; Nunes, L.; Gonçalves, A.; Leite, A.; Fernandes, C.; *et al.* (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15. 1-37. Acedido em 5 de janeiro de 2018 em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf;

Santos, R.; Santos V. (2012). Cateterismo Cardíaco – Intervenções de Enfermagem. *Nursing*. 283(24). 12-18;

Silva, A.; Lage, M. (2010). *Enfermagem em cuidados intensivos*. Formasau, Coimbra;

Smith, M.; Liehr, P. (2008). *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company;

Tomey, A.; Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência;

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. (2017). Missão, Atribuições e Legislação. *Unidade Local de Saúde de Portalegre, EPE website*. Acedido em 18 de dezembro de 2017 em: <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao/>;

World Health Organization (2017). Cardiovascular disease. *World Health Organization website*. Acedido em 30 de maio de 2017 em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/;

Zangão, O.; Mendes, F. (2015). Variáveis predictoras do desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade do utente. *RIASE*. 1(3). 287-302. Acedido em 5 de março de 2018 em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/72

APÊNDICES

APÊNDICE Nº 1
PROJETO DE ESTÁGIO FINAL

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Escola Superior Saúde
IPortalegre



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



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



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA
ESTÁGIO FINAL EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Docente responsável da Unidade Curricular: Prof^a M^a Dulce dos Santos Santiago

Docente: Prof. Adriano Pedro

Enfermeira Orientadora: Enf. Maria José Catalão

Discente:

Ricardina Maria Martins Pinto Coelho Vitória - m36863

setembro
2017

Universidade de Évora
Mestrado em Enfermagem em Associação

I Curso de Mestrado de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem
Médico-Cirúrgica

Estágio Final em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Projeto de Estágio Final em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Docente responsável da Unidade Curricular: Prof^a M^a Dulce dos Santos Santiago

Docente: Prof. Adriano Pedro

Enfermeira Orientadora: Enf. Maria José Catalão

Discente:

Ricardina Maria Martins Pinto Coelho Vitória - m36863

setembro

2017

Abreviaturas e Siglas

APA – *American Psychological Association*

HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Índice

f

INTRODUÇÃO	91
1.OBJETIVOS e Intervenções do ESTÁGIO Final EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	93
1.1. AVALIAÇÃO	101
2.CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, inserida no I Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, foi-nos proposta a elaboração de um Projeto de Estágio onde constem os objetivos de estágio bem como as atividades propostas para a aquisição e desenvolvimento das competências quer comuns quer específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, bem como as do grau de Mestre.

A Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015) define pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”.

O doente crítico é portanto aquele que necessita de uma intervenção rápida e eficaz dos profissionais de saúde, bem como de uma abordagem sistematizada sendo preponderante o papel do enfermeiro especialista nesta abordagem, pois segundo a OE é ele que “possui competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2015).

Neste âmbito, e de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, constantes do Regulamento nº 361/2015, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, mantendo as funções básicas de vida, exigindo observação, colheita e procura contínua de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Este Estágio Final irá decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] do Hospital Doutor José Maria Grande – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE [ULSNA], ao longo de 18 semanas, entre 20 de setembro de 2017 e 26 janeiro de 2018, sendo esta uma unidade curricular de caráter prático com 336 horas de estágio, 14 horas de orientação tutorial e 38 horas de orientação para o Relatório final, tendo como Responsável do Estágio o Professor Adriano Pedro e como Enfermeira Orientadora, a Enfermeira Maria José Catalão.

Assim sendo, surge o presente Projeto de Estágio, que tem como objetivo principal delinear os objetivos e programar as ações a desenvolver durante todo o estágio com vista à aquisição e desenvolvimento de competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista, no que concerne ao doente a vivenciar situações de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família, bem como à aquisição das competências de Mestre.

Para a elaboração deste Projeto optou-se por, na introdução, se fazer uma breve abordagem ao doente crítico, seguindo-se o primeiro capítulo onde constam as competências a desenvolver e consolidar bem como os objetivos de Estágio, as intervenções planeadas e a metodologia de avaliação que será realizada.

Por fim surge a conclusão e as referências bibliográficas utilizadas.

Este projeto foi redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico português e a referência assenta nas normas da *American Psychological Association* [APA].

1. OBJETIVOS E INTERVENÇÕES DO ESTÁGIO FINAL EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O Projeto de Estágio solicitado visa a mobilização dos conhecimentos adquiridos para a aquisição e desenvolvimento de competências quer comuns quer específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica, no que concerne ao doente que vivencia situações de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família.

Para a elaboração desta Projeto foi utilizada a metodologia de projeto que segundo Ruivo, et al (2010, p.2) "...baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência."

Tendo por base o preconizado no planeamento deste Estágio, que culminará na consolidação de competências no âmbito dos cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, surge o problema: *déficit* de conhecimentos na prática na abordagem ao doente crítico e/ou com falência orgânica internado numa UCI.

Assim, em consonância com o supracitado, seguem-se os objetivos e intervenções planeadas visando dar resposta ao problema identificado.

Os recursos utilizados serão comuns a todas as intervenções apresentadas:

- Recursos físicos: Local onde se irá realizar o estágio final (UCI do HDJMG de Portalegre); biblioteca da Escola Superior de Saúde de Portalegre com recurso à internet com acesso às bases de dados;
- Recursos Humanos: Enfermeira orientadora M^a José Catalão, Enf Lina do PPCIRA; Equipas de enfermagem e médica, Assistentes Operacionais e pessoa/família a que se destinam os cuidados, bem como funcionárias da biblioteca da Escola Superior de Saúde de Portalegre;
- Temporais: Período de estágio: 20 de setembro de 2017 a 27 de janeiro de 2018.

Competências	Objetivos	Ações a desenvolver
Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal		
A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.	<ul style="list-style-type: none"> — Demonstrar tomada de decisão ética suportada em princípios, valores e normas deontológicas 	<ul style="list-style-type: none"> — Participar diariamente com a equipa multidisciplinar na tomada de decisão; — Planear as atividades tendo por base um corpo de conhecimentos e ações éticas, baseadas no respeito pelo doente e família, tendo em conta, sempre que possível os seus valores, crenças e preferências; — Basear a prática e a tomada de decisão no Código Deontológico; — Executar a prática envolvendo sempre que possível o doente e família na tomada de decisão; — Refletir <i>à posteriori</i> sobre os cuidados prestados e os resultados das decisões tomadas.
A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	<ul style="list-style-type: none"> — Promover a proteção dos Direitos Humanos, gerindo de forma apropriada práticas de cuidados que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do doente 	<ul style="list-style-type: none"> — Assumir a defesa dos Direitos Humanos, tal como o preconizado no Código Deontológico; — Informar o doente e sua família, sempre que possível, sobre os cuidados que serão realizados; — Demonstrar respeito pelo doente promovendo sempre a sua segurança, privacidade, respeitando as suas crenças e valores; — Refletir sobre as ações tomadas os resultados obtidos.
Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade		
B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e	<ul style="list-style-type: none"> — Desenvolver atividades no âmbito de gestão e colaboração nos 	<ul style="list-style-type: none"> — Demonstrar interesse nas atividades desenvolvidas e nos programas de melhoria contínua existentes no serviço; — Conhecer as normas e protocolos em vigor no serviço;

suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	programas/projetos existentes no serviço	— Fundamentar a sua atuação tendo por base evidência científica mais atualizada na área da qualidade;
B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.	- Colaborar na implementação de programas de melhoria contínua da qualidade	— Colaborar com a equipa de enfermagem nos projetos e protocolos a desenvolver no serviço; — Identificar a necessidade de implementação de projetos de melhoria contínua — Planear e participar em programas de melhoria contínua da qualidade (Projeto de intervenção na área do transporte do doente crítico: doente cardíaco com necessidade de intervenção coronária) — Refletir sobre mudanças produzidas pelos projetos implementados.
B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	— Promover um ambiente terapêutico e seguro no decorrer da prestação de cuidados	— Adotar protocolos existentes na instituição e no serviço com o intuito de favorecer um ambiente o mais seguro possível ao doente e sua família; — Identificar precocemente situações que possam colocar em risco a segurança do doente; — Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção do doente e sua família; — Reconhecer e alertar para a necessidade do cumprimento das normas de segurança em vigor, de modo, a serem evitados ou minimizados os acidentes em serviço; — Adotar medidas preventivas em relação à segurança do doente, a fim de minimizar os riscos.
Domínio da Gestão dos Cuidados		
		— Conhecer os elementos que constituem a equipa multidisciplinar, bem como os protocolos existentes no serviço no sentido de encaminhar o doente para outros profissionais, quando necessário; — Identificar precocemente necessidades que necessitam de encaminhamento da pessoa/família para

<p>C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p>	<p>— Otimizar a gestão dos cuidados de enfermagem, supervisionado as tarefas delegadas e gerir a articulação com outros profissionais da equipa multidisciplinar</p>	<p>cuidados de outro profissional da equipa multidisciplinar; — Conhecer os elementos constituintes da equipa, delegando tarefas, com conhecimento seguro das suas capacidades; — Orientar e supervisionar as tarefas delegadas de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados; — Comunicar de forma eficaz à equipa multidisciplinar a situação clínica do doente de forma a melhorar e a assegurar a continuidade da prestação de cuidados;</p>
<p>C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p>	<p>— Otimizar o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados, promovendo a qualidade dos mesmos</p>	<p>— Conhecer os recursos físicos, materiais e humanos existentes no serviço; — Adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados; — Colaborar com a equipa multidisciplinar no sentido da melhoria dos cuidados prestados; — Criar ambientes favoráveis à prática de cuidados; — Refletir sobre dinâmicas do serviço e necessidades encontradas;</p>
<p>Domínio das Aprendizagens Profissionais</p>		
<p>D1 - Desenvolve o autoconhecimento e assertividade.</p>	<p>— Demonstrar a capacidade de autoconhecimento e estabelecer relações terapêuticas e multiprofissionais quer com o doente quer com a</p>	<p>— Realizar uma introspeção constante, no sentido de me conhecer enquanto pessoa e enfermeira; — Reconhecer as minhas capacidades de atuação, que me permitam atuar de modo assertivo e competente; — Identificar e reconhecer as minhas próprias limitações; — Adquirir a capacidade de gerar respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional; — Demonstrar comportamentos, que traduzam os meus conhecimentos; — Demonstrar capacidade de comunicação e relacionamento com a equipa multidisciplinar; — Gerir eficazmente emoções e sentimentos de modo a que estes não interferiram num cuidado</p>

	equipa multidisciplinar	adequado à pessoa/ família — Demonstrar espírito de iniciativa e motivação na resolução de problemas — Refletir com a enfermeira orientadora acerca de atitudes e comportamentos utilizados no decorrer da prestação de cuidados.
D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento	- Adquirir conhecimentos sólidos e incorporá-los no decorrer da prática clínica	— Utilizar e adequar os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica; — Identificar necessidades de formação; — Realizar pesquisa e atualização contínua tendo por base as últimas evidências no que concerne à atuação perante o doente crítico; — Participar em ações de formação ou outros momentos formativos quer no serviço quer a nível institucional (ações de formação, palestras, etc) — Participar nas III Jornadas da Urgência do HDJMG com a apresentação de um Poster referente ao tema: transporte do doente crítico cardíaco com necessidade de intervenção coronária
Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica		
K1 — Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	— Prestar cuidados à pessoa/ família em situação crítica antecipando focos de instabilidade e/ou falência orgânica	— Identificar precocemente focos de possível instabilidade e/ou risco de falência orgânica; — Antecipar e atuar em conformidade quando detetado um foco de instabilidade e/ou risco de falência orgânica; — Conhecer normas de atuação e protocolos específicos em vigor na UCI; — Consolidar conhecimentos adquiridos anteriormente no decorrer do Estágio I, em contexto de Urgência, sobre meios avançados de monitorização; — Aprofundar conhecimentos adquiridos na teórica sobre técnicas e procedimentos de ventilação mecânica invasiva; — Aprofundar conhecimentos adquiridos na teórica sobre sedação na pessoa em situação crítica;

		<ul style="list-style-type: none"> — Aprofundar conhecimentos adquiridos na teórica sobre a abordagem do doente cardíaco com necessidade de intervenção coronária, quer ao nível de diagnóstico, correção, cirúrgica ou outra; — Adquirir conhecimentos sobre insuficiência renal aguda em contexto de doente crítico. — Gerir e administrar protocolos terapêuticos complexos ao doente crítico; — Prestar cuidados ao doente crítico ao mais alto nível de especialização, de forma holística; — Possuir capacidades para gerir sentimentos quer do doente crítico quer da sua família, preocupando-se em prestar informações adequadas e individualizadas — Adequar a comunicação ao doente/família em situação crítica; — Comunicar de forma eficaz, sempre que possível, com o doente crítico no sentido de o tranquilizar e colher dados cruciais para o seguimento dos cuidados a prestar; — Identificar sinais de dor na assistência ao utente crítico, atuando em conformidade para minimizá-la; — Implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor no doente crítico; — Gerir a segurança e o conforto do doente crítico; — Promover a coordenação do trabalho em equipa, no sentido de proporcionar cuidados devidamente diferenciados e em tempo útil ao doente crítico; — Ser assertiva nas minhas atividades e tomadas de decisão; — Avaliar as atividades realizadas e a necessidade de implementação de novas atividades.
<p>K2 — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-</p>	<p>— Conhecer os planos de catástrofe ou emergência em vigor na instituição e</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Conhecer os planos de emergência e normas existentes quer a nível institucional quer no serviço; — Atuar respeitando protocolos existentes, para que os cuidados sejam os mais eficientes possíveis; — Possuir capacidade de atuar de forma organizada e calma, triando prioridades; — Conhecer o material existente e sua utilização; — Respeitar sempre o doente e sua família, atualizando-os sempre que possível da realidade; — Possuir capacidade de adaptação, criando alternativas na prestação de cuidados, conforme os

<p>vítima, da conceção à ação.</p>	<p>no serviço</p>	<p>recursos existentes; — Reconhecer importância do trabalho em equipa e identificar o papel de cada um numa situação de catástrofe.</p>
<p>K3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</p>	<p>— Intervir de forma ativa na prevenção e controlo da infeção dando resposta às necessidades do contexto de cuidados.</p>	<p>— Realizar pesquisa e atualização contínua no âmbito do controlo de infeção, normas e regras de atuação; — Conhecer o plano de controlo de infeção em vigor, respeitando-o e cumprindo as suas indicações; — Possuir conhecimentos atualizados e medidas alternativas em caso de infeção fora de controlo, ou por microrganismos multirresistentes; — Atualizar os meus conhecimentos, participar como formanda em ações de formação no âmbito do controlo de infeção; — Partilhar com os restantes elementos da equipa os conhecimentos adquiridos, nomeadamente em relação ao último procedimento de qualidade emanado pelo PPCIRA-ULSNA- PQ8- Rastreio e Vigilância Ativa de Microrganismos Multirresistentes, apresentando-o numa sessão de formação a planear em colaboração com a Enf Lina do PPCIRA.</p>

De referir que todo este Estágio decorrerá sobre a orientação de uma enfermeira Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que me acompanhará desde o início e me dará a conhecer o espaço físico bem como as dinâmicas da equipa multidisciplinar, para que seja enquadrada no seu funcionamento do melhor modo possível. Assim sendo, e após conhecimento prévio da estrutura física do serviço, material diverso e diferenciado existente, pretendo ainda ser assídua e pontual, respeitar e atuar segundo protocolos existentes e interagir com os elementos da equipa multidisciplinar, criando relação de confiança, considerando este o melhor caminho para a concretização eficaz deste estágio.

Pretendo ser capaz de dar resposta às necessidades do doente crítico internado numa Unidade de Cuidados Intensivos de acordo com a sua patologia e especificidade da mesma, realizando intervenções de enfermagem cada vez mais complexas e individualizadas, com conhecimentos técnicos aprofundados que me permitam atuar de forma assertiva, adquirir e atualizar conhecimentos com vários níveis de complexidade estando sempre desperta e alertar para a deteção de sinais e sintomas de agravamento súbito destes mesmos doentes, acompanhando e informando adequadamente quer o doente quer os seus familiares, desde a sua chega à Unidade até à sua alta e transferência para outro serviço (intra-hospitalar) ou para outro Hospital.

No decorrer deste Estágio será também desenvolvido um projeto de intervenção tendo em conta uma necessidade identificada ao nível do transporte do doente crítico, dado o fluxo de transportes de doentes deste Hospital para outros Hospitais Centrais, nomeadamente o transporte de doentes críticos com enfarte agudo do miocárdio para vários centros hospitalares, não havendo conformidade no procedimento deste.

