



3º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Perfil de Competências do Enfermeiro no
Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em
Situação Crítica**

Joana dos Reis Sobreiro

Leiria, março de 2017



3º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Perfil de Competências do Enfermeiro no
Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em
Situação Crítica**

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

Joana dos Reis Sobreiro

Aluno nº 5140032

Unidade Curricular: Dissertação

Orientador: Professor Doutor Pedro João Soares Gaspar

Leiria, março de 2017

Dedicatória

À minha mãe

pelo amor, carinho, educação e incentivo para lutar pelos meus objetivos, sem ela, nada disto seria possível

Ao meu filho Henrique Pinheiro

por ser o responsável pelo meu sorriso a cada dia

À minha irmã Mariana

por me fazer entender que vale sempre a pena lutar por aquilo em que acreditamos

A todos os meus amigos

que são o tesouro mais precioso da nossa vida

**Uma dissertação é um conjunto de resultados que tomam a forma de uma história,
eu sou a vossa história, por isso este trabalho é vosso. Obrigado**

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Pedro João Soares Gaspar pelos conhecimentos, competências e disponibilidade para me orientar desde o primeiro ao último dia desta caminhada.

Obrigado a todos os colegas de enfermagem que participaram neste estudo e que o tornaram tão rico.

LISTA DE ABREVIATURA, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ARS – Administração Regional de Saúde

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

DGS - Direção Geral de Saúde

GTU - Grupo de Trauma Urgência

FCCS - Fundamentals of Critical Care

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM- Ordem dos Médicos

OMS- Organização Mundial de Saúde

SAV - Suporte Avançado de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SPCI- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

TAT – Tripulante de Ambulância de Transporte

TAS - Tripulante de Ambulância de Socorro

TNCC - Trauma Nursing Core Course

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar o perfil de competências para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar, a percepção dos enfermeiros sobre esse perfil, e identificar áreas prioritárias para o desenvolvimento de competências.

Neste sentido desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa, descritiva, analítica e correlacional que integrou também a construção/validação de uma escala para mensurar o perfil de competências do enfermeiro na transferência inter-hospitalar.

Por amostragem não probabilística acidental, pelo método Snowball, constituiu-se uma amostra 307 enfermeiros com experiência no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica. O instrumento de colheita de dados (questionário) foi construído com base na revisão bibliográfica, apresentando propriedades psicométricas boas, cumprindo os requisitos de validade e fidelidade. O processo de colheita de dados decorreu no período compreendido entre Março a Maio de 2016. Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS versão 18.0.

Os resultados evidenciam que são os enfermeiros com formação na área e formação específica na área do doente crítico que autorelatam uma participação mais efectiva no planeamento e decisão do transporte do doente crítico. Um enfermeiro com formação na área do doente crítico auto percebe-se mais seguro e efectivo na participação na decisão e planeamento do transporte de doentes críticos. Por outro lado os resultados também apontam que o nível de competências auto-percebido pelos enfermeiros está correlacionado positivamente com a idade e experiência profissional do enfermeiro.

Relativamente ao transporte em si podemos constatar pelos resultados que os enfermeiros que possuem formação na área do doente crítico se auto- percebem mais competentes para realizar de uma forma mais segura o transporte inter-hospitalar do doente crítico. Por outro lado, mesmo os enfermeiros que possuem formação em doente crítico, revelam necessidade de ter formação específica em transporte de doente crítico.

Face ao apresentado, é fundamental garantir que os enfermeiros que realizam transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica tenham alguma experiência profissional na abordagem destes doentes, bem como formação especializada nesta área de intervenção.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; transferência inter-hospitalar; competências; enfermagem.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the nurses' competency profile for the monitoring of the person in critical situation in the interhospital transference, to analyze their perception about these profile and to identify priority areas for the development of competencies.

In this sense, a quantitative, descriptive, analytical and correlational study was developed that also integrated the construction / validation of a scale to measure the profile of nurses' competences in interhospital transference.

By non-probabilistic sampling by the Snowball method, a sample of 307 nurses with experience in the interhospital transport of the person in critical situation was constituted. The data collection instrument (questionnaire) was constructed based on the bibliographic review, presenting good psychometric properties, fulfilling the requirements of validity and fidelity. The data collection process was carried out between March and May 2016. For the statistical treatment, the SPSS version 18.0 program was used.

The results show that nurses with training in the area and specific training in the critical patient area report a more effective and greater participation in the planning and decision of transport of the critical patient. A trained nurse in the critical patient area perceives itself more able to safely and effectively participate in the decision-making and planning phase of transporting critical patients. On the other hand, the results also point out that the level of competences self-perceived by the nurses are positively related to the age and professional experience of the nurse.

Regarding the transport itself, we can see from the results that the Nurses who have training in the area of the critical patient consider themselves more competent to carry out in a more secure way the inter-hospital transport of the critical patient. On the other hand, even nurses who are trained in a critical patient, reveal a need for specific training in critical patient transportation.

In view of the above, it is essential to ensure that nurses who perform inter-hospital transport of the person in critical situation have some professional experience in approaching these patients, as well as specialized training in this area of intervention.

Keywords: person in critical situation; inter-hospital transfer; skills; nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 17

Parte I – Fundamentação Teórica

1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 21

2. TRANSPORTE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 23

2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO/ ENQUADRAMENTO LEGAL 23

3. TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 26

3.1. FASES DO TRANSPORTE SECUNDÁRIO DO DOENTE CRÍTICO 27

3.2. EQUIPA DE TRANSPORTE 29

3.3. COMPLICAÇÕES 29

3.4. MONITORIZAÇÃO E EQUIPAMENTO 31

4. O ENFERMEIRO E A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR 32

4.1. TRABALHO EM EQUIPA 33

4.2. FORMAÇÃO ESPECÍFICA 34

4.3. TOMADA DE DECISÃO 36

5. PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR E A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 39

Parte II – Estudo Empírico

1.METODOLOGIA 46

- 1.1. TIPO DE ESTUDO 47
- 1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 47
- 1.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA 48
- 1.4. VARIÁVEIS 49
- 1.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS 50
- 1.6. ASPETOS ÉTICOS E LEGAIS 51
- 1.7. TRATAMENTO DE DADOS 52

2.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 53

- 2.1. CARATERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA 53
 - 2.1.1. **Sexo e Idade 53**
 - 2.1.2. **Habilitações Académicas 54**
 - 2.1.3. **Serviço onde exercem funções 54**
 - 2.1.4. **Experiência Profissional Geral e Experiência profissional no serviço 54**
 - 2.1.5. **Existência de Formação na Área do Transporte Secundário do Doente Crítico 55**
 - 2.1.6. **Existência de Formação Específica no Transporte Secundário do Doente Crítico 55**
 - 2.1.7. **Necessidade de Formação Específica no Transporte Secundário do Doente Crítico 56**

2.1.8. Frequência da realização do Transporte Secundário do Doente

Crítico nos últimos 6 meses 57

2.1.9. Frequência da realização do Transporte Secundário do Doente

Crítico no último mês 57

2.2. O PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA PDTDC e ACTC 58

2.2.1. Características psicométricas das escalas 58

2.2.2. Escala de participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico (PDPTDC) 58

2.2.3. Escala de Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) 60

2.3. A PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO E PLANEAMENTO E A AUTOPERCEÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO TRANSPORTE SECUNDÁRIO DO DOENTE CRÍTICO EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES 64

2.3.1. A Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função do Género 64

2.3.2. A Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) em função do Género 65

2.3.3. A Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função da Formação na Área 67

2.3.4. A Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) em função da Formação na Área 67

2.3.5. A Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função da Formação Específica 69

2.3.6. A Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) em função da Formação Específica 70

2.3.7. A Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função da Necessidade de Formação 72

2.3.8. A Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) em função da Necessidade de Formação 73

2.3.9. Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função da Experiência Profissional 75

3.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS 78

4.CONCLUSÃO 84

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO I – Algoritmo de decisão para o transporte secundário

ANEXO II – Avaliação para o transporte secundário

ANEXO III – Instrumento de colheita de dados - Questionário

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 Componentes da avaliação inicial 22

QUADRO 2 Pareceres emitidos pelo Conselho Jurisdicional da OE relativamente ao acompanhamento de enfermeiros 24

QUADRO 3 Distribuição da amostra em função do sexo 53

QUADRO 4 Distribuição da amostra em função da idade 53

QUADRO 5 Distribuição da amostra em função das habilitações académicas 54

QUADRO 6 Distribuição da amostra em função do serviço onde exercem funções 54

QUADRO 7 Experiência profissional geral da amostra 55

QUADRO 8 Experiência profissional no serviço da amostra 55

QUADRO 9 Formação da amostra na área (transporte secundário) 55

QUADRO 10 Formação específica, da amostra, no transporte secundário do doente crítico 56

QUADRO 11 Distribuição da amostra em função da formação profissional específica 56

QUADRO 12 Existência de necessidade de formação específica no transporte secundário do doente crítico 57

QUADRO 13 Frequência de realização do transporte secundário do doente crítico nos últimos 6 meses 57

QUADRO 14 Frequência de realização transporte secundário do doente crítico no último mês 57

QUADRO 15 Escala de Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico (PDPTDC) em função do Género (teste t de student para grupos independentes) 65

QUADRO 16 A Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Critico (total e factores) em função do Género (teste t de student para grupos independentes) 66

QUADRO 17 Escala de Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico (PDPTDC) em função da Formação da Área (teste t de student para grupos independentes) 67

QUADRO 18 A Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Critico (total e factores) em função da Formação na Área (teste t de student para grupos independentes) 68

QUADRO 19 Escala de Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico (PDPTDC) em função da Formação Específica (teste t de student para grupos independentes) 70

QUADRO 20 A Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Critico (total e factores) em função da Formação Específica (teste t de student para grupos independentes) 71

QUADRO 21 Escala de Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico (PDPTDC) em função da Necessidade de Formação (teste t de student para grupos independentes) 72

QUADRO 22 A Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Critico (total e factores) em função da Necessidade de Formação (teste t de student para grupos independentes) 74

QUADRO 23 Correlação de Pearson entre a Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico e a Experiência Profissional (Geral e no Serviço) 75

QUADRO 24 Correlação de Pearson entre F1 - Competências Gerais da Escala ACTDC e a Experiência Profissional (Geral e no Serviço) 76

QUADRO 25 – Correlação de Pearson entre F2 - Competências Específicas e Escala Total ACTDC e a Experiência Profissional (Geral e no Serviço) 77

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) da PDPTDC *59*

TABELA 2 Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) da ACTC *61*

TABELA 3 Análise fatorial da ACTDC pelo método de condensação em componentes principais, após rotação varimax *63*

TABELA 4 Matriz de correlações de Pearson entre os fatores e o total da escala ACTDC *64*

INTRODUÇÃO

O transporte de doentes críticos tem sido uma temática muito abordada nos últimos anos pelos profissionais de saúde, nomeadamente pela enfermagem.

A crescente necessidade de transportar doentes agudos em estado crítico, de modo a proporcionar um nível de assistência superior ou realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, levou os profissionais de saúde a olharem com maior preocupação para as condições em que esses transportes são efetuados (Sociedade Portuguesa Cuidados Intensivos, 2008). O transporte é um momento de grande vulnerabilidade e instabilidade para o doente e dado o seu estado, podem ocorrer alterações hemodinâmicas rápidas, progressivas e evitáveis. Por este motivo, a decisão de transportar um doente nestas condições deve ser baseada nos riscos/benefícios reais existentes (Almeida, Neves, Souza, Garcia, Lopes & Barros, 2012).

O transporte de doentes críticos é uma área essencial para a melhoria do estado clínico e determinante para a sobrevivência e futura qualidade de vida dos mesmos. Este transporte é um dos momentos assistenciais mais delicados, durante o qual o suporte das funções vitais deverá ser mantido com um nível de excelência semelhante ao que é ministrado nos serviços ou unidades de referência. Por isso se preconiza que estas transferências sejam realizadas em unidades móveis de cuidados intensivos e com equipas qualificadas. No entanto o doente em estado crítico é transportado frequentemente por equipas inexperientes, com pouca experiência profissional, sem formação específica e muitas vezes em ambulâncias com condições deficitárias (SPCI, 2008).

O transporte de doentes críticos é também efetuado por enfermeiros e será, portanto, também da responsabilidade destes assegurar que este transporte se realize de forma segura, minimizando os riscos associados ao mesmo. Nesse sentido é fundamental assegurar que os enfermeiros que realizam este tipo de transporte têm o perfil e a competência necessários para a realização do mesmo.

O conceito de competência surge, pois, como uma questão central no mundo da enfermagem, constituindo motivo de debate e discussão. Segundo Mendonça (2009) os avanços tecnológicos e científicos incutem nas várias áreas de saúde, incluindo na enfermagem, a importância do desenvolvimento de competências dos profissionais, incentivando-os a construir um património pessoal e profissional assente numa dimensão diferenciada de competências. A mesma autora refere que os enfermeiros no seu quotidiano, e pela diversidade de situações em que são envolvidos e onde aplicam os seus saberes teóricos, necessitam de estar actualizados e de desenvolverem competências em várias áreas.

Porque como é definido pela Ordem dos Enfermeiros (2010) no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, segundo o qual o enfermeiro “...baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, a procura de qualidade nos cuidados de saúde exige dos profissionais a implementação de uma prática baseada na evidência científica.

A presente Dissertação surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Leiria, com vista à obtenção do grau de Mestre.

A escolha do tema: “ O perfil de competências do enfermeiro para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar” teve como ponto de partida a experiência na prestação de cuidados a doentes em estado crítico em contexto de serviço de urgência (SU) médico-cirúrgico, onde o acompanhamento deste tipo de doentes em transferências inter-hospitalares é uma prática quase diária. Outra das motivações foi problemática/preocupação acima referida e verificada com alguma frequência, deste tipo de transporte ser realizado por equipas inexperientes ou com pouca experiência e sem formação específica.

Considero desta forma, que este trabalho poderá contribuir para uma maior visibilidade da autonomia, responsabilidade e qualificação no processo do cuidar da pessoa em situação crítica pelos enfermeiros.

Surge assim como questão de partida: **“Qual o perfil de competências do Enfermeiro no transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica?”**

Para a realização deste estudo, formulámos os seguintes objetivos:

- Identificar na pesquisa da literatura as competências do Enfermeiro requeridas para o transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica;
- Analisar a perceção dos enfermeiros sobre o perfil de competências para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar;
- Identificar áreas prioritárias para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar.

Paralelamente aos objetivos anteriores, pretendemos ainda:

- Desenvolver um instrumento fiável e válido, que permita avaliar o perfil de competências para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar.

A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho assenta num estudo de natureza quantitativa, descritiva, analítica e correlacional.

A presente dissertação é composta por duas partes distintas. A primeira parte apresenta o enquadramento teórico, baseado em pesquisa bibliográfica, onde se vai proceder à contextualização da transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica e as competências necessárias aos enfermeiros para o seu acompanhamento. A segunda parte contém o estudo empírico, onde descrevemos a metodologia utilizada, a apresentação dos dados, análise e discussão dos resultados. Por fim, a conclusão que apresenta a síntese global do trabalho.

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A pessoa em situação crítica é definida pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010, p.1).

Também SPCI define de forma semelhante a pessoa em situação crítica como “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” (2008, p, 9).

Cunha (2000, p. 42-43) refere que a definição de doente crítico implica necessariamente “um quadro clínico complexo, acompanhado nos casos mais graves, de falência respiratória, cardíaca e cerebral. Frequentemente a sua sobrevivência depende dos meios avançados de monitorização e terapêutica”.

A comunidade científica internacional, através da emissão de vários pareceres e recomendações (European Resuscitation Council, 2010; Emergency Nurses Association, 2007), destaca a necessidade da avaliação inicial do doente urgente/emergente assentar numa nomenclatura internacional, sistematizada e sequencial dividida em 2 fases, *avaliação primária* e *avaliação secundária* utilizando a mnemónica A a I, como pode ser observado no Quadro 1. Segundo Steinmann (2011), um processo sistemático para a avaliação deste tipo de doentes, permite o reconhecimento de situações de risco de vida, identificação de sinais e sintomas de uma doença e/ou traumatismo específico e determinação de prioridades de atuação baseadas nos achados da avaliação.

Quadro 1 – Componentes da avaliação inicial

Avaliação Primária
A – Airway – permeabilização da via aérea e estabilização da coluna cervical nas vítimas de trauma
B – Breathing – eficácia respiração e ventilação
C – Circulation – circulação e estabilização de grandes hemorragias externas, choque
D – Disability – avaliação neurológica sumária
E – Expose – exposição e controle ambiental
Avaliação Secundária
F – Full set of vital signs/facilitate family presence – avaliação completa dos sinais vitais; monitorização específica (monitor cardíaco, oximetria de pulso contínua); facilitar a presença da família
G – Give comfort – proporcionar medidas de conforto (tranquilização verbal, toque e gestão da dor por via farmacológica e não farmacológica)
H – History and Head-to-toe assessment – história e avaliação da cabeça aos pés
I – Inspect posterior surfaces – inspeção de superfícies posteriores

Fonte: Steinmann, R. (2011) - Avaliação do Doente. In Howard, P. & Steinmann, R.- Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática - Sheehy. 6ª ed. Loures. Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9. Cap.8, p. 79.

De acordo com a autora anterior, a *avaliação primária* tem como principal objetivo detetar/despistar, de imediato situações com potencial risco de vida e dar resposta através da avaliação sequencial da via aérea, respiração, circulação, disfunção neurológica e exposição do doente (mnemónica ABCDE). A *avaliação secundária* visa identificar todos os indicadores clínicos de doença ou traumatismo.

Segundo SPCI (2009), nem sempre o local onde foi realizada a abordagem inicial do doente crítico dispõe de todos os recursos humanos e materiais necessários ao seu diagnóstico e tratamento. Neste sentido surge a necessidade de transferir estes doentes para serviços ou unidades hospitalares mais especializadas, através da rede de referência dos serviços de urgência. O transporte de doentes críticos pode ser pautado por alterações fisiopatológicas e riscos acrescidos. Por este motivo devem existir equipas bem preparadas e meios adequados para o transporte deste tipo de doentes.

2. TRANSPORTE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

2.1.CONTEXTUALIZAÇÃO/ ENQUADRAMENTO LEGAL

O transporte de doentes em estado crítico sendo um dos momentos mais delicados para este tipo de doentes, implica que o suporte de funções vitais seja mantido com um nível de excelência semelhante ao que é ministrado no serviço ou na unidade de origem. Sendo um período de potencial instabilidade, torna-se necessário avaliar e ponderar previamente os riscos e os benefícios da sua realização (Pedreira, Santos, Farias, Sampaio, Barros & Coelho, 2014).

De acordo com o Parecer 69/2005 do Conselho Jurisdicional da OE (2006, p.14), “o doente tem direito a cuidados de qualidade no qual a segurança é componente crítica, exige que o transporte seja realizado com menos risco e com a maior segurança.”

Vários países nos últimos anos, criaram esquemas organizativos de transporte inter-hospitalar / secundário, com vista a reduzir a taxa de complicações inerentes ao transporte da pessoa em situação crítica (Ordem dos Médicos (OM), SPCI,2008).

