



Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Dificuldades do enfermeiro no transporte secundário do
doente crítico

Ema Soraia Fazenda Mata

Leiria, setembro 2014



Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Dificuldades do enfermeiro no transporte secundário do
doente crítico

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Ema Soraia Fazenda Mata

Nº Aluno 5120471

Unidade Curricular: Dissertação

Orientador: Professor Doutor Pedro João Soares Gaspar

Leiria, setembro 2014

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

DTSPE – Dificuldades no Transporte Secundário do Doente Crítico Percecionadas pelos Enfermeiros

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

Dada a tendência da centralização dos meios de diagnóstico e terapêutica com elevado nível de diferenciação, o transporte inter-hospitalar do doente em estado crítico torna-se cada vez mais frequente e fundamental na resposta adequada às suas necessidades. Contudo e porque se trata de doentes com risco eminente de vida, o transporte acarreta riscos para os quais o enfermeiro e restante equipa interdisciplinar devem estar despidos e preparados. O presente trabalho de investigação visa conhecer as dificuldades dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar do doente crítico, no sentido de melhorar a sua intervenção minimizando os riscos reais e potenciais.

A estratégia metodológica inicial adotada, para o enquadramento teórico, foi a pesquisa eletrônica de artigos científicos com qualidade metodológica, que decorreu de 6.12.2013 a 9.9.2014.

Realizou-se um estudo quantitativo, transversal, correlacional que integrou também a construção/validação de um instrumento/escala para mensurar as dificuldades no transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico percecionadas pelos enfermeiros (tamanho da amostra = 123).

Nos principais resultados destaca-se que os enfermeiros percecionam dificuldades no transporte secundário do doente crítico ($M=2,68; DP=0,65$). Dentro das dificuldades são as relacionadas com os Recursos e instabilidade do doente ($M=3,19; DP=0,77$) e com a Morte do doente ($M=2,73; DP=1,49$) as mais auto reportadas sendo as relacionadas com o Planeamento do transporte secundário e os Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros as menos percecionadas. Os resultados indiciam também que a perceção das dificuldades diminui à medida que aumenta a experiência profissional nomeadamente nos fatores F1- Planeamento do transporte secundário e F2 -Recursos e instabilidade do doente e as dificuldades percecionadas no fator Planeamento do transporte secundário (F1) aumentam com a existência de formação

específica na área.

Palavras-chave: transportation of patients, nurse experience

dificuldades dos enfermeiros, transporte inter-hospitalar

vivências dos enfermeiros, transferências inter-hospitalares

ABSTRACT

Given the tendency of centralization of the means of diagnosis and therapy with high level of differentiation, inter-hospital transport of critically ill patient becomes increasingly common and fundamental in the proper response to their needs.

However, and this is why patients with imminent risk of life, transportation risk to which the nurse and rest interdisciplinary team must be aware and prepared. This research work aims at knowing the difficulties of nurses in inter-hospital transport of critically ill patients to improve their intervention minimizing actual and potential risks.

The initial methodological strategy adopted for the theoretical framework, was the electronic search of scientific articles with methodological quality, which was held from 06.12.2013 to 09.09.2014.

We conducted a cross-sectional, correlational study that also incorporated the construction / validation of an instrument / scale to measure the difficulties in secondary transport (inter-hospital) in critically ill patients by nurses perceived (sample size =123).

Among the main results we emphasize that nurses perceive difficulties in secondary transport of critically ill patients ($M = 2.68$, $SD = 0.65$).

Among the difficulties are those related to resources and instability of the patient ($M = 3.19$, $SD = 0.77$) and the death of the patient ($M = 2.73$, $SD = 1.49$) the most reported being related to the planning of secondary transport and physiological symptoms experienced by nurses the perceived the least.

Results also indicate that the perceived difficulties decreases with increasing professional experience including the factors F1- Planning secondary transport and F2-Resources and instability of the patient and the difficulties in planning and perceived factor of secondary transport (F1) increase with the existence of specific

training in the field.

Keywords : transportation of patients, nurse experience
difficulties of nurses, inter-hospital transport
experiences of nurses, inter-hospital transfers

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 13

1.TRANSPORTE SECUNDÁRIO (INTER-HOSPITALAR) DO DOENTE CRÍTICO 16

1.1 TRANSPORTE DE DOENTES 16

1.2. ENQUADRAMENTO LEGAL 19

1.3.AS DIFICULDADES E VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO TRANSPORTE SECUNDÁRIO DO DOENTE CRÍTICO 22

2.MÉTODOS E MATERIAIS 29

2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO/HIPÓTESE 29

2.2. OBJETIVO 29

2.3. DESENHO DO ESTUDO 29

2.4. VARIÁVEIS 30

2.4.1.Variável Dependente 30

2.4.2.Variável Independente 31

2.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA 31

2.6.ASPETOS ÉTICOS E LEGAIS 31

2.7. INSTRUMENTOS 32

2.8. TRATAMENTO DE DADOS 32

3.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 34

3.1.CARATERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA 34

3.1.1.Idade, sexo e experiência profissional 34

3.1.2. Hospital onde exercem funções 35

3.1.3.Frequência de realização do transporte secundário do doente crítico nos últimos 6 meses 35

3.1.4. Frequência de realização do transporte secundário do doente crítico no último mês 36

3.1.5. Existência de formação específica para o transporte secundário do doente crítico 36

3.2. DIFICULDADES NO TRANSPORTE SECUNDÁRIO DO DOENTE CRÍTICO PERCECIONADAS PELOS ENFERMEIROS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA DTSPE 37

3.2.1. Caraterísticas psicométricas da escala das dificuldades no transporte secundário do doente crítico percecionadas pelos enfermeiros-DTSPE 37

3.2.2. A fidelidade e validade 37

3.3. AS DIFICULDADES EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES 42

3.3.1. Dificuldades em função do fator 42

3.3.2.Dificuldades em função da frequência com que ocorrem 43

3.3.3.Dificuldades em função do sexo 45

3.3.4.Dificuldades em função da existência de formação e sem formação 45

3.3.5.Dificuldades em função da idade 46

3.3.6. Dificuldades em função da experiência profissional 46

**3.3.7.Dificuldades em função da frequência do transporte nos últimos 6 meses
47**

4.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS 49

5.CONCLUSÃO 54

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 56

ANEXOS

ANEXO I- Algoritmo de decisão para o transporte secundário

ANEXO II -Avaliação para o transporte secundário

ANEXO III- Pré teste do instrumento de colheita de dados- Questionário

ANEXO IV-Aprovações formais da aplicação do instrumento de colheita de
dados- Questionário

ANEXO V- Instrumento de colheita de dados – Questionário

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Representação gráfica das dificuldades em função do fator 43

GRÁFICO 2 Representação gráfica das dificuldades em função da frequência com que ocorrem 44

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 Idade 34

QUADRO 2 Sexo 34

QUADRO 3 Experiência profissional 34

QUADRO 4 Hospital onde exercem funções 35

QUADRO 5 Frequência de realização do transporte secundário do doente crítico nos últimos 6 meses 35

QUADRO 6 Frequência de realização do transporte secundário do doente crítico no último mês 36

QUADRO 7 Existência de formação específica para o transporte secundário do doente crítico 36

QUADRO 8 Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) da escala DTSPE (N.º123) 39

QUADRO 9 Análise fatorial da escala DTSPE pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação *varimax* (N.º123) 41

QUADRO 10 Matriz de correlação de *Pearson* entre os quatro fatores e o total da DTSPE 42

QUADRO 11 Médias ponderadas das dificuldades em função do fator 43

QUADRO 12 Médias ponderadas da frequência com que ocorre cada fator 44

QUADRO 13 Dificuldades em função da frequência com que ocorrem os fatores (correlação de *Pearson*) 44

QUADRO 14 Dificuldades em função do sexo 45

QUADRO 15 Dificuldades em função da existência de formação e sem formação
45

QUADRO 16 Dificuldades em função da idade (correlação de *Pearson*) 46

QUADRO 17 Dificuldades em função da experiência profissional (correlação de *Pearson*) 47

QUADRO 18 Dificuldades em função da frequência do transporte nos últimos 6 meses (correlação de *Pearson*) 48

INTRODUÇÃO

A Enfermagem “ (...) tem vindo a evoluir de uma lógica inicial essencialmente executiva, para uma lógica progressivamente mais conceptual” (Silva, 2007, p.14). O crescente nível de exigência dos utentes, associado ao desenvolvimento da investigação faz com que se caminhe para uma prática de enfermagem cada vez mais baseada na evidência científica e nas teorias de enfermagem, aperfeiçoando o processo de tomada de decisão (Barbosa, 2012). No sentido de promover a proximidade entre o avanço científico e a prática clínica, ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica que após *términus* da vertente teórica e prática do curso, propõe a realização de uma dissertação de tese de mestrado.

Com o desenvolvimento do conhecimento científico nos últimos tempos, encontram-se frequentemente práticas distantes daquilo que são considerados os válidos padrões do conhecimento. Neste contexto, é urgente a adoção de medidas que visem a aproximação entre a prática assistencial e os avanços na ciência, entre as quais se destacam na área da saúde a prática baseada na evidência (Domenico & Ide, 2003).

A procura da qualidade nos cuidados de saúde exige dos profissionais a implementação de uma prática baseada na evidência científica. Esta premissa vai ao encontro do definido pela Ordem dos Enfermeiros (2010) no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Artigo 8º, onde se lê que o enfermeiro especialista “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”

O transporte inter-hospitalar do doente crítico surge como ponto de partida para o estudo que se vai desenvolver. Sendo responsabilidade do enfermeiro assegurar que o transporte se realize de forma segura minimizando os riscos associado ao mesmo, foi preocupação do investigador perceber quais as dificuldades dos enfermeiros, no sentido

de assegurar a qualidade e eficácia do transporte inter-hospitalar do doente crítico. O motivo da escolha do tema justifica-se com as dificuldades percebidas no transporte inter-hospitalar do doente crítico, resultantes da prática profissional da autora, bem como pelas conversas informais com os colegas onde se constata ser recorrente a reportação de dificuldades em aspetos que considera serem relevantes e suscetíveis de mudança.

A decisão de se efetuar o transporte inter-hospitalar do doente crítico emerge da necessidade de uma assistência médica mais diferenciada ou realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não realizáveis na instituição, onde o doente se encontra internado (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Toda a preparação e manipulação necessárias para se efetuar o transporte, expõe o doente a riscos que podem culminar em alterações hemodinâmicas rápidas, progressivas e evitáveis. A decisão de transportar o doente deve portanto, ser baseada na avaliação dos riscos e benefícios do transporte (Almeida, Neves, Souza, Garcia, Lopes & Barros, 2012).

Neste sentido, o objetivo geral do presente trabalho é:

- Identificar as dificuldades auto relatadas pelos enfermeiros no transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico e analisar de que forma essas dificuldades variam em função de variáveis sociodemográficas, ambientais, organizacionais e outras.

Visando dar resposta ao objetivo acima descrito, realizou-se um estudo de natureza quantitativa, transversal e correlacional. Para enquadrar a temática na literatura existente, realizou-se uma pesquisa eletrónica com o objetivo de efetuar uma revisão dos artigos científicos relevantes, que abordassem a temática e com qualidade metodológica. A pesquisa foi realizada na base de dados científica *Ebsco*, usando as palavras-chave de acordo com o *Medical Subject Headings* (MeSH) “*transportation of patients*” e “*nurse experience*”.

Através da revisão da literatura, foi possível constatar que as dificuldades dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar do doente crítico estão relacionadas com a falta de recursos humanos, a gestão ineficaz na escolha dos mesmos, sentimentos e emoções intrínsecos ao enfermeiro, falha no planeamento do transporte, falta de formação e experiência profissional na área do transporte do doente crítico, falhas no equipamento de transporte, fatores inerentes ao transporte, a instabilidade do doente, a morte do doente durante o transporte e a abordagem à família.

Parmentier-Decrucq et al. (2013), sustentam o referido uma vez que num estudo que realizaram constataram que a maior percentagem de eventos adversos verificados durante o transporte de doentes críticos estão relacionados com o equipamento, seguidos de eventos relacionados com o doente, e destacam a hipoxia e a instabilidade hemodinâmica. Também Ligtenberg et al. (2005) num estudo em que avaliaram a qualidade do transporte inter-hospitalar de doentes críticos, estimam que cerca de 70% dos eventos verificados podiam ter sido evitados através de um planeamento e comunicação entre equipa eficazes.

Terminada a introdução segue-se o capítulo do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico, seguindo-se o capítulo onde fazemos referência aos métodos e materiais do presente estudo, sucedendo-se a apresentação dos resultados, discussão, conclusão e por fim as referências bibliográficas.

1. TRANSPORTE SECUNDÁRIO (INTER-HOSPITALAR) DO DOENTE CRÍTICO

1.1 TRANSPORTE DE DOENTES

O doente crítico é “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008, p.9).

