

RELATÓRIO FINAL

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação

Crítica:

Cuidados à Pessoa em Situação Crítica durante o Transporte Inter-hospitalar

Ana Sofia Enes Reis

Leiria, setembro de 2023

3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

RELATÓRIO FINAL

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação

Crítica:

Cuidados à Pessoa em Situação Crítica durante o Transporte Inter-hospitalar

Apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica com
área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Ana Sofia Enes Reis – nº 5210018

Professor Orientador: Professora Doutora Cristina Costeira

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria, setembro de 2023

Tudo muda. Tudo na Terra está num estado contínuo de evolução, refinamento, melhoria, adaptação, aprimoramento... mudança. Não foste colocado nesta Terra para permanecer estagnado.

Steve Maraboli (2010)

Ao meu filho, pelo tempo que prescindi em estar comigo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos, os que de alguma forma, me ajudaram e/ou contribuíram para a realização e concretização deste objetivo.

Em primeiro lugar, agradeço à minha família, nomeadamente ao meu pai e mãe, que sempre me apoiaram e ajudaram, tanto financeiramente, como psicologicamente. Ao meu companheiro desta vida, que sempre aguentou “as pontas”, a cada saída para aulas e exames, momentos de estudo e realização de trabalhos, e me incentivou, especialmente nos momentos mais difíceis e cansativos. Ao meu filho, que apesar de muitas ausências minhas, as encarou de forma positiva, com o seu sorriso maroto e acolhedor.

Aos meus colegas de especialidade e mestrado, pelo companheirismo, apoio e entreaajuda. E à Professora Doutora Cristina Costeira pela ajuda e disponibilidade na orientação deste desafio.

A todos vós, o meu muito obrigada!

RESUMO

O presente Relatório surge no âmbito do curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, com os objetivos: I) descrever experiências desenvolvidas em três ensinamentos clínicos (urgência, cuidados intensivos e opção) que permitiram fortalecer as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; II) refletir criticamente sobre a evolução dessas competências e III) apresentar em formato artigo, um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolvido em contexto clínico.

O atual relatório foi dividido em duas partes, a primeira onde se descreve de forma crítico-reflexiva o desenvolvimento de competências durante os ensinamentos clínicos. E na segunda parte é descrito o projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, assente numa metodologia de investigação-ação, que é apresentado em formato artigo, sobre “Cuidados à Pessoa em Situação Crítica durante o Transporte Inter-Hospitalar”, cumprindo as *guidelines* SQUIRE e redigido de acordo com as normas da revista Pensar Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem; Competências; Pessoa em Situação Crítica; Transporte Inter-hospitalar.

ABSTRACT

This Report emerges within the scope of the Master's Degree in Critical Care Nursing, of the School of Health of the Polytechnic of Leiria, with the objectives: I) describe experiences developed in three Clinical Teachings (urgency, intensive care and option) that allowed the development of the common and specific skills of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of specialization in Critical Care Nursing; II) critically reflect on the development of these skills and III) present in article format, a project to continuously improve the quality of nursing care, developed in a clinical context.

This report was divided into two parts, the first where the development of skills during clinical teaching is developed in a critical-reflexive way. And in the second part, the project for continuous improvement of nursing care is described, based on an action research methodology, which is presented in article format, on “Care for Persons in Critical Situations during Inter-Hospital Transport”, complying with the guidelines SQUIRE and written in accordance with the standards of Pensar Enfermagem magazine

Keywords: Nursing; Skills; Person in Critical Situation; Inter-hospital transport;

SIGLAS

ABCDE – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Expose/Environment

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ANZCA – Australian and New Zealand College of Anaesthetists

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FAP – Força Aérea Portuguesa

FICM – Faculty of Intensive Care Medicine

FiO₂ – Fração Inspirada de Oxigénio

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICS – Intensive Care Society

ISBAR – Identify; Situation; Background; Assessment; Recommendation

MCEEMC – Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica

MR – Médico Regulador

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONAF – Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PSP – Polícia de Segurança Pública

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SABA – Desinfetante à Base de Álcool

SO – Sala de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SRPCB – Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UEA – Unidade de Evacuações Aéreas

USI – Unidade de Saúde de Ilha

VI – Ventilação Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

VV – Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS NOS ENSINOS CLÍNICOS	15
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	16
1.1 ENSINO CLÍNICO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA	16
1.2 ENSINO CLÍNICO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	19
1.3 ENSINO CLÍNICO III – UNIDADE DE EVACUAÇÕES AÉREAS	22
2. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	25
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	26
2.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	26
2.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	30
2.1.3 Domínio da Gestão de Cuidados	34
2.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens	37
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	39
2.2.1 Domínio do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	39
2.2.2 Domínio da dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	48

2.2.3 Domínio da maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo adequado	51
PARTE II – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/AÇÃO	55
ARTIGO: CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA DURANTE O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR	56
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Póster ONAF	
APÊNDICE II – Exame Neurológico	
APÊNDICE III – Folha de Registos de Enfermagem	
APÊNDICE IV - Checklist da mala de apoio ao transporte inter-hospitalar	
APÊNDICE V – Consentimento Informado	
APÊNDICE VI – Questionário I	
APÊNDICE VII – Questionário II	
ANEXOS	
ANEXO I – Certificado do Curso de Suporte Avançado de Vida	
ANEXO II – Certificado do Curso de Triagem de Manchester	
ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e profissionais da amostra	61
Tabela 2 – Perceção dos enfermeiros relativa à folha de registos de enfermagem	62
Tabela 3 – Perceção dos enfermeiros relativa à reformulação da mala de apoio ao transporte inter-hospitalar	62

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento crítico-reflexivo é uma competência fundamental e esperada nos detentores do título de mestre. Netto e Silva (2018) defendem a formação de profissionais críticos e reflexivos, abertos à mudança, onde existe a interação entre a teoria e a prática, marcada por um ensino reflexivo, com práticas pedagógicas que enfatizam a ação-reflexão-ação, desenvolvendo assim as habilidades profissionais.