No artigo publicado por Nunes (2009) acerca da “Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico”, é referido que a Sociedade Americana de Cuidados Intensivos foi a primeira a divulgar normas de boa prática para o transporte secundário de doentes em 1992. A SPCI seguiu o exemplo pela primeira vez em Portugal e em 1997, publica um Guia com linhas orientadoras para o Transporte de Doentes críticos.

A Administração Regional de Saúde (ARS), em 2001, elabora e divulga Normas para Transporte Secundário de Doentes que prevêem um sistema de pontuação que objectiva a sistematização das situações e classificação de doentes, respeitando o Guia publicado pela SPCI. Em 2008, a OM, em parceria com a SPCI, publicam um novo documento, à luz dos novos conhecimentos, com vista à implementação de normas de boas práticas no transporte do doente crítico (Nunes, 2009).

O Conselho Jurisdicional da OE, emitiu alguns Pareceres relativamente ao transporte de doentes e acompanhamento de doentes, como podemos observar no Quadro 2.

Quadro 2 – Pareceres emitidos pelo Conselho Jurisdicional da OE relativamente ao acompanhamento de enfermeiros

Parecer 69/2005	Procedimentos sobre acompanhamento de doentes estáveis, transferidos das unidades de cuidados intensivos para o hospital da área de residência.
Parecer 119/2007	Procedimentos sobre acompanhamento de doentes em situação de Emergência
Parecer 157/2009	Acompanhamento de doentes nas transferências inter-hospitalares e administração de medicação não prescrita em situações de emergência
Parecer 258/2011	Decisão sobre acompanhamento de pessoas em ambulância
Parecer 312/2011	Acompanhamento de doentes

Nos últimos anos, no que concerne à legislação foram criados instrumentos legais relevantes: O Decreto-Lei nº 38/92 de 28 de Março estabeleceu o enquadramento legal na actividade de transporte de doentes. O transporte de doentes está regulamentado pela Portaria nº 1147/2001 de 28 de Setembro, posteriormente alterada pela Portaria nº 1301-A/2002 de 28 de Setembro e mais recentemente pela Portaria nº 402/2007 de 10 de Abril.

De acordo com a Portaria nº 1301-A/2002, a ambulância é todo o veículo que, pela suas características, equipamento e tripulação, permite a estabilização e/ou transporte de doentes. As ambulâncias podem ser de três tipos.

Tipo A- Ambulâncias de Transporte (A1- Individual; A2- Múltiplo), ou seja, veículos devidamente identificados, e equipados para o transporte de doentes que dele necessitem por causas medicamente justificadas e cuja situação clínica não faça prever a necessidade de assistência durante o transporte.

A tripulação destas ambulâncias de transporte é constituída por dois tripulantes que devem possuir o Curso de Tripulante de Ambulâncias de Transporte (TAT).

Tipo B – Ambulâncias de Socorro, ou seja todo veículo identificado como tal, cuja tripulação e equipamento permite a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida (SBV), destinadas à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte.

A tripulação é constituída por dois elementos, sendo que pelo menos um dos elementos da tripulação deve possuir obrigatoriamente o Curso de Tripulante de Ambulância de Socorro (TAS). O outro elemento deve possuir pelo menos o Curso de TAT.

Tipo C – Ambulância de cuidados intensivos, é todo o veículo identificado como tal, cuja tripulação e equipamento permite a aplicação de medidas de suporte avançado de vida (SAV), destinadas á estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte.

A tripulação destas Ambulâncias de cuidados intensivos é constituída por três elementos, sendo um simultaneamente o condutor. Um dos dois outros elementos deve ser um médico com formação específica em técnicas de SAV. O terceiro elemento da tripulação pode ser um enfermeiro ou individuo habilitado com o Curso de SAV.

Para além das Ambulâncias, Portugal dispõe ainda de outros meios para transporte de doentes em estado crítico, como meios aéreos e em casos excepcionais marítimos, devendo ser seleccionados em função de diversos factores (SPCI, 2009).

No entanto e apesar da legislação já existente, o transporte Inter-Hospitalar de doentes não se encontra abrangido por nenhum sistema estruturado a nível nacional, nem regional ou local. Neste momento cabe às Instituições organizarem todo este processo.

Os países que implementaram esquemas organizativos de transporte inter-hospitalar, conseguiram reduzir, significativamente, a morbilidade e mortalidade associadas ao transporte destes doentes, estando o prognóstico final dos mesmos associado à gravidade da doença de base e não do transporte em si (OM, SPCI,2008).

3. TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A abordagem e transporte do doente crítico constituem nos dias de hoje temáticas muito abordadas pelos profissionais de saúde e em especial pelos Enfermeiros, sendo motivo de debate e discussão (Martins & Martins, 2010).

Segundo os mesmos autores, cada vez mais há necessidade de transportar doentes agudos em estado crítico, o que levou os profissionais a ficarem mais alertados para esta situação, e para tudo o que isso envolve. Essencialmente para as condições em que estes transportes são efectuados e por quem são efectuados.

O transporte do doente crítico tem definições diferentes de acordo com o local de origem: pode ser primário ou secundário. O transporte primário é considerado aquele que é realizado entre o local onde se gera a sua necessidade e a unidade de saúde correspondente. O transporte secundário é o que decorre do transporte de doentes entre instituições de saúde ou entre serviços dentro da mesma instituição. Podendo ser realizado por via terrestre, marítima e aérea (INEM, 2012; Nunes, 2009).

O Transporte secundário do doente crítico define-se como “o encaminhamento temporário ou definitivo de pacientes por profissionais de saúde para outra unidade hospitalar. Por ser uma actividade complexa, deve assegurar a quem é transportado a preservação de condições clínicas durante o trajeto de todo o procedimento.” (Pedreira et al., 2014, p.534)

As principais indicações para o transporte secundário do doente em situação crítica depreendem-se da necessidade de facultar um nível assistência superior à existente, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não existentes no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra internado (OM, SPCI, 2008; Martins & Martins, 2010). No entanto, este tipo de transporte deve ser bem ponderado, pelos riscos e potenciais complicações que podem ocorrer. O transporte é um momento de grande vulnerabilidade e instabilidade para o doente e dado o seu

estado, podem ocorrer alterações hemodinâmicas. Por este motivo, a decisão de transportar um doente nestas condições deve ser baseada nos riscos/benefícios reais existentes (Almeida et al., 2012).

Pedreira et al. (2014) corroboram da mesma opinião referindo que, para prevenir o risco associado ao transporte os Hospitais devem ter um plano específico de transporte de doentes críticos, com um sistema eficiente de recursos materiais, humanos e de documentação.

O transporte de doentes em estado crítico, sendo um dos momentos mais delicados para este tipo de doentes, implica que o suporte de funções vitais seja mantido com um nível de excelência semelhante ao que é ministrado no serviço ou na unidade de origem (Pedreira et al., 2014). De acordo com o Parecer 69/2005 do Conselho Jurisdicional da OE (2006, p. 13), “o doente tem direito a cuidados de qualidade no qual a segurança é componente crítica, exige que o transporte seja realizado com o menor risco e com a maior segurança”.

Se realmente se verificar a sua necessidade, este transporte deve ser realizado em unidades móveis de cuidados intensivos, devidamente equipadas, com equipas experientes e qualificadas e os riscos podem ser minimizados se ocorrer um planeamento correto do transporte, de forma a que não se comprometa a sua segurança e a continuidade dos cuidados de saúde (Almeida et al., 2012).

3.1. FASES DO TRANSPORTE SECUNDÁRIO DO DOENTE CRÍTICO

A SPCI (2008) recomendou que o transporte do doente crítico deve ser estruturado em três fases: **Decisão, Planeamento e Efetivação**.

A **decisão** de transferir um doente com estas características é um ato médico e pressupõe a existência de uma avaliação prévia dos benefícios e riscos inerentes ao transporte. O risco envolve duas componentes: o risco clínico, que contempla aspetos relacionados com a situação clínica do doente, os efeitos das vibrações, as forças de aceleração/desaceleração, as possíveis mudanças de temperatura e a fiabilidade da monitorização; e o risco da estrada associado a colisão, de atrasos e da velocidade na estrada (SPCI, 2008). Os mesmos autores recomendam o cumprimento do algoritmo de

decisão para o transporte secundário, para uma tomada de decisão mais fundamentada e objetiva (Anexo I).

O **planeamento** da ação deve ser realizado pela equipa médica e de enfermagem. Durante o transporte da pessoa em situação crítica podem surgir inúmeras intercorrências: incidentes e/ou complicações que podem ser minimizadas se o transporte for corretamente planeado e realizado por uma equipa qualificada, que tenha disponível o equipamento apropriado. O transporte não deverá ser iniciado sem uma optimização prévia do estado clínico do doente, que pode não resultar numa estabilização duradoura das funções vitais, mas muitas vezes é suficiente para permitir viabilizar o transporte seguro (SPCI, 2008).

O planeamento é realizado 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 respectivo tempo de transporte; escolha da equipa e meio de transporte; selecção dos meios adequados de monitorização, equipamento e terapêutica; definição de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte; previsão de possíveis complicações. De forma proactiva 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 (SPCI, 2008).

A OM e a SPCI (2008) sugerem ainda que devem ser efectuadas e antecipadas intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte, tais como acessos venosos, drenagens torácicas, entubações, entre outras.

A **efectivação** do transporte é da responsabilidade da equipa de transporte, e só termina quando o doente chega ao serviço de destino. A vigilância do doente e intervenções terapêuticas durante o transporte, devem manter o mesmo nível de qualidade verificadas no serviço de origem (OM, SPCI, 2008).

O que se verifica actualmente é que este transporte nem sempre é efectuado nas melhores condições. O doente em estado crítico é transportado, frequentemente, por equipas inexperientes, que conhecem mal o doente e o equipamento de suporte de vida que o acompanha, muitas vezes em ambulâncias com condições deficitárias (SPCI,2008).

3.2. EQUIPA DE TRANSPORTE

Segundo a OM/ SPCI (2008) a equipa de profissionais que acompanham o doente deve ser constituída pela tripulação habitual da ambulância e, pelo menos, e por mais dois profissionais (um médico e um enfermeiro). Ambos devem ter competência na abordagem das vias aéreas, na reanimação e na interpretação de possíveis alterações cardiovasculares e respiratórias que ocorram durante o transporte. É de igual importância que toda a equipa tenha experiência no manuseamento e manutenção de equipamentos a utilizar de forma a evitar complicações ou intercorrências indesejadas.

O Sistema de Estratificação de Risco de Transporte (Etxebarria *et al.*, 1998 citados pela SPCI, 2009) foi desenvolvido para estimar o risco da transferência de vítimas de trauma. É frequentemente utilizado para definir o nível de cuidados requeridos durante a transferência de doentes médicos e cirúrgicos. Sendo que um score superior ou igual a 7, está correlacionado com complicações durante o transporte e exige um nível de assistência superior (Anexo II).

Um médico deve sempre acompanhar doentes que apresentem instabilidade fisiológica e que possam necessitar de intervenção emergente ou urgente, sendo obrigatória a sua presença nos casos de: doentes com via aérea artificial, instabilidade hemodinâmica, infusão de fármacos vasoactivos, presença de monitorização invasiva (SPCI, 2009).

3.3. COMPLICAÇÕES

A Pessoa em situação crítica está muito vulnerável a uma transferência inter-hospitalar. A sua capacidade de adaptação e/ou reserva para alterações súbitas durante o transporte é praticamente nula, podendo pequenas alterações induzirem grandes instabilidades e consequente deterioração clínica. A equipa de transporte deve por este motivo estar desperta e preparada para lidar com o aparecimento de qualquer uma das situações (OM, SPCI, 2008).

As complicações no transporte do doente crítico podem estar relacionadas a alterações fisiológicas no doente, problemas com a equipa envolvida no transporte/comunicação inter-equipa e falhas nos equipamentos (SPCI, 2009, Pires, Santos, Santos, Brasil & Luna, 2015).

As complicações relacionadas com equipamento devem-se geralmente a problemas de baterias ou de funcionamento que podem ser evitadas com verificações sistemáticas antes de iniciar o transporte (SPCI,2009).

As complicações mais frequentes relacionadas com doente são: hipotensão, hipertensão, taquicardia, hipoxémia, hipercapnia, hipoxia, acidose ou alcalose, broncoespasmo, isquémia miocárdica, pneumotórax, broncoaspiração, hipertensão intra-craniana, convulsões, agitação/desadaptação ventilador, extubação acidental (SPCI,2009, Pires et al., 2015).

Júnior, Nunes e Basile-Filho (2001), destacam que as principais complicações verificadas durante o transporte foram: a desconexão dos eléctrodos de monitorização cardíaca, falha do monitor, infiltração inadvertida do tecido subcutâneo pela perda não percebida de um acesso venoso e a desconexão da infusão de drogas vasoactivas e sedação, que ocorreram em 34% dos casos.

Pires et al., (2015) referem que as complicações mais frequentes relativamente ao equipamento estão relacionadas com os equipamentos de ventilação, equipamentos de infusão, equipamentos de monitorização e acessos venoso.

Martins e Martins (2010, p. 113) referem que:

“ A deslocação de um doente crítico de um local para o outro, causa, por si só, algumas alterações que podem ser responsáveis por complicações. No paciente consciente pode haver aumento do stress. O barulho e a vibração podem dificultar a auscultação, tanto pulmonar como cardíaca. Estas alterações podem traduzir-se por aumento da frequência cardíaca, respiratória e da pressão arterial, podendo mesmo levar ao aparecimento de arritmias. No caso de instabilidade hemodinâmica, há tendência para o agravamento da hipotensão.”

A OM e a SPCI (2008) sugerem às instituições hospitalares, a criação de esquemas organizativos que garantam a segurança e a redução da taxa de complicações inerentes ao transporte deste tipo de doentes.

A falta de conhecimentos por parte dos profissionais e a falha de comunicação entre a equipa podem gerar complicações graves durante e o transporte. Segundo Pires et al.

(2015, p.3) “transportar um doente de maneira segura significa melhorar a comunicação entre a equipa, padronizar as acções e equipamentos utilizados por meio de protocolos e identificar intercorrências para obter excelência no atendimento durante o transporte”.

3.4. MONITORIZAÇÃO E EQUIPAMENTO

A OM e SPCI (2008) referem que o doente crítico deve ser acompanhado com o mesmo nível de monitorização que dispunha no local de origem, de forma a identificar e corrigir precocemente algum tipo de alterações que possam ocorrer.

As mesmas entidades preconizam que o equipamento envolvido no transporte inter-hospitalar deve ser uniformizado com o existente na unidade hospitalar de origem, permitindo deste modo que a equipa de transporte já tenha experiência no seu manuseamento e funcionamento. O equipamento mínimo envolvido na transferência do doente em estado crítico engloba:

- Monitor de transporte com alarme e desfibrilhador;
- Material de entubação com tubos traqueais adequados ao doente e insuflador manual;
- Fonte de oxigénio com capacidade adequada;
- Aspirador eléctrico e sondas de aspiração;
- Drenos torácicos, conjunto de introdução e acessórios;
- Material para punção e manutenção de perfusões endovenosas e respectivas seringas ou bombas volumétricas com bateria;
- Soros (cristalóides e colóides) com mangas para administração sob pressão;
- Fármacos para SAV;
- Ventilador de transporte;
- Equipamento de comunicações.

4. O ENFERMEIRO E A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR

A profissão de enfermagem têm vindo a evoluir ao longo dos anos, acompanhando as mudanças constantes que se verificam ao nível da saúde e do cuidar das pessoas. Verifica-se uma maior preocupação em adquirir competências em determinadas áreas do saber, em fazer formação, evoluir, aumentar a qualidade e eficácia na prestação de cuidados (Martins & Martins, 2010).

A procura pela qualidade dos cuidados em saúde exige aos profissionais a implementação de uma prática baseada em evidência científica (Sampaio & Mancini, 2007).

A questão do transporte de doentes críticos tem sido prevalente e consciente na última década, sendo motivo de debate e discussão por parte dos profissionais de saúde (Martins & Martins, 2010).

Segundo os mesmos autores o enfermeiro é o profissional de saúde que estabelece com o utente um contacto mais próximo e duradouro, nas suas vivências de saúde e doença. O cuidar em enfermagem assenta nas intervenções de suporte de estimulação e compreensão nas situações de doença, mobilizando a vertente do cuidar relacional, afectivo, terapêutico e técnico.

No que à Pessoa em Situação crítica diz respeito a OE (2010, p.1) destaca que os cuidados de enfermagem são:

“ (...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e

detetar precocemente complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.”

No artigo 5º do REPE, são definidos os cuidados de enfermagem como um diversificado conjunto de competências científicas, técnicas e humanas, que devem ter por fundamento a relação de ajuda e a interacção enfermeiro e utente, individuo, família, grupos e comunidade (Decreto de Lei nº 161/96).

Nos termos do nº1 do artigo 9º do REPE, distinguem-se 2 tipos de intervenções de enfermagem: as autónomas e as interdependentes. Em ambos os tipos de intervenções de enfermagem, os enfermeiros têm autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os conhecimentos técnico-científicos que detêm, a identificação da problemática do doente, os benefícios, os riscos e problemas potenciais que dessa implementação podem advir, atuando no melhor interesse da pessoa assistida.

Segundo Nunes (2006) o enfermeiro não age por indicação de outrem. A interdependência apenas passa pelo processo de prescrição por parte de outro profissional. O enfermeiro é que assume a responsabilidade das decisões e atos que toma.

4.1. TRABALHO EM EQUIPA

A abordagem e transferência inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica envolve não só um profissional, mas uma equipa de saúde que deve trabalhar para um propósito comum - o doente. Para tal, os profissionais têm de se complementar, articular e depender uns dos outros.

A articulação e a complementaridade funcional dos profissionais são imprescindíveis no trabalho da equipa de saúde. O enfermeiro como membro da equipa de saúde, de acordo com Artigo 91º do REPE alíneas a) e b) assume o dever de “Actuar responsavelmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma” e “Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde”.

A Emergency Nursing Association (2005) recomenda que os enfermeiros de urgência devem promover uma comunicação aberta e atempada com os outros profissionais de saúde, mediante colaboração profissional e prática interdependente.

Machado (2010) refere que a ausência de trabalho de equipa entre profissionais, interfere negativamente na prestação de cuidados e é uma das dificuldades relatadas pelos enfermeiros no acompanhamento do doente crítico em Portugal.

O mesmo autor refere ainda que na fase de **decisão**, do transporte, apesar de ser um ato e responsabilidade médica, o enfermeiro pode ter um papel importante de aconselhamento, numa visão de trabalho de equipa.

A OM e a SPCI corroboram da mesma opinião, referindo que apesar da transferência do doente crítico ser da responsabilidade do Médico Chefe de Equipa, essa mesma responsabilidade deve ser partilhada com a equipa que transporta o doente. Sendo de toda a equipa a responsabilidade de verificar que se encontra assegurada toda a logística adequada para um transporte em segurança (OM, SPCI,2008).

4.2. FORMAÇÃO ESPECÍFICA

A qualificação técnica encontra-se intimamente relacionada com a formação e a experiência profissional, constituindo um dos fatores mais importantes para a promoção e garantia de segurança durante o transporte da pessoa em situação crítica.