Segundo Nunes (2009), o transporte do doente tem definições diferentes de acordo com o local de origem. Desta forma o transporte diz-se primário, quando o doente é transportado do local do acidente ou do domicílio para uma unidade de saúde e secundário quando o doente é transportado entre duas unidades de saúde ou entre serviços dentro da instituição. Independentemente do tipo de transporte, importa que se tenha em conta os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos.

Os motivos que levam à decisão de efetuar o transporte podem ser por necessidade de assistência médica mais diferenciada, realização de exames complementares de diagnóstico ou procedimentos terapêuticos. Este pode ser realizado por via terrestre, marítima e aérea/helitransporte. Neves, Gomes, Moreira, Paisana, Luzio e Silva (2000), afirmam que a mudança de doentes em estado crítico bem como os estímulos provenientes das condições em que o transporte é efetuado pode promover a deterioração do seu estado.

Por forma a reduzir os riscos, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), recomenda que o transporte se processe em três fases: Decisão, Planeamento e Efetivação. A decisão de transportar um doente crítico é um ato médico e devem ser considerados os riscos inerentes ao doente e ao processo de transporte, nomeadamente nas situações de instabilidade clínica do doente e sempre que a deslocação possa contribuir para a deterioração do seu estado. O planeamento da ação é feito pela equipa

médica e de enfermagem e deve incluir: a escolha e contacto com o serviço destino devendo ser avaliada a distância a percorrer e respetivo tempo de transporte; escolha da equipa e meio de transporte; seleção dos meios adequados de monitorização, equipamento e terapêutica; definição de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte; previsão de possíveis complicações. De forma proativa deve ser tido em conta o risco de possíveis acidentes e equacionadas medidas preventivas, nomeadamente nos primeiros 5 minutos de transporte e na passagem do doente, que são as fases de maior risco. A considerar, o risco de extubação endotraqueal, a perda de acessos venosos, a reserva inadequada de oxigénio, avaria do ventilador de transporte, falta de bateria ou carga elétrica dos equipamentos. A efetivação do transporte é da responsabilidade da equipa de transporte e as obrigações técnicas e legais só terminam aquando da entrega do doente ao médico do serviço destinatário ou no regresso ao serviço de origem. A premissa de que o nível e qualidade de cuidados a prestar durante o transporte deve ser igual e se necessário superior ao serviço de origem, é obrigatória.

Segundo os mesmos autores, para além do cumprimento rigoroso das fases acima descritas, no transporte inter-hospitalar do doente crítico, este dever ser estabilizado no hospital de origem e devem ser efetuadas as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte. A equipa de profissionais que acompanham o doente deve ser constituída pela tripulação habitual da ambulância e, pelo menos, por mais dois elementos (um médico e um enfermeiro), ambos com experiência em reanimação e manuseamento do equipamento. Porque o transporte inter-hospitalar do doente crítico acarreta riscos para o doente, estes autores recomendam o cumprimento do algoritmo de decisão para o transporte secundário no auxílio da tomada de decisão fundamentada e objetiva (Anexo I). Também a definição dos recursos humanos, a monitorização e equipamento consoante o nível de gravidade do doente é dado pelo cumprimento do documento que se encontra em Anexo II.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), reconhece que surgem dificuldades na constituição das equipas de acompanhamento do doente pelo facto de

muitos hospitais não possuem recursos humanos em número e diferenciação suficiente para serem dispensados no transporte inter-hospitalar do doente. É sugerido que sejam rentabilizados os meios disponibilizados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica em apoio ao transporte do doente crítico. O que vai de encontro ao que Ligtenberg et al. (2005) afirmam quando referem que estudos anteriores em que foi comparado o transporte de doentes críticos por uma equipa especializada para o efeito com aquele realizado por um médico do hospital, o primeiro revelou menor taxa de mortalidade.

As equipas das ambulâncias SIV (Suporte imediato de vida) passaram a realizar transportes secundários de forma regular, aquando da sua integração nos serviços de urgência. Foram realizados em média por mês 116 transportes secundários de janeiro a outubro de 2012, valores que tendem a aumentar. Comparando o número de transportes secundários realizados pelas ambulâncias SIV realizados em outubro de 2012 com os realizados em janeiro do mesmo ano, verificamos que aumentaram cerca de 50%. Estes dados traduzem ganhos para o sistema, dado que os doentes passam a ser transportados por equipas altamente diferenciadas e equipamento adequado cumprindo as recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Ganhos relacionados com: a eficiência/redução de custos com equipas de evacuação e de reforço nos serviços de urgência; o transporte realizado em segurança com redução da morbilidade e dos custos associados (menos dias de internamento); a rentabilização dos recursos humanos com competências em emergência médica; a rentabilização de uma rede integrada de VMER (Viatura médica de emergência e reanimação) /SIV e sinergias com unidades de saúde (INEM, 2012; Oliveira, 2013).

O seu acionamento é efetuado pelos médicos das unidades hospitalares ou pelo CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes) do INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), tendo por base o cumprimento das *guidelines* estabelecidas pelas sociedades científicas nacionais e internacionais, nomeadamente as Recomendações de Transporte de Doentes Críticos 2008 emanadas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos (INEM, 2014; Oliveira, 2013).

Como foi referido, a decisão de transportar um doente é responsabilidade do médico, mas compete ao enfermeiro assegurar todas as condições necessárias de modo a que o transporte se processe com o menor risco possível. Deve ser preocupação deste profissional a promoção de um ambiente calmo e seguro e a vigilância contínua do doente no sentido de detetar precocemente alterações que exijam atuação imediata da equipa. Antes de ser iniciada qualquer ação que vise o planeamento do transporte, o doente e/ou familiares devem ser informados e esclarecidos acerca do objetivo do transporte. Também é responsabilidade deste profissional verificar as condições técnicas do equipamento e transporte e levar a mala com material/medicação necessários para atuar em caso de emergência. Devem ser reunidos todos os documentos pertinentes do processo clínico e de enfermagem e realizados os registos de transferência de enfermagem em impresso próprio de acordo com as normas da instituição (Neves, Gomes, Moreira, Paisana, Luzio & Silva, 2000; Cunha, 2000). No sentido de reforçar a segurança do transporte do doente, Fanara, Manzon, Barbot, Desmettre e Capellier (2010) recomendam o recurso a listas de verificação (*check-lists*) de todos os componentes envolvidos no transporte.

1.2. ENQUADRAMENTO LEGAL

A primeira vez que foram divulgadas normas de boa prática para o transporte secundário de doentes, foi em 1992 pela Sociedade Americana de Cuidados Intensivos.

A nível nacional, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos seguiu o exemplo e em 1997 publica o Guia de Transporte de Doentes Críticos. Também em 2001 a Administração Regional de Saúde Norte publica as Normas de Transporte Secundário de Doentes, em parceria com o Grupo de Trabalho de Urgências, que por sua vez aprova e divulga o seu documento mais recente em 2006. Em 2008 a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos em parceria com a Ordem dos Médicos, publicou o seu novo documento baseado nos conhecimentos mais recentes (Nunes, 2009).

No que concerne à legislação, o Decreto-lei nº 38/92 de Março, regula a atividade de transporte de doentes. O Regulamento do Transporte de Doentes consta mais recentemente na Portaria nº402/2007 de 10 de Abril

Dada a existência das funções autónomas no exercício profissional do enfermeiro, é expetável que o mesmo possua um grau de autonomia no processo de tomada de decisão inerente à sua prática. Segundo Franco (2012), citando Marquis e Huston (2010) o processo de tomada de decisão é um processo cognitivo e complexo que implica a escolha entre uma ou mais alternativas, com o objetivo de alcançar um resultado desejado.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003, p. 6), “A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade).”

A tomada de decisão baseada na evidência surge como um importante elemento na consecução da qualidade dos cuidados nos diferentes domínios da intervenção da enfermagem. É fundamental na melhoria da prática clínica, regulando a eficiência e eficácia das decisões a tomar, conferindo ao enfermeiro todo um conjunto de saberes que o auxiliam no processo de tomada de decisão, seguro e responsável (Nunes, 2007).

É legítimo enquadrar na temática em questão o disposto no Código Deontológico do Enfermeiro (2009a), as alíneas a) e b) do Artigo 83º, p.75, referem que o enfermeiro deve:

“a) Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atraso no diagnóstico da doença e respetivo tratamento;

b) Orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência.”

A Ordem dos Enfermeiros (2009b, p.2), emana um parecer (nº157) do Conselho Jurisdicional, em que declara que:

. “ Desde que o enfermeiro se confronte com um cliente em situação de emergência não prevista, a qual o faça correr risco de vida ou o afete gravemente e na ausência de médico, o enfermeiro, quando detentor da competência técnico-científica para tal e após ponderados os riscos e os benefícios, deve administrar a terapêutica medicamentosa adequada à situação, assumindo a responsabilidade pela decisão que tomou e pelo ato que praticou. Se estas situações são conhecidas e frequentes, dever-se-á optar pela utilização de protocolos terapêuticos”

No mesmo documento afirma-se também que:

“ A decisão do enfermeiro em proceder ao acompanhamento do cliente em transferências inter-hospitalares, cabe ao próprio, tendo subjacente o juízo sobre a situação apresentada, os eventuais riscos e a segurança do cliente durante o decurso do transporte, assumindo, igualmente, a responsabilidade pela decisão que tomou e pelo ato que praticou.” (p.2)

A Ordem dos Enfermeiros (2009b, p.2) também se pronuncia acerca da decisão por parte do médico de que o acompanhamento do doente seja feito apenas pelo enfermeiro, declarando que:

“No entanto, é aconselhável que quando o médico tem a iniciativa de “decidir” sobre o acompanhamento do cliente pelo enfermeiro, tal “decisão” seja equacionada/analizada pelos dois intervenientes de modo a que não se desperdicem recursos e os clientes não corram riscos, mantendo, todavia, a clareza de que o exercício autónomo de Enfermagem obriga a que seja o enfermeiro a decidir sobre os cuidados que planeou e não o outro profissional.”

1.3. AS DIFICULDADES E VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO TRANSPORTE SECUNDÁRIO DO DOENTE CRÍTICO

A procura pela qualidade nos cuidados em saúde exige dos profissionais a implementação de uma prática baseada em evidência científica. Contudo os resultados de apenas um estudo só por si podem não fornecer informações capazes de esclarecer a questão do investigador. São necessários diferentes estudos que abordem a mesma problemática, para que daí advenham conclusões sustentadas (Sampaio & Mancini, 2007).

Foi realizada uma pesquisa eletrónica dos artigos científicos relevantes, que abordassem a temática e com qualidade metodológica. Foi também realizada uma pesquisa na base de dados científica *Ebsco*, usando as palavras-chave de acordo com o *Medical Subject Headings* (MeSH) “*transportation of patients*” e “*nurse experience*”, que decorreu de 6.12.2013 a 9.9.2014. O objetivo da presente revisão foi averiguar quais as dificuldades auto relatadas pelos enfermeiros no transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico.

Os principais resultados desta análise de artigos são sintetizados de seguida.

No que se refere às dificuldades dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar do doente crítico, Martins e Martins (2010), no seu estudo intitulado “Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos” cujo objetivo foi entender os sentimentos vivenciados de forma significativa pelos enfermeiros no decurso das transferências inter-hospitalares, concluíram que nas experiências marcantes negativas ressaltam sentimentos de medo e ansiedade dada a possibilidade de ocorrência de imprevistos durante a transferência. São também referidos sentimentos de medo em relação ao meio de transporte utilizado, em relação aos riscos associados à estrada e o medo da morte não só em relação ao doente mas também em relação à equipa de transporte.

Em relação aos fatores dificultadores do processo de transferência inter-hospitalar, os mesmos autores concluíram que a falta de planejamento e organização da transferência, a instabilidade do doente, a falta de formação e experiência profissional bem como a possibilidade de avarias do equipamento durante o transporte são apontados pelos enfermeiros. A referência às avarias do equipamento vai de encontro ao constatado por Papson, Russell e Taylor (2007) no seu estudo em que verificaram que cerca de metade dos eventos adversos não esperados durante o transporte do doente crítico, estão relacionados com falhas no equipamento, nomeadamente a falha do ventilador de ventilação mecânica invasiva. A falta de planejamento e organização da transferência vai de encontro ao que Ligtenberg et al. (2005) descrevem no seu estudo, pois constataram que em 50% dos transportes com eventos adversos, as recomendações dadas para o transporte pelo intensivista da unidade de cuidados intensivos, não foram tidas em consideração. Estes autores acrescentam ainda que cerca de 70% dos eventos verificados poderiam ter sido evitados através de uma preparação e comunicação eficazes antes da transferência. A instabilidade do doente foi considerada também por Parmentier-Decrucq et al. (2013), como um fator de risco para o aumento dos eventos adversos durante o transporte já que no seu estudo constataram que o tempo entre as modificações do tratamento do doente (antes de se efetuar o transporte) nomeadamente aumento da sedação, administração de catecolaminas, alterações dos parâmetros ventilatórios, e a realização do transporte é insuficiente para a estabilização do doente. No que se refere à falta de formação e experiência profissional, Fanara, Manzon, Barbot, Desmettre e Capellier (2010) afirmam que determinados eventos adversos, verificados no transporte do doente crítico, tiveram na sua origem uma inadequada supervisão por parte das equipas de transporte, revelando falta de experiência e formação. No seu trabalho referem ainda estudos onde se constatou que a incidência de eventos adversos é inversamente proporcional ao nível de experiência e formação do médico. McLenon (2004) corrobora ao afirmar que todos os elementos que constituem a equipa de transporte devem possuir níveis avançados de monitorização, avaliação e tratamento de doentes em estado crítico. Devem ser detentores de formação teórica e habilidades práticas, nomeadamente em matéria de suporte avançado de vida e trauma.