Neste sentido, surge o atual Relatório que está integrado no 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde de Leiria, do Instituto Politécnico de Leiria. Este documento será objeto de apresentação e defesa em provas públicas para obtenção do grau de mestre em EMC na área de enfermagem à PSC.

Assim contempla como objetivos: I) descrever experiências desenvolvidas em três Ensinos Clínicos (EC) (urgência, cuidados intensivos e opção) que permitiram fortalecer as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em EMC na área de especialização em Enfermagem à PSC; II) refletir criticamente sobre o desenvolvimento dessas competências e III) apresentar em formato artigo, um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolvido em contexto clínico.

A escolha dos locais de realização dos EC teve por base a sua localização geográfica. Os dois primeiros (urgência e cuidados intensivos), indubitavelmente proporcionaram o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências referidas. Assim como o EC de opção, mas este com o privilégio de ter sido realizado num contexto referente a uma área de interesse e ser também relativo à temática do projeto de melhoria contínua da qualidade.

Relativamente ao tema do projeto de melhoria contínua, detalhadamente “Cuidado à Pessoa em Situação Crítica durante o Transporte Inter-Hospitalar” é importante referir que a atual organização do Serviço Nacional e Regional de Saúde e a sua distribuição de valências, tanto de diagnóstico como de tratamento, exigem o transporte de pessoas, das quais em situação crítica, entre várias instituições e unidades, na procura da melhor resposta às diferentes situações (Graça et al., 2017).

Os enfermeiros, profissionais que integram as equipas de transporte, são envolvidos em vários tipos de transporte (marítimo, aéreo e terrestre) e muitas vezes em situações em que a segurança da pessoa alvo de cuidados e dos próprios profissionais, pode ficar em risco.

Graça et al. (2017), referem que à PSC incorre um risco acrescido de morbilidade e mortalidade durante o transporte. Estes riscos podem ser minorados com um cuidadoso planeamento da transferência, e uma equipa preparada, meios de transporte adequados, meios de monitorização disponíveis e eventuais procedimentos de emergência necessários no meio de transporte. Saliencia também que o nível de cuidados prestados durante o transporte nunca poderá ser inferior aos cuidados na unidade de origem.

A corroborar com a bibliografia, a equipa de enfermagem do serviço onde foi implementado o estudo, através de um *brainstorming*, fortaleceu a importância da temática. Surgindo assim, a necessidade de contribuir para melhorar os processos de qualidade e segurança no transporte inter-hospitalar, dando origem ao projeto de melhoria contínua da qualidade desenvolvido e implementado em contexto de trabalho.

Este foi constituído por três etapas e apresentado em formato artigo, com as orientações e indicações para submissão da Revista “Pensar em Enfermagem”. A escolha recaiu nesta revista por se tratar de um periódico de enfermagem portuguesa, integrada numa escola de enfermagem, e, portanto, com proximidade aos futuros enfermeiros. Considera-se importante frisar o âmbito do projeto, junto dos atuais e dos futuros enfermeiros, pois apesar de ser bastante debatido, mantém-se a necessidade de se implementar mudanças nos cuidados.

Este documento encontra-se dividido em duas partes, das quais a primeira diz respeito à descrição e caracterização dos contextos de prática clínica dos três EC, atividades desenvolvidas e análise crítico-reflexiva das competências comuns e específicas do EE em EMC na área da Enfermagem à PSC, adquiridas e desenvolvidas ao longo dos respetivos EC.

Na segunda parte será retratado o trabalho de investigação sobre o transporte inter-hospitalar, com a aplicação de estratégias de melhoria contínua, que foram alvo de avaliação pré e pós aplicação, de forma a avaliar o impacto das mesmas. Para o desenvolvimento do projeto foram cumpridas as *guidelines* SQUIRE para garantir a qualidade científica do mesmo.

O presente trabalho foi desenvolvido sob as orientações e normas do manual de publicação da *American Psychological Association (APA)*, 7.^a Edição, assim como do “Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos” da Escola Superior de Saúde de Leiria, do Politécnico de Leiria.

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DESENVOLVIDAS NOS ENSINOS CLÍNICOS

A sociedade encontra-se em constante mudança e inovação, tal como a saúde, com firmes avanços científicos e tecnológicos, associados a uma população mais instruída e com isso o aumento da exigência na qualidade dos cuidados, o que obriga aos profissionais de saúde uma atualização constante dos conhecimentos teóricos e práticos (Araújo, 2008).

Assim, a diferenciação e a especialização são cada vez mais uma realidade na vida dos enfermeiros, e a Ordem dos Enfermeiros (OE) acompanha essa exigência, através da atribuição do título de especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019).

O EE “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, pág. 4744).

Estas competências são adquiridas e/ou desenvolvidas também através dos EC, constituindo-se momentos essenciais de aprendizagem, possibilitando a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como o desenvolvimento do raciocínio crítico e tomada de decisão fundamentais, para um desempenho autónomo e competente. Os EC colocam em diálogo dois espaços formativos, a teoria e a experiência, de forma a construir o conhecimento profissional (Cunha et al., 2017).

A OE reconhece diversas especialidades inseridas em contextos diferentes. Mas o EE, seja qual for a especialidade, deve partilhar um conjunto de competências comuns, assim como deve deter competências específicas da sua especialidade.

Portanto, o enfermeiro que se encontra a frequentar o mestrado em EMC na área de especialização de enfermagem à PSC deve desenvolver as competências comuns do EE, contempladas no Regulamento n.º 140/2019 da OE, tendo como domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assim como as competências específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC, descritas no Regulamento n.º 429/2018, sendo estas: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergências, exceção e

catástrofe, da conceção à ação; maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

De forma a serem desenvolvidas as competências acima referidas, foram realizados EC em áreas potenciadoras do seu desenvolvimento, nomeadamente num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e por fim numa Unidade de Evacuações Aéreas (UEA).