Esta Unidade Curricular, Estágio Final, será o culminar de um círculo de estudos integrados no Curso Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica. No final, e para a obtenção do Grau de Mestre, será elaborado um Relatório de Estágio que terá que ser aprovado e defendido publicamente perante um júri nomeado para o efeito. Como tal, durante o Estágio Final, pretende-se também a aquisição das competências de grau de mestre:

- Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;

- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos;

- Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática clínica;
- Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

Em suma, todo este percurso, para além de me permitir a aquisição de competências no domínio da especialização, permitir-me-á também adquirir competências de Mestre e desta forma contribui para a construção do Conhecimento em Enfermagem.

1.1. AVALIAÇÃO

A avaliação desta Unidade Curricular terá em consideração a aquisição de competências clínicas e competências de investigação, ambas sujeitas a avaliação, sendo 50% a ponderação de cada componente.

A primeira será avaliada pelo desempenho ao longo de todo o Estágio Final e decorrerá de forma contínua, com momentos de avaliação intercalar e final, envolvendo os diferentes intervenientes neste processo, estudante, enfermeiro orientador e professor responsável pela supervisão pedagógica e pela classificação final. A avaliação da aquisição das diferentes competências definidas para este Estágio Final, será efetuada através da avaliação das atividades propostas anteriormente, de forma contínua e sistemática, havendo flexibilidade para alterações sempre que necessário.

A segunda componente de avaliação consiste na elaboração um trabalho escrito, neste caso em particular a conceção de um artigo científico acerca do tema a ser tratado no projeto a desenvolver no serviço.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projeto permitiu-me delinear o caminho a percorrer ao longo das próximas 18 semanas durante o decorrer de todo o Estágio Final. Considero que estabeleci de forma clara os objetivos a atingir as atividades propostas para a sua concretização com o intuito final a aquisição e incorporação das competências na minha prática profissional, pelo que foram contempladas quer as competências comuns quer as específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, recaindo sobre a componente relacional, técnica e científica das mesmas, considerando-as todas muito pertinentes, sabendo que a longo prazo é de extrema importância atingi-las na sua globalidade.

De ressaltar que este documento orientador, com carácter objetivo, preciso e pertinente é também de certa forma dinâmico, uma vez que, não sendo estanque, poderá, ao longo de todo o estágio ir sendo ajustado, consoante as necessidades sentidas, adaptando-se ao contexto e facilitando assim as aprendizagens.

As competências contempladas, os objetivos delineados, bem como as atividades a concretizar no decorrer da elaboração deste projeto, fizeram-me repensar no percurso que quero vir a desenvolver, aguçando ainda mais o gosto especial que tenho pela área do doente crítico, porém também a apreensão própria de quem pouca experiência tem nesta área tão vasta e complexa. Sei que só com muito trabalho, entrega e dedicação conseguirei superar esta “batalha” mas lutarei com a minha força de vontade, o desejo e a ambição de conseguir melhorar a cada dia a minha prática, tendo como centro da minha atuação a pessoa assistida bem como a sua família. Sinto-me determinada a desenvolver e a atingir as competências e os objetivos definidos, pois sei que este estágio me vai permitir crescer, apreender e consolidar conhecimentos, prestando cuidados de excelência e nem mesmo as dificuldades encontradas me farão abrandar.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ruivo A. *et. al* (2010) – Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. Setúbal: Publicação da área disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Setúbal. vols. Janeiro-Março, nº 15

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - Decreto-lei nº 63/2016. Grau de Mestre. Diário da República n.º 176/2016, Série I de 13 de setembro de 2016

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica*. Ordem Dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 190/2015 de 23 de abril de 2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República, 2ª série, N.º 79, 10087. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Profil_de_Competicencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf, a 20 de setembro de 2017

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho de 2015 - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf, a 20 de setembro de 2017

ULSNA. Missão, Atribuições e Legislação. In *Unidade Local de Saúde de Portalegre, EPE*. Acedido a 19 de setembro de 2017 em <http://www.ulsna.min-saude.pt/category/institucional/missao/>

APÊNDICE Nº 2
TABELA PICO

Identificação do Estudo / País onde se Realizou / Data	Objetivo do Estudo	Desenho do Estudo	Número e Tipo de Participantes	Intervenção ou Fenómeno de Interesse	Resultados	Conclusões
<p>Artigo 1</p> <p>Hugo Lopes; Ana Frias - <i>Eventos adversos no transporte do doente crítico: percepção dos enfermeiros de um Hospital Central</i></p> <p>2014, Coimbra, Portugal</p>	<p>Avaliar a percepção dos enfermeiros relativamente à frequência de eventos adversos no transporte do doente crítico a nível intra e inter-hospitalar</p>	<p>Estudo de natureza quantitativa</p>	<p>Amostra constituída por 59 enfermeiros de um Hospital Central</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar a percepção dos enfermeiros em relação aos eventos adversos no transporte do doente crítico, ao nível intra e inter-hospitalar; - Identificar os eventos mais frequentes; - Relacionar a percepção de eventos adversos com a idade, anos na profissão e frequência de cursos 	<p>Evidencia-se que no transporte do doente crítico existe uma menor percepção na frequência de eventos adversos ao nível intra-hospitalar</p>	<p>Os resultados revelam a necessidade de criar estratégias preventivas</p>
<p>Artigo 2</p> <p>Cathelijne Lyphout; Jochen Bergs; Willem Stockman; Koen Deschilder; Christophe Duchatelet; Didier Desruelles; Koen Bronselaer - <i>Patient safety incidents</i></p>	<p>Registrar prospectivamente os incidentes de segurança do paciente ocorridos durante os transportes inter-hospitalares e determinar seus fatores de</p>	<p>Estudo prospetivo multicêntrico de coorte</p>	<p>Dados foram colhidos num período de quinze meses em 2 hospitais e incluiu 688 pacientes que foram transferidos para ou de um dos dois hospitais, acompanhado por médico ou</p>	<p>Avaliar os incidentes de segurança do paciente ocorridos durante o transporte inter-hospitalar e categoriza-los como problemas técnicos, operacionais e de comunicação.</p>	<p>Incidentes com a segurança do paciente foram relatados em 16,7% dos transportes, e o dano associado à saúde foi observado em 3,9% dos casos. Na análise multivariada, três fatores permaneceram significativamente associados ao aumento do risco de dano associado à saúde:</p>	<p>Os incidentes operacionais e de comunicação, e um maior índice de M-SOFA estão significativamente associados ao aumento da hipótese de ocorrerem incidentes prejudiciais. Esses achados exigem</p>

<p>during interhospital transport of patients: A prospective analysis</p> <p>Belgium, 2017</p>	risco.		enfermeiro.		incidentes operacionais, incidentes de comunicação e com o score M-SOFA.	uma preparação mais rigorosa das transferências, com uma comunicação clara e padronizada.
<p>Artigo 3</p> <p>M. Bérubé; F. Bernarda; H. Mariona; J. Parent; M. Thibault; D.R. Williamsona; M. Albert - <i>Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients</i></p> <p>Canadá, 2013</p>	<p>Determinar o efeito de um programa preventivo interdisciplinar utilizado por todos os membros da equipa da unidade de cuidados intensivos envolvida no transporte dos pacientes sobre a taxa desses incidentes.</p>	<p>Estudo prospetivo pré e pós-intervenção</p>	<p>Doentes de medicina, de cirurgia e politraumatizados internados numa unidade de cuidados intensivos que necessitavam de transporte intra ou inter-hospitalar</p> <p>180 transportes ocorreram na fase pré-implementação do estudo e 187 transportes na fase pós-implementação</p>	<p>Demonstração da eficácia de um programa preventivo interdisciplinar para assegurar o transporte seguro de pacientes criticamente doentes.</p> <p>Confirmação de que a aplicação de diretrizes clínicas sobre transporte de doente crítico é benéfica.</p> <p>Identificação de estratégias preventivas específicas que diminuem os incidentes relacionados ao transporte do doente crítico: avaliação da tolerabilidade do paciente em posição plana e no ventilador mecânico de transporte; sedação ideal antes do transporte;</p>	<p>Foi observada uma redução de incidentes em 20% dos casos. Foram obtidas reduções estatisticamente significativas para os problemas técnicos categoria de incidentes, bem como os problemas relacionados à categoria de mobilização do paciente. As tendências clinicamente significativas também foram observadas para as categorias de deterioração clínica e incidentes não desejados antes do teste mas não atingiram significância estatística.</p>	<p>Um programa preventivo aplicado por todos os prestadores de cuidados envolvidos no transporte de pacientes críticos foi associado a uma redução de incidentes. A aplicação de tal programa deve ser reconhecida como um padrão de atendimento considerando os riscos inerentes ao transporte de pacientes numa unidade de cuidados intensivos</p>

				estabelecimento de um procedimento para garantir a confiabilidade de monitoramento; e o uso de uma placa vertebral para transferência entre superfícies. Melhoria do trabalho de equipa envolvido no transporte do doente crítico		
Artigo 4 Anja H. Brunsveld-Reinders; M. Sesmu Arbous; Sander G. Kuiper; Evert de Jonge - <i>A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients</i> Holanda, 2015	Desenvolver uma lista de verificação para aumentar a segurança do transporte intra-hospitalar do doente crítico	Estudo analítico e observacional	Uma abordagem de três passos foi usada para desenvolver uma lista de verificação do transporte intra-hospitalar	Pesquisar em várias bases de dados diretrizes e listas de verificação de transporte intra-hospitalar publicadas. Analisar os incidentes intra-hospitalares colhidos prospectivamente na Unidade de Cuidados Intensivos de Leiden University Medical Center-Netherlands. Realizar entrevistas com médicos e enfermeiras sobre as suas experiências com incidentes no transporte intra-hospitalar	Foram encontradas 11 diretrizes existentes e cinco listas de verificação. Apenas uma lista de verificação abrangeu as três fases: pré, durante e pós-transporte. Recomendações e itens de lista de verificação focados principalmente na fase de pré-transporte. Os incidentes documentados mais frequentemente estão relacionados à fisiologia do paciente e ao mau funcionamento do equipamento e ocorreram	Foi desenvolvida uma lista de verificação intra-hospitalar para o transporte seguro de pacientes de uma unidade de cuidados intensivos para outro departamento. A lista de verificação intra-hospitalar constitui uma estrutura para orientar médicos e enfermeiros durante o transporte intra-hospitalar e favorece a continuidade de

					com maior frequência durante o transporte. A discussão dos incidentes com os médicos e enfermeiros da unidade de cuidados intensivos resultou em recomendações importantes, como a introdução de uma lista de verificação padrão e uma melhor comunicação com os outros departamentos. Esta abordagem resultou em uma lista de verificação geralmente aplicável, adaptável para as circunstâncias locais. O feedback dos enfermeiros que utilizam a lista de verificação foi positivo, o tempo de preenchimento foi de 4,5 minutos por fase.	cuidados para melhorar a segurança do paciente.
Artigo 5 Michael G. Usher; Christine Fanning; Di Wu; Christine Muglia; Karen Balonze; Deborah Kim; Amay Parikh; Dana Herrigel -	Identificar quais os componentes do processo de transferência, importantes	Estudo retrospectivo e observacional	335 transferências consecutivas de pacientes para 3 unidades de cuidados intensivos	Avaliar a relação entre a documentação final enviada e os resultados do paciente	A documentação de transferência foi frequentemente ausente (em 58,3%, dos casos). Ocorreram eventos adversos	À integridade e precisão da documentação estão associados melhores resultados e melhor

<p><i>Information handoff and outcomes of critically ill patients transferred between hospitals</i></p> <p>Minnesota, USA</p> <p>2016</p>	<p>preditores de eventos adversos e de mortalidade.</p>		<p>de um centro acadêmico de referência terciária</p>		<p>em 42% dos pacientes dentro das 24 horas da chegada, com uma mortalidade intra-hospitalar de 17,3%. Maior precisão da documentação foi associada à redução da mortalidade intra-hospitalar, redução de eventos adversos e redução da duplicação de trabalho ao controlar a gravidade da doença.</p>	<p>utilização de recursos na transferência de pacientes entre hospitais.</p>
---	---	--	---	--	--	--

APÊNDICE Nº 3
ANÁLISE SWOT

Análise Swot

Ambiente Interno	Pontos Fortes <ul style="list-style-type: none">- Interesse demonstrado pelas chefias- Equipa receptiva a novos projetos- Envolvimento e motivação da equipa para este projeto- Baixo custo	Pontos Fracos <ul style="list-style-type: none">- Pouca adesão da equipa à formação- Tempo despendido no preenchimento da Check-List- Inexistência de Manual ou Norma de Procedimento para o transporte inter-hospitalar
Ambiente Externo	Oportunidades <ul style="list-style-type: none">- Ausência de laboratório de hemodinâmica nesta Unidade de Saúde- Ausência de documento homologado que acompanhe o doente crítico cardíaco aquando do seu transporte inter-hospitalar- Melhoria da qualidade e segurança do doente cardíaco durante o transporte inter-hospitalar- Cumprimento das Recomendações para o Transporte de Doentes Críticos 2008	Ameaças <ul style="list-style-type: none">- Necessidade de aprovação externa para a implementação da Check-List- Ausência de equipa fixa para o transporte inter-hospitalar

APÊNDICE Nº 4
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ULSNA

Ricardina Maria Martins Pinto Coelho Vitória

Ricardina.C.Vitoria@ulsna.min-saude.pt

Telm: 96 117 131

2017/10/25
João Moura Reis
Presidente do Conselho de Administração
Exmo Sr. Diretor do Conselho de
Administração da Unidade Local de Saúde do
Norte Alentejano, EPE, Dr. João Moura Reis
Draft do
trabalho sobre o trabalho
de estágio de estágio

Eu, Ricardina Maria Martins Pinto Coelho Vitória, enfermeira na ULSNA, com número mecanográfico 2-1, a desempenhar funções no serviço Medicina Ala Esquerda do Hospital Doutor José Maria Grande [HDJMG] e a frequentar o Mestrado em Associação em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, na Universidade de Évora, venho por este meio informar que, para efeitos do Estágio Final a decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira do HDJMG, pretendo realizar um projeto de intervenção em serviço na área do transporte do doente crítico, mais especificamente: Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico com Necessidade de Intervenção Coronária.

De forma a justificar a relevância desta área temática, venho por este meio pedir autorização a vossa Excelência para consultar as bases de dados da ULSNA de forma a obter dados estatísticos dos transportes inter-hospitalares realizados no período compreendido entre 2015 e 2016.