No estudo de Rodrigues e Martins (2012) cujo objetivo foi conhecer as vivências dos enfermeiros ao cuidar do doente em estado crítico, a responsabilidade acrescida pelo facto de estarem praticamente sozinhos e a ausência de acompanhamento por outro profissional de saúde, foi uma dificuldade destacada por este grupo de profissionais. Esta dificuldade sentida pelos enfermeiros vai ao encontro do que Alves, Ramos e Penna (2005) defendem, pois concluíram do seu estudo que em situações de urgência/emergência a atuação não pode acontecer de forma isolada mas sim sustentada na interdisciplinaridade. Esta interdisciplinaridade implica que haja interações entre as diferentes disciplinas, que resultem em enriquecimento mútuo e que face a um problema em comum a equipa procure soluções baseadas nos diferentes saberes. Rodrigues e Martins (2012) acrescentam que o acompanhamento por um segundo profissional permite ao enfermeiro a partilha de dúvidas proporcionando um aumento da segurança e confiança. Também a angústia, ansiedade, aflição, stresse, nervosismo, medo, impotência, insegurança, apreensão, preocupação, foram referidos no estudo destes autores. Estes sentimentos verificados pelos enfermeiros vão de encontro ao que Cristina, Dalri, Cyrillo, Saeki e Veiga (2008), constataram no seu estudo, pois verificaram que sentimentos como angústia, ansiedade pelo desconhecido são relatados pela equipa multiprofissional em situações de emergência. Estes autores acrescentam ainda que associada à ansiedade está um sentimento de medo, e que todos estes sentimentos determinados pelo perigo, pela ameaça do desconhecido e pela presença do sofrimento, fazem parte da natureza humana.

No que se refere ao stresse, Cassmeyer (1991) citado por Camacho (1997), afirma que o stresse consiste numa reação psicobiológica integrada que inclui as componentes intelectual, de comportamento, psíquica e fisiológica, a estímulos apreendidos ao nível do consciente ou inconsciente. Estes estímulos são nocivos e o seu grau de ameaça depende da intensidade e duração do estímulo. Já Mendonça et al. (1993) citados pelos mesmos autores, defendem que o stresse pode ser benéfico, já que as débeis respostas internas não produzem o efeito desejado.

Também a falta de planeamento e a falta de formação em urgência/emergência foram referidos pelos enfermeiros no estudo de Rodrigues e Martins (2012), como fatores que influenciam as suas vivências no transporte do doente crítico. Os fatores inerentes ao transporte como a falha de material e equipamento, o espaço, os ruídos, as oscilações, os enjoo e as condições atmosféricas foram também referidos. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) reconhece que as vibrações durante o transporte podem afetar a fisiologia cardiorrespiratória e a fiabilidade da monitorização. Reconhece igualmente o risco de deslocação associada à aceleração-desaceleração e risco de colisão que se elevam com o aumento de velocidade. Já Aleixo (1998), sustenta que os movimentos vibratórios durante o transporte podem provocar alterações no ritmo das perfusões de medicação/soros, e contribuir para a ocorrência de hemorragias, exigindo portanto uma vigilância mais rigorosa. Refere ainda que os ruídos provocados pelos motores do veículo de transporte comprometem a comunicação quer com o doente quer com os restantes elementos da equipa.

Um estudo realizado por Machado (2010) cujo objetivo foi estudar as vivências dos enfermeiros no processo de transporte de doentes críticos, de um serviço de urgência médico-cirúrgica da região norte do país, concluiu que os enfermeiros relatam a falta de planeamento e organização e realçam a falha na comunicação, coordenação e documentação. O referido estudo vai ao encontro do que defendem Almeida, Neves, Souza, Garcia, Lopes e Barros (2012), ao afirmarem que a falha na comunicação entre as equipas é um dos eventos adversos que ocorre durante o transporte do doente crítico. Estes autores acrescentam ainda que o transporte exige uma comunicação eficaz entre as equipas, em que devem ser consideradas todas as informações pertinentes relacionadas com o doente. Também a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) defende que o contacto inicial com o hospital ou unidade recetora do doente deve ser personalizado e realizado imediatamente após a decisão de transportar o doente e antes do transporte. Este contacto serve para confirmar a disponibilidade do hospital recetor em receber o doente devendo ser transmitida de forma pormenorizada a situação clínica do doente, as intervenções terapêuticas previsíveis bem como a hora para a receção. No

que se refere à documentação, são imprescindíveis no acompanhamento do doente os registos clínicos e de enfermagem bem como os exames complementares de diagnóstico efetuados.

Segundo Machado (2010), os enfermeiros entrevistados afirmam que a equipa médica não cumpre o determinado pelos algoritmos que auxiliam no processo de tomada de decisão, e que definem quais os recursos humanos necessários para o acompanhamento do doente. Acrescentam ainda que também na necessidade de transporte secundário dos doentes a equipa de enfermagem fica reduzida porque um enfermeiro terá que assegurar a prestação de cuidados ao doente transportado. Esta situação vai ao encontro do que é defendido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), que revela existirem dificuldades na formação das equipas que transportam o doente, pelo número limitado de recursos humanos que não permite a dispensa de uma equipa para o transporte. Também Ligtenberg et al. (2005) constataram no seu estudo que, mesmo perante a necessidade da presença de médico durante o transporte, alguns doentes foram transportados sem acompanhamento médico. Os mesmos autores referem também como fatores dificultadores a falta de formação na área de transportes de doentes críticos, o mau funcionamento dos equipamentos, mala de transporte mal organizada e as condições das ambulâncias, o que vai de encontro ao referido nos estudos anteriores.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) reconhece que o doente crítico é transportado na maioria das vezes por equipas inexperientes, que não estão familiarizadas com o equipamento de suporte de vida, em ambulâncias deficientes e para uma instituição que muitas das vezes não detém condições para receber o doente. A este propósito o Ministério da Saúde (2006) defende que a sistematização, manutenção e treino das equipas na manipulação dos equipamentos de emergência são áreas que carecem de melhoria e desenvolvimento.

A indisposição gastrointestinal também foi referida pelos enfermeiros, como fator constrangedor do transporte do doente crítico (Machado,2010). Este achado vai ao encontro do constatado no estudo realizado por Marcelino, Figueiras e Claudino (2012),

já que os problemas gastrointestinais estão presentes como queixas apresentadas pelos tripulantes das ambulâncias. Também a ansiedade, derivada da preocupação do sucesso do transporte, e a insegurança perante o que possa acontecer vai ao encontro do referido por estes profissionais em estudos mais recentes.

A disfuncionalidade do trabalho em equipa caracterizada pela presença de conflitos entre a equipa médica e de enfermagem, foi igualmente referida pelos enfermeiros como fatores dificultadores no transporte do doente crítico (Machado,2010). Este achado vai ao encontro do que Stumm, Maçalai e Kirchner (2006) constataram no seu estudo, ao verificarem que o conflito entre médico e enfermeiro emerge da desvalorização por parte dos médicos do papel dos enfermeiros, percecionando a ação destes profissionais como meros executores de tarefas prescritas pelos médicos. Também Silva (2006) constatou no seu estudo que a origem dos conflitos entre médico e enfermeiro está na dificuldade do primeiro em entender a importância da interdisciplinaridade na abordagem ao doente. Os mesmos autores acrescentam ainda que a falta de comunicação entre médico e enfermeiro deve-se à falta de tempo alegada pelos médicos.

Para reforçar o que foi referido, Gustafsson, Wennerholm e Fridlund (2010) ao averiguarem os problemas e preocupações vividas pelos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar dos doentes críticos, constataram que as preocupações mais frequentes relacionam-se com a segurança do próprio enfermeiro tendo em conta os potenciais perigos rodoviários. Temem também pela segurança do doente, pelo perigo por exemplo de extubação accidental do tubo endotraqueal. Referem também a falta de planeamento e de diretrizes consistentes, que se assumam como linhas orientadoras no transporte inter-hospitalar, como dificuldade. Apontam ainda a escolha do equipamento necessário para o transporte, as avarias do mesmo e da ambulância, como fatores dificultadores.

Segundo os mesmos autores, a dificuldade em lidar com situações inesperadas, utilizando todos os recursos disponíveis, foi preocupação evidente dos enfermeiros e o

medo de não conseguir prestar cuidados de qualidade e ter de integrar equipas com as quais não estão habituados a trabalhar, foram referidos. Foi também apontada como dificuldade a imperiosidade em responder adequadamente às necessidades do doente e família. Foi relatado pelos enfermeiros o grau de instabilidade/gravidade do doente e o aparecimento de situações clínicas novas como fator dificultador. Também a dificuldade em responder às necessidades da família em caso de morte do doente durante ou depois do transporte e principalmente na presença de doentes jovens, foi referenciado.

O transporte secundário do doente crítico é muitas vezes realizado em situações de emergência, sendo muitas das vezes escasso o tempo necessário para um planeamento eficaz do transporte. Neste contexto a intervenção do enfermeiro deve ser rápida e eficaz levando muitas das vezes a situações de stresse, originando dificuldades e preocupações (Gustafsson, Wennerholm & Fridlund, 2010).

2.MÉTODOS E MATERIAIS

2.1.QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO/HIPÓTESE

Segundo Fortin, Côté e Fillion (2009), a questão de investigação é uma interrogação explícita acerca do problema em estudo e que se pretende examinar com vista a desenvolver o conhecimento já existente. Deve ser elaborada de forma inequívoca e precisa devendo conter a população alvo e visa delimitar o tema em estudo. Para o presente estudo, foi elaborada a seguinte questão de investigação:

- Quais as dificuldades percebidas pelos enfermeiros no transporte secundário do doente crítico?

Partimos da hipótese geral de que as dificuldades dos enfermeiros no transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico variam em função de variáveis sociodemográficas e outras como a experiência profissional e a formação específica para a função.

2.2.OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi identificar as dificuldades auto relatadas pelos enfermeiros no transporte inter-hospitalar do doente crítico e analisar de que forma essas dificuldades variam em função de variáveis sociodemográficas, ambientais, organizacionais e outras.

2.3.DESENHO DO ESTUDO

Da realização da revisão sistemática da literatura, verificou-se que os estudos anteriores que abordam esta temática são predominantemente de natureza qualitativa com uma

população alvo de pequena dimensão. Contudo, da leitura dos mesmos, já se vislumbram áreas e dimensões onde os enfermeiros reportam mais dificuldades. A escolha pela abordagem quantitativa prendeu-se então com a necessidade de validar, numa amostra maior as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros no transporte inter-hospitalar (secundário) do doente crítico, e também com a inexistência de artigos publicados em Portugal mais abrangentes e que validem as dimensões encontradas.

Realizámos um estudo de natureza quantitativa e correlacional. A escolha da abordagem quantitativa deveu-se também ao facto deste método de investigação refletir a ideia de que os seres humanos são constituídos por partes que podem ser medidas e controladas como é o exemplo das características fisiológicas, psicológicas e sociais. Trata-se de um estudo correlacional, porque foram analisadas as relações entre as variáveis seleccionadas. A população foi estudada num determinado momento, e por isso é um estudo transversal (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

2.4.VARIÁVEIS

2.4.1.Variável Dependente

A variável dependente traduz as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros no transporte secundário do doente crítico. Para a mensuração desta variável, seleccionou-se um conjunto de itens considerados relevantes para a caracterização das dificuldades. Estes itens resultaram da pesquisa bibliográfica e experiência dos investigadores sendo depois sujeitos a um pré-teste numa subamostra de dez enfermeiros com experiência efetiva na realização de transporte secundário de doentes críticos. Neste pré-teste averiguou-se a compreensibilidade e pertinência do item, e recolheram-se sugestões de novas redações (Anexo III). Os 27 itens que resultaram neste processo foram organizados numa lista, e sobre cada um dos mesmos foram elaboradas duas

questões: *Frequência com que ocorre* (varia de 1-Nunca a 5- Sempre) e *Que dificuldade me causa* (varia de 1-Nenhuma a 5- Muita).

2.4.2.Variável Independente

A variável dependente foi analisada em função da idade, sexo, experiência profissional, da frequência com que ocorrem os transportes, da frequência com que são percebidas as dificuldades e da existência ou não de formação. Para além destas variáveis independentes, foram também consideradas variáveis de caracterização da amostra, o hospital e serviço onde exercem funções.