Todos eles complementaram a formação teórico-prática, revestindo-se de grande importância, cada um com responsabilidades e especificidades fundamentais para o processo de formação, permitindo o contato com a prática clínica de enfermagem e promovendo a aplicabilidade das aprendizagens teóricas adquiridas, possibilitando o desenvolvimento da identidade profissional.

1.1 ENSINO CLÍNICO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Serviço de Urgência (SU) é um serviço de ação médica hospitalar, multidisciplinar e multiprofissional, com o objetivo de prestar cuidados de saúde em situações urgentes e emergentes, em que a gravidade exige uma intervenção rápida e/ou imediata (Despacho Normativo n.º 11/2002, 2002).

Segundo os Despachos n.º 727/2007 e 10319/2014, do Ministério da Saúde, a Rede de Serviços de Urgência integra Serviços de Urgência Básicos, Serviços de Urgência Médico-Cirúrgicos e Serviços de Urgência Polivalentes. O serviço onde foi realizado EC era caracterizado como sendo um SUMC e estava situado no piso 0. Foram realizados 19 turnos, com uma carga horária total de 160 horas, distribuídas por turnos de 8 horas e 30 minutos, com início no dia 7 e fim a 30 de junho de 2022.

A instituição de saúde onde se insere o SU estava localizada numa ilha portuguesa, sendo o maior e mais diferenciado hospital da região. A sua área de influência englobava todos os concelhos de duas ilhas, mas também recebia pessoas provenientes de outras ilhas com frequência, devido à diversificação e maior número de especialidades médicas que o integravam.

Evidenciando muitas características de um SUMC, o SU era formado por uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, farmacêuticos, assistentes operacionais, assistentes técnicos, agentes da PSP e assistentes sociais.

Estava estruturado em setores distintos/áreas de atuação: uma área exterior de atendimento e admissão das pessoas composta também, por uma sala de espera, uma sala de triagem, com dois postos de enfermagem, uma área de atendimento de medicina, onde constavam, uma sala de espera (com prioridade amarela e laranja), dois gabinetes médicos, uma sala de tratamento/enfermagem, uma antiga sala de aerossóis, uma sala de tratamento para realização de eletrocardiogramas e de uma sala de emergência, com duas macas e respetivo material necessário, ou seja, com capacidade para alocar duas pessoas em estado crítico.

Estava também integrada, uma área de atendimento de cirurgia, com uma sala de pequena cirurgia, uma sala de ortopedia, uma sala de enfermagem e ainda uma sala de observação (SO), composta por 11 camas.

Na altura, e devido à pandemia SARS-CoV-2, o SU encontrava-se reestruturado, tendo sido improvisada uma ala, denominada ala COVID-19, com uma SO, com 5 camas, uma sala de enfermagem e uma zona de atendimento médico-cirúrgico.

A área de atendimento às pessoas triadas com as restantes prioridades (verde, azul e branco), encontrava-se num bloco exterior, também este adaptado, devido às exigências impostas pela pandemia. Eram também áreas anexas, uma sala de espera e uma sala de enfermagem. A área pediátrica também se encontrava num bloco exterior, constituída por uma sala de espera, 4 gabinetes médicos, uma sala de enfermagem, duas SO, uma constituída por 2 berços e uma cama, e a outra por 4 camas.

Existiam também gabinetes de assistentes técnicos, assim como uma copa, balneários e vestiários, salas com armazenamento de material em *stock*, salas de limpos e sujos.

Estas áreas eram apoiadas pelas várias especialidades médicas, como medicina interna, neurologia, cardiologia, oftalmologia otorrinolaringologia, gastroenterologia, urologia, nefrologia, cirurgia geral, ortopedia, neurocirurgia, cirurgia vascular, psiquiatria, hematologia, pediatria, obstetrícia, pneumologia, anestesiologia e era assegurado também, o apoio de

técnicos de eletrocardiografia, imagiologia, patologia clínica e imunohemoterapia, 24 horas por dia. Alguns destes profissionais encontravam-se em regime de chamada/prevenção.

A equipa de enfermagem era composta à data, por 74 enfermeiros, incluído o enfermeiro gestor e um enfermeiro que o apoiava e substituía na sua ausência. O enfermeiro gestor distribuía os enfermeiros por três turnos (noite, manhã e tarde) e alocava-os pelos respetivos postos de trabalho, assim como nomeava o enfermeiro coordenador de turno.

Os enfermeiros poderiam ser alocados da seguinte forma: 2 enfermeiros na sala de triagem, 3 enfermeiros na área médica, 1 ou 2 na área cirúrgica, 4 na SO e 4 na zona COVID-19 (2 na SO e 2 na zona médico-cirúrgica). Havia um esforço para que se cumprissem as dotações seguras, conforme o Regulamento n.º 743/2019 da OE, mas em contrapartida, isto exigia a realização de inúmeras horas extraordinárias por parte dos enfermeiros, pela elevada escassez de profissionais.

Neste SU, o número de EE em EMC, era muito inferior ao preconizado pela OE, o que não permitia que se pudesse cumprir o disposto no Regulamento n.º 743/2019, que refere que na sala de emergência devem ser alocados os EE.

De um modo geral, o circuito da pessoa no SU iniciava-se após o processo de admissão/inscrição, seguindo-se a triagem, primeira avaliação, realizada pelo enfermeiro, devidamente treinado no Sistema de Triagem de Manchester. Após a atribuição da pulseira e respetiva prioridade, o utente era encaminhado para a respetiva área de cuidados, podendo posteriormente ficar em observação na SO, ser transferido para um serviço de internamento, ir para o bloco operatório, ter alta clínica ou até ser evacuado/transferido para outro hospital. Importante referir que, como na grande maioria dos hospitais nacionais, as estruturas físicas do SU eram insuficientes para dar respostas de qualidade à elevada procura de cuidados, pelo que na maior parte dos dias, se verificavam pessoas em macas, nos corredores, com poucas condições para pernoitar e com deficitária privacidade.