Segundo Fonseca (2015, p.1):

“A procura de qualidade nos cuidados de enfermagem centra-se numa intervenção prática que exige um contínuo aperfeiçoamento das suas competências teóricas, nos fundamentos da profissão. É prioritário a atualização de conhecimentos por parte dos enfermeiros, de forma a desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, permitindo à população obter cuidados de enfermagem personalizados face às necessidades da pessoa, família ou comunidade.”

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), alínea c) do Artigo 88º o enfermeiro procura “Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar

de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

Mendes (2004) destacam a importância da formação permanente, alertando para o déficit de formação para situações específicas, não abordadas nos cursos de enfermagem. Para o mesmo autor só com a formação permanente “os enfermeiros poderão dispor dos saberes (saber; saber ser; saber fazer; saber estar) e competências que lhes conferem um perfil adequado às constantes mudanças que atravessa a prestação de cuidados de saúde, na sociedade contemporânea” (2004, p.82).

Nos últimos anos, foram várias as entidades em Portugal (OM, 2009; Grupo de Trauma Urgência (GTU), 2006) que reconhecem a necessidade de formação específica na área de urgência/emergência, como forma de melhorar a competência e capacidade técnica de todos os enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência, formação em: SBV; SAV; Suporte Imediato de Vida (SIV); SAV Pediátrico; Suporte de Doentes Críticos- *Fundamentals of Critical Care Support* (FCCS) ou similar e Curso Avançado de Trauma para enfermeiros – *Trauma Nursing Core Course* (TNCC). Assim como diversos Cursos de pós-graduações na área de urgência/emergência e Cursos de Pós-Licenciatura de especialização/mestrão em enfermagem médico-cirúrgica com vertente de doente crítico.

A OM e a SPCI (2008) relativamente ao transporte de doentes críticos recomenda que deve promover-se formação específica na área transporte destes doentes, mesmo para os profissionais que habitualmente tratam deste tipo de doentes. Destacando que a equipa de transporte deve estar sujeita a formação específica e a treino regular, de modo a estar o mais qualificada possível para o transporte destes doentes.

Martins e Martins (2010, p. 117) referem que “A formação e a experiência profissional são essenciais para o sucesso das transferências inter-hospitalares dos doentes críticos.”

Neves (2000) referem que o risco do transporte de doentes críticos diminui bastante se a transferência for efectuada por profissionais experientes.

Lopes e Frias (2014) enfatizam a mesma ideia referindo que deve existir uma cultura preventiva das complicações inerentes ao transporte de doentes críticos nas Instituições, sendo recomendado a organização de equipas dedicadas ao transporte, com formação

específica e treino regular, assim como a implementação de programas de acompanhamento e auditoria do transporte do doente crítico.

4.3. TOMADA DE DECISÃO

A sociedade atual segundo Nunes (2007), espera que os enfermeiros sejam capazes de assumir a sua função cuidadora e que sejam capazes de forma autónoma ou interdependente tomar as decisões adequadas para as suas intervenções.

Para Marquis e Huston (2010) tomar decisões significa escolher entre uma ou mais alternativas, opções ou hipóteses, tendo em vista alcançar um resultado desejado. Tomar decisões é um processo cognitivo, complexo, definido como a escolha de determinada linha de acção.

Nunes (2007) refere que esta escolha deve ser feita com racionalidade, competência e consciência para que se escolha a alternativa que resulte no objectivo esperado ou mais próximo dele. A tomada de decisão é consistente com os valores culturais, sociais e ideológicos, com o nível de conhecimento, com a informação presente e com as práticas experienciadas do indivíduo.

De acordo com a OE (2003, p.6): “A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício autónomo implique 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 é essencial na qualidade dos cuidados em todos os domínios da intervenção de enfermagem. É indispensável para otimizar os resultados para e com os doentes, melhorar a prática clínica, melhorar os custos e assegurar transparência na tomada de decisão (Nunes, 2007). Um corpo de conhecimentos reconhecido traduz-se na liberdade para a prática autónoma que é acompanhada pela responsabilização das decisões tomadas e pela autoregulação profissional.

Para Nunes (2007), o processo de comunicação na recolha de dados revela-se fundamental no contexto da tomada de decisão. O enfermeiro tem de ser capaz de contextualizar a informação para que a possa interpretar e analisar, retirando os dados

realmente importantes minimizando as interferências individuais. O mesmo autor destaca ainda a importância do trabalho em equipa no processo de tomada de decisão, referindo que este pode ser mais efetivo quando todas as opiniões são escutadas e analisadas em conjunto, sendo possível obter consenso.

A tomada de decisão é uma situação complexa e que, em contexto de abordagem da pessoa em situação crítica, é potenciadora de *stress*, onde as decisões devem ser tomadas de forma sistemática e sistematizada, célere e numa sequência de prioridades. Neste sentido Nunes (2009, p.45) refere que:

“O domínio cognitivo do saber-saber e do saber-fazer, da experiência e da prática, são factores de extrema importância para reduzir o stress da decisão e da acção, factores essenciais para quem trabalha em situações que implicam tomadas de decisão rápidas e eficazes”.

No que diz respeito ao transporte de doentes, apesar da decisão do transporte do doente, ser como vimos, um ato da responsabilidade médica, o Código Deontológico do Enfermeiro (2009), alíneas a) e b) do Artigo 83º, p.65, referem que o Enfermeiro deve:

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

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

No Parecer nº 157/2009 do Conselho Jurisdicional (OE, 2009, p. 2), relativamente à decisão de acompanhamento do doente por um enfermeiro nas transferências inter-hospitalares refere-se que “(...) a decisão do enfermeiro em proceder ao acompanhamento do cliente em transferência 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”.

No mesmo documento a OE (2009, p.2) também se pronuncia acerca da decisão por parte do médico, referindo que “(...) é aconselhável que quando o médico têm a iniciativa de “decidir” sobre o acompanhamento do cliente pelo enfermeiro, tal “decisão” seja equacionada/analísada 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 outro profissional”.

O parecer nº 258/2011 do Conselho Jurisdicional da OE, alíneas 3.2,3.6 e 3.7 (OE, 2001, p. 84-85) destaca ainda:

3.2- “O direito do doente a cuidados de qualidade, no qual a segurança é componente crítica, exige que o transporte seja realizado com o menor risco e com a maior segurança.”.

3.6- “Na planificação dos cuidados a realizar, é desejável que o enfermeiro faça a gestão das prioridades, procurando adequar os recursos disponíveis ou mobilizar novos recursos, para fazer face à satisfação das necessidades do doente em cuidados de enfermagem.”

3.7- “Atendendo ao contexto multiprofissional e interdisciplinar dos cuidados de saúde, será igualmente desejável que, decisões sejam tomadas na base de protocolos estabelecidos pela equipa e assumidos formalmente pelos órgãos de gestão”

5. PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR E A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.

A reflexão sobre as competências e os diferentes domínios que as caracterizam, tem sido, desde as últimas décadas e particularmente neste novo século, muito importante e influente nas diferentes áreas profissionais e nomeadamente na educação, na gestão e na saúde (Correia,2004).

No âmbito da enfermagem a OE (2012) define competência como uma esfera de acção que descreve os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho e que evidenciam um desempenho profissional competente.

As competências definidas pela OE contemplam 3 domínios: o domínio da prática profissional, ética e legal, o domínio da prestação e gestão de cuidados e o domínio do desenvolvimento profissional (Conselho de Enfermagem, 2003 da OE, p.45).

Para Sousa (2009) a competência não é um estado ou um conhecimento possuído, não se reduz só a um saber, nem a um saber fazer, mas no saber utilizá-la com eficácia e eficiência. Adquirir competência é ter capacidade de agir eficazmente numa determinada situação, apoiada em conhecimentos, e este conhecimento resulta da experiência pessoal, do senso comum, da cultura, pesquisa tecnológica e científica. Implica assim, um saber responsável e assertivo. O saber em Enfermagem é um Saber de ação ao longo da vida.

Para Abreu (2007) competência é a mobilização pelo sujeito de todos os saberes necessários ao pensar, decidir e agir.

Segundo Roldão (2003), o conceito de competência está relacionado com um conjunto de conhecimentos que o individuo adquire para determinados contextos, estando ligado à área do saber. Neste saber tem de estar implícito o saber-fazer que está relacionado com a habilidade, formando assim, a capacidade de seleccionar, integrar e mobilizar

adequadamente diversos conhecimentos prévios perante determinada questão ou problema.

Benner (2001, p. 24) refere que “os cuidados de enfermagem competentes necessitam de programas de educação bem planificados. A aquisição de competências baseadas na experiência é mais segura e mais rápida se assentar em boas bases pedagógicas.”. Ou seja, a articulação dos diferentes saberes potencializa as competências do enfermeiro.

Moniz (2003) refere que para que os enfermeiros sejam competentes, torna-se necessário que estes mobilizem saberes organizados e sistematizados, directamente relacionados com as competências que caracterizam a enfermagem. Estes saberes mobilizados na profissão de enfermagem, são fruto da mobilização teórica e prática de conhecimentos especializados, adquiridos ao longo de toda a formação inicial e posteriormente, com a experiência profissional.

A decisão de transportar um doente crítico deve ser baseada na avaliação do risco/benefício inerentes ao transporte (Pedreira *et al.*, 2014). Apesar da decisão ser um ato médico, é da competência do enfermeiro, assegurar-se de que este transporte é realizado de forma organizada, tenha conhecimento dos riscos inerentes ao transporte e as suas implicações no estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica (Neves *et al.*, 2000).

A OM e SPCI (2008) sugerem a existência de equipas com protocolos de atuação de modo a otimizar a abordagem do doente no processo de transferência inter-hospitalar. A equipa de transporte ao assumir a responsabilidade de transferir o doente em situação crítica, deve certificar-se que foram tomadas as medidas e as intervenções necessárias de forma a garantir a estabilização hemodinâmica desses doentes.

Pedreira *et al.* (2014) corroboram da mesma opinião referindo que os Hospitais deveriam ter um plano específico de transporte de doentes críticos, com um sistema de comunicações, recursos materiais e humanos e de documentação, para garantir segurança durante o transporte, pois este não está isento de riscos.

A qualificação técnica, relacionada com a formação e com a experiência clínica do enfermeiro que acompanha o doente, são dos aspectos mais importantes para a promoção e segurança durante o transporte. A equipa de transporte deve ter formação

específica no transporte de doentes críticos e ter no mínimo formação em SAV e Suporte avançado em trauma (OM, SPCI (2008), Martins & Martins (2010))

Pedreira et al. (2014) corroboram da mesma opinião, referindo que os transportes devem ser realizados por enfermeiros devidamente treinados, sendo da competência dos mesmos transportar seguramente o doente desde a preparação do transporte à chegada ao local de destino. Sendo de extrema importância após a decisão de transportar o doente crítico o planeamento do transporte, para que este decorra sem riscos. A SPCI (2009) refere que o enfermeiro deve inteirar-se do estado clínico da pessoa em situação crítica a transferir, para desta forma identificar de forma individualizada os cuidados necessários durante o processo de transferência inter-hospitalar.

Apesar das complicações associadas, Martins e Martins (2010), referem estar comprovado que o transporte de doentes críticos pode ser efectuado com segurança se for planeado e organizado, se o enfermeiro tiver conhecimento da situação clínica do doente e se for efectuado por uma equipa experiente e material adequado.

Para os mesmos autores a segurança do transporte depende de sete princípios:

1. “Os gestos e procedimentos de tratamento são, na sua maioria, impossíveis numa ambulância em movimento.”
2. “A estabilização do doente antes do transporte é fundamental para a prevenção de complicações durante a viagem. Tudo o que é essencial deve ser feito antes de iniciar o transporte.”
3. “O objetivo é o transporte do doente que deve ocorrer, independentemente da distância, com o menor número possível de alterações terapêuticas.”
4. “A estabilização começa com uma avaliação exaustiva do doente.”
5. “A estabilização é iniciada e mantida durante todo o transporte.”
6. “A equipa de transporte deve possuir treino específico e deve conhecer bem o equipamento que vai utilizar.”
7. “Quando se conhece a necessidade, o transporte deve ser efectuado o mais precocemente possível. “ (Martins & Martins,2010, p. 113).

De acordo com SPCI (2009) e Pedreira et al. (2014) a instabilidade do doente é uma contra-indicação para transporte. O Enfermeiro na fase de planeamento do transporte deve:

- perceber o estado geral do doente, estado de consciência, hemodinâmico e ventilação;
- rever acessos venosos;
- providenciar os fármacos e fluidos necessários para o transporte e prévia preparação de fármacos de emergência;
- assegurar-se que é mantida em perfusão toda a medicação prescrita;
- providenciar o equipamento de transporte e verificar o seu bom funcionamento;
- saber se foi realizada comunicação prévia com a unidade de saúde que vai receber o doente;
- saber se a família do doente foi informada acerca da transferência;

Segundo Pires, Santos, Santos, Brasil e Luna (2015) o enfermeiro deve ter o cuidado de verificar se houve uma comunicação eficaz entre o local de origem e o de espera.

Martins e Martins (2010, p. 117) salientam ainda que “a estabilização prévia do doente, é um passo fundamental para evitar a grande maioria das complicações, visto ser, assim, mais fácil atuar durante o transporte.”

Neves et al. (2000) reforçam a importância do enfermeiro ser capaz de prever complicações específicas para a condição do doente e seleccionar terapêutica específica.

É também da competência e responsabilidade do enfermeiro que acompanha o doente, verificar as condições técnicas e materiais da ambulância, conhecer o material e equipamento disponível na célula sanitária, sua localização, assim como a experiência na sua manipulação (Cunha, 2000).

Antes de iniciar o transporte é de extrema importância delinear os papéis dos vários elementos da equipa na abordagem ao doente em situação de emergência. Uma comunicação eficaz é essencial na redução de conflitos (SPCI, 2009).

É também da responsabilidade do enfermeiro reunir cópias de todos os documentos que considere significativos do processo de enfermagem e executar uma nota de transferência (Neves et al., 2000).

Durante o transporte é da responsabilidade do enfermeiro a monitorização e avaliação do doente. A qualidade da vigilância e da intervenção terapêutica durante o transporte

devem manter o mesmo nível de qualidades verificadas no serviço de origem (Pedreira et al., 2014, OM, SPCI, 2008)

Segundo SPCI (2009, p. 47), “o pessoal que acompanha o doente deve ser capaz de interpretar os dados, relacioná-los com a clínica e intervir medicamente, caso considere necessário”.

Compete ao enfermeiro vigiar continuamente o estado hemodinâmico do doente, parâmetros vitais, manter as terapêuticas prescritas. A monitorização, equipamento e terapêutica em curso devem ser reavaliadas constantemente durante o transporte e adequadas a situação clínica (OM, SPCI, 2008).

A promoção de um ambiente calmo e seguro e a vigilância contínua do doente, permitem detetar precocemente alterações, levando à atuação conjunta de toda a equipa envolvida no transporte, com o objetivo de estabilizar o doente (Martins & Martins, 2010).

Durante o transporte o objetivo principal do enfermeiro deverá ser manter o doente hemodinamicamente estável (Pires et al., 2015).

Uma das competências do Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crítica é ter a capacidade de planear com flexibilidade as intervenções de acordo com a situação clínica, estabelecendo prioridades de acordo com as situações, respondendo de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade avaliando as intervenções implementadas. (OE, 2010).

À chegada ao local destinado, o enfermeiro deve reavaliar os padrões hemodinâmicos do doente, reavaliar a fixação e permeabilidade dos acessos venosos, tubos, sondas e drenos e entregar toda a documentação à equipa que recebe o doente (Pedreira et al., 2014).

A fase Pós transporte não deve ser descuidada. É da competência do enfermeiro avaliar novamente os parâmetros hemodinâmicos do doente, pois o período de meia hora a uma hora após o transporte ainda é considerado uma extensão da evolução do mesmo, podendo ocorrer complicações (Pires et. al., 2015).

À chegada ao Hospital recetor, o enfermeiro deverá reavaliar sumariamente o doente, procurando alterações do estado clínico que poderão ter passado despercebidas durante o transporte. Todos os cuidados realizados deverão ser documentados pelo enfermeiro, devendo este documento ser entregue no local de destino. Neste registo deve constar a avaliação das intervenções realizadas no doente, bem como as respostas deste à intervenção. As ocorrências ou efeitos invulgares, provocados pelo transporte devem ser também registados (Holleran, 2011).

É da competência do enfermeiro a comunicação de todas as informações relativas ao doente, á equipa que o recebe, para que desta forma não fique comprometida a sua segurança e a continuidade de cuidados seja possível (Pires et al., 2015).

É também da competência e responsabilidade do enfermeiro ter o cuidado de recolher todo o material e equipamento necessário ao transporte e acondicioná-lo na ambulância de transporte. O enfermeiro tem a responsabilidade de manter este equipamento em boas condições. E à chegada ao Hospital de origem deixar o material e equipamento preparados se existir uma nova activação.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

O domínio das competências dos enfermeiros, no acompanhamento secundário da pessoa em situação crítica constitui o alvo desta investigação. Esta área tem sido objeto de reconhecimento crescente, constituindo assim uma nova oportunidade de desenvolvimento profissional para a enfermagem.

No decurso da aquisição de novos conhecimentos é fundamental proceder a um processo de investigação.

A investigação científica é um processo sistemático, que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que reconhecemos como merecedoras de ser investigadas, devendo ser organizado e rigoroso de forma a levar à aquisição de novos conhecimentos (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Para Coelho (2013), a investigação aplicada à Enfermagem deve ter como objetivo produzir bases científicas para orientar a prática e garantir a credibilidade da profissão como uma ciência.

Através da investigação na disciplina que nos interessa, pretendemos a produção de uma base científica para guiar a nossa prática e assegurar a credibilidade da mesma, ou seja, consiste em alargar o campo de conhecimentos na disciplina e facilitar o desenvolvimento da mesma (Fortin, Côté & Filion 2009).

Todo o processo de investigação envolve obrigatoriamente uma fase metodológica que consiste na definição do conjunto de métodos e técnica que guiaram a elaboração do processo de investigação científica. Nesta fase torna-se necessário, segundo Fortin, Côté & Filion (2009, p.40) “escolher um desenho apropriado segundo se trata de explorar, de descrever um fenómeno, de examinar associações e diferenças ou de verificar hipóteses.

1.1.TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo a implementar depende, essencialmente, da estrutura das questões e das hipóteses de investigação. Segundo Fortin (2009, p. 133), “o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”. É o nível de conhecimentos no domínio em estudo que determina a escolha do tipo de investigação.

Tendo em conta que a questão principal deste estudo incide no nível de auto-perceção que os enfermeiros têm sobre o perfil de competências necessárias para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar, e que pretendemos mensurar através de uma escala a construir e validar, optámos por uma abordagem **quantitativa, descritiva, analítica e correlacional**.

Segundo Fortin, Côté e Filion, a metodologia quantitativa tem por finalidade “estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio de verificação de hipóteses, predizer resultados de causa efeito ou verificar teorias ou preposições teóricas ... [visando] ... a generalização a populações alvo dos resultados obtidos com amostras” (2009, p. 30).