Desde já me comprometo a garantir todas as questões éticas inerentes a um trabalho desta natureza, bem como garantir o anonimato e confidencialidade dos dados consultados.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

Pede deferimento

Portalegre, 24 de Outubro de 2017

Ricardina Vitória

(Ricardina Vitória)

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO
NORTE ALENTEJANO E.P.E.
SECRETARIA
Entrada nº 101706680
Data 25 10 2017
AVALIADA

APÊNDICE Nº 5
CRONOGRAMA DO PIS

Objetivos	Atividades	Ano 2017				Ano 2018	
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
- Analisar a incidência dos transportes inter-hospitalares de doentes com necessidade de intervenção hemodinâmica realizados no período compreendido entre Janeiro 2016 e Dezembro de 2016	- Pesquisa bibliográfica sobre a temática do transporte inter-hospitalar do doente crítico						
	- Formalização do pedido de autorização ao Conselho de Administração para a consulta dos dados pretendidos						
	- Consulta dos dados nas bases de dados do Hospital						
	- Análise dos resultados obtidos e discussão dos mesmos						
	- Incorporação dos dados no Projeto de Intervenção em Serviço e no Relatório Final						
- Elaborar instrumento de trabalho/registo que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica aquando do transporte inter-hospitalar, ("Check-List: Intervenção Hemodinâmica")	- Pesquisa bibliográfica sobre a temática do transporte inter-hospitalar do doente crítico						
	- Pesquisa bibliográfica sobre a temática do doente crítico cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica						
	- Elaborar documento com Check-List que contenha a informação clínica pertinente e que acompanhe o doente durante o transporte inter-hospitalar						
	- Apresentar Check-List à enfermeira orientadora e diretor do serviço e ao professor orientador para colher sugestões						
	- Apresentação da Check –List nas IIIJornadas da Urgência sob a forma de Poster no sentido de colher mais opiniões/sugestões						
	-Reformulação da Check-List consoante sugestões apresentadas						
- Uniformizar os procedimentos de enfermagem prestados ao doente crítico com necessidade de transporte inter-hospitalar para realização de intervenção hemodinâmica através da criação de uma Instrução de Trabalho que normalize a utilização da referida Check-List, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente	- Pesquisa bibliográfica sobre a temática do transporte inter-hospitalar do doente crítico						
	- Pesquisa bibliográfica sobre a temática do doente crítico cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica						
	- Elaboração da Instrução de Trabalho que normalize a utilização da referida Check-List						
	- Apresentação da Instrução de Trabalho a todos os elementos da equipa multidisciplinar da UCI						
	- Formalização do pedido de autorização ao Conselho de Administração para implementação da Check-List na UCI						
Realização do Relatório							

APÊNDICE Nº 6
PLANIFICAÇÃO DO PIS

Objetivos	Atividades	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>Analisar a incidência dos transportes inter-hospitalares de doentes com necessidade de intervenção hemodinâmica realizados no período compreendido entre Janeiro 2016 e Dezembro de 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre a temática do transporte inter-hospitalar do doente crítico - Formalização do pedido de autorização ao Conselho de Administração para a consulta dos dados pretendidos - Consulta dos dados nas bases de dados do Hospital - Análise dos resultados obtidos e discussão dos mesmos - Incorporação dos dados no Projeto de Intervenção em Serviço e no Relatório Final 	<ul style="list-style-type: none"> -Enfª orientadora -Informático 	<ul style="list-style-type: none"> - Biblioteca - Internet - Computador - Bases de Dados - Papel e caneta 	<p>Ver cronograma</p>	<p>Análise dos dados colhidos que integrará o Projeto de Projeto de Intervenção em Serviço e no Relatório Final</p>
<p>- Elaborar instrumento de trabalho/registo que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica aquando do transporte inter-hospitalar, ("Check-List: Intervenção Hemodinâmica")</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre a temática do transporte inter-hospitalar do doente crítico - Pesquisa bibliográfica sobre a temática do doente crítico cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica - Elaborar documento com Check-List que contenha a informação clínica pertinente e que acompanhe o doente durante o transporte inter-hospitalar - Apresentar Check-List à enfermeira orientadora e diretor do serviço e ao professor orientador para colher sugestões - Apresentação da Check –List nas IIIJornadas da Urgência sob a forma de Poster no sentido de colher mais opiniões/sugestões -Reformulação da Check-List consoante sugestões apresentadas 	<ul style="list-style-type: none"> -Enfª orientadora -Professor Orientador - Diretor da UCI 	<ul style="list-style-type: none"> - Biblioteca - Internet - Computador - Bases de Dados - Papel e caneta 	<p>Ver cronograma</p>	<p>Proposta de "Check – List: Intervenção Hemodinâmica"</p> <p>Poster com apresentação da Check-List</p> <p>"Check –List: Intervenção Hemodinâmica" Final</p>
<p>- Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico com necessidade de transporte inter-hospitalar para realização de intervenção hemodinâmica através da criação de uma Instrução de Trabalho que normalize a utilização da referida Check-List, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre a temática do transporte inter-hospitalar do doente crítico - Pesquisa bibliográfica sobre a temática do doente crítico cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica - Elaboração da Instrução de Trabalho que normalize a utilização da referida Check-List - Apresentação da Instrução de Trabalho a todos os elementos da equipa multidisciplinar da UCI - Formalização do pedido de autorização ao Conselho de Administração para implementação da Check-List na UCI 	<ul style="list-style-type: none"> -Enfª orientadora -Professor Orientador - Diretor da UCI 	<ul style="list-style-type: none"> - Biblioteca - Internet - Computador - Bases de Dados - Papel e caneta 	<p>Ver cronograma</p>	<p>Instrução de Trabalho</p> <p>Apresentação Power-Point da Instrução de trabalho</p> <p>Apresentação da Check-List</p>

APÊNDICE Nº 7
PLANO DE SESSÃO



REGISTO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

PLANO DE SESSÃO

Ação de Formação: Apresentação da Check-List: Intervenção Hemodinâmica **Serviço:** Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira (UCIDEM)

Destinatários: Enfermeiros e médicos **Data:** 10.01.2018
(00/00/0000)

Ricardina Maria Martins Pinto Coelho Vitória

Formador: **Hora Início:** 14:00 H **Hora Fim:** 15:00 H
(Quando Aluno, deve ser supervisionado pelo Tutor) (00:00h) (00:00h)

Tutor: Maria José Martins Catalão **Duração:** 60´

Local de realização: Sala de reuniões da UCIDEM

A ação de formação estava contemplada em Plano		SIM
	x	NÃO Justificação: Por necessidade identificada no serviço

Objetivos gerais (Indique a pertinência do tema para o serviço e para a população alvo)

- Dar a conhecer à equipa o Projeto de Intervenção em Serviço em desenvolvimento na UCIDEM

Objetivos específicos (Indique os objetivos que se pretendem atingir, para o serviço, com esta ação formativa)

- Apresentação da Instrução de Trabalho e da Check-List: Intervenção Hemodinâmica
- Uniformizar procedimentos aquando do transporte inter-hospitalar do doente crítico com necessidade de intervenção hemodinâmica
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e aumento da segurança do doente antes, durante e após o transporte inter-hospitalar

1- PLANO DE SESSÃO (Cont.)

METEDOLOGIA E/I/D/A	Expositivo					
	Demonstrativo					
	Ativo					
PROPOSTAS / DECISÕES:						

APÊNDICE Nº 8
POSTER – ‘CHECK-LIST: INTERVENÇÃO HEMODINÂMICA’

CHECK- LIST: INTERVENÇÃO HEMODINÂMICA

Realizado por: - Maria José Martins Catalão - Enfermeira na UCIDEM - ULSNA
- Ricardina Maria Martins Pinto Coelho Vitória - Enfermeira na MAE - ULSNA

Introdução:

O transporte inter-hospitalar do doente crítico, apesar dos riscos que lhe são inerentes, é justificado "pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efectuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado"¹. Segundo dados da Direção Geral de Saúde 2015², as doenças cardiovasculares constituem ainda hoje a primeira causa de morte em Portugal, bem como na União Europeia. Apesar da tendência decrescente nas duas últimas décadas este é "um desafio que não pode ser ignorado"². De acordo com a European Society of Cardiology, nos últimos 30 anos a melhoria dos tratamentos implementados têm melhorado a sobrevida e reduzido a hospitalização, no entanto, os resultados obtidos continuam a ser insatisfatórios³.

O Relatório da Rede de Referência de Cardiologia⁴ aponta para a necessidade em média de 3000 a 4000 intervenções coronárias por ano em Portugal, no entanto em 2015 realizaram-se apenas 2350, o que se traduz num défice de 500 a 1000 intervenções.

Dado na ULSNA não existir uma valência disponível para dar resposta às crescentes necessidades do doente cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica, na maioria dos casos, este tem de ser transferido para outra instituição hospitalar. Foi identificada na Unidade de Cuidados Intensivos /ULSNA a ausência de documento homologado pela ULSNA que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica aquando do seu transporte inter-hospitalar.

Objetivo:

- Colmatar uma necessidade identificada na Unidade de Cuidados Intensivos/ ULSNA e validada pelo Departamento de Urgência e Emergência
- Apresentar uma proposta de um instrumento de trabalho/registo que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica aquando do transporte inter-hospitalar.

Discussão:

No sentido de dar resposta à necessidade identificada, ausência de documento homologado pela ULSNA que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica, surge esta proposta de instrumento de registo, "Check-List: Intervenção Hemodinâmica", que acompanhe o doente desde o seu serviço de origem até ao serviço de destino, contendo informações pertinentes sobre a atual situação clínica do doente e a preparação realizada para a intervenção a que será submetido. Este documento permitirá ainda o registo de sinais vitais, estado clínico ou intercorrências que possam decorrer durante o transporte.

"A importância dos registos de enfermagem é atualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, realçando a sua função de comunicação dos aspetos resultantes deste processo de cuidados"⁵, antes, durante e após determinada intervenção.

Neste sentido, este modelo de registo pretende garantir a fiabilidade da informação transmitida e permitir a continuidade dos cuidados prestados ao doente com maior segurança e celeridade.

Metodologia:

No sentido de sistematizar o conhecimento existente sobre o transporte do doente crítico com necessidade de intervenção hemodinâmica procedeu-se a uma revisão simples da literatura, que incluiu pesquisa na base de dados, utilizando o motor de busca EBSCOhost, documentos emanados pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, e parecer de "expert" do Diretor do Departamento de Urgência e Emergência

Conclusão:

De acordo a SPCI 2008, que preconiza que a "consignação de metodologias tipificadas para os registos clínicos, permitirão a avaliação do nível de desempenho e rigor assistencial"¹, concluímos que a utilização deste documento contribuirá para assegurar a qualidade de cuidados prestados e garantir a segurança do doente com necessidade de necessidade de intervenção hemodinâmica antes, durante e após o transporte inter-hospitalar.

Resultado:

Apresentação do instrumento de registo "Check-List: Intervenção Hemodinâmica".

The form is titled 'Check-List: Intervenção Hemodinâmica' and is from ULSNA. It contains several sections:

- Identificação do doente:** Fields for name, ID, and date.
- Hospital de Origem:** Fields for hospital name, service, and doctor.
- Medidas de Transmissão:** Fields for vital signs and other clinical data.
- Exames Complementares de Diagnóstico:** Checkboxes for ECG, chest X-ray, etc.
- Preparação do doente:** Checkboxes for medication, oxygen, and other preparations.
- Medicamentos:** Fields for drug names and doses.
- Outros dados:** Fields for additional information.

BIBLIOGRAFIA:

1. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem Dos Médicos. 2008. Transporte de Doente Críticos- Recomendações 2008. Disponível em https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf
2. Direção-Geral da Saúde. 2015. Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2015: Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015.aspx>
3. European Society of Cardiology. 2016. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)-Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Journal of Heart Failure nº18.
4. Direção-Geral da Saúde e Programa Nacional para as Doenças Cerebro-cardiovasculares. 2015. Rede de Referência de Cardiologia: Proposta de atualização. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Cardiologia_2015.pdf
5. Martins, A. etal. 2008. Qual o lugar da escrita sensível nos registos em enfermagem. Pensar Enfermagem Vol. 12, N.º 2, 2º Semestre. Disponível em: http://pensar.enfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf
6. Imagem disponível em: <http://www.laleo.com/caterismo-cardiaco-diagnostico-tratamiento-intervencionista-p-7072.HTML>

The form includes two tables:

- Medicação Administrada Terapêutica em curso:** A table with columns for Date, Hour, Route, and Medication Use.
- Sinais Vitais:** A table with columns for Vital Signs (FC, TPAS, PAD, FR, SpO2, Glicemia, PVC, Udr) and three columns for 'A saída Hora', 'Durante o transporte Hora', and 'Durante o transporte Hora'.

APÊNDICE Nº 9
'CHECK-LIST: INTERVENÇÃO HEMODINÂMICA'

Check-List: Intervenção Hemodinâmica

Vinheta do Utente	Hospital de Origem _____ Serviço de Origem _____ Hospital de Destino _____ Serviço de Destino _____ Enfermeiro Transporte _____ Médico Transporte _____ Médico Receptor _____
Diagnósticos:	Motivo da Transferência: Valência Inexistente <input type="checkbox"/> Vaga em UCI <input type="checkbox"/> MCDT <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>
Antecedentes:	
Pessoa de Referência: _____ Contacto: _____ Família Informada Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Resultados Analíticos Data __/__/__ Hora: __:__:__	Exames Complementares de Diagnóstico (preencher com <input checked="" type="checkbox"/> afirmativo onde aplicável)
Hemoglobina _____ Leucócitos _____ Plaquetas _____ INR _____ Glucose _____ Sódio _____ Potássio _____ Ureia _____ Creatinina _____ CK _____ CK-MB _____ aPTT _____ PCR _____ Troponina _____	ECG <input type="checkbox"/> Ecocardiograma <input type="checkbox"/> Cintigrafia Miocárdio <input type="checkbox"/> Coronariografia <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> Outros: _____
Terapêutica (preencher com <input checked="" type="checkbox"/> afirmativo onde aplicável)	
AAS <input type="checkbox"/> Anti-diabéticos Orals <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Varfarina/Acenocouamol <input type="checkbox"/> NOAC's <input type="checkbox"/> Quais: _____ Ticagrelor <input type="checkbox"/> Iniciou a __/__/__:__ h Clopidogrel <input type="checkbox"/> Carga de __mg a __/__/__ Iniciou diário a __/__/__:__ h Enoxaparina <input type="checkbox"/> Iniciou __mg __x dia a __/__/__ Última a __/__/__:__ h Trombólise <input type="checkbox"/> Qual: _____ Data __/__/__:__ h	
Preparação do Doente Ensino sobre o intra e pós-procedimento <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> _____ Acesso venoso periférico MSE (Dix5% SF) <input type="checkbox"/> Cirurgias recentes (<-mês) <input type="checkbox"/> Tricotomia Inguinal bilateral e radial direita <input type="checkbox"/> Perdas hemáticas recentes <input type="checkbox"/> Jejum >6h <input type="checkbox"/> Reação a contraste em exames prévios <input type="checkbox"/> _____	
Via Aérea Máscara Facial/ONI/ SN de O2 <input type="checkbox"/> % Outra Via Aérea _____ Tubo Oro/Nasotraqueal <input type="checkbox"/> Dreno Torácico <input type="checkbox"/> Onde? _____	
Ventilação Espontânea <input type="checkbox"/> Mecânica <input type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> Não Invasiva <input type="checkbox"/>	
Alimentação Última refeição: _____ Dieta: _____	
Eliminação Vesical Aigaliação <input type="checkbox"/> Tipo e Nº <input type="checkbox"/> Débito últimas 24h <input type="checkbox"/> Características: _____	
Eliminação Intestinal Última dejeção: __/__/__ Características: _____	

Medicação Administrada / Terapêutica em curso			
Data	Hora	Via	Fármaco/ Dose

Observações

O Enfermeiro/a Responsável pelo Registo _____ Data __/__/__ Hora __: __
(Nome e Nº Mec.)

Sinais Vitais	A saída Hora __: __	Durante o transporte Hora __: __	Durante o transporte Hora __: __
FC			
PAS			
PAD			
FR			
SpO2			
Glicemia			
PVC			
Dor			

Evolução clínica / Intercorrências durante o transporte

Chegada ao Hospital de Destino _____ Data __/__/__
Hora __: __

O Enfermeiro/a _____
(Nome e Nº Mec.)

APÊNDICE Nº 10
INSTRUÇÃO DE TRABALHO: 'CHECK-LIST: INTERVENÇÃO HEMODINÂMICA'



IT-00-UCIDEM/H.Portalegre Check-List: Intervenção Hemodinâmica

1. OBJECTIVO

Implementação do instrumento de trabalho/registo “Check-List: Intervenção Hemodinâmica” que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica aquando do transporte inter-hospitalar, quando este esteja indicado, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e aumento da segurança do doente.

2. ÂMBITO

Tem por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem emanados pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no enunciado descritivo 6 – A Organização dos Cuidados de Enfermagem¹.

Aplica-se a todos os enfermeiros da ULSNA.

3. DEFINIÇÕES

O transporte inter-hospitalar de doentes críticos cardíacos acontece frequentemente pela necessidade de facultar a estes cuidados mais diferenciados e especializados ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica em laboratório de hemodinâmica.

- **Doente Crítico** - aquele cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência multiorgânica, dependendo de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica para sobreviver²
- **Intervenção Hemodinâmica** - é um método de diagnóstico e terapêutica que obtém dados funcionais e anatómicos de várias cardiopatias através da utilização de técnicas invasivas, nomeadamente o cateterismo cardíaco por via percutânea, para acesso ao coração³

Transporte Inter-Hospitalar – consiste no transporte de um doente de uma unidade hospitalar para outra, sempre que este necessita de cuidados mais diferenciados e especializados ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis na instituição onde o doente se encontra. Pode também ser denominado por transporte secundário⁴.

O transporte Inter-Hospitalar envolve 3 fases: Decisão, Planeamento e Efetivação.

- A decisão da transferência de um doente é um ato médico, devendo esta ser sempre precedida de uma ponderação acerca dos riscos/benefícios inerentes ao transporte.
- O planeamento é da responsabilidade da equipa médica e de enfermagem do serviço de origem, ou seja, aquele onde o doente se encontra internado, em articulação com o serviço de transportes e com o serviço do hospital de destino.
- A efetivação do transporte está a cargo da equipa de enfermagem e, se necessário, médica, cuja responsabilidade técnica e legal só termina no momento em que o doente é entregue à equipa de saúde do hospital de destino ou à equipa do serviço de origem, no caso de o doente regressar⁴.