De uma forma geral o método de trabalho utilizado era o individual, na maioria dos postos de trabalho. Na SO não era diferente, embora se poderia observar o método do enfermeiro responsável, uma vez que o enfermeiro coordenador de turno, acabava por tomar a maior parte das decisões em relação à gestão de cuidados e à supervisão desses mesmos cuidados (Silva et al., 2021).

Este SU tinha implementadas três vias verdes (VV): VV Coronária, VV Acidente Vascular Cerebral (AVC) e VV Sépsis, devidamente protocoladas e com fluxogramas afixados em locais estratégicos. Existia também um fluxograma interno, referente a sintomatologia sugestiva de infeção por SARS-CoV-2, que após a triagem, a pessoa era encaminhada para a área COVID-19.

O sistema informático utilizado era o *Glantt*[®], que englobava os registos e intervenções de enfermagem, assim como as prescrições médicas e o próprio Sistema de Triagem de Manchester, no qual era possível realizar registos de enfermagem, preencher protocolos/*checklist*, nomeadamente de transporte intra-hospitalar e de preparação para o bloco operatório.

1.2 ENSINO CLÍNICO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O EC de cuidados intensivos foi realizado entre dia 3 e 26 de outubro de 2022. Foram efetuados 13 turnos de 12 horas (manhã e noite), com mais meia hora de passagem de turno, e um turno de 8 horas, totalizando uma carga horária de 170 horas e 30 minutos.

Uma UCI destina-se à observação e tratamento da PSC, com patologias médicas e cirúrgicas, necessitando de monitorização e cuidados especializados e diferenciados (ACSS, 2013).

Segundo o descrito no Despacho n.º 4320/2013, a UCI é um serviço hospitalar heterogéneo com recursos humanos e materiais disponíveis para receber a PSC clinicamente instáveis e com situações clínicas complexas. Estas destacam-se por serem economicamente dispendiosas. As UCI podem ser categorizadas em três níveis de acordo com o nível de complexidade de cuidados prestados, ou seja, podem ser classificados com leitos de nível I, II e III, cuja complexidade aumenta de forma proporcional com os níveis.

A UCI onde foi realizado o EC era uma UCI que detinha leitos com os três níveis de complexidade. Era constituída por enfermeiros, médicos, com presença de um intensivista 24 horas, com acesso a meios de monitorização, diagnóstico e tratamento diferenciados, com resposta ao SU e restantes serviços da instituição, com exigente controlo contínuo da qualidade e protocolos de formação (Ribeiro et al., 2013).

Estava situada no 3.º andar, o mesmo que o bloco operatório e unidade de cuidados pós-anestésicos, estando estabelecido um fácil acesso a estes, como defendido pela ACSS (2013).

Também tinha um acesso facilitado ao SU e serviço de radiologia, embora estes se encontrassem no 1.º andar.

Era constituída por 8 leitos, podendo ser individualizados com biombos hospitalares, e um quarto de isolamento, com respetiva antecâmara, com pressão negativa. Imediatamente contíguo, encontra-se a unidade de cuidados intermédios, que não se encontrava em funcionamento.

No que diz respeito à estrutura física e seguindo as orientações da ACSS (2013), a UCI apresentava-se sob forma de *open space*, dotada de grandes janelas, com exposição solar considerável, permitindo uma vigilância contínua da PSC. Na zona central, detinha um balcão, onde se encontravam os computadores e ecrãs de monitorização da PSC, uma sala com cadeirões, armários e material de consulta bibliográfica, uma sala de alocação da medicação e material de preparação da mesma, uma sala de limpos e uma de sujos, uma arrecadação com roupa e uma com soroterapia. Dispunha de mais um quarto de isolamento e antecâmara, mas que era utilizado para arrumação de material, nomeadamente, máquinas de hemodiálise, dispositivos de oxigenoterapia nasal de alto fluxo (ONAF), dispositivos de ventilação não invasiva (VNI), monitor de índice bispectral, televisões, dispositivo para gasometrias, entre outros.

Exteriormente existia um largo corredor, que dava acesso à copa, ao armazém de material clínico, e armazém de material não clínico, a casas de banho, quarto do médico, vestiários femininos e masculinos, sala médica e sala do enfermeiro gestor, sala de reuniões/formações e sala dos serviços administrativos.

A equipa de enfermagem era composta por 29 enfermeiros, incluindo o enfermeiro gestor, especialista em EMC, um enfermeiro com a especialidade em enfermagem de reabilitação, 5 enfermeiros especialistas em EMC na área de especialização em enfermagem à PSC, e dos restantes elementos, 3 encontravam-se a realizar especialidade, nomeadamente, 2 em EMC, na área de especialização em enfermagem à PSC e um em enfermagem de reabilitação.

O enfermeiro gestor era quem realizava a distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais no turno. Os turnos eram constituídos por 4 elementos, mas o turno da manhã, contava normalmente com mais elementos, nomeadamente o enfermeiro gestor, o enfermeiro especialista em reabilitação, e um elemento que se encontrava em horário fixo.

Na ausência do enfermeiro gestor, era estabelecido um coordenador de turno. Esta seleção era realizada prioritariamente pelos EE e também era tido em consideração a experiência e perícia do profissional. A este era-lhe delegada as responsabilidades de gestão do serviço.

A dinâmica e metodologia de trabalho utilizada era o método de trabalho individual, cada enfermeiro era responsável pela totalidade dos cuidados à PSC que lhe estava distribuída, durante um turno. A organização do trabalho era estabelecida perante as necessidades da PSC centrando os cuidados na PSC e sua família (Silva, et al., 2021).