2.5.POPULAÇÃO E AMOSTRA

Na abordagem ao tema, torna-se fundamental a definição da população junto da qual foi recolhida a informação. Esta população, diz-se população alvo e é um grupo de pessoas que têm características em comum (Fortin, Côté & Filion, 2009). Neste estudo definiu-se como população alvo, os enfermeiros que realizam transporte secundário do doente crítico.

Porque os enfermeiros seleccionados foram os mais acessíveis para a investigadora, a amostra (subconjunto da população) foi acidental. Ou seja, nem todos os elementos da população tiveram a mesma probabilidade de serem incluídos na amostra. Foi critério de inclusão da amostra ser enfermeiro, realizar transporte secundário do doente crítico e participar voluntariamente neste estudo.

2.6.ASPETOS ÉTICOS E LEGAIS

A realização de qualquer estudo de investigação exige do investigador o levantamento de questões morais e éticas. Neste sentido foram respeitadas as orientações emanadas pela Conferência de Helsínquia (2013) nomeadamente o consentimento informado, a privacidade e confidencialidade.

Para a aplicação dos questionários foi realizado um pedido formal às instituições onde foram aplicados, e desse pedido resultou a autorização formal (Anexo IV).

Foi considerado como consentimento informado, a decisão voluntária no preenchimento do questionário.

2.7. INSTRUMENTOS

No processo de investigação uma vez realizado o enquadramento teórico e definido o tipo de estudo, torna-se essencial a escolha da técnica de recolha dos dados. Surge a importância de escolher o instrumento de recolha de dados que consiste numa ferramenta à qual o investigador recorre para conhecer os fenómenos e dele retirar a informação (Vilelas, 2009).

Para a consecução deste estudo, foi escolhido o questionário como técnica de recolha de dados. Segundo Wood e Haber (2001) citados por Vilelas (2009, p.127), “Os questionários são instrumentos de registo escritos e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos.” A primeira parte do questionário elaborado para este estudo (Anexo V) integrou as variáveis sociodemográficas e outras variáveis independentes. Na segunda parte constam o conjunto de itens que resultaram da análise da literatura existente acerca da temática e foram validados no pré-teste (ver ponto 2.4.1. Variável Dependente) e com os quais se construiu e validou uma escala de dificuldades no transporte secundário do doente crítico percebidas pelos enfermeiros.

2.8. TRATAMENTO DE DADOS

Para o tratamento dos dados recorreu-se ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Utilizou-se a estatística descritiva e inferencial.

Procedeu-se ao estudo da fiabilidade (*Alfa de Cronbach*) e à análise fatorial exploratória (AFE) e para a validação do instrumento de colheita de dados.

Nos testes de hipóteses a escolha recaiu nos testes paramétricos pelo facto de possuírmos uma amostra superior a 30, e termos adotado o Teorema do Limite Central. Na teoria das probabilidades este teorema afirma que quando o tamanho da amostra aumenta, a distribuição amostral da sua média aproxima-se cada vez mais de uma distribuição normal.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

3.1.1. Idade, sexo e experiência profissional

No que se refere à variável idade, constatamos que, a média de idades na amostra (quadro 1) é de aproximadamente 34,63 anos (DP=6,85).

Quadro 1 - Idade

	N.º	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade	122*	26	52	34,63	6,85

M – Média; DP – Desvio Padrão

* 1 não respondeu

Relativamente ao género (quadro 2) predomina o sexo feminino (n.º=94; 76,42%) em relação ao sexo masculino.

Quadro 2 - Sexo

Sexo	n.º	%
Feminino	94	76,42
Masculino	29	23,58
Total	123	100,00

Em relação à experiência profissional (quadro 3), verificamos que a média é de aproximadamente 12,10 anos (DP=7,06).

Quadro 3 – Experiência profissional

	N.º	Mínimo	Máximo	M	DP
Experiência Profissional	122*	2	34	12,10	7,06

M – Média; DP – Desvio Padrão

* 1 não respondeu

3.1.2.Hospital onde exercem funções

Os enfermeiros que constituem a amostra, todos exercem funções em Serviços de Urgência e são maioritariamente do Centro Hospitalar Leiria em Leiria (CHL) (38,21%), seguindo-se o Centro Hospitalar Oeste Norte – Caldas da Rainha (CHO-CR) (16,26%) (quadro 4).

Quadro 4 – Hospital onde exercem funções

Hospital	n.º	%
CHL-P	16	13,01
CHL-L	47	38,21
CHL- A	16	13,01
CHO –CR	20	16,26
CHO-TV	19	15,45
CHO-PX	5	4,07
Total	123	100,00

CHL-P- Centro Hospitalar Leiria-Pombal; CHL-A- Centro Hospitalar Leiria-Alcobaça;

CHO-TV- Centro Hospitalar Oeste-Torres Vedras; CHO-PX- Centro Hospitalar Oeste- Peniche

3.1.3.Frequência de realização do transporte secundário do doente crítico nos últimos 6 meses

De acordo com o quadro 5, os 119 enfermeiros que responderam à questão realizaram em média 4,38 vezes (DP=3,78) o transporte secundário do doente crítico, nos últimos 6 meses.

Quadro 5 – Frequência de realização do transporte secundário do doente crítico nos últimos 6 meses

	N.º	Mínimo	Máximo	M	DP
Frequência de transporte nos últimos 6 meses	119*	0,00	20,00	4,38	3,78

M – Média; DP – Desvio Padrão

* 4 não responderam

3.1.4.Frequência de realização do transporte secundário do doente crítico no último mês

De acordo com os dados do quadro 6, verificamos que a maioria dos enfermeiros (44,17%) realizam transporte secundário do doente crítico menos de uma vez por mês.

Quadro 6 – Frequência de realização do transporte secundário do doente crítico no último mês

Frequência de transporte no último mês	nº	%
1 vez por mês	38	31,66
Mais de 1 vez por mês	29	24,17
Menos de uma vez por mês	53	44,17
Total	120*	100,00

* 3 não responderam

3.1.5. Existência de formação específica para o transporte secundário do doente crítico

Observamos que apenas 34 enfermeiros (28,10%) possuem formação específica para o transporte secundário do doente crítico (quadro 7). Da formação mais reportada, destacaram-se os cursos de emergência médica pré-hospitalar (n.º=7), curso de transporte do doente crítico (n.º=4), curso de SIV (n.º=3) e a especialidade de médico-cirúrgica (n.º=2).

Quadro 7 – Existência de formação específica para o transporte secundário do doente crítico

Formação	nº	%
Sim	34	28,10
Não	87	71,90
Total	121	100,00

* 2 não responderam

3.2.DIFICULDADES NO TRANSPORTE SECUNDÁRIO DO DOENTE CRÍTICO PERCECIONADAS PELOS ENFERMEIROS: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA DTSPE

A elaboração e validação da escala das Dificuldades no Transporte Secundário do Doente Crítico Percecionadas pelos Enfermeiros (DTSPE) fez-se com base em 27 questões do tipo *Likert* (Anexo V) com cinco respostas alternativas (Nenhuma, Pouca, Alguma, Bastante e Muita). Os 27 itens foram pontuados de 1, para a resposta *Nenhuma*, a 5 para a resposta *Muita*. Pontuações mais elevadas correspondem a percepções de Dificuldades no Transporte Secundário do Doente Crítico mais elevadas.

3.2.1. Caraterísticas psicométricas da escala das dificuldades no transporte secundário do doente crítico percecionadas pelos enfermeiros – DTSPE

A DTSPE – *Escala das Dificuldades no Transporte Secundário do Doente Crítico Percecionadas pelos Enfermeiros* ficou constituída por 27 itens, e pretende avaliar a percepção das dificuldades no transporte secundário do doente crítico auto relatadas pelos enfermeiros.

3.2.2. A fidelidade e validade

Para qualquer que seja a medição precisa é essencial que, primeiro, meça o que se pretende medir e não outro aspeto diferente ou parecido e esta caraterística designa-se *validade*. É também necessário que se a medição for repetida, nas mesmas condições e com os mesmos representantes, o resultado obtido seja idêntico e esta caraterística designa-se *fidelidade* (Hill & Hill, 2000).

Partindo dos 27 itens iniciais, procedeu-se ao estudo da fidelidade determinando o coeficiente de *Alfa de Cronbach*, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após irem sendo excluídos um a um, e procedeu-se também à inspeção da validade dos itens através da inspeção da correlação de cada item com a

escala total excluindo o item. Neste processo foram selecionados os 27 itens, porque (Quadro 8):

- Apresentam correlações com a escala total, excluindo o item, superiores a 0,200 pontos. Em D9 a correlação é ligeiramente mais baixa ($r=0,182$) mas manteve-se o item pela sua pertinência teórica, e porque a sua remoção não aumenta substancialmente o *Alfa de Cronbach*;

- Baixam o *Alfa de Cronbach* quando são excluídos. Em D₈, D₉ e D₂₃, observa-se que quando se removem estes itens o *Alfa de Cronbach* sobe ligeiramente, contudo mantiveram-se os itens pela pertinência teórica e porque a sua remoção não aumenta substancialmente o *Alfa de Cronbach*.

O quadro 8 mostra a fidelidade avaliada através da consistência interna de cada um dos itens e da escala total. Os valores são muito bons, de acordo com Hill e Hill (2000), variando de 0,889 a 0,900 para os itens e 0,897 para o total da escala e verifica-se que, na maioria dos casos descem quando os itens são excluídos, o que significa que quando estão presentes melhoram a homogeneidade da escala. O valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala a que pertence quando esta não contém o item) é 0,182 mas observada em apenas um item D₉, sendo todas as restantes superiores a 0,200.

Quadro 8 – Estatísticas da homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) da escala DTSPE (N.º= 123)

	Descrição do item	Limites	M	DP	r do total sem o item	Alfa de Cronbach quando o item é excluído
1	Realizo sozinho (a) (sem a presença do médico) transporte secundário inter-hospitalar do doente crítico	1-5	2,68	1,07	0,551	0,892
2	Não se preenche uma escala que defina o tipo de ambulância de acordo com o índice de gravidade do doente	1-5	2,27	1,22	0,538	0,892
3	Não se preenche uma escala que defina o tipo de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente	1-5	2,63	1,31	0,442	0,894
4	Não se preenche uma escala que defina o tipo de equipamentos de transporte de acordo com o índice de gravidade do doente	1-5	2,55	1,26	0,533	0,892
5	Não se cumprem as exigências em termos de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente	1-5	2,89	1,10	0,585	0,891
6	A equipa de enfermagem fica reduzida, quando eu acompanho o doente durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	3,88	0,97	0,293	0,897
7	Fico muito stressado (a) durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	2,37	0,77	0,493	0,894
8	Sinto náusea durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	2,40	1,39	0,226	0,900
9	Vômito durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	1,83	1,23	0,182	0,900
10	O planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico é ineficaz	1-5	2,75	0,94	0,562	0,892
11	Surgem intercorrências inesperadas durante o transporte	1-5	3,07	0,89	0,589	0,892
12	O tempo existente para a realização de um planeamento eficaz do transporte é pouco	1-5	3,06	0,96	0,734	0,889
13	A comunicação entre os diferentes profissionais da equipa de transporte é ineficaz	1-5	2,70	1,06	0,490	0,893
14	Estão implementados protocolos que orientam todo o processo de planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico	1-5	2,81	1,19	0,504	0,893
15	Os protocolos que orientam todo o processo de planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico não são claros	1-5	2,86	1,10	0,551	0,892
16	Não existe formação em serviço para o transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico	1-5	3,18	1,05	0,576	0,891
17	Não é o profissional mais bem preparado (que revele melhor competência) aquele que realiza o transporte	1-5	2,96	1,07	0,554	0,892
18	Ocorrem falhas no equipamento e material durante o transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico	1-5	3,24	1,18	0,403	0,895
19	Há muitos ruídos na ambulância, durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	2,96	1,11	0,500	0,893
20	Há muita vibração e oscilação na ambulância, durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	3,26	1,13	0,569	0,891
21	Há falta de espaço da ambulância durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	3,03	1,05	0,423	0,894
22	O doente encontra-se instável quando se inicia o transporte	1-5	3,24	1,19	0,587	0,891
23	Abordo a família para comunicar a ocorrência da morte do doente durante o transporte	1-5	2,68	1,59	0,287	0,899
24	Ocorre a morte do doente durante o transporte	1-5	2,77	1,61	0,359	0,897
25	Não é o profissional rotinado que realiza o transporte	1-5	2,57	1,09	0,566	0,891
26	Durante o transporte secundário (inter-hospitalar) decido autonomamente em áreas habitualmente interdependentes	1-5	2,64	0,96	0,398	0,895
27	O meu juízo clínico não é tido em consideração na alocação dos recursos humanos necessários ao transporte secundário (inter-hospitalar)	1-5	2,90	1,04	0,576	0,891
Escala Total DTSPE		1-135	76,18	16,12	-	0,897

Procedeu-se depois à análise fatorial exploratória pelo método de condensação em componentes principais, forçando a 4 fatores e seguida rotação ortogonal do tipo

varimax, e inspeção da correlação entre fatores. Os 27 itens foram mantidos na escala porque (quadro 9):

- Saturam apenas num fator (diferenças superiores a 0,1 ponto) com exceção do item D26;
- Apresentam saturação, no fator, superior a 0,350 pontos com exceção do D6.