SIGLAS

- **TIH** - Transporte Inter-Hospitalar
- **UCI**- Unidade de Cuidados Intensivos
- **UCIDEM** - Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira
- **ULSNA** - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

3. DESCRIÇÃO

Dado na ULSNA não existir uma valência disponível para dar resposta às crescentes necessidades do doente cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica, na maioria dos casos, este tem de ser transferido para outra instituição hospitalar. Foi identificada na UCI /ULSNA a ausência de documento homologado que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica desde o seu serviço de origem até ao serviço de destino, aquando do seu transporte inter-hospitalar.

No sentido de dar resposta à necessidade identificada, surge este instrumento de trabalho/registo, “Check-List: Intervenção Hemodinâmica”, contendo informações pertinentes sobre a atual situação clínica do doente e a preparação realizada para a intervenção a que será submetido. Tem como finalidade principal documentar a condição prévia e as ocorrências durante o transporte deste tipo de doentes. Deve ser aplicada a todos os doentes com necessidade de intervenção hemodinâmica que sejam transferidos para outra instituição hospitalar.

4. PROCEDIMENTO

A “Check-List: Intervenção Hemodinâmica” está preparada para reunir toda a informação pertinente do doente, pelo que o registo deve ser efetuado da forma mais completa possível, sempre que ocorra uma transferência inter-hospitalar de um doente com necessidade de intervenção hemodinâmica. Deve ser preenchida pelo enfermeiro responsável pelo doente no serviço de origem, e pelo enfermeiro responsável pelo transporte no decorrer do mesmo.

Deverá proceder-se da seguinte forma:

- Aguardar validação da equipa médica para o transporte e confirmar qual a instituição e serviço de destino, bem como o médico recetor;
- Preencher os campos de diagnóstico e antecedentes relevantes conhecidos;
- Identificar qual o motivo da transferência;
- Confirmar que a família /pessoa de referência está informada do TIH;
- Preencher os campos destinados aos resultados analíticos e exames complementares de diagnóstico realizados, preparação do doente e terapêutica realizada. Realçar as dosagens de anticoagulantes e se realizou ou não terapêutica fibrinolítica;
- Preencher os campos destinados à condição atual do doente quanto à via área e ventilação, alimentação e eliminação (vesical quer intestinal);
- Registrar a terapêutica administrada e/ou em curso à saída da unidade;
- Verificar e registar a hora de saída do hospital de origem;
- Assinar e datar o documento após o seu preenchimento, antes do transporte;

- Entregar o documento de registo ao enfermeiro responsável pelo transporte que deverá proceder da seguinte forma:
 - Avaliar e registar sinais vitais na saída do hospital de origem, durante o transporte, sempre que necessário e à chegada do hospital de destino;
 - Documentar evolução clínica e intercorrências durante o transporte;
 - Assinar e datar o documento aquando a sua entrega no serviço de destino;
 - O enfermeiro responsável pelo transporte deverá trazer uma fotocópia deste documento para ser arquivada no processo do doente, no serviço de origem.

5. RESPONSABILIDADES

Ação	Responsável
Homologar e divulgar esta IT	Conselho de Administração
Garantir o cumprimento da IT no âmbito das suas atividades	Enfermeiros Chefes e Responsáveis de Serviço
Cumprir os procedimentos definidos	Enfermeiros

- A revisão desta IT é feita de cinco (5) em cinco (5) anos, contados da data de aprovação e sempre que se justifique, sendo essa revisão da responsabilidade do Enf Responsável da UCIDEM ou quem este delegar;
- O Enf Responsável da UCIDEM validará as revisões efetuadas.
- A presente IT fica arquivada em pasta própria, denominada “Manual de Procedimentos e Normas de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira”, do qual existem dois exemplares. Um dos exemplares, que contém os documentos originais, fica à guarda do Enf^o Responsável da UCIDEM. O segundo exemplar, que contém cópias dos documentos, fica localizado na sala de passagem de turno.

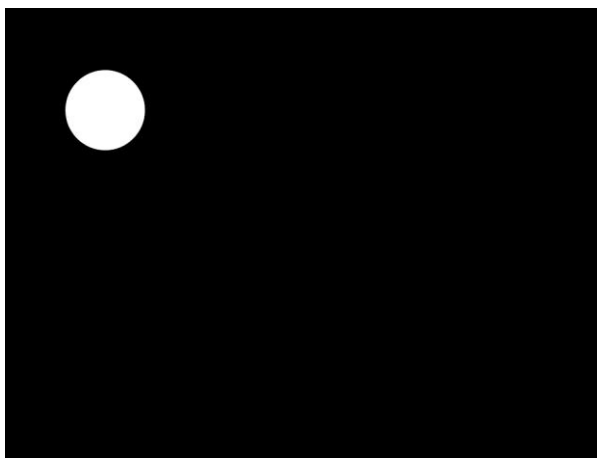
O conhecimento desta IT e de todo o conteúdo do “Manual de Procedimentos e Normas de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira” é parte essencial do programa de integração de todos os Enfermeiros e Assistentes

- Operacionais (nos aspetos que digam respeito à sua atividade) que vierem a ser integrados neste Serviço.
- De forma a validar individualmente e de forma inequívoca os documentos que incorporam o Manual, fica apensa a cada um deles uma folha titulada para assinatura de tomada de conhecimento do mesmo (estas folhas ficam no exemplar que se localiza na sala de passagem de turno).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordem dos Enfermeiros. 2001. *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>, a 20 de de dezembro de 2017
2. Ordem dos Enfermeiros. 2015. Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho de 2015 - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf , acedido a 20 de dezembro de 2017
3. Associação Portuguesa de Cardiopneumologistas. s.d *Hemodinâmica*. Disponível em: <http://www.aptec.pt/cardiopneumologia/areas-de-intervencao/5-hemodinamica-.html>, acedido a 26 de dezembro de 2017
4. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem Dos Médicos. 2008. Transporte de Doentes Críticos- Recomendações 2008. Disponível em https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf, acedido a 6 de dezembro de 2017
5. Direção-Geral da Saúde e Programa Nacional para as Doenças Cerebro-cardiovasculares. 2015. Rede de Referenciação de Cardiologia: Proposta de atualização. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Cardiologia_2015.pdf

APÊNDICE Nº 11
APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ESTRAZELINHA
UNIVERSIDADE DE SAÚDE
UNIVERSIDADE DE CIÊNCIAS
UNIVERSIDADE DE AGRICULTURA
UNIVERSIDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ULSNA+
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DOUTOR EMÍLIO MOREIRA

“Chek-List – Intervenção Hemodinâmica”

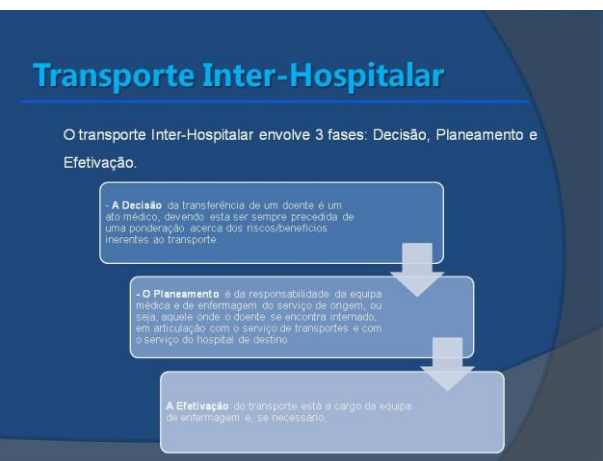
Enf^M José Catalão - UCIDEM
Enf Ricardina Vitória - Estudante de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Portalegre
janeiro de 2018

Índice

- **Objetivos**
- **Transporte Inter-Hospitalar**
- **Metodologia**
- **Procedimento**
- **Conclusão**
- **Bibliografia**

- ## Objetivos
- ### Objetivo Geral
- Dar a conhecer à equipa de enfermagem o instrumento de trabalho/registo realizado: “Check-List: Intervenção Hemodinâmica”
- ### Objetivos Específicos
- Uniformizar procedimentos aquando do transporte inter-hospitalar do doente crítico com necessidade de intervenção hemodinâmica
 - Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e aumento da segurança do doente



Transporte Inter-Hospitalar

- O transporte inter-hospitalar de doentes críticos cardíacos acontece frequentemente pela necessidade de facultar a estes cuidados mais diferenciados e especializados ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica em laboratório de hemodinâmica;
- A responsabilidade técnica e legal só termina no momento em que o doente é entregue à equipa de saúde do hospital de destino ou à equipa do serviço de origem, no caso de o doente regressar.

Metodologia

- Dado na ULSNA não existir uma valência disponível para dar resposta às crescentes necessidades do doente cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica, na maioria dos casos, este tem de ser transferido para outra instituição hospitalar.
- Foi identificada na Unidade de Cuidados Intensivos /ULSNA a ausência de documento homologado pela ULSNA que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica aquando do seu transporte inter-hospitalar.



Metodologia

- Procedeu-se a uma revisão da literatura, que incluiu pesquisa de publicações científicas nas bases de dados;
- Foram definidos quatro conceitos-chave aferidos no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles patient transfer; inter-hospitalar transport; patient safety, e information.
- Foram ainda consultados documentos emanados pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e foi tido em consideração parecer de "expert", o Diretor do Serviço e do Departamento de Urgência e Emergência.

Procedimento

A "Check-List: Intervenção Hemodinâmica":

- Está preparada para reunir toda a informação pertinente sobre a atual situação clínica do doente e a preparação realizada para a intervenção a que será submetido;
- Deve ser preenchida o mais completa possível, sempre que ocorra uma transferência inter-hospitalar de um doente cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica;
- Deve ser preenchida pelo enfermeiro responsável pelo doente no serviço de origem (com o apoio médico) e pelo enfermeiro responsável pelo transporte, no decorrer do mesmo;

Procedimento

A "Check-List: Intervenção Hemodinâmica":

- É um documento que deve acompanhar sempre o doente com a finalidade de documentar as ocorrências durante o transporte;
- Deve ser aplicada a todos os doentes com necessidade de intervenção hemodinâmica que sejam transferidos para outra instituição hospitalar;



Procedimento

The image shows a detailed screenshot of the ULSNA Check-List: Intervenção Hemodinâmica form. It includes sections for patient identification, clinical history, and specific hemodynamic intervention details. The form is structured with various fields for text entry and checkboxes for specific criteria.

Procedimento

- Aguardar validação da equipa médica para o transporte e confirmar qual a instituição e serviço de destino, bem como o médico recetor;

This is a smaller version of the ULSNA Check-List: Intervenção Hemodinâmica form. It highlights the 'Vinheta do Utente' (User Label) section, which includes fields for Hospital de Origem, Serviço de Origem, Hospital de Destino, Serviço de Destino, Enfermeiro Transporte, Médico Transporte, and Médico Recetor.

Conclusão

- Este documento garantirá a fiabilidade da informação transmitida e permitirá a continuidade dos cuidados prestados ao doente com maior segurança e celeridade.
- A longo prazo gostaríamos que este instrumento de trabalho/registo fosse implementado noutros serviços deste hospital bem como na ULSNA
- Consideramos que esta Check-List concorrerá para a redução de eventos adversos e concomitantemente para o aumento da segurança do doente durante o transporte inter-hospitalar, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados

Bibliografia

- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem Dos Médicos. 2008. Transporte de Doente Críticos- Recomendações 2008. Disponível em https://spci.pt/files/2016/03/9784_miolo1.pdf
- Direção-Geral da Saúde. 2015. Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2015: Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015.aspx>
- European Society of Cardiology. 2016. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)-Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Journal of Heart Failure nº18.
- Direção-Geral da Saúde e Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares. 2015. Rede de Referenciação de Cardiologia: Proposta de atualização. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Cardiologia_2015.pdf

**OBRIGADA
pela vossa
atenção!**

APÊNDICE Nº12
QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Avaliação da Sessão de Formação

Sessão: “Apresentação da Check – List: Intervenção Hemodinâmica”

Formadores: Ricardina Vitória,
Maria José Catalão

O presente questionário é anónimo e tem por objetivo conhecer a sua opinião sobre a formação que agora terminou. A sua opinião é importante para nós pelo que agradece-se desde já a colaboração no preenchimento do mesmo!

- Utilização de uma escala de avaliação de 1 a 4 sendo:
1 – Insuficiente
2 – Suficiente
3 – Bom
4 – Muito Bom
- Marcação com um (X) no quadrado pretendido
- Utilização do espaço “Observações” para informações complementares

Tempo de serviço do formando:

0 a 4 anos 5 a 10 anos 10 a 15 anos > a 16 anos

Desenvolvimento da sessão de formação

	1	2	3	4
- Os objetivos desta sessão foram cumpridos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- O conteúdo da sessão foi importante para o seu desempenho Profissional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A metodologia foi adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A forma de exposição permitiu uma melhor compreensão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sentiu-se motivado durante a sessão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Os meios audiovisuais usados ajudaram a perceber melhor os conteúdos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A documentação de suporte foi útil para uma melhor compreensão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A duração da sessão foi adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intervenção do Formador

- Desenvolveu o tema com clareza?
- A linguagem utilizada era acessível?
- Notou-se empenho em conseguir exprimir bem as ideias?
- O método utilizado motivou a participação ativa?
- O formador conseguiu um bom relacionamento com o grupo?
- O formador gerou confiança entre o grupo?

Organização da Formação

- Foi assegurado o material necessário para o decurso da sessão?
- Teve acesso ao programa da sessão?
- Sentiu apoio da coordenação pedagógica?

Sugestões / Críticas

Temas considerados importantes

Em que é que considera que o tema desta sessão de formação pode ser importante no exercício das suas funções?

Observações:

APÊNDICE Nº 13
ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Análise da Avaliação da Sessão de Formação

No final da sessão procedeu-se à avaliação da mesma através do preenchimento de um questionário em que é avaliada a sessão e o formador. Pretende-se desta forma confirmar a concretização dos objetivos propostos na sessão bem como captar a atenção dos formandos para o tema em destaque. Este questionário pretende ainda a colaboração dos mesmos na identificação de estratégias de formação a adotar no futuro, bem como, avaliar o desempenho quer dos formadores quer da própria sessão de formação. Para avaliação foi utilizada uma escala com os itens de insuficiente, médio, bom e muito bom.

Dos 15 enfermeiros presentes na sessão de formação responderam todos ao questionário proposto.

1. DESENVOLVIMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Os objetivos da sessão foram cumpridos?

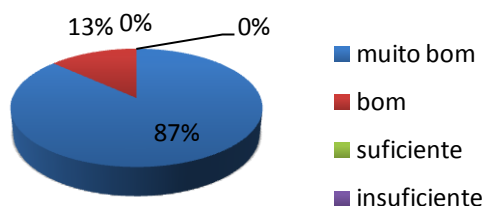


Gráfico n°1 – Objetivos da sessão cumpridos

Dos dados colhidos, 87% dos inquiridos consideraram que os objetivos da sessão foram cumpridos. Os restantes 13% responderam bom.

O conteúdo da sessão foi adequado?

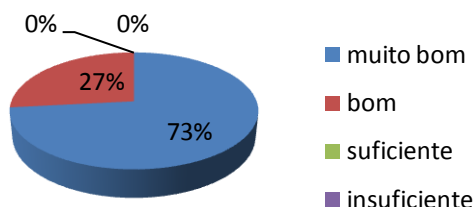


Gráfico n°2 – Conteúdo da sessão adequado

73% dos inquiridos considerou o tema abordado adequado ao seu desempenho profissional, respondendo Muito Bom. 27% responderam Bom, não havendo nenhum elemento que achasse este tema desadequado à função.

A metodologia foi adequada?

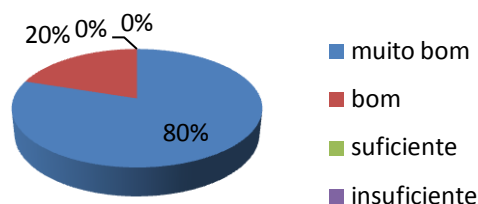


Gráfico n°3 – Metodologia adequada

No geral, os inquiridos consideraram a metodologia usada muito adequada (80%), sendo que 20% referiu que era boa.

A forma de exposição permitiu uma melhor compreensão?

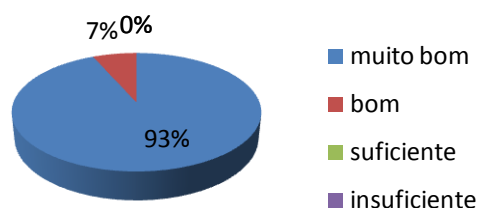


Gráfico n°4 – Forma de exposição

Do total dos 15 inquiridos, 14 (93%) considerou esta forma de exposição muito boa, e apenas 1 (7%), considerou boa.

Sentiu-se motivado durante a sessão?