O rácio enfermeiro/PSC era habitualmente cumprido, relativamente ao que era preconizado pela OE, descrito no Regulamento n.º 743/2019. Assim para as unidades de nível III, ou seja, situações com maior complexidade de cuidados, o rácio era 1:1 e 2:1 ou no máximo 3:3, com unidades de menor grau de exigência de cuidados, nomeadamente nível I e II.

Apesar de não existir o número preconizado pela OE, na UCI, existia a preocupação, em que na maioria dos turnos, estivesse presente um EE em EMC.

A sobrevivência da PSC depende da eficácia da resposta à emergência, daí uma intervenção precoce e adequada poder diminuir a mortalidade e a morbilidade das PSC hospitalizados. Assim, a Direção Geral da Saúde (DGS) criou e implementou as Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalares (EEMI), que são constituídas por um médico e um enfermeiro com competências avançadas na abordagem à PSC (Despacho n.º 9639/2018, 2018). Segundo a *American Heart Association* (2020) as EEMI foram desenvolvidas de forma a garantir uma resposta adequada a estes eventos de deterioração fisiológica emergentes, que ocorrem dentro das unidades hospitalares.

A EEMI fazia parte da UCI, e eram os enfermeiros do serviço, que asseguram estes cuidados de emergência quando ativados. Normalmente ao enfermeiro distribuído para a EEMI, não lhe era atribuído nenhuma PSC, se fosse possível, ou pelo menos existia um cuidado reforçado, para que estivesse mais disponível. A escolha deste enfermeiro recaia na sua experiência profissional reconhecida e sempre que possível era um EE em EMC.

Por não existir unidade de cuidados intermédios, a UCI admitia PSC com a necessidade de cuidados intermédios. Os leitos 1, 2 e 3, eram normalmente atribuídos a PSC do foro cardíaco, que necessitassem de cuidados mais específicos e de monitorização contínua.

PSC do foro cardíaco que necessitassem de cateterismo, por exemplo, eram transferidos para outro hospital, por não existir unidade de hemodinâmica. Grandes traumatismos crânio encefálicos (TCE), também eram transferidos ou evacuados para outro hospital, por não existir a tempo inteiro a especialidade de neurocirurgia.

A UCI recebia também, pessoas com necessidades de cuidados pós-cirúrgicos instáveis da maioria das especialidades cirúrgicas, mesmo da neurocirurgia, quando existia presença física desta especialidade. Recebia pessoas provenientes do SU, dos serviços de internamento e evacuadas de outras ilhas.

O sistema informático que vigorava na UCI era o *BSimple*[®], onde constava o processo de enfermagem, as informações e prescrições médicas e os exames complementares de diagnóstico. O sistema informático *Glantt*[®] também era utilizado no hospital, pela grande maioria dos serviços. Na UCI, era utilizado apenas para consulta de informação médica e informação relativa ao decurso da PSC nos outros serviços. Era também através da *Glantt*[®] que se acedia a prescrições de análises clínicas, e impressão das respetivas etiquetas.

1.3 ENSINO CLÍNICO III – UNIDADE DE EVACUAÇÕES AÉREAS

O terceiro EC foi desenvolvido numa Unidade de Evacuações Aéreas, e foi elegido por se tratar de uma experiência clínica determinante em contexto de cuidados às PSC e por ser a área de interesse relativa ao transporte da PSC que foi desenvolvida no projeto de melhoria continua da qualidade, descrito na parte II deste relatório.

Este EC foi realizado em regime de prevenção, durante 21 dias, dos quais eram contabilizadas 12 horas, por dia, perfazendo assim uma carga horária total de 250 horas, que decorreram de 5 a 25 de janeiro de 2023.

O transporte da PSC é uma realidade muito frequente na prática diária de muitos enfermeiros, mas ainda mais o é, em contexto insular, devido às especificidades geográficas e limitações técnicas em algumas das ilhas, tornando imperioso a transferência/evacuação de PSC para uma unidade de saúde mais especializada. De forma a colmatar esta necessidade nasceu a UEA.

A UEA é responsável pelo processo de transporte e acompanhamento da PSC por via aérea, de uma unidade de saúde para outra, e desta para Portugal Continental. Esta unidade exerce a sua atividade em cooperação com a Base Aérea n.º 4, da Força Aérea Portuguesa (FAP).

Foi criada em 1995, regulamentada através do Despacho Normativo n.º 205/1995 (1995), altura em que foi protocolizado o transporte aéreo militar, sendo composta por uma equipa de evacuações, constituída por um médico e um enfermeiro. Esta estava organizada de forma a garantir um transporte célebre e seguro, da PSC.

Foram utilizadas essencialmente dois tipos de aeronaves:

- Asa fixa - O *EH-101 MERLIN*, que é um helicóptero, associado a mais ruído e turbulência, mas que aterriza em qualquer ilha e horário. Existem dois na Base n.º 4, disponíveis para as evacuações.

- Asa rotativa - O *EADS C-295M*, que é um avião, mais comodo e rápido, com maior capacidade de voo e maior altitude e que detém uma cabine pressurizada. Existe apenas um destacado para as evacuações.

Era usado também um avião, o *C-130H*, mais robusto e maior, que normalmente tinha função de transporte de carga, mas que já foi utilizado em algumas missões. Nas evacuações aéreas para Portugal Continental é utilizado o avião *C-295*, com equipa médica da UEA e também eram realizadas evacuações no avião *Falcon 50*. Este está sediado, sempre em Portugal Continental, e que faz o transporte da PSC, desde a ilha até ao Continente, trazendo equipa médica própria (FAP, 2023). A escolha da aeronave é da total responsabilidade da FAP, de acordo com as condições meteorológicas e horas de voo disponíveis.