O estudo descritivo-correlacional, segundo os autores anteriores, tem por objeto “explorar relações entre variáveis e descrevê-las ... [permitindo] ... circunscrever o fenómeno estudado” (Fortin, Côté e Filion, 2009, p. 244). Deste modo, optámos por este tipo de estudo porque pretendemos descrever, analisar e relacionar características e variáveis de uma população/amostra e examinar a relação entre elas, de modo a determinar a natureza das relações.

1.2.QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Elaborar o problema de investigação deve constituir o ponto de partida para a concretização da mesma, devendo prover linhas orientadoras para o desenvolvimento de todo o processo, o que acentua a sua importância. Ao elaborar o problema de investigação devemos ter em mente que este deve ser atual e adequado para dar resposta a questões pertinentes para a prática de enfermagem e contribuir para aquisição de novos conhecimentos (Coelho, 2013).

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

Surge assim como questão de partida: “Qual o perfil de competências do Enfermeiro no transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica?”

Para a realização deste estudo, formulámos os seguintes objetivos:

- Identificar na pesquisa da literatura as competências do Enfermeiro requeridas para o transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica;
- Analisar a perceção dos enfermeiros sobre o perfil de competências para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar;
- Identificar áreas prioritárias para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar.

1.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo é constituída por todos os elementos que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. A população alvo diz respeito à população que se quer estudar e para a qual pretende fazer generalizações (Fortin, Côté & Filion, 2009).

A população alvo deste estudo são todos os enfermeiros que realizem transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

Amostra é o subconjunto de elementos tirados da população que são convidados a participar no estudo, constituem uma réplica em pequena escala da população alvo (Fortin, Côté & Filion, 2009).

A amostra ficou constituída por 307 enfermeiros com experiencia no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

Os critérios de inclusão para a amostra em estudo foram: realizar transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, ser enfermeiro e estar disponível para participar no estudo no tempo em que este decorrer. Os critérios de exclusão foram: não realizar transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica e não ser enfermeiro.

Os participantes do presente estudo constituem uma amostra não probabilística acidental, tendo em conta que esta é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos.

1.4. VARIÁVEIS

As variáveis são definidas por Fortin, Côté e Filion (2009) como qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.

A variável dependente e as independentes estão interligadas e influenciam-se mutuamente e é a partir destas que se irão definir os dados que são necessários colher, tendo em conta o objetivo do nosso estudo. As variáveis deste estudo foram escolhidas e definidas em função da questão de investigação, dos objetivos formulados e do enquadramento teórico acerca da temática em estudo.

Deste modo, definimos como variável dependente do nosso estudo: o perfil de competências, auto-percebido pelos enfermeiros, para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar. Para a mensuração desta variável procedemos à construção e validação de instrumentos de medida (escalas do tipo likert) cujos itens emergiram da literatura consultada e de onde destacamos o modelo proposto por Pedreira et al (2014), que apresenta estes conceitos em 3 domínios fundamentais: A preparação do transporte; O acompanhamento no transporte e A estabilização após o transporte.

As variáveis independentes do nosso estudo são:

- Idade;
- Sexo;
- Estado civil;

- Habilitações académicas;
- Habilitações profissionais;
- Categoria profissional;
- Formação profissional;
- Experiência profissional no Serviço de Urgência;
- Treino regular;
- Número de transferências efectuadas nos últimos 6 meses.

1.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Os instrumentos de medida de um estudo servem para recolher os dados que irão fornecer as respostas às questões de investigação (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Segundo Fortin, Grenier e Nadeau (2003, p.239) “a natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar. A escolha do método faz-se em função das variáveis e sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise considerada”.

Para a consecução deste estudo, foi necessário a criação de um instrumento de colheita de dados apropriado às variáveis em estudo. Optou-se pela construção de um questionário. 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 utilização do questionário como instrumento de medida apresenta inúmeras vantagens, entre as quais se destaca: meio rápido e pouco dispendioso de obter dados, junto de um grande número de pessoas distribuídas por vasto território; natureza impessoal; apresentação e directivas uniformizadas, assegurando uma constância de um questionário para outro e, deste modo, a fidelidade do instrumento facilitando a realização de comparações entre os sujeitos; anonimato e conseqüente expressão livre de opiniões pessoais. (Fortin, Côté & Filion, 2009).

A seleção dos itens para constituir as escalas deste estudo, bem como a seleção de variáveis independentes pertinentes emergiu da leitura e análise da literatura relacionada com o tema em questão. A pertinência e clareza dos itens e demais questões foi analisada e discutida com dois enfermeiros experientes na área de Urgência, com Mestrado/ Especialidade em Enfermagem médico-cirúrgica e com formação na área do doente crítico. Esta atitude permitiu efectuar algumas correções no questionário e ainda avaliar se as questões a utilizar conseguiriam gerar a informação que se pretendia obter.

Os questionários foram aplicados online, no período compreendi entre Março a Maio de 2016, a uma amostra recolhida pelo método Snowball (amostragem por Bola de Neve). Na introdução ao questionário foram apresentados o âmbito e objetivos do estudo, pedida a colaboração voluntária, e informado o carácter anonimato das respostas dadas.

Segundo Baldin e Munhoz (2011, p.332) a técnica *Snowball* de recolha de dados:

“(...) é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente (...) é uma técnica de amostragem que utiliza cadeias de referência, uma espécie de rede.”

1.6. ASPETOS ÉTICOS E LEGAIS

Para o trabalho de investigação proposto decorrer de forma adequada e correta é necessário conduzir vários procedimentos formais e éticos.

Segundo Fortin (2009) qualquer investigação efetuada a seres humanos levanta questões morais e éticas. A ética coloca problemas aos investigadores decorrentes das exigências morais que em determinadas situações podem entrar em conflito com o rigor da investigação. O que se pretende estudar, o método de colheita de dados e a divulgação dos resultados da investigação contribuem para o desenvolvimento do conhecimento científico mas por outro lado pode lesar os direitos fundamentais das pessoas.

Em todo o processo foram garantidos o anonimato e a confidencialidade das respostas. Os inquiridos preencheram os questionários de forma voluntária e informada do âmbito e objetivos do trabalho.

1.7 – TRATAMENTO DE DADOS

Os dados dos 307 questionários foram tratados informaticamente recorrendo ao programa estatístico especializado para as ciências Sociais-Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 20. Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizámos técnicas da estatística descritiva e estatística inferencial.

Para o processo de avaliação de validação da escala utilizamos o cálculo do índice de consistência interna (coeficiente de alfa de Cronbach), e a Análise Fatorial Exploratória (método dos componentes principais).

Nos testes de hipóteses a escolha recaiu nos testes paramétricos (Coeficiente de correlação de Pearson e Teste de t de student para amostras independentes). Suportámo-nos no tamanho da amostra e no Teorema Central do Limite para optarmos pelos testes paramétricos. Em 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 (Fischer, 2010).

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo tem por objetivo a apresentação dos principais resultados obtidos neste estudo.

Para uma melhor interpretação dos resultados realizámos quadros que permitem uma análise mais direta dos dados.

2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

Dos 338 questionários preenchidos online por uma amostra recolhida pelo método snowball, 31 foram eliminados por serem preenchidos por profissionais que não apresentavam os requisitos pretendidos. Sendo que a amostra total final do estudo são 307 enfermeiros.

2.1.1. Sexo e idade

A amostra dos 307 enfermeiros é constituída na sua maioria por enfermeiras (65,8%), correspondendo os enfermeiros a 34,2% da amostra total (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição da amostra em função do sexo

Sexo	n°	%
Masculino	105	34,2
Feminino	202	65,8
Total	307	100,0

No que se refere à variável idade, constatamos que, a média de idades na amostra (Quadro 4) é de aproximadamente 34,36 anos (DP=6,97). A idade dos participantes variou entre os 21 anos e os 57 anos.

Quadro 4 - Distribuição da amostra em função da idade

	N°	Mínimo	Máximo	M	DP
Idade	307	21	57	34,36	6,97

M - Média; DP- Desvio Padrão

2.1.2. Habilitações Académicas

O quadro 5 representa a distribuição da amostra por habilitações académicas, verificando-se que 100% (307) dos participantes têm a licenciatura, seguindo-se 27,7 % (85) com o grau de mestrado e 0,7% (2) dos casos com doutoramento.

Quadro 5 - Distribuição da amostra em função das habilitações académicas

Habilitações Académicas	nº	%
Licenciatura	307	100,0
Mestrado	85	27,7
Doutoramento	2	0,7

2.1.3. Serviço onde exercem funções

Como mostra o quadro 6, os enfermeiros que constituem a amostra exercem funções maioritariamente no serviço de urgência (56,7%), seguido pelo serviço de internamento (17,3%).

Quadro 6 - Distribuição da amostra em função do Serviço onde exercem funções

Serviço onde exercem funções	nº	%
Urgência	174	56,7
Unidade de Cuidados Intensivos	31	10,1
Serviço de Internamento (Cirurgia, Medicina, Ortopedia...)	53	17,3
Bloco Operatório	9	2,9
VMER/INEM/SIV	24	7,8
Outros	16	5,2
Total	307	100,0

2.1.4. Experiência profissional geral e experiência profissional no serviço

Em relação à experiência profissional (Quadro 7), verificamos que a média é de aproximadamente 11,35 anos (DP=6,75).

Quadro 7 - Experiência profissional geral da amostra

	n°	Mínimo	Máximo	M	DP
Experiência Profissional Geral	307	0,3	32	11,35	6,75

M - Média; DP- Desvio Padrão

Relativamente à experiência profissional no serviço onde exercem funções, podemos constatar no quadro 8, que a média é de 7,62 anos (DP=6,09).

Quadro 8 - Experiência profissional no serviço da amostra

	n°	Mínimo	Máximo	M	DP
Experiência Profissional no Serviço	307	0,1	32	7,62	6,09

M - Média; DP- Desvio Padrão

2.1.5. Existência de Formação na Área do transporte secundário do doente crítico

Observamos pelo quadro 9 que quase metade dos enfermeiros da amostra (49,5%) respondeu que possui formação na área do doente crítico. A formação na área inclui entre outras: Pós-Graduação na área da urgência/emergência, curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

Quadro 9- Formação da amostra na área (transporte secundário)

Formação na Área	n°	%
Sim	152	49,5
Não	155	50,5
Total	307	100,0

2.1.6. Existência de Formação Específica no transporte secundário do doente crítico

No que se refere à formação profissional específica, pode-se observar através do quadro 10, que 86,6% dos enfermeiros possuem formação específica para o transporte secundário do doente crítico.

Quadro 10 - Formação específica, da amostra, no transporte secundário do doente crítico

Formação Específica	n°	%
Sim	266	86,6
Não	41	13,4
Total	307	100,0

Destes enfermeiros com formação específica, cerca de 60,6% (186) possuem formação em SBV e 70,7% (217) apresentam formação em SAV. O SIM está presente em 32,6% (100) e o TNCC ou similar em 48,5% (149) da amostra. Apenas 5,5% (17) apresentam formação da específica no Transporte de Doente Crítico e VMER (Quadro 11).

Quadro 11 - Distribuição da amostra em função da formação profissional específica

Formação Específica	n°	%
Suporte Básico de Vida	186	60,6
Suporte Avançado de Vida	217	70,7
Suporte Imediato de Vida	100	32,6
Suporte Avançado em Trauma	149	48,5
VMER	17	5,5
Transporte de Doente Crítico	17	5,5

2.1.7. Necessidade de formação específica no transporte secundário do doente crítico.

Uma percentagem grande (73,9%) dos participantes deste estudo, como demonstra o quadro 12, revela sentir necessidade de fazer formação específica, para realizar o transporte secundário do doente crítico, havendo apenas 26,1% dos casos que manifesta uma opinião contrária.

Quadro 12 - Existência de necessidade de formação específica no transporte secundário do doente crítico

Necessidade de Formação	n°	%
Sim	227	73,9
Não	80	26,1
Total	307	100,0

2.1.8. Frequência da realização do transporte secundário do doente crítico nos últimos 6 meses

Através do quadro 13 podemos observar que, relativamente ao transporte secundário do doente crítico, a média é de 6,78 (DP= 13,42) acompanhamentos no período de 6 meses. Sendo que o mínimo de transportes efectuados foi de 0 e o máximo de 180.

Quadro 13 - Frequência de realização do transporte secundário do doente crítico nos últimos 6 meses

	N°	Mínimo	Máximo	M	DP
Frequência de transporte nos últimos 6 meses	307	0	180	6,38	13,42

2.1.9. Frequência da realização do transporte secundário do doente crítico no último mês

De acordo com os dados do quadro 14, verificamos que 46,6% dos enfermeiros, que representam quase metade da amostra, realizam transporte secundário do doente crítico menos de uma vez por mês.

Quadro 14 - Frequência de realização transporte secundário do doente crítico no último mês

Frequência de transporte no último mês	n°	%
Menos de uma vez	143	46,6
Cerca de uma vez	77	25,1
Mais de uma vez	87	28,3
Total	307	100,0

2.2. O PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA PDTDC e ACTC

2.2.1. Caraterísticas psicométricas das escalas

Para a construção e validação das escalas usadas neste estudo, nomeadamente a Escala de Participação na Decisão de Transporte do Doente Crítico (PDTDC) e a Escala de Autoperceção Competências no Transporte do Doente (ACTC), reunimos um conjunto de questões emergentes da literatura consultada, de onde destacamos o modelo, proposto por Pedreira et al (2014), de 3 domínios de competências fundamentais: A preparação do transporte; O acompanhamento no transporte e A estabilização após o transporte.

O conjunto de questões foi submetido a rondas de análise e correção sucessivas, por parte dos investigadores, de forma a operacionaliza-las como itens da escala e de acordo com as recomendações de Magalhães e Hill (2005). Os itens foram também sujeitos a uma reflexão falada (Thinking aloud) com a participação de dois enfermeiros experientes no transporte do doente crítico, de forma a detetar eventuais dúvidas e aspetos menos claros na natureza e redação de alguns itens (Hertzum & Holmegaard, 2013).

2.2.2. Escala de Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico (PDPTDC)

Para a construção e validação da Escala de Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico (PDPTDC) reunimos seis questões emergentes da literatura consultada (itens 1 a 6 do questionário – Anexo III):

A partir destas seis questões iniciais procedeu-se ao estudo da fidelidade, determinando o coeficiente de consistência interna, alfa de Chrobach, (para a globalidade dos itens e para o conjunto dos itens da escala após serem excluídos um a um).

Mantiveram-se os 6 itens iniciais, uma vez que: todos apresentaram correlações com a escala total excluindo o item superiores a 0,2, ou seja, todos os itens contribuem para o

fenómeno de estudo; nenhum dos itens baixou o alfa de Cronbach (ou seja, quando excluídos do conjunto o alfa de Cronbach manteve-se ou baixou).

A tabela 1 mostra a fidelidade da escala, avaliada através da consistência interna de cada um dos itens e da escala total. Os valores do alfa de Chronbach são de 0,792 a 0,835 para os itens e 0,841 para o total da escala, podendo verificar-se que em todos os casos, os valores descem quando os itens são excluídos, ou seja, a sua presença melhora a homogeneidade da escala. O valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala quando esta não contém o item) é de 0,516 para o item 6.

Tabela 1 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (*alfa de Cronbach*) da PDPTDC

Descrição do item	Limites	M	DP	r do total sem o item	α de Cronbach quando o item é excluído
1. Participa na decisão de transferir a pessoa em situação crítica?	1-5	2,58	1,15	0,601	0,819
2. Participa no preenchimento de alguma escala que defina o tipo de ambulância necessária ao transporte da pessoa em situação crítica?	1-5	2,51	1,42	0,714	0,795
3. Participa no preenchimento de alguma escala que defina os recursos humanos necessários ao transporte da pessoa em situação crítica?	1-5	2,50	1,41	0,724	0,792
4. Certifica-se que são cumpridas as exigências ao nível de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade da pessoa em situação crítica?	1-5	3,68	1,31	0,598	0,820
5. Quando se prepara para efectuar o transporte da pessoa em situação crítica considera que tem a experiência e treino (em reanimação) necessários?	1-5	3,87	1,15	0,578	0,823
6. No planeamento do transporte tem em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica?	1-5	4,39	0,93	0,516	0,835
Escala Total PDTDC	6-30	19,53	5,56		0,841

M – média; DP – Desvio padrão

A pontuação na escala PDTDC, após ponderação pelo n.º de itens, varia de 1 a 5 e pontuações mais elevadas conotam-se com participações na decisão e planeamento, auto-relatadas, mais efectivas.

2.2.3. Escala de Autopercepção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC)

Para a construção e validação da Escala de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) reunimos vinte sete questões emergentes da literatura consultada (itens 7 a 33 do questionário – Anexo III):

A partir dos vinte e sete itens iniciais procedeu-se ao estudo da fidelidade, determinando o coeficiente de consistência interna, alfa de Chronbach, (para a globalidade dos itens e para o conjunto dos itens da escala após serem excluídos um a um) e da validade (determinando a correlação de cada item com a escala total excluindo o item, a análise fatorial pelo método de condensação em componentes principais, segundo a regra de Kaiser e seguida de rotação ortogonal do tipo varimax e inspeção da correlação de fatores).

Em todo este processo mantiveram-se 21 dos 27 itens iniciais, pois foram excluídos os itens que não reuniram os requisitos seguintes:

- Apresentarem correlações com a escala total excluindo o item, superiores a 0,2, ou seja, todos os itens contribuem para o fenómeno de estudo (todos reuniram este requisito);
- Baixarem o *alfa de Cronbach* quando excluídos (os itens 9, 14, 25 e 30 não reuniram este requisito);
- Saturarem em mais que um fator ou apresentarem saturação, no fator correspondente, inferior a 0,500 pontos (os item 24 e 31 saturaram em dois fatores).

A tabela 2 mostra a fidelidade da escala, avaliada através da consistência interna de cada um dos itens e da escala total. Os valores do alfa de Cronbach são de 0,962 a 0,959 para os itens e 0,962 para o total da escala, podendo verificar-se que, na esmagadora maioria dos casos, os valores de alfa de Cronbach descem quando os itens são excluídos, ou seja, a sua presença melhora a fidelidade da escala. O valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala quando esta não contém o item) é de 0,593 para o item 13.