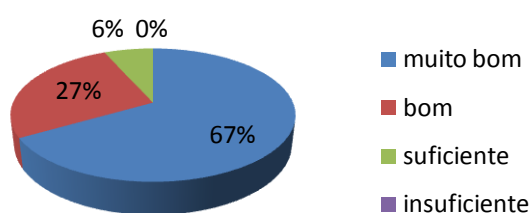


Gráfico n°5 – Motivação durante a sessão

A maioria das respostas foi positiva sendo que 67% dos inquiridos sentiu-se motivado durante a sessão, e apenas uma pessoa (6%) considerou sentir-se suficientemente motivada.

Os meios audiovisuais ajudaram à perceção dos conteúdos?

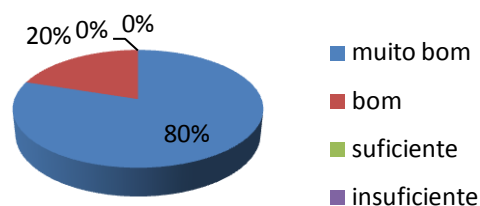


Gráfico n°6 – Meios audiovisuais

Da totalidade dos inquiridos 80% considerou os meios audiovisuais utilizados muito bons

A documentação de suporte foi útil?

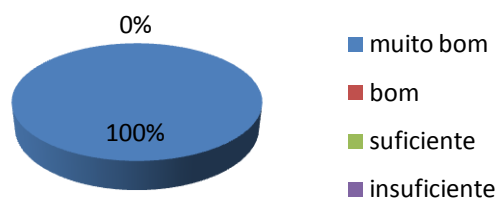


Gráfico n°7 – Documentação de suporte

A totalidade dos inquiridos foi unânime ao concordarem que a documentação de suporte fornecida foi muito útil para a compreensão dos conteúdos da sessão, dado ter sido distribuída durante a sessão a *Check-list* construída.

A duração da sessão foi adequada?

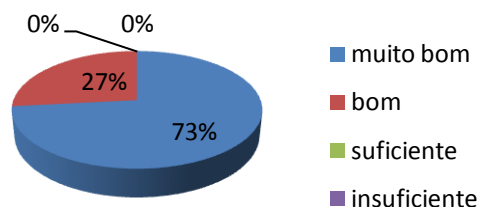


Gráfico n°8 – Duração da sessão

Dos dados colhidos, 73% dos inquiridos responderam que a duração da sessão foi muito adequada e para 27% foi boa.

2. INTERVENÇÃO DO FORMADOR

O segundo item correspondia à intervenção do formador durante o decorrer da sessão.

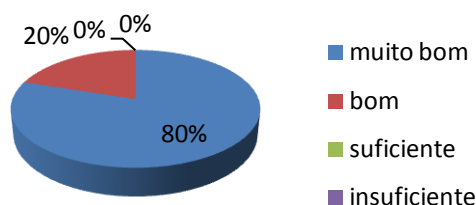


Gráfico n°9 – Intervenção do Formador

Na generalidade (80%), os inquiridos são da opinião que o formador desenvolveu o tema com clareza, usou linguagem acessível, empenhou-se em conseguir exprimir bem as suas ideias, motivou a participação dos formandos, conseguiu um bom relacionamento com o grupo e gerou confiança entre o grupo.

3. Organização da Formação

3.1 Foi assegurado o material necessário para o decurso da sessão?

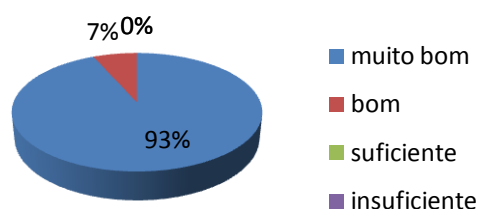


Gráfico n°10 – Assegurado o material necessário para a sessão

Da totalidade dos inquiridos, 93% considera que foi muito bom o material necessário para o decurso da sessão, e apenas um formando o considerou bom.

3.2 Teve acesso ao programa da sessão?

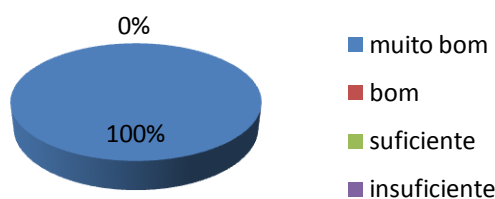


Gráfico nº11 – Acesso ao programa da sessão

Todos os formandos (100%) responderam que tiveram acesso ao programa da sessão.

3.2 Sentiu apoio da coordenação pedagógica?

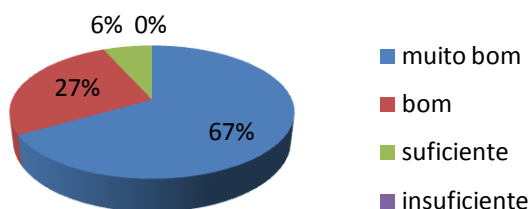


Gráfico nº12 – Apoio da coordenação pedagógica

67% dos inquiridos classificou em muito bom o apoio da coordenação pedagógica, 27%, considerou bom e 6% considerou-a suficientemente.

SUGESTÕES/CRÍTICAS

Quanto às críticas e sugestões, dois dos formandos consideraram que se deveria tirar um copia da *Check-List* no serviço de destino para que esta pudesse voltar e ficar arquivada no processo do doente.

APÊNDICE Nº 14

**ARTÍGO CIENTÍFICO: SEGURANÇA NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALR DO
DOENTE CRÍTICO – ‘CHECK-LIST’ PARA INTERVENÇÃO HEMODINÂMICA**

Título: Segurança no Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico: *Chek-List* para Intervenção Hemodinâmica

Title: Safety in the Inter-hospital Transport of Critical Patient: Chek-List for Hemodynamic Intervention

AUTORES:

- **Vitória, R.** – Enfermeira. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Medicina Ala Esquerda – Hospital Doutor José Maria Grande e Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem
- **Catalão, M.** – Enfermeira. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Unidade de Cuidados Intensivos - Hospital Doutor José Maria Grande
- **Pedro, A.** – Docente. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

RESUMO:

O transporte inter-hospitalar do doente crítico cardíaco é um procedimento comum podendo este constituir risco adicional para ao doente, dado não ser isento da ocorrência de eventos adversos que possam agravar o seu estado clínico. A segurança do doente no decorrer deste procedimento poderá ficar comprometida por múltiplos fatores, nomeadamente ao nível da comunicação. **Objetivo:** A elaboração de um instrumento de trabalho/registo que venha colmatar uma necessidade identificada numa Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital distrital, contribuindo para o aumento da segurança do doente crítico cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica, aquando do seu transporte inter-hospitalar. **Metodologia:** Procedeu-se a uma revisão da literatura, que incluiu pesquisa de publicações científicas nas bases de dados existentes nos motores de busca 'EBSCOhost' e "B-On". Foram consultadas recomendações emanadas pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, diretrizes em vigor numa Unidade de Hemodinâmica e tido em conta parecer de "expert". No sentido de colher sugestões/opiniões, o instrumento de trabalho elaborado foi ainda apresentado sob a forma de poster e submetido à apreciação de outros profissionais numa sessão de formação em serviço. **Resultados:** Foi construído o instrumento de trabalho/registo "Check-List: Intervenção Hemodinâmica" contendo campos com informações pertinentes sobre a atual situação clínica do doente, a preparação realizada para a intervenção a que será submetido e registo de ocorrências durante o transporte. **Conclusão:** Este documento garantirá a

fiabilidade da informação transmitida e permitirá a continuidade dos cuidados prestados ao doente com maior segurança e celeridade durante todo o processo de transferência. Consideramos que a “Check-List: Intervenção Hemodinâmica” concorrerá para a melhoria da qualidade dos cuidados e aumento da segurança do doente, antes, durante e após o transporte inter-hospitalar do doente crítico com necessidade de intervenção hemodinâmica.

Palavras-Chave: Transferência; Transporte Inter-Hospitalar; Hemodinâmica; Segurança do doente e Informação

ABSTRACT:

The inter-hospital transport of the critical cardiac patient is a common procedure and may constitute an additional risk for the patient, since this is not exempt from the occurrence of adverse events that may aggravate their clinical condition. The patient's safety during this procedure may be compromised by multiple factors, particularly at the level of communication. **Objective:** The elaboration of a work/registration instrument that meets a need identified in an Intensive Care Unit of a district hospital, contributing to increase the safety of critical cardiac patients with need for hemodynamic intervention during their transportation. **Methods:** We did a review of the literature, which included research of scientific publications in the databases in the search engines 'EBSCOhost' and 'B-On'. We consulted recommendations issued by the doctor's order and Portuguese Society of Intensive Care, guidelines in force in a Hemodynamic Unit and taken into account expert opinion. In order to gather suggestions, the document was also presented as a poster and submitted to other professionals during an in-service training session. **Results:** The working/registration instrument “Check-List: Hemodynamic Intervention” was constructed containing fields with pertinent information about the current clinical situation of the patient, the preparation made for the intervention to be submitted and recording of occurrences during transportation. **Conclusions:** This document will ensure the reliability of the information transmitted and will allow for the continuity of patient care with greater safety and speed throughout the transfer process. We consider that the "Check-List: Hemodynamic Intervention" will contribute to the improvement of the quality of care and increase the safety of the patient, before, during and after inter-hospital transport of the critical patient in need of hemodynamic intervention.

Keywords: Patient transfer; Transportation of patients; Hemodynamics; Patient safety and Information.

Introdução:

O transporte inter-hospitalar do doente crítico, apesar dos riscos que lhe são inerentes, é justificado “pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efectuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado” (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [OM & SPCI], 2008, p.9)

A Direção Geral de Saúde evidencia que as doenças cardiovasculares constituem ainda hoje a primeira causa de morte em Portugal, bem como na União Europeia. Apesar da tendência decrescente nas duas últimas décadas este é um desafio que não pode ser ignorado (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015). A European Society of Cardiology afirma que nos últimos 30 anos a melhoria dos tratamentos implementados têm melhorado a sobrevida e reduzido a hospitalização, no entanto, os resultados obtidos continuam a ser insatisfatórios. (European Society of Cardiology [ESC], 2016).

O Relatório da Rede de Referência de Cardiologia aponta para a necessidade em média de 3000 a 4000 intervenções coronárias por ano em Portugal, no entanto em 2015 realizaram-se apenas 2350, o que se traduz num défice de 500 a 1000 intervenções (DGS & Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares [PNDCC], 2015).

É frequente a ausência de documentos de registo adequados para as necessidades identificadas no que respeita a intervenções médicas e de enfermagem. “A importância dos registos de enfermagem é atualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, realçando a sua função de comunicação dos aspetos resultantes deste processo de cuidados” (Martins, et al., 2008, p.52) antes, durante a após determinada intervenção.

Este artigo baseia-se no desenvolvimento de um instrumento de trabalho/registo, através da identificação de uma necessidade verificada num hospital distrital português: ausência de documento homologado que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica aquando do seu transporte inter-hospitalar.

Enquadramento Conceptual

A Ordem dos Enfermeiros define pessoa em situação crítica como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010, p.1). O doente crítico necessita por isso, de uma intervenção rápida e eficaz dos profissionais de saúde, bem como de uma abordagem sistematizada quer no serviço onde se encontra internado, quer durante todo o processo de transferência para outra instituição hospitalar, quando necessário.

O transporte inter-hospitalar do doente crítico é procedimento comum e justifica-se pela necessidade de fornecer ao doente meios complementares de diagnóstico e tratamento especializados, não disponíveis na unidade ou na instituição, onde este se encontra internado. Este deve ser assumido por toda a equipa como parte integrante do tratamento. (OM & SPCI, 2008). No entanto, o transporte inter-hospitalar constitui um risco adicional para o doente pois esse período de tempo não é isento de probabilidade de ocorrência de eventos adversos que possam agravar o seu estado clínico ou inclusivamente provocar a sua morte (Lopes & Frias, 2014).

A segurança do doente no decorrer deste procedimento poderá ficar comprometida por múltiplos fatores, desde as condições durante o transporte, nomeadamente a restrições quer ao nível de recursos humanos, de equipamentos, terapêutica ou outros consumíveis, quer ainda de espaço físico, ou mesmo pelas características do próprio doente crítico (Lyphout, *et al.*, 2018).

Vários foram os estudos encontrados, nomeadamente Lopes e Frias (2014), Lyphout, *et al.* (2018) e Bérubé *et al.*, (2013), que relatam erros de comunicação como um evento adverso frequente durante o transporte do doente crítico, mas poucos são os que apontam as medidas a adotar para minimizar a prevalência de ocorrência desses mesmos erros, contribuindo assim para a segurança do doente. A DSG (2017), refere que, para se garantir eficácia na comunicação durante a transição de cuidados é necessária a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma. Cabe a toda a equipa o dever de “assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado” (DGS, 2017, p.5). A OM & SPCI (2008) preconiza que a consignação de metodologias tipificadas para os registos clínicos, permitem a avaliação do nível de desempenho e rigor assistencial ao doente crítico. Estes autores realçam ainda a importância da utilização de listas de verificação (check-lists), implementadas já em 2002 pela “The Intensive Care Society”, com o intuito de reduzir os riscos inerentes ao transporte, com a verificação de múltiplos fatores que interferiam com os resultados finais. A utilização deste tipo de

documentos contribui assim para assegurar a qualidade dos cuidados prestados e garantir a segurança do doente durante todo o processo de transferência, nomeadamente do doente crítico cardíaco com necessidade de intervenção hemodinâmica antes, durante e após o seu transporte inter-hospitalar, quando necessário.

Atualmente as doenças cardiovasculares detêm grande impacto epidemiológico em Portugal: as doenças do aparelho circulatório constituem a primeira causa de morte a nível nacional, como refere o Relatório da Rede de Referência de Cardiologia (DGS & PNDCC, 2015). Este relatório reporta-nos também que, hospitais de menores dimensões e com menor área populacional, apesar de na maior parte dos casos disporem de unidades de cuidados intensivos com carácter polivalente e com camas dedicadas a situações cardiológicas, habitualmente carecem de valências especializadas para dar resposta às necessidades de diagnóstico e tratamento médico adequado para o doente cardiológico.

A nível nacional existe a subespecialidade de Cardiologia de Intervenção homologada pela Ordem dos Médicos que trata com proximidade a doença crítica cardíaca. Designa-se por Cardiologia de Intervenção o “conjunto de técnicas terapêuticas que utilizam o cateterismo cardíaco, por via percutânea, como acesso ao coração, para efeitos de terapêutica de alterações estruturais do mesmo, quer a nível das artérias coronárias, quer de outras estruturas”. (DGS & PNDCC, 2015, p.46) devendo a prática destes procedimentos de intervenção, estar limitada a médicos com essa subespecialidade. Os hospitais que detêm esta subespecialidade e valência disponível, devem dispor de todas as técnicas diagnósticas de cardiologia não invasiva e apoiar o tratamento de proximidade dos doentes, enviados pelos médicos assistentes, que necessitem dos seus cuidados, assim como funcionar como consultoria para os hospitais de menor dimensão da sua área de influência (DGS & PNDCC, 2015).

A referência hospitalar dos doentes cardíacos reveste-se assim de uma fundamental importância para o desenrolar de todo o seu processo terapêutico, sendo “imprescindível a adequada articulação no encaminhamento do doente para a unidade mais adequada ao seu tratamento definitivo, no decurso do mais curto período de tempo” (DGS & PNDCC, 2015, p.76).

Metodologia:

No hospital distrital que visou o desenvolvimento do instrumento de trabalho/registo “Check-List: Intervenção Hemodinâmica” não existe valência disponível para dar resposta às crescentes necessidades do doente cardíaco com necessidade de intervenção

hemodinâmica. Habitualmente este tipo de doentes tem de ser transferido para outra instituição hospitalar. Esta necessidade foi levantada na Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] polivalente deste hospital uma vez que era utilizado um modelo de registo pouco adequado e proveniente de outra unidade hospitalar.

No sentido de sistematizar o conhecimento existente sobre a segurança no transporte do doente crítico com necessidade de intervenção hemodinâmica e dar suporte à construção do instrumento de trabalho/registo “Check-List: Intervenção Hemodinâmica” procedeu-se a uma revisão da literatura, que incluiu pesquisa de publicações científicas nas bases de dados: Academic OneFile, Scopus, SciVerse ScienceDirect, ScienceDirect, BMC Health Services Research, utilizando os motores de busca ‘EBSCOhost’, e Biblioteca do Conhecimento Online “B-On”. Para tal, foram definidos cinco conceitos-chave aferidos no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles patient transfer; inter-hospitalar transport; hemodynamics; patient safety, e information. Foram aplicados critérios de inclusão, nomeadamente ter acesso ao texto integral, artigos revistos por especialistas, publicações recentes, entre 2011 e 2017, e foram excluídos artigos de opinião e aqueles que pelo título e resumo não se enquadravam na temática. Foram selecionados cinco artigos que consideramos pertinentes pois os seus resultados revelaram-nos que a utilização de documentos padronizados, como é o caso de uma “check-list”, contribui para assegurar a qualidade dos cuidados prestados e garantir a segurança do doente crítico no decorrer de todo o processo de transferência, ou seja antes, durante e após o transporte inter-hospitalar.