A UEA está inserida no Departamento de Emergência da instituição central de saúde da Ilha. Dispõem de duas salas, ambas localizadas no SU. Uma das salas acomodava todo o material clínico e não clínico da UEA e um pequeno *stock* de material. Era nesta sala que se dava o encontro entre os profissionais, antes de cada evacuação.

A segunda sala continha uma incubadora, utilizada pela UEA, quando necessário transportar neonatais, e fardamento dos profissionais de saúde da mesma. Esta última sala era pouco utilizada e ainda se encontrava em fase de organização.

A UEA era constituída por 12 médicos de diferentes especialidades (medicina interna, cirurgia geral, anestesiologia e medicina intensiva) e 15 enfermeiros, que trabalham no SU, na UCI e no bloco operatório. A grande maioria detinha especialidade em EMC, apenas 4 eram enfermeiros generalistas. Faziam parte também, mais 4 enfermeiros com especialidade em saúde materna e obstetrícia, que eram ativados quando as PSC a transportar eram grávidas.

Relativamente às dotações seguras explanadas no Regulamento n.º 743/2019 da OE, a grande maioria dos transportes eram realizados por um EE em EMC na área de enfermagem à PSC e em transporte de grávidas/trabalho de parto ou puérperas era assegurado por um EE em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, cumprindo assim o preconizado.

Todos os elementos da UEA detinham formação em Suporte Avançado de Vida (adulto e pediátrico), Suporte Avançado de Trauma e curso de emergências obstétricas. Estas formações aliadas às competências técnicas e experiência profissional proporcionam uma equipa altamente diferenciada, embora fosse unanime, entre os elementos da equipa a carência de formação específica em transporte da PSC, assim como em fisiologia de voo.

Os profissionais eram distribuídos em turnos de 24 horas, em regime de prevenção. Quando era ativada uma evacuação aérea, estes eram ativados. O enfermeiro responsável/chefe era quem fazia a distribuição dos enfermeiros numa escala mensal.

A UEA estava organizada em duas equipas (A e B), em que a equipa A assegurava as evacuações entre as ilhas, de adultos e crianças e a equipa B garantia as evacuações inter-ilhas de grávidas, neonatais e as evacuações para Portugal Continental.

Na prática, uma evacuação aérea desencadeia-se da seguinte forma: o médico da USI, por exemplo, fazia o pedido da evacuação contactando o Médico Regulador (MR), que pertence ao Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros (SRPCB). Este após ter todas as informações e dados da PSC, avaliava e deliberava a realização do transporte e o local do destino. De acordo com o Despacho Normativo n.º 6/2014 (2014), do Serviço Regional de Saúde, sendo da responsabilidade do MR a decisão da realização, da evacuação, após análise da situação clínica da PSC; a definição do hospital de destino apropriado para a continuidade de cuidados; executar a comunicação entre todos os intervenientes do processo, transmitindo todas as informações relevantes e por fim estabelecer níveis de prioridade, caso existisse simultaneamente, mais que um pedido de evacuação aérea, com caráter de urgência.

Após a confirmação da evacuação pelo MR, um operador do SRPCB entrava em contato com o serviço de deslocações da PSC, sediado no hospital, que por sua vez geria o processo logístico e contactava os elementos da UEA. A equipa da UEA, deslocava-se à Instituição (em menos de 20 minutos), reunia o material necessário e era transportada até à Base Aérea n.º 4, onde eram escoltados pela polícia militar até à aeronave.

Em relação à unidade de saúde de destino, esta era definida de acordo com a especialidade requerida e área de abrangência, sendo que na maioria das vezes, as PSC eram transportadas para o SU, onde eram triadas e depois encaminhadas. A missão terminava apenas quando a equipa da UEA chegava novamente à instituição de origem.

Toda a informação correspondente à PSC e ao transporte (data, horas e locais, os intervenientes, os dados da PSC, os seus antecedentes pessoais, a história atual, a avaliação inicial, os parâmetros vitais, fármacos administrados e fluidoterapia, procedimentos, dispositivos invasivos, observações e intercorrências, entre outros) era registada na aplicação *Clappia*®, instalada em dois *tablets*. Regra geral os registos eram elaborados pelo médico, não existindo qualquer forma de registo de enfermagem.

Após o término do transporte, os dados eram submetidos e enviados por correio eletrónico interno, para os intervenientes no processo (habitualmente o médico e o enfermeiro que participaram no transporte, assim como para os profissionais que recebiam a PSC).

2. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O conceito de competência tem sido amplamente discutido e inúmeros autores tem-se dedicado ao estudo das competências. Le Boterf (2003) refere que competência é a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos numa situação complexa. É um saber-agir profissional, responsável e que requer saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades. Acrescenta ainda que a competência se situa ao nível de três eixos formados pela pessoa, pela formação e pela experiência profissional.

A OE define competência profissional, como sendo um fenómeno multidimensional complexo, definido pela capacidade de o enfermeiro praticar, de forma segura e eficaz, a sua responsabilidade profissional, utilizando a análise crítica e reflexiva na resolução de problemas, tomadas de decisão e habilidades essenciais à arte e ciência de enfermagem. Esta

formulou um perfil de competências que o enfermeiro de cuidados gerais deve deter, que está descrito no Regulamento n.º 190/2015 da OE.

De forma a acompanhar a evolução e inovação tecnológica, o aumento da idade média de vida, o aumento das exigências em saúde por parte da população, o aumento das pressões políticas, houve a necessidade de aumentar os conhecimentos, o raciocínio crítico, competências na resolução de problemas e na tomada de decisão, por parte dos enfermeiros e com isso, um desenvolvimento da profissão. Surgiu assim o EE e os cursos de especialização em diferentes áreas específicas, caracterizadas por diferentes competências, mas também por competências comuns entre EE.