Tabela 2 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (*alfa de Cronbach*) da ACTC

Descrição do item	Limites	M	DP	r do total sem o item	α de Cronbach quando o item é excluído
7.Verifica o material existente na célula sanitária e a sua funcionalidade antes de efectuar o transporte?	1-5	4,11	1,13	0,639	0,961
8.Verifica a Mala de Transferências (equipamento e terapêutica necessário para o transporte) antes da realização do mesmo?	1-5	4,21	1,17	0,603	0,962
10.Avalia a estabilidade do doente antes da realização do transporte tendo em conta a metodologia ABCDE?	1-5	4,23	1,06	0,629	0,961
11.Conhece o histórico do doente e a sua situação clínica atual no planeamento da transferência?	1-5	4,35	0,94	0,747	0,960
12. Confirma que leva toda a informação clínica relativa ao doente antes de efectuar o transporte?	1-5	4,52	0,86	0,790	0,959
13. Confirma se existiu contato por parte do médico da transferência do doente no local de destino?	1-5	4,07	1,18	0,593	0,962
15. Avalia novamente o doente segundo a metodologia ABCDE após a passagem do doente para a maca de transporte e com este já na ambulância?	1-5	3,95	1,10	0,673	0,961
16. Verifica a correta acomodação do doente na célula sanitária?	1-5	4,46	0,88	0,797	0,959
17. Verifica a correta fixação do equipamento de monitorização e perfusão?	1-5	4,59	0,84	0,796	0,959
18.Realiza a monitorização hemodinâmica do doente durante todo o transporte?	1-5	4,63	0,87	0,805	0,959
19. Avalia sinais vitais do doente de forma contínua durante o transporte?	1-5	4,50	0,91	0,774	0,959
20. Consegue gerir as medidas de alívio da dor do doente durante o transporte?	1-5	3,82	1,03	0,689	0,960
21. Consegue identificar prontamente focos de instabilidade no doente durante transporte?	1-5	4,03	0,91	0,829	0,959
22. Consegue responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade durante transporte da pessoa em situação crítica?	1-5	3,86	0,92	0,758	0,960
23. Consegue estabelecer um clima de confiança e segurança com a pessoa em situação crítica durante o transporte?	1-5	4,09	0,94	0,771	0,959
26. Tem a experiência necessária para a manipulação do material e equipamento necessário ao acompanhamento da pessoa em situação crítica?	1-5	4,12	1,05	0,716	0,960
27. Consegue garantir uma qualidade de vigilância e de intervenção terapêutica durante o transporte idêntica à verificada no serviço de origem?	1-5	3,78	1,08	0,653	0,961
28. É capaz de tomar decisões e estabelecer prioridades de intervenção durante o transporte inter-hospitalar?	1-5	4,11	0,96	0,822	0,959
29. Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados?	1-5	4,10	0,92	0,787	0,959
32. Verifica a fixação e permeabilidade dos acessos, drenos, tubos e sondas do doente à chegada ao local de destino?	1-5	4,18	1,05	0,722	0,960
33. Consegue transmitir informação sobre a pessoa em situação crítica de forma adequada e pertinente no local de destino?	1-5	4,46	0,88	0,841	0,959
Escala Total ACTDC	21-105	88,18	15,65		0,962

M – média; DP – Desvio padrão

A tabela 3 mostra a análise fatorial pelo método de condensação em componentes principais e segundo a regra de Kaiser, extraiu 2 fatores, que após a rotação *varimax* explicam 65,15% da variância total. Todos os itens têm uma saturação superior a 0,590 e não se verificam saturações simultâneas em dois fatores nem casos em que a distância entre ambos os valores seja inferior a 0,1.

O fator 1 (itens 7,8,10,11,12,13,15,16, 17, 18, 19, 32 e 33) está associado a 58,86% da variância total, é saturado pelos itens relacionados com as questões do domínio das Competências gerais do enfermeiro no transporte secundário dos doentes, e por isso atribuímos-lhe a designação **F1 – Competências Gerais do Transporte Secundário.**

O fator 2 (itens 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28 e 29) está associado a 6,29% da variância total, está relacionado com as questões do domínio das competências específicas do enfermeiro ao doente crítico, e por isso atribuímos-lhe a designação **F2 – Competências Específicas do Transporte Secundário do Doente Crítico.**

Tabela 3 – Análise fatorial da ACTDC pelo método de condensação em componentes principais, após rotação *varimax*.

Descrição do item	h ²	F1	F2
7.Verifica o material existente na célula sanitária e a sua funcionalidade antes de efectuar o transporte?	0,515	0,666	0,268
8.Verifica a Mala de Transferências (equipamento e terapêutica necessário para o transporte) antes da realização do mesmo?	0,530	0,708	0,172
10.Avalia a estabilidade do doente antes da realização do transporte tendo em conta a metodologia ABCDE?	0,505	0,665	0,251
11.Conhece o histórico do doente e a sua situação clínica atual no planeamento da transferência?	0,648	0,713	0,374
12. Confirma que leva toda a informação clínica relativa ao doente antes de efectuar o transporte?	0,715	0,738	0,412
13. Confirma se existiu contato por parte do médico da transferência do doente no local de destino?	0,434	0,596	0,281
15. Avalia novamente o doente segundo a metodologia ABCDE após a passagem do doente para a maca de transporte e com este já na ambulância?	0,573	0,710	0,263
16. Verifica a correta acomodação do doente na célula sanitária?	0,707	0,717	0,439
17. Verifica a correta fixação do equipamento de monitorização e perfusão?	0,711	0,722	0,435
18.Realiza a monitorização hemodinâmica do doente durante todo o transporte?	0,709	0,675	0,503
19. Avalia sinais vitais do doente de forma contínua durante o transporte?	0,649	0,618	0,517
32.Verifica a fixação e permeabilidade dos acessos, drenos, tubos e sondas do doente à chegada ao local de destino?	0,573	0,592	0,472
33. Consegue transmitir informação sobre a pessoa em situação crítica de forma adequada e pertinente no local de destino?	0,756	0,666	0,559
20. Consegue gerir as medidas de alívio da dor do doente durante o transporte?	0,587	0,346	0,683
21.Consegue identificar prontamente focos de instabilidade no doente durante transporte?	0,774	0,464	0,748
22.Consegue responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade durante transporte da pessoa em situação crítica?	0,712	0,361	0,763
23.Consegue estabelecer um clima de confiança e segurança com a pessoa em situação crítica durante o transporte?	0,673	0,465	0,676
26.Tem a experiência necessária para a manipulação do material e equipamento necessário ao acompanhamento da pessoa em situação crítica?	0,684	0,299	0,771
27.Consegue garantir uma qualidade de vigilância e de intervenção terapêutica durante o transporte idêntica à verificada no serviço de origem?	0,697	0,174	0,816
28.É capaz de tomar decisões e estabelecer prioridades de intervenção durante o transporte inter-hospitalar?	0,817	0,397	0,812
29.Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados?	0,713	0,436	0,723
	<i>Eigenvalues</i>	12,36	1,32
	<i>Variância Explicada ($\Sigma = 65,15\%$)</i>	58,86	6,29
	<i>Número de itens</i>	13	8
	<i>Alfa de Chronbach do factor</i>	0,940	0,938
<i>KMO = 0,957</i>			
<i>Teste de esfericidade de Bartlett = 5531,82, p = 0,000</i>			

F1 – Competências Gerais do Transporte Secundário ; F2- Competências Específicas do Transporte Secundário do Doente Crítico;

Na tabela 4 podemos observar as correlações entre os 2 fatores e o total da escala, sendo que todas são positivas, fortes e estatisticamente muito significativas ($p < 0,01$).

Tabela 4 – Matriz de correlações de *Pearson* entre os fatores e o total da escala ACTDC.

	Fator 1	Fator 2	ACTDC Total
Fator 1 -Competências Gerais do Transporte Secundário	1	0,808	0,947
Fator 2 - Competências Específicas do Transporte Secundário do Doente Crítico	0,808	1	0,954
ACTDC Total	0,947	0,954	1

Significativo para $p < 0,01$.

Os valores das correlações permitem afirmar que os fatores tendem a medir o mesmo construto e assim, permitir interpretações unidimensionais.

2.3. A PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO E PLANEAMENTO E A AUTOPERCEÇÃO DE COMPETÊNCIAS NO TRANSPORTE SECUNDÁRIO DO DOENTE CRÍTICO EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES.

Neste ponto iremos apresentar os resultados encontrados na análise da participação na decisão e planeamento e a autoperceção de competências no transporte secundário do doente crítico em função do género, formação na área, formação específica e necessidade de formação.

2.3.1. A Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função do Género

Da análise do Quadro 15 concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à participação na decisão e planeamento de transporte do doente crítico e o género dos enfermeiros. O género masculino é o que autorelata mais participação na decisão e planeamento ($M=4,13; DP=1,02$ versus $M=3,76; DP=1,14$, $p < 0,05$). Em relação aos itens, as diferenças são estatisticamente muito significativas em “5. Quando se prepara para efectuar o transporte da pessoa em situação crítica considera que tem a experiência e treino (em reanimação) necessários?” e em “6.No planeamento do transporte tem em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica.

Quadro 15– Escala de Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico (PDPTDC) em função do Género (teste *t* de *student* para grupos independentes)

PDPTDC	Feminino (nº 202)		Masculino (nº 105)		t de <i>student</i>	
	M	DP	M	DP	t	p
1.Participa na decisão de transferir a pessoa em situação crítica?	2,53	1,16	2,66	1,13	0,887	0,376
2. Participa no preenchimento de alguma escala que defina o tipo de ambulância necessária ao transporte da pessoa em situação crítica?	2,47	1,44	2,59	1,39	0,730	0,466
3. Participa no preenchimento de alguma escala que defina os recursos humanos necessários ao transporte da pessoa em situação crítica?	2,41	1,41	2,67	1,41	1,508	0,133
4. Certifica-se que são cumpridas as exigências ao nível de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade da pessoa em situação crítica?	3,58	1,34	3,88	1,25	1,889	0,060
5. Quando se prepara para efectuar o transporte da pessoa em situação crítica considera que tem a experiência e treino (em reanimação) necessários?	3,65	1,20	4,30	0,90	5,312	0,000
6.No planeamento do transporte tem em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica?	4,31	1,04	4,56	0,65	2,636	0,009
Escala Total PDPTDC	3,76	1,14	4,13	1,02	2,568	0,011

2.3.2. A Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) em função do Género

Da análise do Quadro 16 podemos concluir que na escala total de **Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico e no Fator 2 - Competências Específicas** existem diferenças estatisticamente significativas em função do género. Uma vez mais são os enfermeiros que autopercecionam mais Competências Específicas (M=3,74; DP=0,52 *versus* M=3,45; DP=0,80, $p<0,05$) e mais Competências totais no Transporte do Doente Crítico (M=4,03; DP=0,50 *versus* M=3,85; DP=0,78, $p<0,05$). Já ao nível do Fator 1- Competências Gerais, não existe diferença estatisticamente significativa ($p<0,005$).

Quadro 16 – A Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (total e fatores) em função do Género (teste *t* de *student* para grupos independentes)

ACTDC (Fator 1- <u>Competências Gerais</u>)	Feminino (n° 202)		Masculino (n° 105)		t de student	
	M	DP	M	DP	t	P
7.Verifica o material existente na célula sanitária e a sua funcionalidade antes de efectuar o transporte?	4,03	1,22	4,26	0,91	1,841	0,670
8.Verifica a Mala de Transferências (equipamento e terapêutica necessário para o transporte) antes da realização do mesmo?	4,15	1,23	4,32	1,02	1,213	0,226
10.Avalia a estabilidade do doente antes da realização do transporte tendo em conta a metodologia ABCDE?	4,18	1,11	4,34	0,95	1,290	0,198
11.Conhece o histórico do doente e a sua situação clínica atual no planeamento da transferência?	4,33	1,00	4,39	0,80	0,522	0,602
12. Confirma que leva toda a informação clínica relativa ao doente antes de efectuar o transporte?	4,50	0,95	4,55	0,66	0,458	0,648
13. Confirma se existiu contato por parte do médico da transferência do doente no local de destino?	4,12	1,19	3,98	1,15	-1,007	0,315
15. Avalia novamente o doente segundo a metodologia ABCDE após a passagem do doente para a maca de transporte e com este já na ambulância?	3,96	1,11	3,94	1,10	-0,132	0,895
16. Verifica a correta acomodação do doente na célula sanitária?	4,43	0,98	4,50	0,65	0,791	0,430
17. Verifica a correta fixação do equipamento de monitorização e perfusão?	4,58	0,92	4,62	0,64	0,395	0,693
18.Realiza a monitorização hemodinâmica do doente durante todo o transporte?	4,59	0,98	4,59	0,98	1,369	0,172
19. Avalia sinais vitais do doente de forma continua durante o transporte?	4,47	1,01	4,57	0,68	1,091	0,276
32.Verifica a fixação e permeabilidade dos acessos, drenos, tubos e sondas do doente à chegada ao local de destino?	4,16	1,15	4,20	0,86	0,315	0,753
33. Consegue transmitir informação sobre a pessoa em situação crítica de forma adequada e pertinente no local de destino?	4,43	0,99	4,52	0,62	1,064	0,288
Fator 1- Competências Gerais	4,26	0,83	4,32	0,55	0,728	0,407

ACTDC (Fator 2 - <u>Competências Especificas</u>)	Feminino (n° 202)		Masculino (n° 105)		t de student	
	M	DP	M	DP	t	p
20. Consegue gerir as medidas de alívio da dor do doente durante o transporte?	3,74	1,10	3,98	0,85	2,139	0,330
21.Consegue identificar prontamente focos de instabilidade no doente durante transporte?	3,95	1,00	4,19	0,65	2,577	0,010
22.Consegue responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade durante transporte da pessoa em situação crítica?	3,78	1,00	4,01	0,73	2,277	0,024
23.Consegue estabelecer um clima de confiança e segurança com a pessoa em situação crítica durante o transporte?	4,04	1,01	4,19	0,77	1,297	0,196
26.Tem a experiência necessária para a manipulação do material e equipamento necessário ao acompanhamento da pessoa em situação crítica?	3,97	1,13	4,41	0,82	3,897	0,000
27.Consegue garantir uma qualidade de vigilância e de intervenção terapêutica durante o transporte idêntica à verificada no serviço de origem?	3,61	1,15	4,11	0,85	4,368	0,000
28.É capaz de tomar decisões e estabelecer prioridades de intervenção durante o transporte inter-hospitalar?	3,95	1,02	4,42	0,74	4,199	0,000
29.Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados?	3,99	0,98	4,33	0,73	3,208	0,001
Fator 2 - Competências Especificas	3,45	0,80	3,74	0,52	3,873	0,000
Escala Total ACTDC	3,85	0,78	4,03	0,50	2,128	0,034

2.3.3. A Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função da Formação na Área

Da análise do Quadro 17 concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à participação na decisão e planeamento de transporte do doente crítico e a formação na área ($p < 0,05$). Os enfermeiros com formação na área do doente crítico, pelo seu autorelato, parecem estar mais à vontade no planeamento e decisão do transporte do que os enfermeiros que não possuem formação nessa área ($M=4,16; DP=0,97$ versus $M=3,66; DP=1,19$). As diferenças são estatisticamente significativas em todos os itens e no total da escala É no item “5. Quando se prepara para efectuar o transporte da pessoa em situação crítica considera que tem a experiência e treino (em reanimação) necessários?” que as diferenças observadas são maiores.

Quadro 17 – Escala de Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico (PDPTDC) em função da Formação da Área (teste *t* de *student* para grupos independentes)

PDPTDC	Com formação (nº=152)		Sem formação (nº=155)		t de student	
	M	DP	M	DP	t	p
1. Participa na decisão de transferir a pessoa em situação crítica?	2,71	1,15	2,45	1,13	2,036	0,043
2. Participa no preenchimento de alguma escala que defina o tipo de ambulância necessária ao transporte da pessoa em situação crítica?	2,72	1,42	2,30	1,41	2,569	0,011
3. Participa no preenchimento de alguma escala que defina os recursos humanos necessários ao transporte da pessoa em situação crítica?	2,69	1,39	2,31	1,41	2,381	0,018
4. Certifica-se que são cumpridas as exigências ao nível de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade da pessoa em situação crítica?	3,89	1,20	3,48	1,39	2,776	0,006
5. Quando se prepara para efectuar o transporte da pessoa em situação crítica considera que tem a experiência e treino (em reanimação) necessários?	4,22	0,94	3,52	1,23	5,629	0,000
6. No planeamento do transporte tem em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica?	4,55	0,68	4,24	1,11	3,005	0,003
Escala Total PDPTDC	4,16	0,97	3,66	1,19	4,021	0,000

2.3.4. A Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) em função da Formação na Área.

Da análise do Quadro 18 podemos concluir que na escala total de **Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico** existem diferenças estatisticamente significativas em função da formação da área.

Os enfermeiros com formação na área do doente crítico autorelatam mais competências no transporte do doente crítico do que os enfermeiros que não possuem formação nessa área (M=4,10;DP=0,42 *versus* M=3,73;DP=0,86). A única excepção que se destaca é no item “13. Confirma se existiu contato por parte do médico da transferência do doente no local de destino?” onde não se evidencia diferença estatisticamente significativa.

Quadro 18 – A Autopercepção de Competências no Transporte do Doente Crítico (total e fatores) em função da Formação na Área (teste *t* de *student* para grupos independentes)

ACTDC (Fator 1- <u>Competências Gerais</u>)	Com formação (nº=152)		Sem formação (nº 155)		t de <i>student</i>	
	M	DP	M	DP	t	p
7.Verifica o material existente na célula sanitária e a sua funcionalidade antes de efectuar o transporte?	4,26	0,97	3,96	1,25	2,315	0,021
8.Verifica a Mala de Transferências (equipamento e terapêutica necessário para o transporte) antes da realização do mesmo?	4,44	0,93	3,99	1,33	3,476	0,001
10.Avalia a estabilidade do doente antes da realização do transporte tendo em conta a metodologia ABCDE?	4,43	0,83	4,04	1,22	3,327	0,001
11.Conhece o histórico do doente e a sua situação clínica atual no planeamento da transferência?	4,53	0,63	4,17	1,13	3,433	0,001
12. Confirma que leva toda a informação clínica relativa ao doente antes de efectuar o transporte?	4,68	0,51	4,36	1,08	3,362	0,001
13. Confirma se existiu contato por parte do médico da transferência do doente no local de destino?	4,19	1,04	3,96	1,29	1,711	0,088
15. Avalia novamente o doente segundo a metodologia ABCDE após a passagem do doente para a maca de transporte e com este já na ambulância?	4,16	0,84	3,75	1,28	3,368	0,001
16. Verifica a correta acomodação do doente na célula sanitária?	4,58	0,61	4,34	1,06	2,460	0,015
17. Verifica a correta fixação do equipamento de monitorização e perfusão?	4,73	0,53	4,46	1,04	2,901	0,004
18.Realiza a monitorização hemodinâmica do doente durante todo o transporte?	4,78	0,50	4,49	1,11	2,922	0,004
19. Avalia sinais vitais do doente de forma continua durante o transporte?	4,70	0,56	4,30	1,12	3,961	0,000
32.Verifica a fixação e permeabilidade dos acessos, drenos, tubos e sondas do doente à chegada ao local de destino?	4,38	0,76	3,97	1,25	3,458	0,001
33. Consegue transmitir informação sobre a pessoa em situação crítica de forma adequada e pertinente no local de destino?	4,68	0,55	4,25	1,07	4,467	0,000
Fator 1- Competências Gerais	4,45	0,43	4,11	0,94	4,155	0,000

(continua)

(continuação do quadro 18)

ACTDC (Fator 2 - Competências Específicas)	Com formação (n° 152)		Sem formação (n° 155)		t de student	
	M	DP	M	DP	t	p
20. Consegue gerir as medidas de alívio da dor do doente durante o transporte?	4,01	0,80	3,64	1,18	3,194	0,002
21. Consegue identificar prontamente focos de instabilidade no doente durante transporte?	4,21	0,68	3,85	1,06	3,553	0,000
22. Consegue responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade durante transporte da pessoa em situação crítica?	4,06	0,74	3,66	1,03	3,854	0,000
23. Consegue estabelecer um clima de confiança e segurança com a pessoa em situação crítica durante o transporte?	4,25	0,73	3,94	1,08	2,917	0,004
26. Tem a experiência necessária para a manipulação do material e equipamento necessário ao acompanhamento da pessoa em situação crítica?	4,43	0,77	3,82	1,20	5,289	0,000
27. Consegue garantir uma qualidade de vigilância e de intervenção terapêutica durante o transporte idêntica à verificada no serviço de origem?	4,04	0,91	3,53	1,18	4,256	0,000
28. É capaz de tomar decisões e estabelecer prioridades de intervenção durante o transporte inter-hospitalar?	4,36	0,68	3,86	1,12	4,766	0,000
29. Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados?	4,33	0,67	3,88	1,06	4,401	0,000
Fator 2 - Competências Específicas	3,74	0,49	3,35	0,86	4,885	0,000
Escala Total ACTDC	4,10	0,42	3,73	0,86	4,757	0,000

2.3.5. A Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função da Formação Específica

Da análise do Quadro 19 concluímos que existem diferenças estatisticamente muito significativas em todos os itens da escala relativamente à participação na decisão e planeamento de transporte do doente crítico e a formação específica. Os enfermeiros com formação específica na área do doente crítico autorrelatam uma participação mais efectiva na decisão e planeamento do transporte em relação aos enfermeiros que não possuem formação nessa área (M=4,08; DP=1,01 *versus* M=2,76; DP=1,07, p<0,05).