Foram ainda consultadas diretrizes para intervenção hemodinâmica de uma Unidade de Hemodinâmica de um hospital de referência e documentos emanados pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, nomeadamente Transporte de Doentes Críticos: Recomendação 2008, constituindo este um manual de normas de boas práticas para o transporte de doentes críticos em vigor em Portugal e onde consta um formulário para o transporte hospitalar que sustentou a elaboração deste instrumento de trabalho/registo.

Foi também tido em consideração parecer de “expert”, do Diretor da UCI e Departamento de Urgência e Emergência, que fez a revisão final do documento e sugeriu a inclusão dos novos anticoagulantes orais na lista de terapêutica administrada; alguns valores analíticos relevantes e ainda a referência a pessoa significativa.

Por último, o instrumento de trabalho/registo “Check-List: Intervenção Hemodinâmica” foi apresentado sob a forma de poster nas Jornadas do Serviço de Urgência do hospital em questão, no sentido de dar conhecimento do projeto em execução e recolha de sugestões junto dos profissionais presentes, considerando eles que esta apresenta conteúdo pertinente

e perceptível, bem sintetizado e estruturado. Foi ainda realizada uma sessão de formação para dar conhecimento a todos os enfermeiros da UCI do hospital distrital em questão, deste novo instrumento de trabalho/registo a par da sua aplicabilidade e instruções de preenchimento.

Análise e Discussão dos Resultados:

No sentido de dar resposta à necessidade identificada, ausência de documento homologado, que acompanhe o doente com necessidade de intervenção hemodinâmica, surge a “Check-List: Intervenção Hemodinâmica”.

A construção deste instrumento de trabalho/registo teve por base o formulário para o transporte hospitalar e recomendações emanadas pela OM & SPCI (2008) e também as diretrizes para uma intervenção hemodinâmica preconizadas numa unidade de um hospital de referência, nomeadamente a preparação a realizar antes deste tipo de intervenção. Após parecer de “expert” e sugestões colhidas na apresentação do poster e apresentação feita na UCI, foi elaborado o instrumento de trabalho/registo Check-List: Intervenção Hemodinâmica, conforme a figura 1.

Figura 1: Check-List: Intervenção Hemodinâmica

Check-List: Intervenção Hemodinâmica

<p>Vinheta do Utente</p>	<p>Hospital de Origem _____ Serviço de Origem _____ Hospital de Destino _____ Serviço de Destino _____ Enfermeiro Transporte _____ Médico Transporte _____ Médico Receptor _____</p>	<p>Medicação Administrada / Terapêutica em curso</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>Hora</th> <th>Via</th> <th>Fármaco/ Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Data	Hora	Via	Fármaco/ Dose																																				
Data	Hora	Via	Fármaco/ Dose																																							
<p>Diagnósticos: _____</p> <p>Antecedentes: _____</p>	<p>Motivo da Transferência:</p> <p>Valência inexistente <input type="checkbox"/></p> <p>Vaga em UCI <input type="checkbox"/></p> <p>MCOT <input type="checkbox"/></p> <p>Outro <input type="checkbox"/></p> <p>Pessoa de Referência: _____</p> <p>Contacto: _____</p> <p>Família Informada Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>	<p>Observações</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>																																								
<p>Resultados Analíticos</p> <p>Data: __/__/__ Hora: __:__</p> <p>Hemoglobina _____</p> <p>Leucócitos _____</p> <p>Plaquetas _____</p> <p>INR _____</p> <p>Glicose _____</p> <p>Sódio _____</p> <p>Protéase _____</p> <p>Ureia _____</p> <p>Creatinina _____</p> <p>CK _____</p> <p>CK-MB _____</p> <p>aPTT _____</p> <p>PCR _____</p> <p>Troponina _____</p>	<p>Exames Complementares de Diagnóstico</p> <p>(preencher com <input checked="" type="checkbox"/> afirmativo onde aplicável)</p> <p>ECG <input type="checkbox"/> Ecocardiograma <input type="checkbox"/> Cintigrafia Miocárdio <input type="checkbox"/> Coronariografia <input type="checkbox"/></p> <p>TAC <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p>Terapêutica</p> <p>(preencher com <input checked="" type="checkbox"/> afirmativo onde aplicável)</p> <p>AAS <input type="checkbox"/> Anti-diabéticos Orais <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Varfarina/Acenoouramol <input type="checkbox"/></p> <p>NOAC's <input type="checkbox"/> Quais: _____ Ticagrelor <input type="checkbox"/> Iniciou a __/__/__:h</p> <p>Clopidogrel <input type="checkbox"/> Carga de ____mg a __/__/__ Iniciou diário a __/__/__:h</p> <p>Enoxaparina <input type="checkbox"/> Iniciou ____mg x dia a __/__/__ Última a __/__/__:h</p> <p>Trombolise <input type="checkbox"/> Qual: _____ Data __/__/__:h</p> <p>Preparação do Doente</p> <p>Ensino sobre o intra e pós-procedimento <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/></p> <p>Acesso venoso periférico MSE (Dx5% SF) <input type="checkbox"/> Cirurgias recentes (<-mês) <input type="checkbox"/></p> <p>Tricotomia Inguinal bilateral e radial direita <input type="checkbox"/> Perdas hemáticas recentes <input type="checkbox"/></p> <p>Jejum >6h <input type="checkbox"/> Reação a contraste em exames prévios <input type="checkbox"/></p>	<p>O Enfermeiro/a Responsável pelo Registo _____ Data __/__/__ Hora: __:__</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">(Nome e Nº Mec.)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sinais Vitais</th> <th>A saída</th> <th>Durante o transporte</th> <th>Durante o transporte</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Hora: __:__</th> <th>Hora: __:__</th> <th>Hora: __:__</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>FC</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>PAS</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>PAD</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>FR</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>SpO2</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Glicemia</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>PVC</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Dor</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Sinais Vitais	A saída	Durante o transporte	Durante o transporte		Hora: __:__	Hora: __:__	Hora: __:__	FC				PAS				PAD				FR				SpO2				Glicemia				PVC				Dor			
Sinais Vitais	A saída	Durante o transporte	Durante o transporte																																							
	Hora: __:__	Hora: __:__	Hora: __:__																																							
FC																																										
PAS																																										
PAD																																										
FR																																										
SpO2																																										
Glicemia																																										
PVC																																										
Dor																																										
<p>Via Aérea</p> <p>Mascara Facial/ONI/ SN de O2 <input type="checkbox"/> % Tubo Oro/Nasotraqueal <input type="checkbox"/></p> <p>Outra Via Aérea _____ Dreno Torácico _____ Onde? _____</p> <p>Ventilação</p> <p>Espontânea <input type="checkbox"/> Mecânica <input type="checkbox"/> Invasiva <input type="checkbox"/> Não Invasiva <input type="checkbox"/></p> <p>Alimentação</p> <p>Última refeição: _____ Dieta: _____</p> <p>Eliminação Vesical</p> <p>Aligação _____ Tipo e Nº _____ Débito últimas 24h _____</p> <p>Características: _____</p> <p>Eliminação Intestinal</p> <p>Última dejeção: __/__/__ Características: _____</p>	<p>Evolução clínica / Intercorrências durante o transporte</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	<p>Chegada ao Hospital de Destino Data __/__/__ Hora: __:__</p> <p>O Enfermeiro/a _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">(Nome e Nº Mec.)</p>																																								

Fonte: Autores do estudo

Da pesquisa realizada e do feedback obtido pelas atividades descritas na metodologia, considerámos pertinente englobar neste documento os seguintes campos: identificação do doente; hospital e serviço de origem; hospital e serviço de destino; elementos que realizam o transporte (enfermeiro e médico) e médico recetor; motivo da transferência; pessoa de referência (respetivo contato e se esta se encontra informada). Também se incluiu: diagnóstico e antecedentes relevantes; resultados analíticos e exames complementares de diagnóstico realizados, preparação do doente e terapêutica realizada. Segundo Relatório da Rede de Referência de Cardiologia (DGS e PNDCC, 2015), nos últimos anos, a par dos progressos realizados no diagnóstico das doenças cardíacas, assistiu-se também à introdução de novos fármacos que vieram revolucionar o tratamento destes doentes com significativa redução da morbilidade e mortalidade. Este documento contempla por isso campo destinado a realçar as dosagens e últimas tomas de clopidogrel e enoxaparina e se realizou ou não trombólise.

Foi ainda tida em consideração a condição atual do doente quanto à via área e ventilação, alimentação e eliminação (quer vesical quer intestinal). Esta vigilância justifica-se pelas características destes doentes habitualmente muito vulneráveis quer pela idade extrema, população pediátrica ou geriátrica, quer pelas suas características fisiopatológicas: hemodinamicamente instável ou com alto risco de instabilidade durante a transferência por apresentar patologias clínicas em evolução ou muitas das vezes necessitando ainda de uma avaliação mais completa para a definição do diagnóstico (Lyphout, *et al.*, 2018).

Por fim existe um campo destinado a outra terapêutica administrada e/ou em curso, acessos vasculares e registo de sinais vitais à saída da unidade; evolução clínica e intercorrências durante o transporte e data e hora de chegada ao hospital de destino. Segundo a OM & SPCI (2008), “o nível de monitorização deve ser adequado à gravidade do doente” (p.30). Também o Relatório da Rede de Referência de Cardiologia (DGS e PNDCC, 2015) preconiza que estes doentes durante a transferência deverão ser submetidos a monitorização eletrocardiográfica adequada e com equipamento e pessoal treinado.

Conclusão:

Após a pesquisa efetuada no decorrer da elaboração do documento “Check-list: Intervenção Hemodinâmica”, concluímos que todo o processo de transferência inter-hospitalar necessita de uma efetiva e eficaz coordenação dos cuidados a par da

implementação de iniciativas que concorram para a melhoria da qualidade deste e para o aumento da segurança do doente, como a criação de um documento de registo padronizado. Neste sentido, este modelo de registo pretende garantir a fiabilidade da informação transmitida e permitir a continuidade dos cuidados prestados ao doente com maior segurança e celeridade durante todo o processo de transferência, uma vez que contém informações pertinentes sobre a atual situação clínica do doente, a preparação realizada para a intervenção a que será submetido e registo de ocorrências durante o transporte.

A longo prazo gostaríamos que este instrumento de trabalho/registo fosse implementado noutros serviços deste hospital distrital bem como ao nível de toda a unidade local de saúde onde este se encontra inserido, aguardando-se ainda homologação pelo conselho de administração.

Consideramos que esta “Check–List: Intervenção Hemodinâmica” concorrerá para a redução de eventos adversos e concomitantemente para o aumento da segurança do doente durante o transporte inter-hospitalar, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Referências Bibliográfias:

- Bérubé M.; Bernarda, F.; Mariona, H.; . Parent, J. Thibault, M.; Williamson, D.; *et al* (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(1), 9-19 Acedido em 2 de outubro de 2017 em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2012.07.001>;
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015). *Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2015: Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Acedido em 2 de outubro de 2017 em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2015.aspx>;

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). *Comunicação eficaz na transição de Cuidados de Saúde*. Norma nº 001/2017. Disponível em 19 de janeiro de 2018 em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>

Direção-Geral da Saúde & Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares [DGS & PNDCC] (2015). *Rede de Referência de Cardiologia: Proposta de atualização*. Disponível em 2 de outubro de 2017 em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Cardiologia_2015.pdf

European Society of Cardiology [ESC] (2016). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)-Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 37(27), 2129-2200 Acedido em 18 de outubro de 2017 em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>;

- Lopes, H.; Frias, A. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: percepção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem*, 6(2), 55-58. Acedido em 2 de outubro de 2017 em: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:dspace.uevora.pt:10174/13491>;
- Lyphout C.; Bergs, J.; Stockman, W.; Deschilder, K.; Duchatelet, C.; Desruelles, D.; et al. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*, 36, 22-26. Acedido em 2 de janeiro de 2018 em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.008>;
- Martins, A.; Pinto, A.; Lourenço, C.; Pimentel, E.; Fonseca, I.; André, M.; e tal. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 12, (2), 52-61. Acedido em 2 de outubro de 2017 em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. *Ordem dos Enfermeiros website*. Acedido em 4 de outubro de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf;
- Ordem dos Médicos [OM] e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] (2008). *Transportes de Doentes Críticos: Recomendações 2008*. Acedido em 2 de outubro de 2017 em https://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf;

APÊNDICE Nº 15
REQUERIMENTO APRESENTADO PARA GARANTIA DA CONFIDENCIALIDADE
DOS DADOS

Ricardina Maria Martins Pinto Coelho Vitória
Ricardina.C.Vitoria@ulsna.min-saude.pt
Telm: 968443981

Exma Sra Dra Luiza Lopes

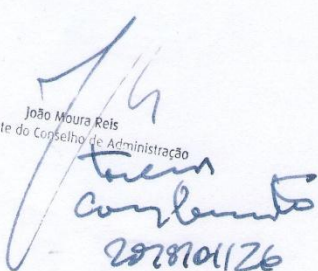
Assunto: Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico com Necessidade de Intervenção Hemodinâmica

Venho por este meio informar-vos que me comprometo a garantir todas as questões éticas inerentes a um trabalho desta natureza, bem como garantir a confidencialidade dos dados consultados. Esta será mantida uma vez que os dados serão colhidos diretamente das bases de dados por um só investigador, trabalhados e apresentados estatisticamente, sob a forma de números, sendo que o resultado final não irá conter qualquer informação que possa levar à identificação por parte de terceiros do doente submetido ao transporte. No final serão destruídos todos os documentos que contenham dados pessoais consultados.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.

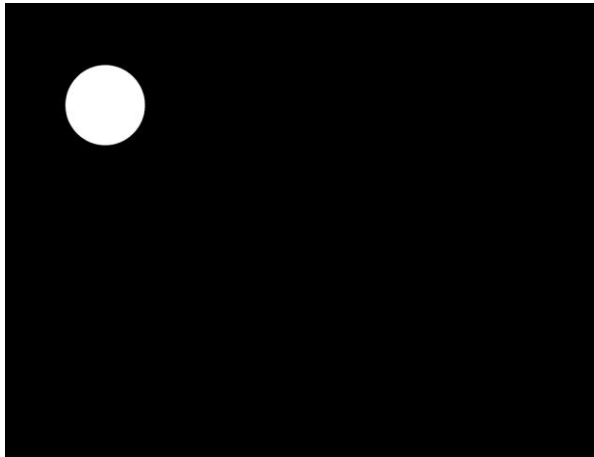
Portalegre, 25 de janeiro de 2017

Ricardina Vitoria


João Moura Reis
Presidente do Conselho de Administração

Complemento
2978101126

APÊNDICE Nº 16
APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: PROTOCOLO DE RASTREIO E
VIGILÂNCIA ATIVA DE MICRORGANISMOS MULTIRRESISTENTES



Mestrado em Enfermagem
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
UNIVERSIDADE DE LISBOA
Ciúde
IPS
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

ULSNA+

PROTÓCOLO DE RASTREIO E VIGILÂNCIA ATIVA
DE MICRORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

Enf Lina - GCL-PPCIRA
Enf Ricardina Vitória -
Estudante de Mestrado em Enfermagem

Junho 2017

ULSNA+

ÍNDICE:

- IACS e VE
- Protocolo de Rastreo e Vigilância Ativa de MMR
 - Objetivos
 - Critérios de Inclusão
 - Procedimento
 - Planeamento
 - Avaliação

ULSNA+



“ Uma infeção que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente nem em incubação à data de admissão” (OMS, 2010)

ULSNA+

IACS

As infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbi-mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. No entanto, cerca de um terço são, seguramente, evitáveis.

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (DGS, 2014)

ULSNA+

VE

Em qualquer unidade prestadora de cuidados de saúde, a taxa de IACS é um dos indicadores de maior relevância, demonstrativo da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

O desenvolvimento de um programa de VE é indispensável para a monitorização desta taxa, permitindo não só a identificação de problemas e prioridades a ter em consideração como também a eficácia das medidas de controlo de infeção implementadas.