Os 4 fatores extraídos após a rotação *varimax* explicam 54,48% da variância total. Todos os itens têm uma saturação superior a 0,350, exceto D6 (0,332) e não se verificam correlações simultâneas com dois fatores em que a distância entre ambos os valores seja inferior a 0,1, à exceção dos itens D7 e D26. Pela sua pertinência teórica optou-se por manter estes itens na escala e no fator onde o peso se revelou maior.

Ao fator 1 (itens 1,2,3,4,5,10,11,12,14,15,16,17,25,26 e 27), está associada 30,65% da variância total, é saturado sobretudo pelos itens relacionados como o planeamento do transporte secundário do doente crítico, e por isso atribuímos-lhe a designação **F1 - Planeamento do Transporte Secundário**.

Ao fator 2 (itens 6,13,18,19,20,21 e 22), está associada 10,60% da variância total, é saturado sobretudo pelos itens relacionados com intercorrências relacionadas com os recursos humanos e materiais, e por isso atribuímos-lhe a designação **F2 - Recursos e instabilidade do doente**.

Ao fator 3 (itens 7,8 e 9), está associada 7,08% da variância total, é saturado sobretudo pelos itens relacionados com os sintomas fisiológicos que os enfermeiros vivenciam durante o transporte secundário do doente crítico, e por isso atribuímos-lhe a designação **F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros**.

Ao fator 4 (itens 23 e 24), está associada 6,16% da variância total, é saturado sobretudo pelos itens relacionados com a morte do doente durante o transporte, e por isso atribuímos-lhe a designação de **F4 - Morte do Doente**.

Quadro 9 – Análise fatorial da escala DTSPE pelo método de condensação em componentes principais.
Solução após rotação *varimax* (N.º= 123)

	Descrição do item	h^2	F1	F2	F3	F4
1	Realizo sozinho (a) (sem a presença do médico) transporte secundário inter-hospitalar do doente crítico	0,451	0,608	0,182	0,216	0,022
2	Não se preenche uma escala que defina o tipo de ambulância de acordo com o índice de gravidade do doente	0,736	0,813	-0,039	-0,222	0,154
3	Não se preenche uma escala que defina o tipo de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente	0,773	0,778	-0,031	-0,401	0,080
4	Não se preenche uma escala que defina o tipo de equipamentos de transporte de acordo com o índice de gravidade do doente	0,717	0,803	0,010	-0,250	0,099
5	Não se cumprem as exigências em termos de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente	0,540	0,631	0,135	-0,043	0,348
10	O planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico é ineficaz	0,454	0,623	0,250	0,063	0,007
11	Surtem intercorrências inesperadas durante o transporte	0,460	0,447	0,329	0,337	0,194
12	O tempo existente para a realização de um planeamento eficaz do transporte é pouco	0,666	0,669	0,338	0,306	0,108
14	Estão implementados protocolos que orientam todo o processo de planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico	0,520	0,675	0,062	0,217	-0,115
15	Os protocolos que orientam todo o processo de planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico não são claros	0,534	0,640	0,099	0,332	-0,057
16	Não existe formação em serviço para o transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico	0,439	0,611	0,225	0,096	0,076
17	Não é o profissional mais bem preparado (que revele melhor competência) aquele que realiza o transporte	0,573	0,578	0,352	0,224	-0,256
25	Não é o profissional rotinado que realiza o transporte	0,394	0,454	0,335	0,164	0,220
26	Durante o transporte secundário (inter-hospitalar) decido autonomamente em áreas habitualmente interdependentes	0,263	0,390	0,306	0,100	-0,084
27	O meu juízo clínico não é tido em consideração na alocação dos recursos humanos necessários ao transporte secundário (inter-hospitalar)	0,346	0,456	0,324	0,111	0,332
6	A equipa de enfermagem fica reduzida, quando eu acompanho o doente durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	0,199	0,201	0,332	-0,189	0,113
13	A comunicação entre os diferentes profissionais da equipa de transporte é ineficaz	0,377	0,329	0,459	0,237	-0,047
18	Ocorrem falhas no equipamento e material durante o transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico	0,526	0,093	0,701	-0,120	0,105
19	Há muitos ruídos na ambulância, durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	0,714	0,101	0,833	0,098	-0,012
20	Há muita vibração e oscilação na ambulância, durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	0,716	0,157	0,811	0,183	0,032
21	Há falta de espaço da ambulância durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	0,626	0,016	0,760	0,046	0,215
22	O doente encontra-se instável quando se inicia o transporte	0,538	0,286	0,617	0,060	0,268
7	Fico muito stressado (a) durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	0,398	0,381	0,244	0,411	0,155
8	Sinto náusea durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	0,551	0,044	0,075	0,735	0,059
9	Vômito durante o transporte secundário (inter-hospitalar)	0,582	0,035	-0,039	0,757	0,078
23	Abordo a família para comunicar a ocorrência da morte do doente durante o transporte	0,776	-0,02	0,142	0,085	0,865
24	Ocorre a morte do doente durante o transporte	0,753	0,093	0,167	0,094	0,841
	Eigenvalues		8,28	2,86	1,91	1,66
	Variância Explicada = 54,48%		23,279	15,087	8,341	7,775
	Número de Itens		15	7	3	2
	Alfa do fator		0,898	0,823	0,645	0,839
	KMO = 0,807					
	Teste da esfericidade de Bartlett - $\chi^2= 1842,34$; $p<0,0001$					

Foi rejeitada a hipótese da matriz de correlação constituir uma matriz de identidade ($X^2=1842,34$; $p < 0,0001$) e a medida de *Keiser-Meyer-Olkin* ($KMO = 0,807$) aproxima-se da unidade, garantindo que a adequação do modelo fatorial a esta matriz de correlações é elevada.

No quadro 10 podemos constatar que todas as correlações entre os diferentes fatores e o total da escala são todas moderadas ou fortes, positivas e muito significativas ($p < 0,01$).

Quadro 10 – Matriz de correlação de *Pearson* entre os quatro fatores e o total da DTSPE

	Fatores	F1	F2	F3	F4
F1	Planeamento do transporte secundário	1,00			
F2	Recursos e instabilidade do doente	0,47*	1,00		
F3	Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	0,24*	0,24*	1,00	
F4	Morte do doente	0,23*	0,29*	0,12	1,00
DTSPE Total		0,62*	0,68*	0,56*	0,78*

*Significativo para $p < 0,01$

Os valores das correlações são razoáveis (entre 0,78 e 0,56), o que permite afirmar que tendem a medir o mesmo construto, permitindo interpretações unidimensionais. As correlações entre fatores são muito significativas ($p < 0,01$). Estes resultados apontam para a utilização quer dos resultados globais da escala, quer dos subtotais dos fatores.

3.3. AS DIFICULDADES EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

3.3.1. Dificuldades em função do fator

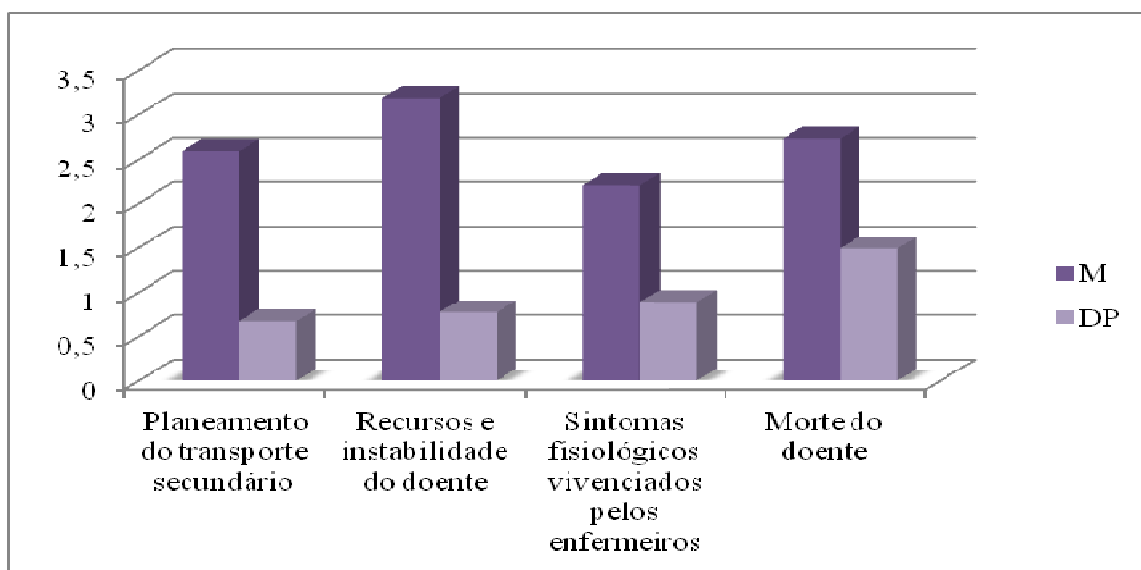
No quadro 11 e gráfico 1 verificamos que os enfermeiros percecionam dificuldades no transporte secundário do doente crítico ($M=2,68$; $DP=0,65$) tendo em consideração que a ponderação das médias para fatores e para o total da escala fazem situar os valores entre 1 – *Nenhuma dificuldade* e 5 – *Muita dificuldade*. É no fator F2-Recursos e instabilidade do doente ($M=3,19$; $DP=0,77$) e F4 - Morte do doente ($M=2,73$; $DP=1,49$) onde auto relatam mais dificuldade e em F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros ($M=2,20$; $DP=0,89$) onde vivenciam menos dificuldades.

Quadro 11 – Médias ponderadas das dificuldades em função do fator

	Fatores	N	M	DP
F1	Planeamento do transporte secundário	123	2,59	0,67
F2	Recursos e instabilidade do doente	123	3,19	0,77
F3	Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	123	2,20	0,89
F4	Morte do doente	123	2,73	1,49
DTSPE Total		123	2,68	0,65

M – Média; DP – Desvio Padrão

Gráfico 1 – Representação gráfica das dificuldades em função do fator



3.3.2. Dificuldades em função da frequência com que ocorrem

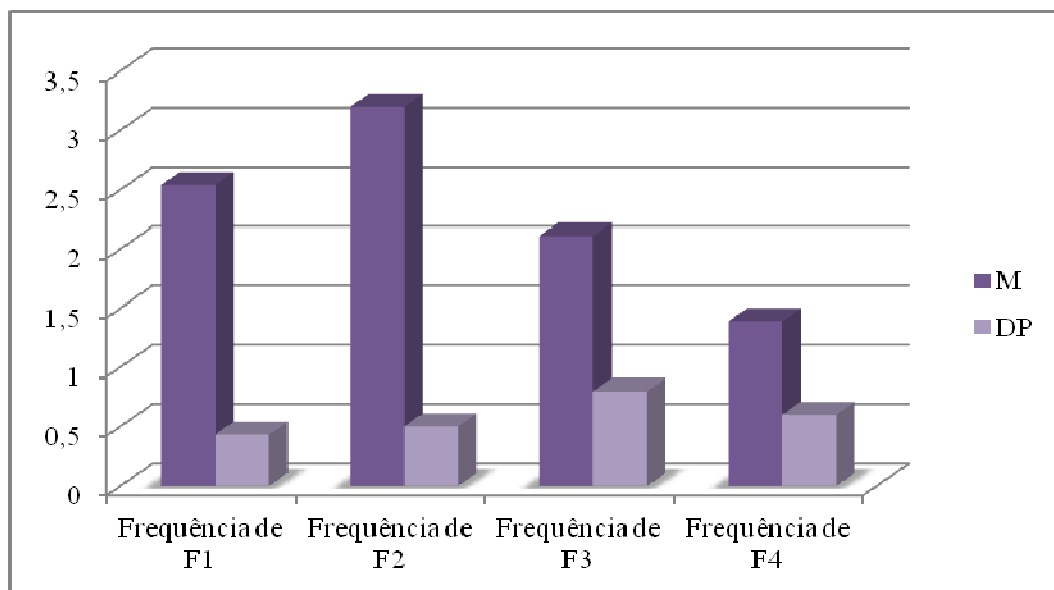
Da análise do quadro 12 e o gráfico 2, observamos que F2 - Recursos e instabilidade do doente é não só o fator em que os enfermeiros auto relatam mais dificuldades como também é o fator que ocorre com mais frequência ($M=3,20$; $DP=0,50$). Já em relação a F4 - Morte do Doente não obstante ser um fator onde percecionam muita dificuldade, é o que ocorre com menos frequência ($M=1,39$; $DP=0,60$)

Quadro 12 – Médias ponderadas da frequência com que ocorre cada fator

Frequência com que ocorrem dificuldades	N.º	M	DP
F1 - Planejamento do transporte secundário	123	2,54	0,43
F2 - Recursos e instabilidade do doente	123	3,20	0,50
F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	123	2,11	0,80
F4 - Morte do doente	123	1,39	0,60

M – Média; DP – Desvio Padrão

Gráfico 2 – Representação gráfica das dificuldades em função da frequência com que ocorrem



Da análise do quadro 13, concluímos que para todos os fatores e o total da escala, quanto maior é a frequência com que ocorrem os “fenómenos”, mais dificuldades são percebidas pelos enfermeiros (correlações positivas e estatisticamente significativas).