Quadro 19 – Escala de Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico (PDPTDC) em função da Formação Específica (teste *t* de *student* para grupos independentes)

PDPTDC	Com formação (nº=266)		Sem formação (nº=41)		t de <i>student</i>	
	M	DP	M	DP	t	p
1.Participa na decisão de transferir a pessoa em situação crítica?	2,67	1,13	1,95	1,05	3,831	0,000
2. Participa no preenchimento de alguma escala que defina o tipo de ambulância necessária ao transporte da pessoa em situação crítica?	2,65	1,41	1,59	1,12	5,465	0,000
3. Participa no preenchimento de alguma escala que defina os recursos humanos necessários ao transporte da pessoa em situação crítica?	2,62	1,40	1,71	1,23	4,339	0,000
4. Certifica-se que são cumpridas as exigências ao nível de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade da pessoa em situação crítica?	3,85	1,22	2,61	1,41	5,309	0,000
5. Quando se prepara para efectuar o transporte da pessoa em situação crítica considera que tem a experiência e treino (em reanimação) necessários?	4,09	1,00	2,46	1,07	9,608	0,000
6.No planeamento do transporte tem em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica?	4,54	0,76	3,46	1,34	4,999	0,000
Escala Total PDPTDC	4,08	1,01	2,76	1,07	7,770	0,000

2.3.6. A Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) em função da Formação Específica

Da análise do Quadro 20 podemos concluir que na escala total de **Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico** continua a existir diferenças estatisticamente muito significativas em função da formação específica. Uma vez mais são os enfermeiros com formação específica na área do doente crítico que autopercecionam mais competências no transporte do doente crítico (M=3,68; DP=0,58 *versus* M=2,68; DP=0,96, p<0,05).

Quadro 20 – A Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (total e fatores) em função da Formação Específica (teste *t* de *student* para grupos independentes)

ACTDC (Fator 1- <u>Competências Gerais</u>)	Com formação (n°=266)		Sem formação (n° 41)		t de student	
	M	DP	M	DP	t	p
7.Verifica o material existente na célula sanitária e a sua funcionalidade antes de efectuar o transporte?	4,21	1,03	3,46	1,48	3,093	0,003
8.Verifica a Mala de Transferências (equipamento e terapêutica necessário para o transporte) antes da realização do mesmo?	4,34	1,03	3,39	1,63	3,624	0,001
10.Avalia a estabilidade do doente antes da realização do transporte tendo em conta a metodologia ABCDE?	4,34	0,94	3,56	1,48	3,254	0,002
11.Conhece o histórico do doente e a sua situação clínica atual no planeamento da transferência?	4,45	0,79	3,68	1,44	3,358	0,002
12. Confirma que leva toda a informação clínica relativa ao doente antes de efectuar o transporte?	4,63	0,66	3,80	1,47	3,546	0,001
13. Confirma se existiu contato por parte do médico da transferência do doente no local de destino?	4,23	1,04	3,10	1,55	4,518	0,000
15. Avalia novamente o doente segundo a metodologia ABCDE após a passagem do doente para a maca de transporte e com este já na ambulância?	4,06	0,99	3,24	1,48	3,431	0,001
16. Verifica a correta acomodação do doente na célula sanitária?	4,55	0,74	3,85	1,37	3,178	0,003
17. Verifica a correta fixação do equipamento de monitorização e perfusão?	4,70	0,66	3,90	1,37	3,646	0,001
18.Realiza a monitorização hemodinâmica do doente durante todo o transporte?	4,77	0,63	3,76	1,53	4,179	0,000
19. Avalia sinais vitais do doente de forma continua durante o transporte?	4,63	0,71	3,66	1,49	4,102	0,000
32.Verifica a fixação e permeabilidade dos acessos, drenos, tubos e sondas do doente à chegada ao local de destino?	4,31	0,90	3,32	1,51	4,100	0,000
33. Consegue transmitir informação sobre a pessoa em situação crítica de forma adequada e pertinente no local de destino?	4,59	0,67	3,59	1,43	4,438	0,000
Fator 1- Competências Gerais	4,40	0,58	3,52	1,20	4,585	0,000

ACTDC (Fator 2 - <u>Competências Especificas</u>)	Com formação (n° =266)		Sem formação (n° =41)		t de student	
	M	DP	M	DP	t	p
20. Consegue gerir as medidas de alívio da dor do doente durante o transporte?	3,96	0,89	2,93	1,39	4,625	0,000
21. Consegue identificar prontamente focos de instabilidade no doente durante transporte?	4,17	0,75	3,12	1,25	5,226	0,000
22. Consegue responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade durante transporte da pessoa em situação crítica?	4,00	0,78	2,98	1,23	5,138	0,000
23. Consegue estabelecer um clima de confiança e segurança com a pessoa em situação crítica durante o transporte?	4,24	0,78	3,17	1,30	5,105	0,000
26. Tem a experiência necessária para a manipulação do material e equipamento necessário ao acompanhamento da pessoa em situação crítica?	4,32	0,85	2,80	1,31	7,204	0,000
27. Consegue garantir uma qualidade de vigilância e de intervenção terapêutica durante o transporte idêntica à verificada no serviço de origem?	3,95	0,96	2,66	1,17	6,728	0,000
28. É capaz de tomar decisões e estabelecer prioridades de intervenção durante o transporte inter-hospitalar?	4,26	0,82	3,15	1,26	5,479	0,000
29. Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados?	4,23	0,79	3,29	1,23	4,729	0,000
Fator 2 - Competências Especificas	3,68	0,58	2,68	0,96	6,504	0,000
Escala Total ACTDC	4,04	0,54	3,10	1,04	5,659	0,000

2.3.7. A Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função da Necessidade de Formação

Da análise do Quadro 21 concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à participação na decisão e planeamento de transporte do doente crítico e a necessidade de formação. Os enfermeiros que revelam não sentir necessidade de formação na área do doente crítico autorrelatam mais participação na decisão e planeamento do transporte em comparação com os enfermeiros que sentem necessidade de formação nessa área (M=3,81;DP=1,02 *versus* M=4,17;DP=1,31, p<0,05).

No entanto em relação aos itens, as diferenças não são estatisticamente significativas em “2. Participa no preenchimento de alguma escala que defina o tipo de ambulância necessária ao transporte da pessoa em situação crítica?” em “4. Certifica-se que são cumpridas as exigências ao nível de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade da pessoa em situação crítica?” e em “6 No planeamento do transporte tem em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica?”.

Quadro 21– Escala de Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico (PDPTDC) em função da Necessidade de Formação (teste *t* de *student* para grupos independentes)

PDPTDC	Com necessidade (n°=227)		Sem necessidade (n°=80)		t de student	
	M	DP	M	DP	t	p
1.Participa na decisão de transferir a pessoa em situação crítica?	2,44	1,11	2,95	1,19	-3,445	0,001
2. Participa no preenchimento de alguma escala que defina o tipo de ambulância necessária ao transporte da pessoa em situação crítica?	2,44	1,36	2,71	1,58	-1,395	0,166
3. Participa no preenchimento de alguma escala que defina os recursos humanos necessários ao transporte da pessoa em situação crítica?	2,39	1,35	2,80	1,55	-2,088	0,039
4. . Certifica-se que são cumpridas as exigências ao nível de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade da pessoa em situação crítica	3,67	1,26	3,71	1,47	-0,251	0,802
5. Quando se prepara para efectuar o transporte da pessoa em situação crítica considera que tem a experiência e treino (em reanimação)necessários?	3,71	1,13	4,33	1,09	-4,241	0,000
6.No planeamento do transporte tem em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica?	4,41	0,85	4,34	1,12	0,632	0,528
Escala Total PDPTDC	3,81	1,02	4,17	1,31	-2,195	0,030

2.3.8. A Autopercepção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) em função da Necessidade de Formação

Da análise do Quadro 22 podemos concluir que na escala total de **Autopercepção de Competências no Transporte do Doente Crítico** não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) em função da necessidade de formação. Podemos concluir que a necessidade ou não de formação na área do doente crítico aparentemente não têm influência na autopercepção de competências do enfermeiro no transporte do doente crítico.

Apenas nos itens “22. Conseguir responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade durante transporte da pessoa em situação crítica?” e em “26. Tem a experiência necessária para a manipulação do material e equipamento necessário ao acompanhamento da pessoa em situação crítica?” do **Fator 2 - Competências Específicas** se observam diferenças com significado estatístico.

Quadro 22 – A Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (total e factores) em função da Necessidade de Formação (teste t de student para grupos independentes)

ACTDC (Fator 1- <u>Competências Gerais</u>)	Com necessidade (n°=227)		Sem necessidade (n° =80)		t de student	
	M	DP	M	DP	t	p
7.Verifica o material existente na célula sanitária e a sua funcionalidade antes de efectuar o transporte?	4,12	1,05	4,08	1,34	0,266	0,790
8.Verifica a Mala de Transferências (equipamento e terapêutica necessário para o transporte) antes da realização do mesmo?	4,26	1,08	4,08	1,39	1,078	0,283
10.Avalia a estabilidade do doente antes da realização do transporte tendo em conta a metodologia ABCDE?	4,24	1,03	4,21	1,15	0,215	0,830
11.Conhece o histórico do doente e a sua situação clínica atual no planeamento da transferência?	4,39	0,86	4,24	1,13	1,272	0,204
12. Confirma que leva toda a informação clínica relativa ao doente antes de efectuar o transporte?	4,56	0,72	4,40	1,16	1,181	0,240
13. Confirma se existiu contato por parte do médico da transferência do doente no local de destino?	4,06	1,13	4,13	1,32	-0,441	0,659
15. Avalia novamente o doente segundo a metodologia ABCDE após a passagem do doente para a maca de transporte e com este já na ambulância?	3,98	1,05	3,88	1,25	0,747	0,456
16. Verifica a correta acomodação do doente na célula sanitária?	4,47	0,79	4,41	1,09	0,515	0,607
17. Verifica a correta fixação do equipamento de monitorização e perfusão?	4,63	0,73	4,50	1,09	0,957	0,341
18.Realiza a monitorização hemodinâmica do doente durante todo o transporte?	4,67	0,75	4,51	1,16	1,165	0,247
19. Avalia sinais vitais do doente de forma continua durante o transporte?	4,55	0,79	4,38	1,19	1,194	0,235
32.Verifica a fixação e permeabilidade dos acessos, drenos, tubos e sondas do doente à chegada ao local de destino?	4,20	0,97	4,10	1,26	0,748	0,455
33. Consegue transmitir informação sobre a pessoa em situação crítica de forma adequada e pertinente no local de destino?	4,49	0,75	4,36	1,17	0,934	0,352
Fator 1- Competências Gerais	4,30	0,63	4,21	1,01	0,736	0,463

ACTDC (Fator 2 - <u>Competências Especificas</u>)	Com necessidade (n° =227)		Sem necessidade (n° =80)		t de student	
	M	DP	M	DP	t	p
20. Consegue gerir as medidas de alívio da dor do doente durante o transporte?	3,81	0,96	3,85	1,20	-0,295	0,768
21.Consegue identificar prontamente focos de instabilidade no doente durante transporte?	4,01	0,83	4,08	1,10	-0,524	0,600
22.Consegue responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade durante transporte da pessoa em situação crítica?	3,79	0,83	4,06	1,13	-2,306	0,022
23.Consegue estabelecer um clima de confiança e segurança com a pessoa em situação crítica durante o transporte?	4,10	0,84	4,08	1,17	0,185	0,853
26.Tem a experiência necessária para a manipulação do material e equipamento necessário ao acompanhamento da pessoa em situação crítica?	4,02	1,02	4,41	1,11	-2,914	0,004
27.Consegue garantir uma qualidade de vigilância e de intervenção terapêutica durante o transporte idêntica à verificada no serviço de origem?	3,72	1,06	3,96	1,13	-1,743	0,082
28.É capaz de tomar decisões e estabelecer prioridades de intervenção durante o transporte inter-hospitalar?	4,04	0,88	4,31	1,15	-1,959	0,053
29.Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados?	4,07	0,85	4,21	1,09	-1,093	0,277
Fator 2 - Competências Especificas	3,51	0,65	3,66	0,90	-1,667	0,096
Escala Total ACTDC	3,90	0,60	3,94	0,94	-0,303	0,763

2.3.9. Participação na Decisão e Planejamento de Transporte do Doente Crítico em função da Experiencia Profissional

Conforme se observa no quadro 23, embora fraca existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a Participação na Decisão e Planejamento de Transporte do Doente Crítico e a Experiencia Profissional no Serviço, para o total da escala ($r = 192$; $p = 0,001$). Já em relação à Experiencia Profissional geral as correlações não têm significado estatístico.

Quadro 23 – Correlação de Pearson entre a Participação na Decisão e Planejamento de Transporte do Doente Crítico e a Experiencia Profissional (Geral e no Serviço)

		Exp.Prof.	Exp. Prof. no serviço
1.Participa na decisão de transferir a pessoa em situação crítica?	<i>r</i>	0,115	0,129
	<i>p</i>	0,043	0,023
2. Participa no preenchimento de alguma escala que defina o tipo de ambulância necessária ao transporte da pessoa em situação crítica?	<i>r</i>	0,016	0,090
	<i>p</i>	0,785	0,114
3. Participa no preenchimento de alguma escala que defina os recursos humanos necessários ao transporte da pessoa em situação crítica?	<i>r</i>	0,034	0,112
	<i>p</i>	0,556	0,050
4. Certifica-se que são cumpridas as exigências ao nível de recursos humanos, de acordo com o índice de gravidade da pessoa em situação crítica?	<i>r</i>	0,000	0,145
	<i>p</i>	1,000	0,011
5. Quando se prepara para efectuar o transporte da pessoa em situação crítica considera que tem a experiência e treino (em reanimação)necessários?	<i>r</i>	0,237	0,319
	<i>p</i>	0,000	0,000
6.No planeamento do transporte tem em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica?	<i>r</i>	0,054	0,080
	<i>p</i>	0,347	0,160
Escala Total PDPTDC	<i>r</i>	0,094	0,192
	<i>p</i>	0,099	0,001

Exp.Prof. – Experiencia profissional (em anos); Exp.Prof. no serviço – Experiencia profissional no serviço (em anos)

No quadro 24, podemos constatar que é novamente a Experiencia Profissional no Serviço que apresenta correlação positiva e estatisticamente significativa, embora fraca, com o **Fator 1- Competências Gerais**, relacionado com as competências gerais no transporte do doente crítico ($r = 116$; $p = 0,043$). Já em relação à Experiencia Profissional geral as correlações voltam a não ter significado estatístico para o Fator 1.

Quadro 24 – Correlação de Perason entre F1 - Competências Gerais da Escala ACTDC e a Experiencia Profissional (Geral e no Serviço)

		Exp.Prof.	Exp. Prof. no serviço
7.Verifica o material existente na célula sanitária e a sua funcionalidade antes de efectuar o transporte?	<i>r</i>	0,116	0,056
	<i>p</i>	0,043	0,329
8.Verifica a Mala de Transferências (equipamento e terapêutica necessário para o transporte) antes da realização do mesmo?	<i>r</i>	0,082	0,049
	<i>p</i>	0,154	0,397
10.Avalia a estabilidade do doente antes da realização do transporte tendo em conta a metodologia ABCDE?	<i>r</i>	-0,034	0,001
	<i>p</i>	0,553	0,992
11.Conhece o histórico do doente e a sua situação clínica atual no planeamento da transferência?	<i>r</i>	0,045	0,073
	<i>p</i>	0,437	0,202
12. Confirma que leva toda a informação clínica relativa ao doente antes de efectuar o transporte?	<i>r</i>	0,080	0,081
	<i>p</i>	0,165	0,157
13. Confirma se existiu contato por parte do médico da transferência do doente no local de destino?	<i>r</i>	0,124	0,178
	<i>p</i>	0,030	0,002
15. Avalia novamente o doente segundo a metodologia ABCDE após a passagem do doente para a maca de transporte e com este já na ambulância?	<i>r</i>	0,051	0,096
	<i>p</i>	0,374	0,092
16. Verifica a correta acomodação do doente na célula sanitária?	<i>r</i>	0,125	0,111
	<i>p</i>	0,029	0,052
17. Verifica a correta fixação do equipamento de monitorização e perfusão?	<i>r</i>	0,142	0,170
	<i>p</i>	0,013	0,003
18.Realiza a monitorização hemodinâmica do doente durante todo o transporte?	<i>r</i>	0,044	0,091
	<i>p</i>	0,438	0,110
19. Avalia sinais vitais do doente de forma continua durante o transporte?	<i>r</i>	0,090	0,123
	<i>p</i>	0,114	0,032
32.Verifica a fixação e permeabilidade dos acessos, drenos, tubos e sondas do doente à chegada ao local de destino?	<i>r</i>	-0,009	0,054
	<i>p</i>	0,878	0,346
33. Consegue transmitir informação sobre a pessoa em situação crítica de forma adequada e pertinente no local de destino?	<i>r</i>	0,031	0,078
	<i>p</i>	0,587	0,170
Fator 1 -- Competências Gerais	<i>r</i>	0,086	0,116
	<i>p</i>	0,134	0,043

Exp.Prof. – Experiencia profissional (em anos); Exp.Prof. no serviço – Experiencia profissional no serviço (em anos)

Já em relação ao **Fator 2-Competências Específicas**, relacionado com as competências específicas no transporte do doente crítico e a Escala Total ACTDC, podemos observar no quadro 25 que as correlações são positivas (embora fracas) e estatisticamente significativas quer com a Experiência Profissional geral quer com a Experiência Profissional no Serviço.