DGS (2010) citado por Cardoso (2015:15)

VE

Em qualquer unidade prestadora de cuidados de saúde, a taxa de IACS é um dos indicadores de maior relevância, demonstrativo da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

O desenvolvimento de um programa de VE é indispensável para a monitorização desta taxa, permitindo não só a identificação de problemas e prioridades a ter em consideração como também a eficácia das medidas de controlo de infeção implementadas.

DGS (2010) citado por Cardoso (2015:15)

Conceitos

- **Microrganismos Multirresistentes (MMR)** – microrganismos que são resistentes a duas ou mais classes de agentes antimicrobianos;
- **Culturas para Vigilância Epidemiológica Ativa** - zaragatoa nasal, faríngea, perineal e retal;
- **Colonização** – proliferação de microrganismos no hospedeiro sem resposta imunitária detetável, sem dano celular ou expressão clínica. A sua permanência representa uma potencial fonte de transmissão;
- **Infeção** – invasão por um microrganismo ou superação de mecanismos de defesa do hospedeiro resultando na multiplicação microbiana e invasão de tecidos. A resposta do hospedeiro à infeção pode incluir ou não sinais e sintomas.

PROTOCOLO DE RASTREIO E VIGILÂNCIA ATIVA DOS MICRORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

- Definição de Objetivo
- Critérios de Inclusão
- Procedimento
- Planeamento
- Avaliação

DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS:

- ➔ Identificar precocemente os pacientes colonizados/infetados por MMR
- ➔ Realizar vigilância epidemiológica ativa de MMR
- ➔ Monitorizar os pacientes portadores de MMR

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

No momento da admissão, os doentes que cumpram qualquer um dos seguintes critérios:

- ✓ sejam provenientes de outros hospitais, UCC e lares onde tenham estado internados durante mais de 48 horas
- ✓ provenientes de qualquer UCI
- ✓ sejam provenientes de UCC e lares e tenham presença de feridas crónicas,
- ✓ antecedentes de colonização ou infeção por MMR nos últimos 6 meses

PROCEDIMENTO:



No protocolo é descrita a técnica de colheita das diferentes culturas: nasal, faríngea, perineal e retal



Identificar o problema é o ponto de partida para que haja desenvolvimento e investigação em saúde

A prevenção das infeções e a promoção de prestação de cuidados de saúde adequados, tendo em conta as precauções básicas de segurança relativamente ao desenvolvimento e propagação de infeções hospitalares, é um dos focos de principal atenção em saúde, por ser um forte indicador de boas práticas profissionais.

As IACS e a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são um dos principais problemas ao nível da saúde, aproximando realidades profissionais distantes. A taxa de IACS é então um dos indicadores mais importantes nas unidades de saúde para demonstrar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados

BIBLIOGRAFIA:

- ✓ Cardoso, R. (2015). *As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde*. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Universidade de Coimbra, Coimbra. Acesso a 18 de Março de 2017 em <https://estu.dogeral.sib.ucp.pt/bitstream/10316/29671/1/IACS%20final.pdf>
- ✓ PORTUGAL, DGS (2016). *Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Acesso a 18 de Março de 2017 em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>
- ✓ PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2014). *Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2014*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- ✓ PORTUGAL, Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2004). *Programa Nacional de Controlo de Infeção – Recomendações para a Prevenção da Infeção do Trato Urinário*. Algaliação de Curta Duração. Lisboa
- ✓ Rodrigues, L. (2017). *Políticas de Antissépticos e Desinfetantes*. Manuscrito não publicado, Hospital Doutor José Maria Gran de Pórtalegre, Pórtalegre
- ✓ ULSNA (2014). *Prevenção da Infeção do Trato Urinário do Doente Algalado*. Pórtalegre
- ✓ ULSNA (2015). *Precauções Básicas nas Vias de Transmissão*. Pórtalegre
- ✓ ULSNA (2016). *Protocolo de Vigilância Ativa e Rastreio dos Microrganismos Multirresistentes*. Pórtalegre
- ✓ ULSNA (2017a). *Plano de Auditoria*. Pórtalegre

OBRIGADO PELA
VOSSA ATENÇÃO!

APÊNDICE Nº 17
APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: PQ-08-GCL-PPCIRA
PROTOCOLO DE RASTREIO E VIGILÂNCIA ATIVA DE ORGANISMOS
MULTIRRESISTENTES



ULSNA+
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO EPE

Mais Saúde e Qualidade de Vida.

www.ulsna.min-saude.pt

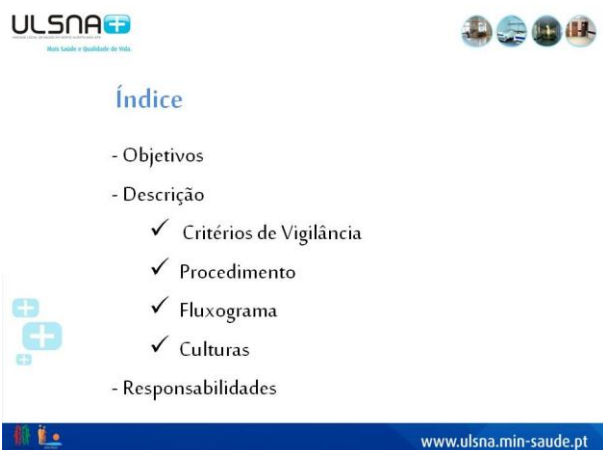


ULSNA+
Mais Saúde e Qualidade de Vida.

PQ-08-GCL-PPCIRA
Protocolo de Vigilância Ativa e Rastreio dos
Microrganismos Multirresistentes (MMR)

Enf Lina - GCL-PPCIRA
Enf Ricardina Vitória -
Estudante de Mestrado em Enfermagem

www.ulsna.min-saude.pt



ULSNA+
Mais Saúde e Qualidade de Vida.

Índice

- Objetivos
- Descrição
 - ✓ Critérios de Vigilância
 - ✓ Procedimento
 - ✓ Fluxograma
 - ✓ Culturas
- Responsabilidades

www.ulsna.min-saude.pt

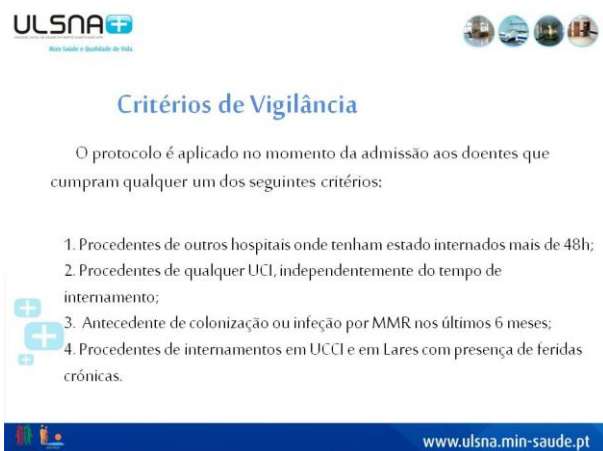


ULSNA+
Mais Saúde e Qualidade de Vida.

Objetivos da PQ-08 GCL-PPCIRA

- Identificar precocemente doentes colonizados/infetados por MMR.
- Realizar a vigilância epidemiológica ativa dos MMR
- Monitorizar os portadores de MMR.

www.ulsna.min-saude.pt



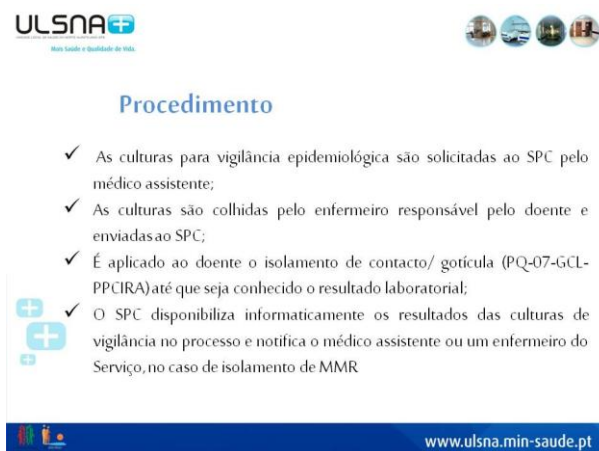
ULSNA+
Mais Saúde e Qualidade de Vida.

Critérios de Vigilância

O protocolo é aplicado no momento da admissão aos doentes que cumpram qualquer um dos seguintes critérios:

1. Procedentes de outros hospitais onde tenham estado internados mais de 48h;
2. Procedentes de qualquer UCI, independentemente do tempo de internamento;
3. Antecedente de colonização ou infeção por MMR nos últimos 6 meses;
4. Procedentes de internamentos em UCUI e em Lares com presença de feridas crónicas.

www.ulsna.min-saude.pt



ULSNA+
Mais Saúde e Qualidade de Vida.

Procedimento

- ✓ As culturas para vigilância epidemiológica são solicitadas ao SPC pelo médico assistente;
- ✓ As culturas são colhidas pelo enfermeiro responsável pelo doente e enviadas ao SPC;
- ✓ É aplicado ao doente o isolamento de contacto/ gotícula (PQ-07-GCL-PPCIRA) até que seja conhecido o resultado laboratorial;
- ✓ O SPC disponibiliza informaticamente os resultados das culturas de vigilância no processo e notifica o médico assistente ou um enfermeiro do Serviço, no caso de isolamento de MMR

www.ulsna.min-saude.pt



Procedimento

- ✓ O núcleo operacional do GCL-PPCIRA é notificado pelo SPC e certifica-se que estão a ser aplicados os procedimentos de controlo de infeção;
- ✓ Se for isolado MMR, é mantido o isolamento;
- ✓ Se não for isolado MMR é suspenso o isolamento;
- ✓ Se a duração do internamento se prolongar por motivos clínicos, monitoriza-se o doente com intervalos semanais, levantando-se as medidas de isolamento após duas culturas negativas;



www.ulsna.min-saude.pt

Procedimento

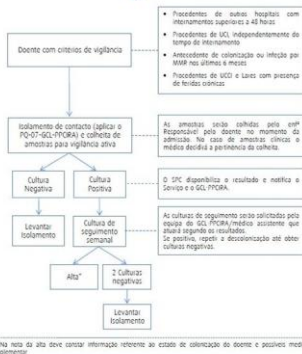
- ✓ As culturas de seguimento serão solicitadas pela equipa do GCL-PPCIRA/médico assistente, que atuará segundo os resultados;
- ✓ Na nota da alta deve constar informação referente ao estado de colonização do doente e possíveis medidas a implementar;
- ✓ O eventual estudo de colonização dos contactantes será indicado pela equipa do GCL-PPCIRA



www.ulsna.min-saude.pt



Fluxograma



www.ulsna.min-saude.pt

Culturas

Microorganismos a rastrear	Cultura	Técnica
MESA	Nasal	Humedecer 1 zaragatoa em soro fisiológico e rodar 360º em cada narina. Colocar no meio de transporte.
	Faringea	Com o auxílio de uma espátula baixar a língua e introduzir a zaragatoa na parte posterior da faringe e rodar 360º. Colocar no meio de transporte.
Enterobacteriaceas produtoras de carbapenemazias	Faringea	Humedecer uma zaragatoa em soro fisiológico e rodar 360º sobre a área faríngea. Colocar no meio de transporte.
	Retal	Humedecer a zaragatoa em soro fisiológico e introduzi no canal anal a 1cm da margem anal, enquanto se executa movimento de rotação. Colocar no meio de transporte.

Para rastreio de outros microorganismos ou colheitas em outros locais entrar em contacto com o Serviço de Patologia Clínica.

www.ulsna.min-saude.pt



Responsabilidades

Ação	Responsável
Requisitar 1ª culturas de vigilância e registar no processo clínico do doente	Médico assistente
Aplicar PQ-D7-GCL-PPCIRA (isolamento de contacto ou aplicado)	Médico assistente/ GCL-PPCIRA
Colher culturas de vigilância e registar no processo clínico do doente	Enfermeira responsável pelo doente
Processar as amostras e disponibilizar resultados no processo clínico do doente	Serviço Patologia Clínica
Notificar os resultados das culturas	Serviço Patologia Clínica
Levantar isolamento se culturas negativas	GCL-PPCIRA/Médico assistente
Requisitar culturas de seguimento	GCL-PPCIRA/Médico assistente
Rastrear colonização dos contactantes	GCL-PPCIRA
Elaborar nota de alta e entrega de recomendações	Médico Assistente /Enfermeiro responsável



www.ulsna.min-saude.pt

Obrigada
pela vossa
Atenção!



www.ulsna.min-saude.pt

APÊNDICE Nº 18
POSTER – TRIAGEM DE MANCHESTER: A AFLUÊNCIA DESMEDIDA AOS SERVIÇOS
DE URGÊNCIA

Triagem de Manchester: A afluência desmedida aos Serviços de Urgência

Joana Carvalho*; João Mendes*; Paula Pinheiro*; Ricardina Vitória*; Ricardo Santana*

*Alunos do Mestrado em Enfermagem-Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica - Universidade de Évora
novembro 2017

INTRODUÇÃO

Um método de triagem fornece ao profissional uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas e não um diagnóstico¹. O sistema de Triagem de Manchester consiste na identificação do critério de prioridade inerente à queixa apresentada pelo utente e perante esta é-lhe atribuída uma cor, de vermelho a azul, de acordo com a situação identificada. A cor atribuída também dá informação sobre o respetivo tempo-alvo de atendimento, isto é, o tempo médio que o utente poderá ter que aguardar até observação médica.

A grande afluência de casos menos urgentes ao serviço de urgência deve-se, não só a uma inadequada gestão dos recursos existentes na comunidade, como também, à mentalidade da população, que acredita que este serviço oferece mais facilidades de acesso, despõe de mais recursos e fornece melhores cuidados de saúde². Assim pretende-se analisar e inferir sobre os resultados do Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2015. Foram utilizados os descritores triage³; health priorities³; emergencies³, onde validamos as seguintes

Palavras-chave: Triagem de Manchester; Serviços de Urgência; Prioridade.

METODOLOGIA

O presente trabalho assenta numa revisão científica da literatura realizada através de pesquisa de publicações científicas existentes nas bases de dados, utilizando o motor de busca EBSCOhost, e documentação oficial consultada nos sites da Direção Geral de Saúde e Grupo Português de Triagem.

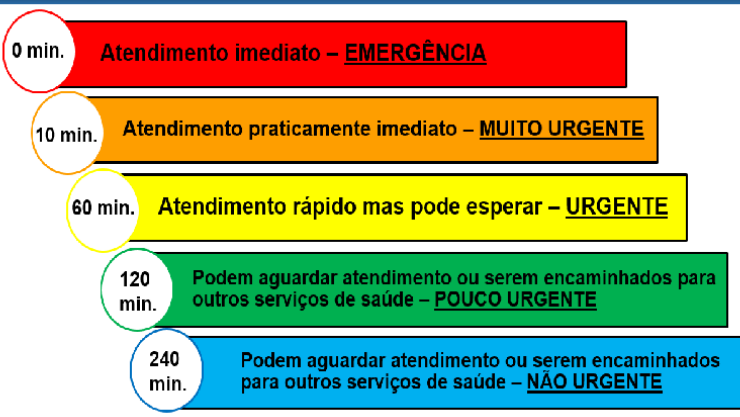


Imagem 1: Cores e tempos previstos de atendimento no Sistema de Triagem de Manchester. Fonte: Grupo Português de Triagem

RESULTADOS

Apesar da atividade da urgência de um hospital variar conforme a sazonalidade dos surtos de doenças respiratórias infecciosas e ondas de calor, verificou-se no ano de 2014 o maior número de atendimentos urgentes nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, tendo reduzido em 2015 de forma pouco significativa, mantendo-se nos 6 milhões de atendimentos⁴.

Evolução dos Atendimentos Urgentes entre 2012 e 2015

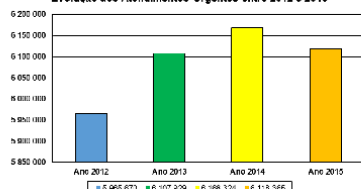


Gráfico 1: Evolução dos Atendimentos Urgentes entre 2012 e 2015.

Fonte: Adaptado do Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2015

Conforme os dados presentes no Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2015, constata-se que uma grande parte dos atendimentos (valor superior a 39,4%) são triados com prioridade não urgente, correspondentes às cores branco, azul e verde.

Distribuição de Atendimento de acordo com a Triagem de Manchester

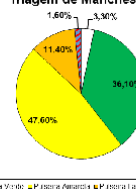


Gráfico 2: Distribuição de Atendimento de acordo com a Triagem de Manchester.