Quadro 13 – Dificuldades em função da frequência com que ocorrem os fatores (correlação de *Pearson*)

	Dificuldade F1	Dificuldade F2	Dificuldade F3	Dificuldade F4	Dificuldade Total
Frequência F1	0,488*				
Frequência F2		0,672*			
Frequência F3			0,847*		
Frequência F4				0,195**	
Frequência total					0,560*

*p ≤ 0,01 **p ≤ 0,05

3.3.3. Dificuldades em função do sexo

Da análise do quadro 14 concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as dificuldades e o sexo ($p > 0,05$) com exceção de **F3-Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros** em que são percebidas mais dificuldades pelas enfermeiras ($M=2,31$; $DP=0,91$ versus $M=1,87$; $DP=0,75$).

Quadro 14 – Dificuldades em função do sexo

Dificuldades	Feminino (n. ^o =94)		Masculino (n. ^o =29)		t de student	
	M	DP	M	DP	t	p
F1-Planeamento do transporte secundário	2,56	0,68	2,67	0,62	-0,78	0,44
F2-Recursos e instabilidade do doente	3,21	0,77	3,13	0,76	0,45	0,63
F3-Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	2,31	0,91	1,87	0,75	2,37	0,02
F4-Morte do doente	2,81	1,46	2,47	1,55	1,08	0,28
DTSPE Total	2,72	0,65	2,53	0,58	1,38	0,17

M – Média; DP – Desvio Padrão

3.3.4. Dificuldades em função da existência de formação e sem formação

O quadro 15 mostra-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas da percepção das dificuldades em função da formação ($p > 0,05$). Considerando que o relato da percepção da dificuldade na escala situa os valores entre 1 – *Nenhuma dificuldade* e 5 – *Muita dificuldade*, não obstante, na amostra estudada observa-se como tendência que os enfermeiros inquiridos com formação específica auto relataram menos dificuldade em todos os fatores e total da escala, com exceção de F1-Planeamento do transporte secundário ($M=2,70$; $DP=0,69$).

Quadro 15 – Dificuldades em função da existência de formação e sem formação

Dificuldades	Com formação		Sem formação		t de student	
	M	DP	M	DP	t	p
F1-Planeamento do transporte secundário	2,70	0,69	2,54	0,66	1,217	0,803
F2-Recursos e instabilidade do doente	3,10	0,81	3,21	0,76	-0,726	0,833
F3-Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	1,96	0,87	2,29	0,89	-1,804	0,593
F4-Morte do doente	2,56	1,48	2,83	1,48	-0,912	0,981
DTSPE Total	2,58	0,62	2,72	0,65	-1,046	0,405

M – Média; DP – Desvio Padrão

3.3.5.Dificuldades em função da idade

Da análise do quadro 16 podemos concluir que entre a dificuldade e a idade existem diferenças estatisticamente significativas (para $p < 0,05$) em F1 - Planeamento do transporte secundário e F2 - Recursos e instabilidade do doente. Embora em F1 e F2 as correlações sejam fracas e negativas, os resultados indiciam que à medida que a idade aumenta diminui a perceção da dificuldade. Em F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros e F4 - Morte do doente, não existem diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 16- Dificuldades em função da idade (correlação de *Pearson*)

Dificuldade	Idade	
	<i>r</i>	
F1-Planeamento do transporte secundário		-0,206
	<i>p</i>	0,011
F2-Recursos e instabilidade do doente	<i>r</i>	-0,253
	<i>p</i>	0,002
F3-Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	<i>r</i>	-0,010
	<i>p</i>	0,455
F4-Morte do doente	<i>r</i>	-0,005
	<i>p</i>	0,476
DTSPE Total	<i>r</i>	-0,136
	<i>p</i>	0,068

3.3.6.Dificuldades em função da experiência profissional

Da análise do quadro 17 podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre a dificuldade e a experiência profissional em F1 - Planeamento do transporte secundário e F2 - Recursos e instabilidade do doente. Embora as correlações negativas sejam fracas, os resultados indiciam que à medida que aumenta a experiência profissional diminui a perceção da dificuldade, à exceção da F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros e F4 - Morte do doente.

Quadro 17- Dificuldades em função da experiência profissional (correlação de *Pearson*)

Dificuldade	Experiência Profissional	
	r	
F1-Planeamento do transporte secundário	r	-0,177
	p	0,026
F2-Recursos e instabilidade do doente	r	-0,216
	p	0,008
F3-Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	r	0,001
	p	0,494
F4-Morte do doente	r	-0,030
	p	0,370
DTSPE Total	r	-0,128
	p	0,081

3.3.7.Dificuldades em função da frequência do transporte nos últimos 6 meses

Da análise do quadro 18 constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas em F2 - Recursos e instabilidade do doente. Não existem diferenças estatisticamente significativas em F1- Planeamento do transporte secundário, F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros e F4 - Morte do doente. As correlações são negativas embora muito fracas em F2, mas indiciam que quanto menor for a experiência na função maior a perceção da dificuldade em relação aos recursos e instabilidade do doente. Para o total da DTSPE também podemos observar uma tendência ($r = -0,150$; $p = 0,052$) para as dificuldades aumentarem à medida que a experiência na função diminui.

Quadro 18- Dificuldades em função da frequência do transporte nos últimos 6 meses (correlação de *Pearson*)

Dificuldade	Frequência do transporte nos últimos 6 meses	
F1-Planeamento do transporte secundário	<i>r</i>	-0,046
	<i>p</i>	0,308
F2-Recursos e instabilidade do doente	<i>r</i>	-0,166
	<i>p</i>	0,036
F3-Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros	<i>r</i>	-0,104
	<i>p</i>	0,130
F4-Morte do doente	<i>r</i>	-0,085
	<i>p</i>	0,178
DTSPE Total	<i>r</i>	-0,150
	<i>p</i>	0,052

4.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente à relação entre as dificuldades e os **fatores**, em termos gerais os enfermeiros reportam dificuldades no transporte secundário do doente crítico ($M=2,68; DP=0,65$), o que vai de encontro de Gustafsson, Wennerholm e Fridlund (2010) que afirmam que os enfermeiros que realizam transporte secundário de doentes críticos relatam preocupações no que se refere à incapacidade de solucionar os problemas que poderão surgir durante o transporte. Reforçam esta ideia Rodrigues e Martins (2012), pois defendem que o transporte secundário do doente crítico é suscetível de proporcionar diversas vivências, exigindo dos enfermeiros elevados níveis de conhecimento e confiança. É no fator F2 - Recursos e instabilidade do doente ($M=3,19; DP=0,77$) e F4- Morte do doente ($M=2,73; DP=1,49$) onde auto relatam mais dificuldade. Este achado vai ao encontro de Martins e Martins (2010), pois verificaram no seu estudo que a instabilidade do doente e a possibilidade de avarias do equipamento durante o transporte constituem fatores dificultadores do transporte secundário. Também corroboram esta ideia Rodrigues e Martins (2012), pois constataram no seu estudo que a falha do material e equipamento influencia as vivências dos enfermeiros neste tipo de transporte. Reportando-nos aos recursos humanos, este resultado vai ao encontro de Machado (2010) que no seu estudo constatou que aquando da necessidade de transporte secundário do doente crítico, a equipa de enfermagem fica reduzida porque um enfermeiro terá que assegurar a prestação de cuidados ao doente transportado.

No que se refere à instabilidade do doente os nossos resultados vão de encontro a Gustafsson, Wennerholm e Fridlund (2010), pois no seu estudo aferiram que os enfermeiros temem pela segurança do doente pelo perigo por exemplo de extubação acidental do tudo endotraqueal e pelas vibrações da ambulância que influenciam as monitorizações.

Reportando-nos às dificuldades relacionadas com a morte do doente, os resultados do nosso estudo vão de encontro ao referido por Gustafsson, Wennerholm e Fridlund (2010), pois estes autores verificaram que o lidar com situações inesperadas, utilizando todos os recursos disponíveis e a dificuldade em responder às necessidades da família em caso de morte do doente, são preocupações evidentes dos enfermeiros.

É no fator F1 - Planeamento do transporte secundário ($M=2,59; DP=0,67$) e fator F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros ($M=2,20; DP=0,89$) que a amostra deste estudo reporta menos dificuldades, o que contraria muitos resultados publicados na literatura. Entre estes resultados destacamos Martins e Martins (2010) que afirmam que a falta de planeamento e organização do processo de transferência inter-hospitalar são percecionados pelos enfermeiros como fator dificultador do transporte secundário. Corrobora esta ideia Machado (2010), que concluiu no seu estudo que os enfermeiros relatam a falta de planeamento e organização, destacando a falha na comunicação, coordenação e documentação. Acrescentam ainda que a equipa médica nem sempre cumpre o determinado pelos algoritmos que auxiliam no processo de tomada de decisão e que definem os recursos humanos necessários para o acompanhamento do doente. Rodrigues e Martins (2012) acrescentam que a responsabilidade pelo facto de estarem praticamente sozinhos e a ausência de acompanhamento por outro profissional de saúde, são uma dificuldade destacada pelos enfermeiros.

Por último a observação na amostra estudada de menores dificuldades, vivenciadas pelos enfermeiros, relacionadas com os sintomas fisiológicos, contraria de certa forma o suportado por Machado (2010), que verificou que a indisposição gastrointestinal foi referida pelos enfermeiros como fator constrangedor do transporte secundário do doente.

No que se refere à relação entre as dificuldades dos enfermeiros no transporte secundário do doente crítico e o **sexo**, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros e as enfermeiras, à exceção do fator F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros, em que são percecionadas mais dificuldades

pelas enfermeiras ($M=2,31$; $DP=0,91$ *versus* $M=1,87$; $DP=0,75$). Estes resultados podem eventualmente ser explicados por diferenças relacionadas com a condição física e fisiológica que existem entre homens e mulheres, unanimemente reconhecidas e documentadas na literatura, mas cuja relação direta com o teor do F3 não encontramos.

Relativamente à relação entre as dificuldades e a existência ou não de **formação** específica na área, constatamos que apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, na amostra estudada observa-se que os enfermeiros inquiridos com formação específica auto relataram menos dificuldade em todos os fatores e total da escala, com exceção de F1 - Planeamento do transporte secundário ($M=2,70$; $DP=0,69$ *versus* $M=2,54$; $DP=0,66$). Este achado, contraria os resultados do estudo realizado por Rodrigues e Martins (2012), em que os enfermeiros inquiridos referem que a falta de formação em urgência/emergência é um fator que influencia as vivências no transporte secundário do doente crítico. Corroboram este facto Martins e Martins (2010), ao constatarem no seu estudo que a falta de formação apresenta-se como fator dificultador do processo de transferência inter-hospitalar. Reforçando esta ideia, McLenon (2004) afirma que a incidência de eventos adversos é inversamente proporcional ao nível de formação e experiência da equipa.

Já as diferenças observadas no Fator F1 - Planeamento do transporte secundário, podem dever-se ao facto de a formação específica na área despertar para a necessidade de um planeamento correto, consciencializando os enfermeiros para a importância de um planeamento eficaz. Esta importância é reforçada por Ligtenberg et al. (2005), que ao estudarem a qualidade do transporte secundário de doentes críticos, estimam que cerca de 70% dos eventos verificados podiam ter sido evitados através de um planeamento e comunicação entre equipa eficazes. Por outro lado o facto de percecionarem mais dificuldades, relativamente aos enfermeiros sem formação específica na área, pode também relacionar-se com o facto de estarmos perante uma área interdependente (F1 - Planeamento do transporte secundário), de forte influência médica no processo de tomada de decisão.

Ao caracterizarmos a amostra deste estudo no que se refere ao tipo de formação específica para o transporte secundário do doente crítico, constatamos que entre a formação mais reportada se destacaram os cursos de emergência médica pré-hospitalar, cursos de transporte do doente crítico, a especialidade de médico-cirúrgica e o curso de SIV. Este achado vai de encontro a McLenon (2004) que defende que a equipa que realiza este tipo de transporte deve ser detentora de formação teórica e habilidades práticas, nomeadamente em matéria de suporte avançado de vida e trauma.