Quadro 25 – Correlação de Pearson entre F2 - - Competências Especificas e Escala Total ACTDC e a Experiencia Profissional (Geral e no Serviço).

		Exp.Prof.	Exp. Prof. no serviço
20. Consegue gerir as medidas de alívio da dor do doente durante o transporte?	<i>r</i>	0,090	0,161
	<i>p</i>	0,116	0,005
21. Consegue identificar prontamente focos de instabilidade no doente durante transporte?	<i>r</i>	0,112	0,181
	<i>p</i>	0,049	0,001
22. Consegue responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade durante transporte da pessoa em situação crítica?	<i>r</i>	0,204	0,229
	<i>p</i>	0,000	0,000
23. Consegue estabelecer um clima de confiança e segurança com a pessoa em situação crítica durante o transporte?	<i>r</i>	0,091	0,140
	<i>p</i>	0,112	0,014
26. Tem a experiência necessária para a manipulação do material e equipamento necessário ao acompanhamento da pessoa em situação crítica?	<i>r</i>	0,248	0,345
	<i>p</i>	0,000	0,000
27. Consegue garantir uma qualidade de vigilância e de intervenção terapêutica durante o transporte idêntica à verificada no serviço de origem?	<i>r</i>	0,121	0,195
	<i>p</i>	0,033	0,001
28. É capaz de tomar decisões e estabelecer prioridades de intervenção durante o transporte inter-hospitalar?	<i>r</i>	0,203	0,275
	<i>p</i>	0,000	0,000
29. Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados?	<i>r</i>	0,133	0,192
	<i>p</i>	0,019	0,001
Fator 2 - Competências Especificas	<i>r</i>	0,180	0,258
	<i>p</i>	0,002	0,000
Escala Total ACTC	<i>r</i>	0,139	0,195
	<i>p</i>	0,015	0,001

3.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase do trabalho e após concluída a análise e tratamento estatístico dos dados obtidos, passamos à discussão dos resultados. Esta discussão passa por reflectir acerca dos principais resultados obtidos, confrontá-los com a fundamentação teórica que deu suporte ao estudo e tentar responder à questão de investigação.

Dos 338 questionários preenchidos online por uma amostra recolhida pelo método *snowball*, 31 foram eliminados por não cumprirem os critérios de inclusão. Sendo que a amostra total final do estudo são 307 enfermeiros.

A grande maioria dos participantes (65,8%) é do sexo feminino, sendo esta também a distribuição característica do universo da enfermagem em Portugal (OE, 2014). Segundo dados estatísticos publicados pela OE (2014), no final do Ano de 2014, 81,82% dos enfermeiros (54374) são do sexo feminino e apenas 18,18% (12078) são do sexo masculino.

No que diz respeito às habilitações académicas, podemos constatar que a globalidade da amostra dos enfermeiros são Licenciados em Enfermagem (100%), seguindo-se 27,7 % (85) com o grau de mestrado e 0,7% (2) dos casos com doutoramento. Estes resultados mostram-nos a tendência evolutiva do aumento das habilitações académicas dos enfermeiros ao longo dos tempos. Sendo a idade dos participantes do estudo entre os 21 anos e os 57 anos com uma média de aproximadamente 34,36 anos (DP=6,97). Podemos constatar que mesmo Enfermeiros com idades superiores já possuem Grau de Licenciados.

Os enfermeiros que constituem a amostra exercem funções maioritariamente no serviço de urgência (56,7%), seguido pelo serviço de internamento (17,3%). O facto de ser no serviço de urgência que mais se realiza transporte secundário de doentes críticos, pode justificar esta percentagem.

Quase metade dos enfermeiros da amostra (49,5%) respondeu que possui formação na área do doente crítico. Estes dados revelam-nos a preocupação presente nos enfermeiros

em adquirir e desenvolver competências acrescidas nesta área do doente crítico. As habilitações profissionais acrescidas mais direccionadas na área do doente crítico autoreportadas incluem a Pós Graduação na área da Urgência/Emergência, Curso de pós-licenciatura e especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica ou Mestrado à Pessoa em Situação Crítica.

Relativamente à formação profissional específica na área do transporte do doente crítico, podemos constatar que uma percentagem muito significativa (86,6%) apresenta formação nesta área e apenas uma minoria da amostra (13,4%) refere não a possuir. Estes resultados apontam para a crescente importância que a temática do transporte secundário do doente crítico tem vindo a ter ao longo dos tempos e a crescente necessidade procurar otimizar a prestação de cuidados em situações de maior gravidade.

Relativamente à experiência profissional dos enfermeiros, verificamos que a média é de aproximadamente 11,35 anos (DP=6,75). Estes resultados traduzem a relativamente elevada experiência profissional da amostra.

Podemos constatar também, que apesar da grande percentagem de participantes referir possuir formação específica na área do transporte secundário do doente crítico, uma grande percentagem da amostra (73,9%), revela sentir necessidade de realizar mais formação nessa área. Estes resultados sugerem que a referida formação pode não ser suficiente para o desenvolvimento de competências específicas do transporte secundário do doente crítico. Segundo a OM e SPCI (2008) deve ser promovida formação específica no transporte do doente crítico para todos os profissionais, mesmo para aqueles que já possuem experiência nesta área.

Nunes (2007) alerta para o facto da formação ministrada no curso base não ser suficiente, nem dar as competências necessárias para atuar com o doente crítico em situação de urgência/emergência. Para este autor a experiência em urgência e a formação específica nesta área são essenciais e deveria ser incentivada e fomentadas pela Instituição. Na grande maioria das vezes o transporte do doente crítico é efectuado por profissionais com pouca experiência na área da urgência e sem formação específica nesta área. Faia e Silva (2008) corroboram da mesma opinião fazendo mesmo referência ao transporte secundário de doente crítico, que não deveria ser realizado por

profissionais recém-licenciados, pois estes não possuem as competências nem a experiência necessárias.

Da análise dos dados verificou-se também que 46,6% dos enfermeiros, que representam quase metade da amostra, realizam transporte secundário do doente crítico menos de uma vez por mês.

O que se verifica actualmente é que este transporte nem sempre é efectuado nas melhores condições. O doente em estado crítico é transportado, frequentemente, por equipas inexperientes, que conhecem mal o doente e o equipamento de suporte de vida que o acompanha, muitas vezes em ambulâncias com condições deficitárias. (SPCI,2008).

Relativamente à **Escala de Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico (PDPTDC)**, podemos constatar perante os resultados obtidos, que é o género masculino, que autorrelata mais participação na decisão e planeamento ($M=4,13; DP=1,02$ *versus* $M=3,76; DP=1,14$, $p<0,05$). E é em relação aos itens: “5. Quando se prepara para efectuar o transporte da pessoa em situação crítica considera que tem a experiência e treino (em reanimação) necessários? e em “6.No planeamento do transporte tem em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica que essa participação por parte do sexo masculino mais se evidencia.

Relativamente A **Escala de Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC)** em função do Género podemos concluir que no **Fator 2 - Competências Específicas**, mais uma vez são os enfermeiros em comparação com as enfermeiras, que autopercecionam mais competências específicas no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica ($M=3,74$; $DP=0,52$ *versus* $M=3,45$; $DP=0,80$, $p<0,05$). Não encontramos na literatura estudos que convirgam ou divirgam destes resultados.

No que diz respeito à **Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função da Formação na Área**, podemos constatar que são os enfermeiros com formação na área do doente crítico que indiciam estar mais à vontade no planeamento e decisão do transporte relativamente aos enfermeiros que não possuem

formação nessa área (M=4,16;DP=0,97 *versus* M=3,66;DP=1,19). É no item “5. Quando se prepara para efectuar o transporte da pessoa em situação crítica considera que tem a experiência e treino (em reanimação) necessários?” que as diferenças observadas são maiores. Também na **Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função da Formação Específica** são os enfermeiros com formação específica na área do doente crítico que autorrelatam uma participação mais efectiva na decisão e planeamento do transporte em relação aos enfermeiros que não possuem formação nessa área (M=4,08; DP=1,01 *versus* M=2,76; DP=1,07, $p<0,05$).

Estes resultados convergem com a convicção de que um enfermeiro com formação na área do doente crítico consegue de uma forma mais segura e efectiva participar na fase de decisão e planeamento do transporte de doentes críticos. Martins e Martins (2010), referem estar comprovado que o transporte de doentes críticos, pode ser efectuado com segurança, se for planeado e organizado, se o enfermeiro tiver conhecimento da situação clínica do doente e se for efectuado por uma equipa experiente e material adequado. Um enfermeiro com formação na área do doente crítico terá mais capacidade para realizar um planeamento eficaz do transporte e evitando desta forma complicações e imprevistos. Por outro lado, e de acordo com Nunes (2009), estes imprevistos/riscos podem ser minimizados quando um planeamento cuidadoso é considerado, quando é seleccionada uma equipa adequadamente preparada, quando existem os meios de transporte adequados e existem disponíveis os meios de monitorização e eventuais procedimentos de emergência necessários no meio de transporte a utilizarem.

Estes factos são ainda reforçados através da análise da **Escala de Autopercepção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) em função da Formação na Área**, onde podemos observar que na escala total de Autopercepção de Competências no Transporte do Doente Crítico os enfermeiros com formação na área do doente crítico parecem reportar mais competências no transporte do doente crítico do que os enfermeiros que não possuem formação nessa área (M=4,10;DP=0,42 *versus* M=3,73;DP=0,86). Os mesmos resultados observam-se na **Escala de Autopercepção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) em função da Formação Específica**, onde uma vez mais são os enfermeiros com formação específica na área do doente crítico que autopercecionam mais competências no transporte do doente crítico (M=3,68; DP=0,58 *versus* M=2,68; DP=0,96, $p<0,05$).

Podemos constatar que os Enfermeiros que possuem formação na Área do doente crítico se consideram mais competentes para realizar de uma forma mais segura o transporte inter-hospitalar do doente crítico. Segundo a SPCI (2008) para integrar a equipa que realiza o transporte, tanto o médico como o enfermeiro devem ter experiência em reanimação (que pressupõe competência nas áreas de permeabilização da via aérea, ventilação, hemodinâmica, etc.) e no manuseamento do equipamento a utilizar.

Martins e Martins (2009, p. 117) referem que “ a formação e a experiência profissional são essenciais para o sucesso das transferências inter-hospitalares dos doentes críticos” e Nunes (2009) corrobora afirmando que o nível e a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte nunca poderão ser inferiores aos cuidados na unidade de origem.

No entanto nem sempre isso se verifica. Segundo Nunes (2009), as equipas são formadas por profissionais que estão no exercício, obrigando sempre à redução da dotação segura de elementos nos serviços. De igual forma se verifica que nem sempre são selecionados os profissionais com o nível de competências mais adequados em função das necessidades do doente a transferir, e na realidade também não são aqueles que fizeram a primeira abordagem e diagnóstico das situações que acompanham a transferência, pelo que a informação transmitida nem sempre é a melhor.

Relativamente á **Escala de Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função da Necessidade de Formação**, os enfermeiros que revelam não sentir necessidade de formação na área do doente crítico autorrelatam mais participação na decisão e planeamento do transporte em comparação com os enfermeiros que sentem necessidade de formação nessa área (M=3,81;DP=1,02 *versus* M=4,17;DP=1,31, $p<0,05$).

Neves et al. (2000) salientam que o risco de transporte de doentes críticos diminui bastante, se a transferência for realizada por profissionais experientes e com formação.

No entanto, mesmo com formação na Área do doente crítico, a OM e SPCI (2008) destacam a necessidade de promover-se formação específica em transporte de doentes críticos para todos os profissionais envolvidos, mesmo para aqueles que habitualmente têm experiência com este tipo de doentes. A equipa de transporte deve estar sujeita a formação específica e a um treino regular.

Por fim verificamos a existência de correlação fraca mas positiva e estatisticamente significativa entre a **Participação na Decisão e Planejamento de Transporte do Doente Crítico e a Experiência Profissional no Serviço**, para o total da escala ($r = 192$; $p = 0,001$). Já em relação à Experiência Profissional geral as correlações não têm significado estatístico.

Podemos constatar também que a Experiência Profissional no Serviço que apresenta correlação positiva e estatisticamente significativa, embora fraca, com o Fator 1- **Competências Gerais**, relacionado com as competências gerais no transporte do doente crítico ($r = 116$; $p = 0,043$). Já em relação à Experiência Profissional geral as correlações não têm significado estatístico para o Fator 1.

Em relação ao **Fator 2-Competências Específicas**, relacionado com as competências específicas no transporte do doente crítico e a Escala Total ACTDC, podemos observar que as correlações são positivas (embora fracas) e estatisticamente significativas quer com a Experiência Profissional geral quer com a Experiência Profissional no serviço.

A OM e a SPCI (2008) referem que a qualificação técnica, encontra-se intimamente relacionada com a formação e experiência clínica.

Segundo Neves et al. (2000) quanto maior for a experiência profissional do enfermeiro, mais este possui conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao acompanhamento da pessoa em situação crítica no processo de transferência inter-hospitalar. O risco de transporte de doentes críticos diminui bastante, se a transferência for realizada por profissionais experientes.

Também Machado (2010) corrobora da mesma opinião, referindo que a experiência profissional do enfermeiro no que diz respeito ao número de anos de exercício profissional e experiência na realização de transportes são fator positivo no transporte de doentes críticos.

A OM e SPCI reforça esta ideia (2008, p. 11) dizendo que: “a experiência clínica constitui um dos aspectos mais importantes para a promoção e para a garantia da segurança durante o transporte. “

4.CONCLUSÃO

A enfermagem é uma profissão que se encontra em constante evolução, acompanhando o avanço tecnológico e científico, o que exige dos enfermeiros a aquisição de saberes teóricos e práticos fundamentais para um cuidar de excelência. O desenvolvimento de competências e o aprofundamento de conhecimentos permitem a uniformização de procedimentos, contribuindo para uma prestação de cuidados com qualidade e segurança.

A abordagem e o tratamento da pessoa em situação urgente e emergente constituem desafios cada vez mais significativos e complexos.

O papel do enfermeiro na transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica revela-se de enorme importância desde a abordagem e estabilização inicial no Hospital, passando pela decisão, planejamento e efetivação do transporte. Todas as fases do transporte do doente crítico exigem do enfermeiro o desenvolvimento de um conjunto de competências específicas de modo a garantir um nível de cuidados adequado.

Neste estudo procuramos conhecer qual o perfil de competências do Enfermeiro no transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica, através de um estudo quantitativo, descritivo, analítico e correlacional que integrou a construção e validação de uma escala. Esta escala constatou-se possuir boa consistência interna, sendo um instrumento fiável e válido, permitindo avaliar o perfil de competências do enfermeiro para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar.

Terminada a investigação, dos resultados que obtivemos, parece-nos pertinente salientar alguns aspetos que passamos a expor.

No que diz respeito à caracterização da nossa amostra, a grande maioria dos participantes (65,8%) é do sexo feminino. No que diz respeito às habilitações académicas, podemos constatar que a globalidade da amostra dos enfermeiros são Licenciados em Enfermagem (100%), seguindo-se 27,7 % (85) com o grau de mestrado e 0,7% (2) dos casos com doutoramento. Sendo a idade dos participantes do estudo

entre os 21 anos e os 57 anos com uma média de aproximadamente 34,36 anos (DP=6,97). Os enfermeiros que constituem a amostra exercem funções maioritariamente no serviço de urgência (56,7%), seguido pelo serviço de internamento (17,3%). Quase metade dos enfermeiros (49,5%) respondeu que possui formação na área do doente crítico (Pós Graduação na área da Urgência/Emergência, Curso de pós-licenciatura e especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica ou Mestrado à Pessoa em Situação Crítica). Relativamente à formação profissional específica na área do transporte do doente crítico, podemos constatar que uma percentagem muito significativa (86,6%) apresenta formação nesta área e apenas uma minoria da amostra (13,4%) refere não a possuir. Relativamente à experiência profissional dos enfermeiros, verificamos que a média é de aproximadamente 11,35 anos (DP=6,75).

Podemos constatar também, que apesar da grande percentagem de participantes referir possuir formação específica na área do transporte secundário do doente crítico, uma grande percentagem da amostra (73,9%), revela sentir necessidade de realizar mais formação nessa área. Da análise dos dados verificou-se também que 46,6% dos enfermeiros, que representam quase metade da amostra, realizam transporte secundário do doente crítico menos de uma vez por mês.

Relativamente à Escala de Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico (PDPTDC), podemos constatar perante os resultados obtidos, que é o género masculino que autorrelata mais participação na decisão e planeamento (M=4,13;DP=1,02 versus M=3,76;DP=1,14, $p<0,05$). Relativamente à Escala de Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) em função do Género podemos concluir que no Fator 2 - Competências Específicas, mais uma vez são os enfermeiros em comparação com as enfermeiras, que autopercecionam mais competências específicas no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica (M=3,74; DP=0,52 versus M=3,45; DP=0,80, $p<0,05$).

No que diz respeito à Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função da Formação na Área, podemos constatar que são os enfermeiros com formação na área do doente crítico que indiciam estar mais à vontade no planeamento e decisão do transporte relativamente aos enfermeiros que não possuem formação nessa área (M=4,16;DP=0,97 versus M=3,66;DP=1,19).

Também na Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função da Formação Específica são os enfermeiros com formação específica na área do doente crítico que autorrelatam uma participação mais efectiva na decisão e planeamento do transporte em relação aos enfermeiros que não possuem formação nessa área (M=4,08; DP=1,01 versus M=2,76; DP=1,07, $p<0,05$). Relativamente à Escala de Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) em função da Formação na Área, podemos observar que na escala total de Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico os enfermeiros com formação na área do doente crítico parecem reportar mais competências no transporte do doente crítico do que os enfermeiros que não possuem formação nessa área (M=4,10; DP=0,42 versus M=3,73; DP=0,86). Os mesmos resultados observam-se na Escala de Autoperceção de Competências no Transporte do Doente Crítico (ACTDC) em função da Formação Específica, onde uma vez mais são os enfermeiros com formação específica na área do doente crítico que autopercecionam mais competências no transporte do doente crítico (M=3,68; DP=0,58 versus M=2,68; DP=0,96, $p<0,05$).

Relativamente à Escala de Participação na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico em função da Necessidade de Formação, os enfermeiros que revelam não sentir necessidade de formação na área do doente crítico autorrelatam mais participação na decisão e planeamento do transporte em comparação com os enfermeiros que sentem necessidade de formação nessa área (M=3,81; DP=1,02 versus M=4,17; DP=1,31, $p<0,05$).

Por fim verificamos que os enfermeiros que possuem mais experiência profissional no serviço conseguem de forma mais efectiva participar na Decisão e Planeamento de Transporte do Doente Crítico ($r = 192$; $p = 0,001$). Da mesma forma os enfermeiros com mais experiência profissional no serviço autorelatam mais Competências Gerais (F1) no transporte do doente crítico ($r = 116$; $p = 0,043$).

Concluimos também os enfermeiros com mais experiência geral e com mais experiência profissional no serviço autorelatam mais Competências Específicas (F2) no transporte do doente crítico.