Fonte: Adaptado do Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2015

ANÁLISE DE RESULTADOS

A afluência excessiva aos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgicos, por problemas não urgentes tem como consequência a sobrecarga do mesmo, o que se traduz na diminuição da qualidade do atendimento aos casos mais urgentes bem como no aumento dos custos em saúde, uma vez que estes, eventualmente, podem ser observados noutra nível de cuidados menos complexos².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atendendo aos descritivos do regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, consideramos que mobilizámos conhecimento e habilidades múltiplas no sentido de responder em tempo útil e de forma holística "à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica", identificando prontamente focos de instabilidade, e ainda fazendo "a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas"⁵.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo Português de Triagem. Sistema de Triagem de Manchester 2017. [Acedido a 21 de março de 2017] Disponível em: http://www.grupoportuguesetriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
2. Gomes, M. O perfil do utilizador abusivo Serviços dos de Urgência Portugueses: um estudo no Hospital de São João. Porto 2013 [Acedido a 21 de março de 2017] Disponível em: <http://reppp.ipp.pt/handler/0400.224546>
3. BVS. Biblioteca Virtual da Saúde. Descritores DeCS. 2014. [Acedido a 21 de março de 2017] Disponível em: <http://decs.bvs.br>
4. Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2015 [Acedido a 21 de março de 2017] Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/home/relatorios-de-acesso-cuidados-de-saude/>
5. Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das competências do enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série, Nº 35, 8856. [Acedido a 21 de março de 2017] Disponível em http://www.ordenenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOERegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_2011.pdf

ANEXOS

ANEXO Nº 1
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DOS DIFERENTES TIPOS DE EAM

Classificação Clínica dos Diferentes Tipos de EAM

EAM Tipo 1

- Enfarte do miocárdio espontâneo relacionado com isquemia devido a um evento coronário primário como erosão da placa e/ou rutura, fissura ou dissecação.

EAM Tipo 2

- Enfarte do miocárdio secundário a isquemia por aumento da necessidade de O₂ ou diminuição da oferta de O₂, ex: espasmo da artéria coronária, embolismo coronário, anemia, arritmias, hipertensão, hipotensão.

EAM Tipo 3

- Morte Súbita Cardíaca [MSC] não suspeita, envolvendo paragem cardíaca, por vezes com sintomas sugestivos de isquemia miocárdica, e acompanhada presumivelmente por elevação do segmento ST de novo, ou bloqueio de ramo esquerdo [BRE] de novo e/ou evidência de trombo na angiografia coronária e/ou na autópsia, com a morte ocorrendo anteriormente à possibilidade de amostra do sangue ser obtida ou ao aparecimento de biomarcadores cardíacos no sangue.

EAM Tipo 4a

- Enfarte do miocárdio associado a intervenção coronária percutânea [ICP].

EAM Tipo 4b

- Enfarte do miocárdio associado a trombose do *stent* evidenciada por angiografia e/ou autópsia.

EAM Tipo 5

- Enfarte do miocárdio associado a cirurgia de revascularização miocárdica.

Fonte: Adaptado de Thygesen *et al* (2007)

ANEXO Nº 2
CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE EAM DA ESC/ACC/AHA/WHF

Critérios para o Diagnóstico de EAM da ESC/ACC/AHA/WHF

O termo EAM enfarte do miocárdio só deve ser usado quando há evidência de necrose do miocárdio num contexto clínico coincidente com isquemia miocárdica, sendo diagnosticado atendendo a um dos seguintes critérios:

- Aumento de biomarcadores cardíacos (preferivelmente a troponina), em pelo menos um valor acima do percentil 99 do limite superior de referência, juntamente com evidência de isquemia do miocárdio com pelo menos um dos seguintes:
 - Sintomas de isquemia;
 - Desenvolvimento de ondas Q patológicas no ECG;
 - Alterações do ECG indicativas de isquemia (nova alteração do segmento ST ou novo bloqueio do ramo esquerdo);
 - Evidência imagiológica de perda, de novo, de miocárdio viável ou aparecimento de novo de anomalia regional na motilidade da parede.
- Morte Súbita Cardíaca não suspeita, envolvendo paragem cardíaca, frequentemente com sintomas sugestivos de isquemia miocárdica e acompanhada por elevação do segmento ST de novo, ou BRE de novo e/ou evidência de trombo na angiografia coronária e/ou na autópsia, com a morte ocorrendo anteriormente à possibilidade de ser obtida amostra de sangue ou ao aparecimento de biomarcadores cardíacos no sangue.
- Para doentes submetidos a ICP com valores basais normais de troponina, o aumento dos biomarcadores cardíacos acima do percentil 99 do LSR é indicativo de necrose do miocárdio peri-procedimento. Por convenção, o aumento dos biomarcadores mais do que 3 vezes o percentil 99 define EM relacionado com a ICP. É reconhecido um subtipo relacionado com trombose do *stent* documentada.
- Para doentes submetidos a *bypass* das artérias coronárias com valores basais normais de troponinas, o aumento dos biomarcadores cardíacos acima do percentil 99 do limite superior de referência é indicativo de necrose do miocárdio peri-procedimento. Por convenção, o aumento dos biomarcadores mais do que 5 vezes o percentil 99 do limite superior de referência, associado a ondas Q patológicas de novo ou novo BRE ou documentação angiográfica de oclusão de novo do enxerto ou de artéria coronária nativa, ou evidência imagiológica de perda, de novo, de viabilidade do miocárdio, foi estabelecido que define enfarte do miocárdio relacionado com by-pass coronário.

Critérios de Enfarte do Miocárdio prévio

Qualquer um dos seguintes critérios estabelece o diagnóstico de enfarte do miocárdio prévio:

- Desenvolvimento de ondas Q patológicas de novo, com ou sem sintomas.
- Evidência, nos exames de imagem, de perda regional de miocárdio viável que está menos espesso e com diminuição da contractilidade, na ausência de causa não-isquémica.
- Evidência patológica de EM cicatrizado ou em cicatrização.

Fonte: Adaptado de Thygesen *et al* (2007)

ANEXO Nº 3
RESPOSTA DO CONSELHO DE ÉTICA DA ULSNA

ULSNA+
ULSNA-EPE
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº 201706680 (Nov.)
25/01/18
Sorcha Oliveira

INFORMAÇÃO
N.º 10/ 2018, de 25 janeiro

De: Maria Luiza Lopes- Comissão de Ética
Para: Sr. Presidente do CA- Dr. João Moura dos Reis
C/C:

ASSUNTO: "Transporte Inter- Hospitalar do Doente Crítico Cardíaco com Necessidade de Intervenção Hemodinâmica".

PARECER	DESPACHO/DELIBERAÇÃO Autorizo o projeto de intervenção, desde que o requerente apresente em data a ser marcada em reunião de comissão de ética. João Moura Reis Presidente do Conselho de Administração
---------	--

A Sr.ª Enf.ª Ricardina Maria Martins Pinto Coelho Vitória, a frequentar o Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem com Especialidade Médico-cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, a exercer funções no Serviço de Medicina Ala Esquerda do Hospital Doutor José Maria Grande (HJMG), solicitou autorização para realização de um projeto de intervenção no serviço, a esta Comissão de Ética, denominado: "Transporte Inter- Hospitalar do Doente Crítico Cardíaco com Necessidade de Intervenção Hemodinâmica."

A Comissão de Ética, procedeu à análise de toda a documentação e metodologia a aplicar no presente projeto de intervenção e deliberou que embora o objetivo do projeto, apresente relevância, a requerente deveria juntar comprovativo que demonstre a incorporação dos dados no Projeto de Intervenção em Serviço e o Relatório Final, ficando deferida para mais tarde o nosso parecer, já que desconhecemos a metodologia aplicada que permita garantir a anonimização dos dados dos doentes que foram transportados.

Veio a investigadora esclarecer telefonicamente, juntando cópia do pedido feito em outubro de 2017, que ainda não procedeu à recolha de dados e que efetuou o pedido, mas não chegou a recolher os dados por não ter autorização.

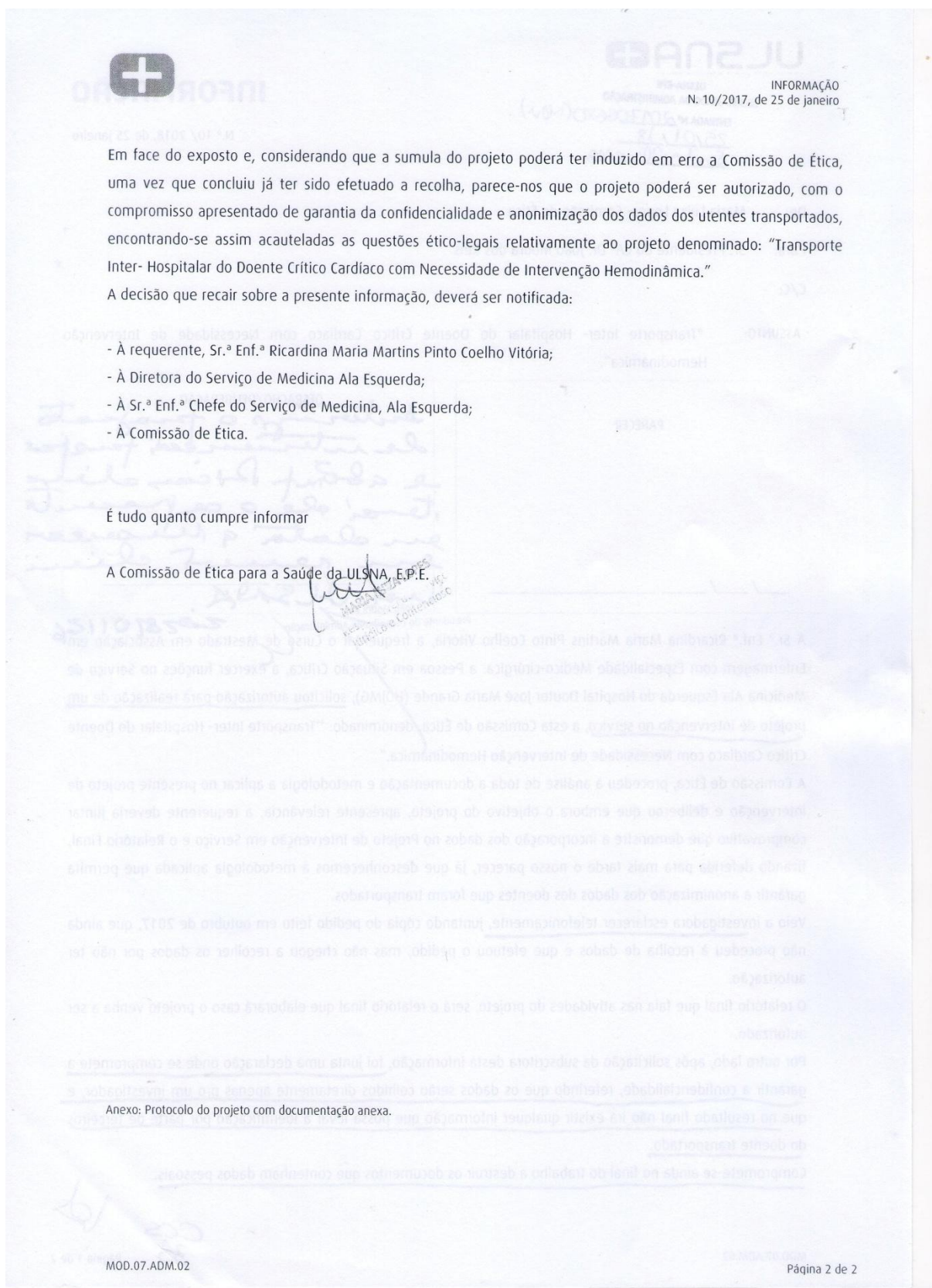
O relatório final que fala nas atividades do projeto, será o relatório final que elaborará caso o projeto venha a ser autorizado.

Por outro lado, após solicitação da subscritora desta informação, foi junta uma declaração onde se compromete a garantir a confidencialidade, referindo que os dados serão colhidos diretamente apenas pro um investigador, e que no resultado final não irá existir qualquer informação que possa levar à identificação por parte de terceiros do doente transportado.

Compromete-se ainda no final do trabalho a destruir os documentos que contenham dados pessoais.

MOD.07.ADM.02

CES 33
321101856
Página 1 de 2



Em face do exposto e, considerando que a sumula do projeto poderá ter induzido em erro a Comissão de Ética, uma vez que concluiu já ter sido efetuado a recolha, parece-nos que o projeto poderá ser autorizado, com o compromisso apresentado de garantia da confidencialidade e anonimização dos dados dos utentes transportados, encontrando-se assim acauteladas as questões ético-legais relativamente ao projeto denominado: "Transporte Inter- Hospitalar do Doente Crítico Cardíaco com Necessidade de Intervenção Hemodinâmica."

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:

- À requerente, Sr.ª Enf.ª Ricardina Maria Martins Pinto Coelho Vitória;
- À Diretora do Serviço de Medicina Ala Esquerda;
- À Sr.ª Enf.ª Chefe do Serviço de Medicina, Ala Esquerda;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

A Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA, E.P.E.

Anexo: Protocolo do projeto com documentação anexa.

ANEXO Nº 4
PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA

E



Documento 1 8 0 2 4

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Fernando Capela, Prof. Doutor Luís Sebastião, e Prof. Doutor Manuel Fernandes, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico Cardíaco com Necessidade de Intervenção Hemodinâmica" da investigadora **Ricardina Maria Martins Pinto Coelho Vitória** (mestranda) e Prof. Doutor Adriano Dias Pedro (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

{Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo}

ANEXO Nº 5
DECLARAÇÃO DAS FORMAÇÕES REALIZADAS NO DECORRER DO ESTÁGIO FINAL
NA UCIDEM



Formação e Investigação, Biblioteca e Documentação
(Unidade Formativa Acreditada) Despacho nº 450 de 10-05-99

DECLARAÇÃO

Para os fins convenientes se declara que **Ricardina Maria M. P. Coelho Vitória**, foi **formanda** nas seguintes Formações Profissionais, na modalidade de Formação em Serviço:

Evento	Data Início	Duração (Horas)
Gestão e Triagem de Resíduos Hospitalares	19/10/2017	1
Prevenção Tratamento das Úlceras por Pressão em Unidades de Cuidados Intensivos	29/11/2017	1
Prevenção de Infecção da Ferida Cirúrgica	29/11/2017	30m

Duração total de **2,5 horas** de Formação em Serviço.

Por ser verdade se emite a presente declaração que vai por mim assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta instituição.

Portalegre, 09 de fevereiro de 2018

O Serviço de Formação e Investigação, Biblioteca e Documentação


JOAQUIM AMENDEIRA
Responsável do Serviço de Formação,
Investigação, Biblioteca e Documentação

SFIBO/ HB

ANEXO Nº 6
CERTIFICADO DE PRESENÇA NO V ENCONTRO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS
EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

Ricardina Maria Martins Pinto Coelho Vitória,

membro nº 63809 desta Ordem, esteve presente no **V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos dias 19 e 20 de Janeiro de 2018**, com a duração total de 7 horas, em Évora, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora.

Évora, 20 de Janeiro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco

ANEXO Nº 7
CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WORKSHOP DE ABORDAGEM DA VIA AÉREA NO
DOENTE CRÍTICO



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

Ricardina Maria Martins Pinto Coelho Vitória,

membro nº 63809 desta Ordem, esteve presente no **Workshop Abordagem da Via Aérea no Doente Crítico**, no dia 19 de Janeiro de 2018, com a duração total de 3 horas, em Évora, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora.

Évora, 20 de Janeiro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco

ANEXO Nº 8
SUPORTE BÁSICO DE VIDA



www.erc.edu

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

Ricardina Vitória

24 May, 1986

successfully completed an ERC course as

Basic Life Support (BLS) Provider

Valid from 21 April 2017 until 28 April 2022

Jerry Nolan, ERC Chair

ERC-502-550997

To verify the validity of this certificate please visit <https://my.erc.edu/en/verify-certificate>

ANEXO Nº 9
SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



The image shows a certificate from the European Resuscitation Council (ERC) for Ricardina Vitória. The certificate is for an Advanced Life Support (ALS) Provider course, completed on 24 May 2018. It is valid until 24 April 2022. The certificate includes the ERC logo, the Alento logo, and a signature from Jerry Nolan, ERC Chair. The certificate number is ERC-590-751514. A red bar is at the top, and a blue bar is at the bottom.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL
www.erc.edu
European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Ricardina Vitória
24 May, 1986

successfully completed an ERC course as

Advanced Life Support (ALS) Provider

Valid from 22 April 2017 until 24 April 2022

Alento

Jerry Nolan
Jerry Nolan, ERC Chair

ERC-590-751514

To verify the validity of this certificate please visit <https://my.erc.edu/en/verify-certificate>

CPR
CPR
CPR