No que respeita à relação entre as dificuldades em função da **idade e experiência** na função, nos resultados obtidos não se vislumbra uma influência evidente para a totalidade dos fatores. Contudo os resultados indiciam que à medida que aumenta a idade e a experiência na função, são auto relatadas menos dificuldades em F1 - Planeamento do transporte secundário e F2 - Recursos e instabilidade do doente. Este achado é sustentado por Martins e Martins (2010) que no seu estudo constataram que a falta de experiência profissional é descrita pelos enfermeiros como fator dificultador da transferência inter-hospitalar. Também reforçam esta ideia Gustafsson, Wennerholm e Fridlund (2010), pois concluíram no seu estudo que a realização de poucos transportes inter-hospitalares é uma preocupação vivida pelos enfermeiros. Os resultados da análise da relação entre a dificuldade e a frequência do transporte nos últimos 6 meses, reforçam esta ideia no fator F2 - Recursos e instabilidade do doente.

No que se refere às dificuldades em função da **frequência com que ocorrem**, averiguamos que são as dificuldades contempladas no fator F2 - Recursos e instabilidade do doente, que ocorrem com mais frequência. Este achado vai ao encontro de Parmentier-Decrucq et al. (2013) que afirmam que a maior parte dos eventos adversos verificados durante o transporte de doentes críticos estão relacionados com o equipamento, seguidos de eventos relacionados com o doente, e destacam a hipoxia e a instabilidade hemodinâmica. O mesmo não se verifica nas dificuldades presentes em F4- Morte do doente, que apesar de serem as menos frequentes não deixam de ser as segundas mais percecionadas pelos enfermeiros.

A relação entre a dificuldade percebida e a frequência com que ocorrem os fenômenos é positiva e estatisticamente significativa para os fatores e o total da escala. Esta relação é muito forte nomeadamente no fator F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros, o que vai ao encontro de Machado (2010), pois no estudo que realizou concluiu que os enfermeiros referem como fatores constrangedores que influenciam o transporte secundário, a indisposição gastrointestinal e a ansiedade. É muito fraca no fator F4 - Morte do doente, o que nos indicia que não é necessário que ocorra com frequência a morte do doente para que seja percebida pelos enfermeiros como dificuldade.

5.CONCLUSÃO

Neste estudo procuramos conhecer quais as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros no transporte secundário do doente crítico. Por forma a dar resposta à questão de investigação foi traçado o objetivo geral:

- Identificar as dificuldades auto relatadas pelos enfermeiros no transporte inter-hospitalar (secundário) do doente crítico e analisar de que forma essas dificuldades variam em função de variáveis sociodemográficas, ambientais, organizacionais e outras.

Terminada a investigação, concluímos que este estudo permitiu-nos alcançar o objetivo proposto pois realizou-se um estudo quantitativo, transversal, correlacional que integrou a construção/validação de um instrumento/escala para mensurar as dificuldades no transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico percecionadas pelos enfermeiros. Após efetuados os estudos da validade e fiabilidade, concluímos que os resultados indicam que se a medição das dificuldades for repetida, nas mesmas condições e na mesma população, os resultados obtidos serão idênticos quer para os resultados globais da escala quer para os subtotais dos fatores.

Como principais resultados destaca-se que os enfermeiros percecionam dificuldades no transporte secundário do doente crítico ($M=2,68; DP=0,65$).

Dentro das dificuldades são as relacionadas com os Recursos e instabilidade do doente ($M=3,19; DP=0,77$) e com a Morte do doente ($M=2,73; DP=1,49$) as mais auto reportadas, sendo as relacionadas com o Planeamento do transporte secundário e os Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros as menos percecionadas.

Os resultados indiciam também que as dificuldades diminuem à medida que aumenta a experiência profissional nomeadamente nos fatores F1 - Planeamento do transporte secundário e F2 - Recursos e instabilidade do doente, e as dificuldades percecionadas no fator F1 - Planeamento do transporte secundário aumentam com a existência de formação específica na área.

Como principais dificuldades à realização deste estudo destacamos a amostra de pequena dimensão, a falta de literatura específica da temática, o atraso na obtenção das autorizações para aplicação do instrumento de colheita de dados e o tempo limite imposto em termos académicos.

Para investigações futuras na temática, sugere-se a realização de estudos com amostras maiores e que explorem o porquê de as dificuldades relacionadas com o Planeamento do transporte secundário (F1) serem as únicas em que os enfermeiros com formação específica na área reportam mais dificuldades, comparativamente aos enfermeiros sem formação específica na área. Sugere-se também a realização de estudos que analisem o facto de as dificuldades aumentarem à medida que aumenta a experiência profissional em F3 - Sintomas fisiológicos vivenciados pelos enfermeiros e F4 - Morte do doente, bem como estudos que permitam investigar a relação entre as dificuldades percecionadas e o serviço onde os enfermeiros exercem funções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aleixo, FMR. (1998). O doente helitransportado – uma experiência de enfermagem. *Nursing* 127 (11), 24-28

Almeida, ACG., Neves, ALD., Souza, CLB., Garcia, JH., Lopes, JL., & Barros, ALBL. (2012). Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paul Enferm*, 25 (3), 471-479

Alves, M., Ramos, FRS. & Penna, CMM. (2005). O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. *Texto Contexto Enferm* 14 (3), 323-331. Acedido em 23 de fevereiro 2104 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a02.pdf>

Atallah, A (2008). *Revisão Sistemática da Literatura Médica e Metanálise*. In: Metodologia de Pesquisa Aplicada e Avaliação em Ciências da Saúde 2008. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Acedido em 15 de julho 2013 em <http://200.145.142.234/Metodologia/PDF/Alvaro/Revisao.pdf>

Barbosa, MST. (2012). *Tomada de Decisão em Enfermagem Relatório de Estágio*. Relatório apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Camacho, M. (1997). Stress e burnout em urgência. *Servir* 45 (4), 181-193.

Cristina, JA., Dalri, MCB., Cyrillo, RMZ., Saeki, T. & Veiga, EV. (2008). Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de paragem cardiorrespiratória. *Ciencia y Enfermeria XIV* (2), 97-105. Acedido em 10 fevereiro 2014 em http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532008000200012&script=sci_arttext

23

Cunha, M. (2000). Atuação do enfermeiro no transporte do doente politraumatizado. *Sinais Vitais* 33 (11), 42-47.

- Domenico, EBL., Ide, CAC. (2003). Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Rev Latino-am Enfermagem* 11(1), 15-8. Acedido em 25 de fevereiro 2014 em <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1743/1788>
- Fanara, B., Manzon, C., Barbot, O., Desmettre, T. & Capellier, G. (2010). Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care* 14 (87), 1-10.
- Fortin, MF, Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franco, NJM. (2012). *Acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar - competências necessárias auto-percebidas pelos enfermeiros*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Gustafsson, M., Wennerholm, S. & Fridlund B.(2010). Worries and concerns experienced by nurse specialists during inter-hospital transports of critically ill patients: A critical incident study. *Intensive and Critical Care Nursing* 26, 138-145.
- Hill, MM. & Hill, A. (2000) - Investigação por questionário. Lisboa: Edições Síbaló.
- INEM (2012). Relatório de Integração VMER & SIV. Ministério da Saúde: Instituto Nacional de Emergência Médica. Acedido em 21 de setembro 2014 em <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20121213163338736231.pdf>
- INEM (2014). Informação aos órgãos de comunicação social: Nova ambulância de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico do INEM inicia atividade na região algarvia. Lisboa: Gabinete de Comunicação e Imagem do INEM. Acedido em 21 de setembro 2014 em http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=28109
- Ligtenberg, JJM., Arnold, LG., Stienstra, Y., van der Werf, TS. , Meertens, JHJM., Tulleken J. & Zijlstra JG. (2005). Quality of interhospital transport of critically ill patients: a prospective audit. *Critical Care* 9 (4), 446-451.
- Machado, PMF. (2010). *Transportes de doentes críticos: Vivências dos enfermeiros do serviço de urgência*. Monografia para obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem. Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima. Acedido em 3 de janeiro 2014 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1524/2/Mono_16609.pdf.
- McLenon, M. (2004). Use of a Specialized Transport Team for Intrahospital Transport of Critically Ill Patients. *Dimensions of Critical Care Nursing* 23 (5), 225 -229.
- Marcelino, D., Figueiras, M., J. & Claudino, A. (2012). Impacto da exposição a incidentes críticos na saúde e bem-estar psicológicos dos tripulantes de ambulância. *Psic., Saúde & Doenças* 13 (1). Acedido em 25 de fevereiro 2014 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862012000100010&script=sci_arttext
- Martins, RMCS. & Martins, JCA. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência* III (2), 111-120.

Ministério da Saúde (2006). *Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes*. In: Grupo de trabalho de urgências 2006. Ministério da Saúde. Acedido em 24 de fevereiro 2014 em http://www.hospitalsepe.minsaude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf

Neves, A., Gomes, V., Moreira, AP., Paisana, AM., Luzio, P. & Silva, B. (2000). Transporte de doentes em estado crítico. *Nursing*, 144 (12), 37 -40.

Nunes, F. (2007) - Tomada de Decisão de Enfermagem de Emergência. *Nursing*, 219 (3), 7-11.

Nunes, FMF. (2009). Tomada de decisão do enfermeiro no transporte do doente crítico. *Nursing*, 246. Acedido em 10 de fevereiro 2014 em http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3526-tomadade-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico#.UxmBiT9_tDo.

Oliveira, MS. (2013, maio). Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico: Melhoria na acessibilidade ao cidadão. In: XVI Congresso Nacional de Medicina Intensiva.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Coleção Divulgar. Acedido em 3 de março 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2009a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Nova redação conferida pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro)

Ordem dos Enfermeiros (2009b). Parecer do Conselho Jurisdicional 157/2009: *Acompanhamento de doentes nas transferências inter-hospitalares e administração de medicação não prescrita em situação de emergência*.

Ordem dos Enfermeiros (2010) Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, Lisboa. Acedido em 3 de março 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Papson, JPN., Russell, KL. & Taylor, D. (2007). Unexpected Events during the Intrahospital Transport of Critically Ill Patients . *Academic Emergency Medicine* 14 (6), 574-577.

Parmentier-Decrucq, EP., Poissy, J., Favory, R., Nseir, S., Onimus, T. Guerry, MJ., Durocher, A. & Mathieu, D. (2013). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. *Annals of Intensive Care* 3 (10), 1-10.

Rodrigues, LMM. & Martins, JCA. (2012). Vivências dos enfermeiros ao cuidar do doente crítico durante o transporte marítimo. *Pensar Enfermagem* 16 (1), 26-41. Acedido em 3 de janeiro 2014 em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2012_16_1_26-41.pdf

Sampaio, RF. & Mancini, MC. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista brasileira de fisioterapia* 11(1), 83-89

Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 (1), 11-20.

Silva, IMBPS. (2006). *A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras em contexto hospitalar*. Tese para a obtenção do título de doutor. Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Acedido em 25 de fevereiro 2014 em <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/19/arelacaoconflituosaentremedicoseenfermeirasnocontextohospitalar.pdf>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Acedido em 14 de fevereiro 2014 em http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

Stumm, EMF., Maçalai, RT. & Kirchner, RM. (2006). Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. *Texto Contexto Enferm* 15(3), 464-71. Acedido em 25 de fevereiro 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a11.pdf>

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento* (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

WMA Declaration of Helsinki (2013). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects . Acedido em 6 de março 2014 em <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

ANEXOS

ANEXO I

Algoritmo de decisão para o transporte secundário

ANEXO II

Avaliação para o transporte secundário

ANEXO III

Pré teste do instrumento de colheita de dados- Questionário

ANEXO IV

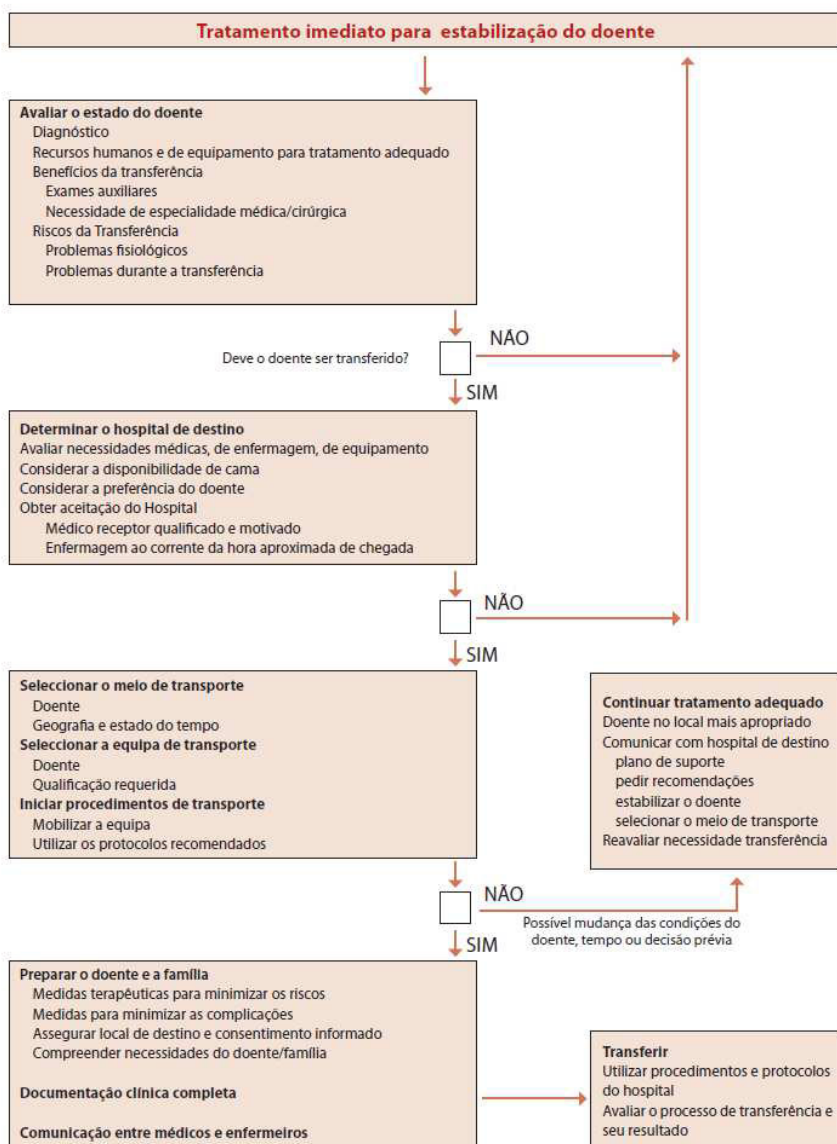
Aprovações formais da aplicação do instrumento de colheita de dados- Questionário

ANEXO V

Instrumento de colheita de dados – Questionário

ANEXO 3

Algoritmo de decisão para o transporte secundário



ANEXO 4

Avaliação para o transporte secundário*

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo, para qualquer nível de gravidade do doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuado o transporte.