Neste capítulo será realizada uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo dos EC e da aquisição e desenvolvimentos das competências comuns (Regulamento n.º 140/2019, da OE) do EE e das competências específicas do EE em EMC na área de especialização de Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018 da OE).

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns devem ser partilhadas por qualquer EE, independentemente da sua área de especialidade. Estas competências envolvem dimensões da educação das pessoas com necessidades de cuidados, formação de pares, orientação, aconselhamento, liderança, responsabilidade e investigação, com o objetivo da melhoria contínua. Os domínios das competências comuns são: responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Neste âmbito serão explorados cada um destes domínios de forma individual relatando a aquisição e/ou desenvolvimento de cada um.

2.1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A enfermagem é uma profissão autorregulada, sendo o seu exercício fundamentado por princípios éticos e deontológicos definidos no Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), que constitui um documento jurídico que discrimina deveres profissionais, e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). No intuito de prestar cuidados de

enfermagem de qualidade é fulcral a promoção da prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

De acordo com o CDE são princípios gerais, a responsabilidade profissional, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício na profissão e é de extrema importância a valorização e respeito dos valores e princípios éticos, da dignidade humana, a preservação da privacidade/intimidade e individualidade da pessoa, tal como a sua autonomia e liberdade, o respeito pelas suas crenças e valores, a confidencialidade da informação, a igualdade, a solidariedade, sentido de justiça e a promoção do conforto.

Consoante os contextos da prestação de cuidados, somos desafiados a indagar sobre diferentes aspetos ético-legais. A confidencialidade e respeito pelas crenças emergem de imediato e não podem ser transgredidos. Na mesma linha de ideias, aparece a privacidade, que é um direito de todo o ser humano. Sendo fundamental que sejam iniciados esforços para que a mesma não seja quebrada. Assim, emergem os profissionais de saúde, como elementos que devem demonstrar preocupação com a proteção da privacidade da pessoa com necessidade de cuidados (Bettinelli et al., 2010).

Um dos maiores desafios enfrentados foi relativo à privacidade/intimidade da PSC, que embora de formas distintas, surgiu em todos os EC. O espaço físico do SU e a sua afluência, assim como a imprevisibilidade e multiplicidade de condições de saúde foram fatores limitadores e condicionantes, para que se conseguisse proporcionar o melhor cuidado no que toca ao respeito pela privacidade.

Acresce ainda que, o SU é um local onde a prioridade está focada no rápido tratamento da doença, ficando a individualidade, a dignidade, os direitos, bem como as suas preferências, valores, crenças, costumes, privacidade/intimidade para segundo plano (Pupulim & Sawada, 2012).

À semelhança do SU, as condições vivenciadas na UEA também, não proporcionam condições de privacidade/intimidade ideais. Para além de o ambiente dentro da aeronave ser pouco controlado, era um espaço aberto e pouco confortável, onde se desenvolviam funções não só da equipa da UEA, mas também dos militares responsáveis pela aeronave.

Apesar de todas estas limitações, em todos os EC, houve o cuidado de ocultar as partes do corpo da PSC que se encontrassem desnecessariamente expostas, através da utilização de vestuário adequado, limitação de pessoas no serviço/quarto, a preocupação em fechar as portas dos quartos, utilizar as cortinas ou biombos. Para além de promover a privacidade PSC, estas intervenções aparentemente insignificantes, concorrem significativamente para o aumento do seu conforto.

No que diz respeito à UCI e apesar da estrutura física que lhe é característica, isto é, o recurso a um *open space*, era proporcionada privacidade e dignidade à PSC através de biombos estrategicamente posicionados.

Quando se fala em privacidade, não se fala apenas do respeito pela privacidade física da PSC, mas também da segurança da informação oral e escrita. O enfermeiro assume o dever de informar a PSC e família no que respeita aos cuidados de enfermagem, na procura pelo consentimento informado da PSC/família.

O consentimento informado, esclarecido e livre é uma manifestação de respeito pelo ser humano e pela sua autonomia, onde é reconhecida a sua capacidade de tomada de decisão sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos (Norma n.º 015/2013, 2013).

Na prestação de cuidados ao longo dos EC, este consentimento foi procurado e obtido, partindo, na maioria das vezes, de um diálogo informal, mas esclarecedor, através de uma linguagem calma, clara e acessível, dos procedimentos a realizar, de forma a que a PSC/família pudessem compreender, decidir e facultar a sua vontade.

No entanto, nem sempre era fácil a obtenção do consentimento informado, nomeadamente quando a PSC se encontra inconsciente ou desorientada e aqui prevaleciam os princípios da beneficência e não-maleficência, devendo ser priorizado o agir, considerando-se o consentimento presumido, não descurando da informação e esclarecimento aos familiares responsáveis (Norma n.º 015/2013, 2013).

É importante facilitar a presença da família, criando condições de privacidade, permitindo-lhes o espaço necessário, minimização de constrangimentos e facilidade na comunicação com o seu familiar que se encontra a carecer de cuidados. Era também importante procurar inteirá-los dos processos em curso. E neste aspeto, em cada EC, por exemplo, durante as visitas na

UCI, inicialmente existia um diálogo esclarecedor, e de seguida proporcionavam-se momentos privados entre a PSC e a sua família, só intervindo por solicitação destes.

Já durante o EC na UEA, em que se estava perante constantes situações de stresse e urgência, a família/cuidador tinham pouco contato com a PSC, mas a sua presença continua a ser importante na prestação de cuidados, especialmente para a PSC. Assim, procurou-se proporcionar pequenos momentos entre o familiar e a PSC, onde estes podiam partilhar momentos de toque, olhar ou a verbalização de algumas palavras.

Informar e transmitir informações do estado clínico da PSC à família é importante, assim como a transmissão de informação da PSC entre profissionais de saúde, nomeadamente durante a passagem de turno. Vivenciaram-se ao longo destes três EC diferentes perspetivas, que vão de encontro ao sigilo e também à privacidade e confidencialidade da informação.