Perante o exposto, consideramos que atingimos os objetivos a que nos propusemos inicialmente. Como principais dificuldades à realização deste estudo destacamos a falta

de literatura específica da temática para podermos comparar as nossas conclusões; a inexperiência como investigador e o tempo, uma vez que a realização deste trabalho se cruzou com disponibilidades pessoais e pessoais.

Como principal limitação neste estudo apontamos a técnica de amostragem não probabilística, que fragiliza as generalizações dos resultados.

Para investigações futuras entendemos ser pertinente uma análise dos currículos da formação específica em transferência inter-hospitalar da pessoa em situação crítica e do seu impacto nas competências dos enfermeiros.

Esperamos que este trabalho se mostre útil para compreender o nível de competências dos enfermeiros para o acompanhamento da pessoa em situação crítica na transferência inter-hospitalar, e que possa servir de referência para se desenvolverem mais estudos nesta área e assim contribuir para a melhoria da qualidade dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W.(2007) – Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-87-2.
- Almeida, A.C.G., Neves, A.L.D., Souza, C.L.B., Garcia, J.H., Lopes, J.L. & Barros, A.L.B.L (2012). Transporte Intra-Hospitalar de pacientes adultos em estado crítico:complicações relacionadas à equipe, equipamentos e factores fisiológicos. *Acta Paul Enferm*, 25(3), 471-479.
- Baldin, N. & Munhoz, E. (2011). Snowball (bola de neve): uma técnica de metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. Universidade católica do Paraná. Curitiba. [em linha]. Funchal (consultado a 19 de Fevereiro de 2017). Disponível em: http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf
- Benner,P. (2001). De Iniciado a Perito. 1ªed. Lisboa: Quarteto Editora.
- Código Deontológico dos Enfermeiros – Diário da República, Série I –A, nº 93 p. 1753-1756
- Coelho, M. A. A., & Nunes, M. M. J. C. (2013). Impacto da formação em ciências forenses. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu
- Conselho Jurisdicional da OE (2005). Parecer 69/2005 - Procedimento sobre acompanhamento de doentes estáveis, transferidos das unidades de cuidados intensivos para o hospital da área de residência. *Revista Ordem dos Enfermeiros* [S.l.:s.n] ISSN 1646-2629, nº 22, Julho, p. 12-13.
- Conselho Jurisdicional da OE (2007). Parecer 119/2007- Procedimentos sobre acompanhamento de doentes em situação de Emergente. *Revista Ordem dos Enfermeiros* [S.l.:s.n] ISSN 1646-2629, nº 25, Abril, p. 18-19.
- Conselho Jurisdicional da OE (2009). Parecer 157/2009 – Acompanhamento de doentes nas transferências inter-hospitalares e administração de medicação não prescrita em situações de emergência. Acedido a 12 Janeiro de 2017 em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer157_2009_site.pdf.

Conselho Jurisdicional da OE (2011). Parecer 258/2011- Decisão sobre acompanhamento de pessoas em ambulância. Revista Ordem dos Enfermeiros. [S.l.:s.n] ISSN 1646-2629, nº 38, Setembro, p. 83-85.

Conselho Jurisdicional da OE (2011). Parecer 312/2011 – Acompanhamento de doentes. Acedido a 12 Janeiro de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer312_2011_CJ.pdf.

Correia, M. D. C. B. (2013). Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa.

Cunha, M. (2000). Actuação do enfermeiro no transporte do doente politraumatizado. In: Sinais Vitais. Coimbra. ISSN: 0872-8844. Nº 33. p. 42-47.

Diário da República, SÉRIE 1-A, 70/2007 - Portaria nº 402/2007.

Diário da República, SÉRIE 1-A, 74/92 - Decreto-Lei nº 38/92 de 28 de Março de 1992.

Diário da República, SÉRIE 1-B, 225 — Portaria nº 1301-A/2002 de 28 de Setembro de 2002.

Diário da República, SÉRIE 1-B, 226 — Portaria nº 1147/2001 de 28 de Setembro de 2001.

Emergency Nurses Association (2005). Position Statement Autonomous Emergency Nursing Practice. Emergency Nurses Associatio. Acedido a 28 junho de 2016 em:

http://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/Autonomous_Emergency_Nursing_Practice__EN_A_PS.pdf>.

Emergency Nurses Association (2007). Trauma Nursing Core Course: Provider Manual. 6ª ed. [S.l.]: Emergency Nurses Association, 2007. 358 p.

European Resuscitation Council (2010) - European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. Acedido em 25 de Junho de 2016 em: WWW:<URL:http://www.sfm.org/documents/consensus/Full_ERC_2010_Guidelines.pdf. ISSN 0300-9572>.

- Etxebarria, M.J., Serrano, S., Ribó, D.R., Cía, M.T., Olaz, F. & López, J. (1998). Prospective application of risk scores in the interhospital transport of patients. *European Journal of Emergency Medicine*, 5, 13-17. Lippincott-Raven Publishers.
- Faia, I & Silva, R (2008). Dificuldades sentidas pelos enfermeiros dos SU periféricos no transporte do doente crítico para o SU hospitalar. [em linha]. Funchal (consultado a 9 de Agosto de 2016). Disponível em: http://media.wix.com/ugd/46e11e_a1af90daefd64348beff1e48d0a159fe.pdf.
- Fischer, H. (2010). *A history of the central limit theorem: From classical to modern probability theory*. Springer Science & Business Media.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência - Edições técnicas e Científicas, Lda.
- Fortin, M, F. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. 3ª Edição. Loures: Lusociência.
- Fortin, MF, Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fonseca, E. (2015). *Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem*. Nursing. Acedido a 10 de Novembro de 2016 em: <http://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Hertzum, M., & Holmegaard, K. D. (2013). Thinking aloud in the presence of interruptions and time constraints. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 29(5), 351-364.
- Holleran, R. (2011). Transporte Aéreo e Terrestre de Doentes. In Howard, P. & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de urgência da Teoria à Prática-Sheehy*. 6ª Ed. Loures. Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9. Cap.9, p.98-106.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Transporte do Doente Crítico*. Versão 2.0, 1ª Edição. ISBN 978-989-8646-06-4.
- Júnior, G., Nunes, T. & Basile-Filho, A. (2001). Transporte do Paciente Crítico. In *Medicina Intensiva*. Ribeirão Preto. 4ª parte, Capítulo VII, 34.P. 143-153. Abril-Junho. ISSN 1808-3269. Acedido em 25 de Janeiro de 2017 em:

http://www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n2/transpote_paciente.pdf>.

Lopes & Frias (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: Percepção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista investigação em Enfermagem*. 2.º Série, nº.6. Aveiro.

Machado, P.M.F. (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 a 3 de Abril de 2016 em:

http://bdigital.ufp.pt/bitstrwam/10284/1524/2/Mono_16609.pdf.

Magalhães, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo.

Marquis, B. & Huston, C. (2010). *Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e prática*. 6ª ed. Porto Alegre. Artemed. P. 172. ISBN 9788536323299.

Martins, R. & Martins, J. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Referência*. Coimbra. III Série, nº2. ISSN 0874.0283. p. 111-120.

Mendes, F. (2004). Perspetivas e necessidades de formação dos enfermeiros de cuidados de saúde primários. *Enfermagem*. Lisboa. 2ª Série, nº35/36 (Julho-Dezembro). ISSN: 0871-0775, p.81-88.

Mendonça, S.S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros- A excelência do cuidar*. Editorial Novembro.

Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a Pessoa Idosa- A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-49-7.

Neves, A. (2000). Transporte de doentes em estado crítico. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196.

Nunes, F. (2007). A tomada de decisão de Enfermagem de Emergência. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº219. Março. p. 7-11. Acedido a 10 de Dezembro de 2016 em:

<http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/2802-tomada-de-decisao-de-enfermagem-em-emergencia#.V6tQ9ZpTFhg>

Nunes, F.M.P. (2009). *Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente*

Crítico. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. N°246. P.40-46. Acedido a 10 Dezembro de 2016 em:

<http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3526-tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico#.V6tPrZpTFhg>

Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em Enfermagem. II Congresso Ordem dos Enfermeiros. 10 de Maio, p.12. Acedido em 11 de Outubro de 2016 em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%202006/IICong_ComLN.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. [S.I.: s.n.] Coleção Divulgar. 24 p.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Dados Estatísticos 31/12/2014.[acesso em: 27 julho de 2016]. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2009). Desenvolvimento Profissional: Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e proposta de sistema. Acedido em 25 de Janeiro de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Acedido em 25 de Janeiro de 2017 em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em 25 Janeiro de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012) - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Coleção Divulgar.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem. Divulgar.

Ordem dos Médicos - Normas de Boas Práticas em Trauma. [em linha] (2009) 224 p. [Consult. 5 Jun. 2010] Disponível em WWW:<URL: <https://www.ordemdosmedicos.pt/>>.

Pedreira, L. C., Santos, I. D. M., Farias, M. A., Sampaio, E., Barros, C. S. M. A., & Coelho, A. C. C. (2014). Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra-hospitalar do paciente crítico. Rev. enferm. UERJ, 22(4), 533-539.

Pires, A.F., Santos, B.N., Santos.P.N., Brasil,V.R. & Luna, A.A. (2015). Transporte seguro de pacientes críticos. Revista Rede de Cuidados em Saúde. Volume 9, nº2. ISSN- 1982-6451. Rio de Janeiro.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – Diário da República Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril.

Roldão, M. (2003)- Gestão do Currículo e avaliação de competências. Lisboa. Editorial Presença. ISBN: 978-972-23-3086-2.

Sampaio, R.F. & Mancini, M.C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa de evidência científica. Revista brasileira de fisioterapia 11 (1), 83-89.

Sheehy, S. (2001). Enfermagem de Urgência: da teoria à prática (4ª ed). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (1997) - Guia para o transporte de doentes críticos. [S.l.:s.l.] , p. 1-14. [em linha]. [Consult. 6 Jun. 2010]. Disponível em

WWW:<URL:<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/transporte%20de%20pacientes%20criticos%20portugues.pdf>>.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2009) - Manual do Curso de Transporte do Doente Crítico. 3ª ed. [S.l.] (abril) 115 p.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) – Transporte de doentes críticos- Recomendações. Acedido em 15 de Julho de 2016 em http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf.

Sousa, D. (2009). Competências e Saberes em Enfermagem. Acedido a 13 Fev. 2017 em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%Aancias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>

Steinmann, R.(2011) - Avaliação do Doente. In HOWARD, Patricia; STEINMANN, Rebecca - Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática - Sheehy. 6ª ed. Loures. Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9. Cap.8, p. 79-88.

Stivala, A. D., Koskinen, J. H., Rolls, D. A., Wang, P., & Robins, G. L. (2016). Snowball sampling for estimating exponential random graph models for large networks. Social Networks

Torres, S. (1997) – Traslado secundario de alto riesgo. In: Rol de Enfermería. Barcelona. ISSN: 0210-5020. nº 221. p. 56-62.

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

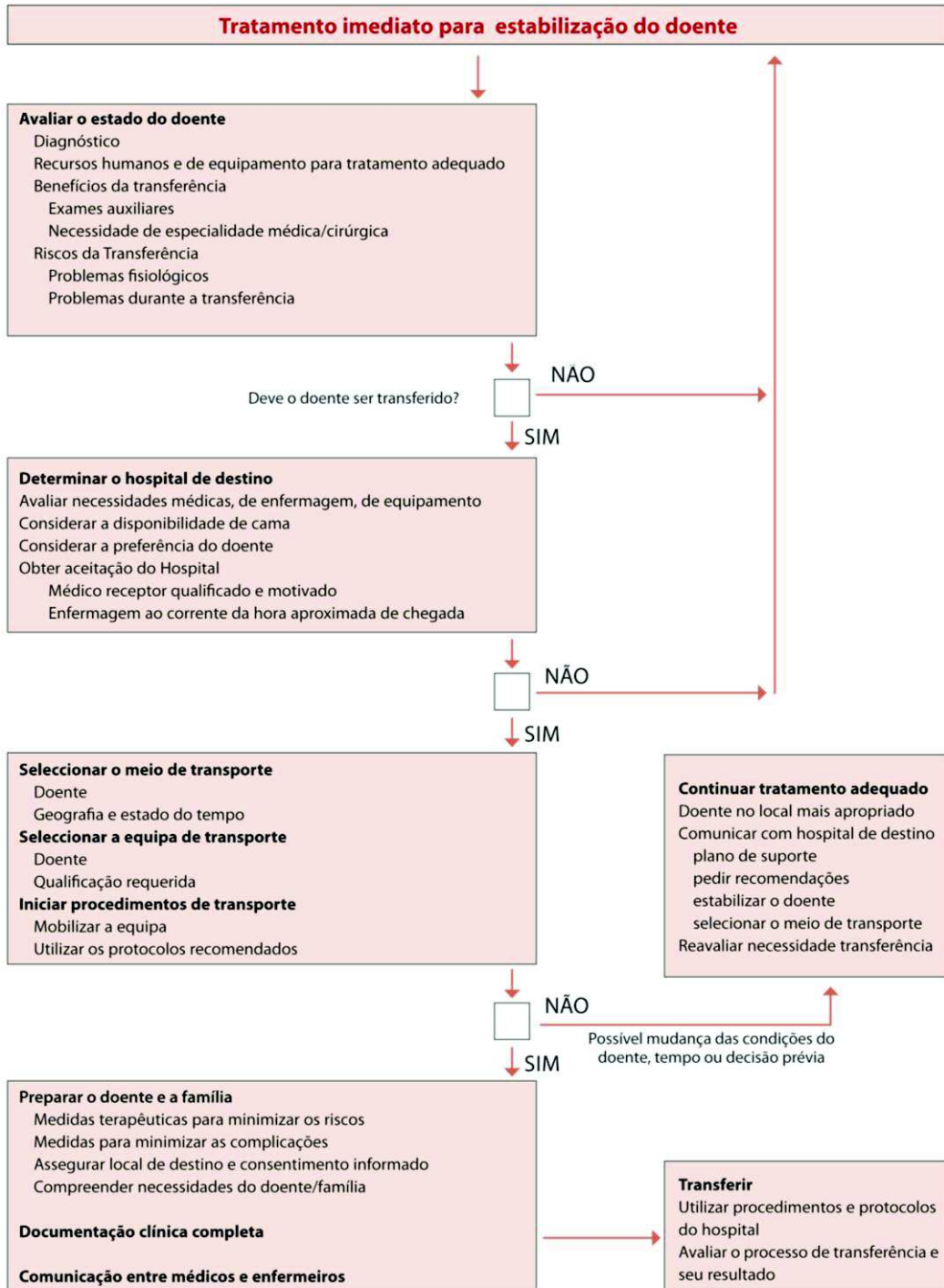
ANEXOS

ANEXO I

Algoritmo de decisão para o transporte secundário

ANEXO 3

Algoritmo de decisão para o transporte secundário



ANEXO II – Avaliação 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 AÉREA 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. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA 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 CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow>8 e <14 Escala de Glasgow ≤8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO 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 HEMODINÂMICA 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 Etxebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.



ANEXO III – Instrumento de colheita de dados - Questionário

Chamo-me Joana Sobreiro e 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 acerca do perfil de competências dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica. Será garantida a confidencialidade e o anonimato das informações.

Obrigada
(Joanaenfermeira@hotmail.com)

1. Idade _____

2. Sexo: Mas. Fem.

3. Habilitações Acad Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Outra: _____

4. Habilitações Profi Pós Graduação na área da Urgência/Emergência

Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Outra: _____

5. Experiência Profis Serviço de Urgência Anos _____ Meses _____

Cuidados Intensivos Anos _____ Meses _____

INEM - SIV Anos _____ Meses _____

INEM - VMER Anos _____ Meses _____

INEM - Helicóptero Anos _____ Meses _____

Outro: _____

6. Serviço onde trabalha _____

7. Quantas vezes (valor aproximado) realizou o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica nos últimos 6 meses? _____

8. Com que frequência realizou o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica no ultimo mês?

Menos de 1 vez Cerca de 1 vez por 1 Mais de 1 vez por mês

9. Possui formação específica para o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica?

Não. Sim. Qual: _____

10. Sente necessidade de formação especializada na área do transporte da pessoa em situação crítica?

Não. Sim.

11. Na sua opinião, a formação do curso base é suficiente para a realização do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica?

Não Sim.

Responda a cada uma das questões de forma a caracterizar da forma mais fidedigna a sua atuação em cada uma das situações expostas:

		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	Participa na decisão de transferir a pessoa em situação crítica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Participa no preenchimento de alguma escala que defina o tipo de ambulância necessária ao transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Participa no preenchimento de alguma escala que defina os recursos humanos necessários ao transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Certifica-se que são cumpridas as exigências ao nível de recursos humanos, de acordo com o índice de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Quando se prepara para efectuar o transporte da pessoa em situação crítica considera que tem a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	No planeamento do transporte tem em conta os riscos e implicações deste no estado hemodinâmico da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Verifica o material existente na célula sanitária e a sua funcionalidade antes de efectuar o transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Verifica a Mala de Transferências (equipamento e terapêutica necessário para o transporte) antes da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Transfere doentes que não se encontram devidamente estabilizados no Hospital de origem ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Avalia a estabilidade do doente antes da realização do transporte tendo em conta a metodologia ABCDE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Conhece o histórico do doente e a sua situação clínica atual no planeamento da transferência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Transfere doentes que não se encontram devidamente estabilizados no Hospital de origem ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Confirma que leva toda a informação clínica relativa ao doente antes de efectuar o transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Confirma se existiu contato por parte do médico da transferência do doente no local de destino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
15	Confirma se foi informada a família do doente acerca da sua transferência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Avalia novamente o doente segundo a metodologia ABCDE após a passagem do doente para a maca de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Verifica a correta acomodação do doente na célula sanitária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Verifica a correta fixação do equipamento de monitorização e perfusão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Realiza a monitorização hemodinâmica do doente durante todo o transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Avalia sinais vitais do doente de forma continua durante o transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Consegue identificar prontamente focos de instabilidade no doente durante transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Consegue responder de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade durante transporte da pessoa em	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Consegue estabelecer um clima de confiança e segurança com a pessoa em situação crítica durante o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Consegue estabelecer uma comunicação calma e tranquilizadora com a pessoa em situação crítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Efetua registos adequados acerca da evolução clínica da pessoa em situação crítica e intervenções efetuadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Tem a experiência necessária para a manipulação do material e equipamento necessário ao	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Consegue garantir uma qualidade de vigilância e de intervenção terapêutica durante o transporte idêntica à	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	É capaz de tomar decisões e estabelecer prioridades de intervenção durante o transporte inter-hospitalar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Sente ansiedade, medo, stress no decurso do transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Reavalia os padrões hemodinâmicos do doente à chegada ao local de destino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Verifica a fixação e permeabilidade dos acessos, drenos, tubos e sondas do doente à chegada ao local de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Consegue transmitir informação sobre a pessoa em situação crítica de forma adequada e pertinente no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Concordo completamente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo completamente
34	A formação especializada é essencial para um transporte seguro e estável da pessoa em situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	A experiência profissional é essencial para um transporte seguro e estável da pessoa em situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	O profissional de enfermagem que acompanhe a pessoa em situação crítica no transporte deve ter o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	O profissional de enfermagem que acompanhe a pessoa em situação crítica no transporte deve ter o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito Obrigada