1. VIA AEREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUENCIA RESPIRATORIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIENCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATORIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico e Aspiração	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINAMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Veículo	Equipa	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Ambulância normal	Tripulante	Nenhum	"Standard" ambulância AMS
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Ambulância normal	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Acima descrito + Monitor de transporte, Injectáveis + soros
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada, Desfibrilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

O material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

* Adaptado de Etzebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.



Painel de peritos

Caro(a) colega. Pretendemos construir uma escala que possa informar acerca das dificuldades percebidas pelo enfermeiro no transporte inter-hospitalar do doente crítico.

Por favor, para cada uma das frases seguintes pronuncie-se sobre a sua compreensibilidade e pertinência. Pode sugerir redações diferentes e a inclusão de frases(itens) diferentes

1	Realizo sozinho(a) (sem presença do médico) transporte secundário do doente crítico A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Sugere redação diferente? _____
2	Não se preenche uma escala que defina o tipo de ambulância de acordo com o índice de gravidade do doente A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Sugere redação diferente? _____
3	Não se preenche uma escala que defina o tipo de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Sugere redação diferente? _____
4	Não se preenche uma escala que defina o tipo de equipamentos de transporte de acordo com o índice de gravidade do doente A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Sugere redação diferente? _____
5	Não se cumprem as exigências em termos de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Sugere redação diferente? _____
6	A equipe de enfermagem fica reduzida, quando eu acompanho o doente durante o transporte secundário A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Sugere redação diferente? _____

7	Vivencio stresse durante o transporte secundário A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Sugere redação diferente? _____
8	Sinto náusea durante o transporte secundário A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Sugere redação diferente? _____
9	Vómito durante o transporte secundário A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Sugere redação diferente? _____
10	O planeamento do transporte inter-hospitalar do doente crítico é ineficaz A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Sugere redação diferente? _____
11	Surgem intercorrências inesperadas durante o transporte A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Sugere redação diferente? _____
12	O tempo existente para a realização de um planeamento eficaz do transporte é pouco A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Sugere redação diferente? _____
13	A comunicação entre os diferentes profissionais da equipa de transporte é ineficaz A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Sugere redação diferente? _____
14	Estão disponíveis protocolos que orientem todo o processo de planeamento do transporte inter-hospitalar do doente crítico A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Sugere redação diferente? _____
15	Os protocolos que orientem todo o processo de planeamento do transporte inter-hospitalar do doente

	<p>crítico não são claros</p> <p>A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/></p> <p>Sugere redação diferente? _____</p>
16	<p>Existe formação na área de urgência e emergência para o transporte inter-hospitalar do doente crítico</p> <p>A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/></p> <p>Sugere redação diferente? _____</p>
17	<p>Não é o profissional mais bem preparado (que revele melhor competência) que realiza o transporte</p> <p>A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/></p> <p>Sugere redação diferente? _____</p>
18	<p>Ocorrem falhas no equipamento e material durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico</p> <p>A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/></p> <p>Sugere redação diferente? _____</p>
19	<p>Há muitos ruídos na ambulância, durante o transporte inter-hospitalar</p> <p>A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/></p> <p>Sugere redação diferente? _____</p>
20	<p>Há muita vibração e oscilação na ambulância, durante o transporte inter-hospitalar</p> <p>A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/></p> <p>Sugere redação diferente? _____</p>
21	<p>Há falta de espaço da ambulância durante o transporte inter-hospitalar</p> <p>A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/></p> <p>Sugere redação diferente? _____</p>
22	<p>O doente encontra-se instável quando se inicia o transporte</p> <p>A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/></p> <p>Sugere redação diferente? _____</p>
23	<p>Abordo a família para comunicar a ocorrência da morte do doente durante o transporte</p>

	<p>A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/></p> <p>Sugere redação diferente? _____</p>
24	<p>Ocorre a morte do doente durante o transporte</p> <p>A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/></p> <p>Sugere redação diferente? _____</p>
25	<p>Não é o profissional mais experiente que realiza o transporte</p> <p>A frase compreende-se bem? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>A frase é pertinente? Nada <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> O suficiente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/></p> <p>Sugere redação diferente? _____</p>

OBRIGADA



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

Conselho de Administração

ENT-JPL/2014/14219
12.05.2014

Exmo. Senhor
Diretor da Escola Superior de Saúde
Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro
Apartado 4137
2411 – 901 Leiria

SAL.HSA 03904*14-05-08

Assunto: Pedido para aplicação de questionário

No seguimento do Vosso ofício nº 2875, de 2014.03.12, a solicitar autorização para que a Enf.ª Ema Soraia Fazenda Mata, a frequentar o curso de mestrado em Enfermagem à Pessoa em situação crítica, realize um estudo de investigação intitulado “Dificuldades percecionadas pelo enfermeiro no transporte inter-hospitalar do doente crítico” serve o presente para informar que o Conselho de Administração em 2014.05.06, deliberou autorizar a aplicação do questionário no Serviço de Urgência das três unidades hospitalares que constituem este Centro Hospitalar.

Mais se informa que foi dado conhecimento do teor desta deliberação ao Diretor do Serviço respetivo.

Com os melhores cumprimentos.

O VOGAL EXECUTIVO

(LICÍNIO OLIVEIRA DE CARVALHO)



Sua Referência:

SAI-IPL/2014/2876

Sua Comunicação de:

2012-08-21

Nossa Referência:

179

Exm.º Senhor

Dr. José Carlos Rodrigues Gomes

Diretor da Escola Superior de Saúde do

Instituto Politécnico de Leiria

Campus 2 – Morro do Lena

Alto do Vieiro

Apartado 4137

2411-901 LEIRIA

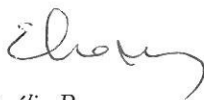
00266906-06-14

PEDIDO DE APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

Na sequência do pedido efetuado por V. Exa. para aplicação de um questionário nas Unidades Hospitalares deste Centro Hospitalar, no âmbito do estudo de investigação designado “Dificuldades percecionadas pelo enfermeiro no transporte Inter-hospitalar do doente crítico”, desenvolvido pela Enf.ª Ema Soraia Fazenda Mata, a frequentar o curso de mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica nessa Escola, somos a informar que o mesmo se encontra autorizado.

Mais informamos, que agradecemos que nos fossem facultados os resultados obtidos.

Desejando o maior êxito no trabalho a desenvolver, apresentamos os melhores cumprimentos.



Cecília Ramos
Enfermeira Directora

Questionário

Chamo-me Ema Mata encontro-me a realizar o Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde de Leiria e peço a sua colaboração para o preenchimento do seguinte questionário que faz parte de um estudo que visa conhecer as dificuldades dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar do doente crítico. Será garantida a confidencialidade e o anonimato das informações.

Obrigado

(emafmata@gmail.com)

1.Idade:_____ 2.Sexo : ☐ F ☐ M

3.Anos de experiência profissional em enfermagem:_____

4.Hospital onde trabalha:_____ 5. Serviço onde trabalha:_____

6.Quantas vezes (valor aproximado) realizou o transporte inter-hospitalar do doente crítico nos últimos 6 meses? ____

7.Com que frequência realizou o transporte inter-hospitalar

do doente crítico no último mês: ☐ 1 vez por mês ☐ Mais de 1 vez por mês ☐ Menos de 1 vez por mês

8.Possui formação específica para o transporte inter-hospitalar do doente crítico? ☐ Sim ☐ Não

9.Se Sim, especifique

10. Selecione das colunas à direita a opção que caracterize melhor a sua perceção acerca da *frequência com que ocorrem* e da *dificuldade que causam* cada uma das situações descritas:

Frequência com que ocorre					Dificuldade que me causa				
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Nenhuma	Pouca	Alguma	Bastante	Muita
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

1	Realizo sozinho(a) (sem presença do médico) transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico
2	Não se preenche uma escala que defina o tipo de ambulância de acordo com o índice de gravidade do doente
3	Não se preenche uma escala que defina o tipo de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente
4	Não se preenche uma escala que defina o tipo de equipamentos de transporte de acordo com o índice de gravidade do doente
5	Não se cumprem as exigências em termos de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade do doente
6	A equipe de enfermagem fica reduzida, quando eu acompanho o doente durante o transporte secundário (inter-hospitalar)
7	Fico muito stressado(a) durante o transporte secundário (inter-hospitalar)
8	Sinto náusea durante o transporte secundário (inter-hospitalar)
9	Vomito durante o transporte secundário (inter-hospitalar)
10	O planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico é ineficaz

11	Surgem intercorrências inesperadas durante o transporte
12	O tempo existente para a realização de um planeamento eficaz do transporte é pouco
13	A comunicação entre os diferentes profissionais da equipa de transporte é ineficaz
14	Estão implementados protocolos que orientem todo o processo de planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico
15	Os protocolos que orientam todo o processo de planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico não são claros
16	Não existe formação em serviço para o transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico
17	Não é o profissional mais bem preparado (que revele melhor competência) aquele que realiza o transporte
18	Ocorrem falhas no equipamento e material durante o transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico
19	Há muitos ruídos na ambulância, durante o transporte secundário (inter-hospitalar)
20	Há muita vibração e oscilação na ambulância, durante o transporte secundário (inter-hospitalar)
21	Há falta de espaço da ambulância durante o transporte secundário (inter-hospitalar)
22	O doente encontra-se instável quando se inicia o transporte
23	Abordo a família para comunicar a ocorrência da morte do doente durante o transporte
24	Ocorre a morte do doente durante o transporte
25	Não é o profissional rotinado que realiza o transporte
26	Durante o transporte secundário (inter-hospitalar) decido autonomamente em áreas habitualmente interdependentes
27	O meu juízo clínico não é tido em consideração na alocação dos recursos humanos necessário ao transporte secundário (inter-hospitalar)

11	Surgem intercorrências inesperadas durante o transporte									
12	O tempo existente para a realização de um planejamento eficaz do transporte é pouco									
13	A comunicação entre os diferentes profissionais da equipa de transporte é ineficaz									
14	Estão implementados protocolos que orientem todo o processo de planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico									
15	Os protocolos que orientam todo o processo de planeamento do transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico não são claros									
16	Não existe formação em serviço para o transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico									
17	Não é o profissional mais bem preparado (que revele melhor competência) aquele que realiza o transporte									
18	Ocorrem falhas no equipamento e material durante o transporte secundário (inter-hospitalar) do doente crítico									
19	Há muitos ruídos na ambulância, durante o transporte secundário (inter-hospitalar)									
20	Há muita vibração e oscilação na ambulância, durante o transporte secundário (inter-hospitalar)									
21	Há falta de espaço da ambulância durante o transporte secundário (inter-hospitalar)									
22	O doente encontra-se instável quando se inicia o transporte									
23	Abordo a família para comunicar a ocorrência da morte do doente durante o transporte									
24	Ocorre a morte do doente durante o transporte									
25	Não é o profissional rotinado que realiza o transporte									
26	Durante o transporte secundário (inter-hospitalar) decido autonomamente em áreas habitualmente interdependentes									
27	O meu juízo clínico não é tido em consideração na alocação dos recursos humanos necessário ao transporte secundário (inter-hospitalar)									

OBRIGADA

OBRIGADA