No EC na UCI existiam dois momentos de transmissão de informação entre profissionais. Um deles era a passagem de turno dos enfermeiros, que era realizada junto ao balcão do serviço, resguardado das PSC internadas e o segundo era a passagem de turno da equipa médica, onde também havia a participação dos enfermeiros. Esta última realizava-se próximo da cama da PSC em questão.

A transmissão da informação de determinada PSC, entre a equipa da UEA e a equipa da unidade de saúde de origem, era realizada, na maioria das vezes, dentro de uma ambulância, junto da PSC, com muito ruído, o que podia conduzir a uma má interpretação da informação por parte desta, sobre a sua situação clínica.

É inquestionável a importância do momento da passagem de turno e existem vantagens na mesma junto das PSC, uma vez que a informação transmitida é associada à observação imediata da PSC, do número da cama e do local e não apenas receção abstrata da informação. Este tipo de atuação, concorre com os dispostos do artigo 86.º do CDE que contempla o respeito pela intimidade, bem como, o artigo 85.º do CDE do dever ao sigilo profissional (Lei n.º 156/2015, 2015).

Perspetivando sobre o momento de passagem de turno, e tendo em conta as vantagens e desvantagens de cada forma de a realizar, e atendendo que a PSC tem direito a receber toda a informação a ela respeitante, considera-se mais apropriado este momento realizar-se,

quando possível, num local, onde se possa observar a PSC, mas não exatamente próximo desta. Assim é possível, salvaguardar-se a privacidade e o sigilo, assim como minimizar uma interpretação de informação errada, por incompreensão dos termos e linguagem ou ruído externo.

De forma a contornar estes aspetos utilizaram-se estratégias como o afastamento, da unidade das PSC, adequação do tom de voz, bem como a não-verbalização de algumas informações transmitidas por escrito.

Ainda a propósito da adequação, ou não, da passagem de turno junto das PSC, a OE esclarece, através de um parecer do conselho jurisdicional, CJ/20 de 2001, que não existe um local ideal para a passagem de turno. O que poderá estar em causa, não será o local, propriamente dito, mas o conteúdo das informações transmitidas diante de terceiros. Esta pode ser realizada, num ou em vários espaços, de acordo com as características de cada contexto de trabalho, sendo a informação transmitida na presença da pessoa ou num gabinete de enfermagem. Acima de tudo há que salvaguardar os direitos das PSC, nomeadamente, no que respeita à privacidade e confidencialidade.

A responsabilidade profissional, ética e legal é uma competência comum ao enfermeiro generalista e ao EE. A grande aprendizagem ao longo destes EC, relativamente a esta competência, foram as diferenças entre estes dois profissionais. O EE para além de desenvolver a sua prática segundo as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, este supervisiona e garante que a equipa promove e desempenha os cuidados, garantindo a dignidade da PSC. Além disso, demonstra maior autonomia nas tomadas de decisão e não só participa destas, como orienta a equipa nesse sentido, avaliando todo o processo (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

2.1.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, deve-se ao compromisso com a inovação, criação e desenvolvimento de serviços e profissionais, que se pretende que sejam adequados à missão do hospital, de acordo com as necessidades legítimas e expectativas da população (Mezomo, 2001). Deve-se também ao facto, de hoje, existir uma população mais informada, mais seletiva, exigente, mais consciente dos seus direitos exigindo das

organizações de saúde, um investimento maior, tornando-as mais competitivas e qualificadas, dando respostas mais eficientes (Dias, 2014).

De acordo com o Despacho n.º 1400-A/2015, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo, e em todos os níveis de prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados.

A qualidade em saúde define-se como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional, que tem em conta os recursos disponíveis e alcança a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do mesmo (Despacho n.º 5613/2015, 2015). Ainda no mesmo Despacho, é referido que a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados, sendo um elemento fundamental da qualidade em saúde, no que respeita, à confiança dos cidadãos no sistema de saúde.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades (Despacho n.º 5613/2015, 2015).

O cumprimento destes pressupostos implica uma reflexão constante sobre as boas práticas a adotar, tendo em conta os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem criados em 2001, por uma maior qualidade dos cuidados prestados (Peres et al., 2020).

Ao longo dos EC e através de uma prática reflexiva, e de partilha entre os membros das equipas de enfermagem e enfermeiros orientadores, foram identificadas situações, que de alguma forma necessitavam de melhoria, tendo sido realizados esforços no sentido de as melhorar.

Como forma de contribuir para melhorar os conhecimentos dos profissionais, no SU foi desenvolvido um poster informativo, alusivo à preparação/montagem do material para a realização de Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF) (Apêndice I) contribuindo para a melhor performance dos enfermeiros, que referiram previamente dificuldades no desenvolvimento do procedimento.

Na UCI o contributo passou por realizar um exame neurológico modelo de forma a instruir a equipa de enfermagem relativamente ao procedimento (Apêndice II).

Ainda no que diz respeito ao desenvolvimento da competência de melhoria contínua da qualidade, no último EC, nomeadamente na UEA, o foco centrou-se na segurança e na qualidade do transporte inter-hospitalar da PSC.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM) (2023) defendem que, para a operacionalidade das suas recomendações no transporte da PSC, é fundamental cada instituição clarificar uma política formal sobre o transporte da PSC, a organização de equipas dedicadas de transporte (com treino específico e experiência regular), investir na formação e na implementação de programas de acompanhamento e auditoria do transporte da PSC. Neste contexto, era exetável a existência de auditorias e relatórios referentes aos transportes realizados pela UEA, auditorias estas, que de acordo com o Despacho Normativo n.º 6/2014 do Serviço Regional de Saúde, cabem ao diretor clínico ou a outro médico da instituição por si nomeado, não havendo referência ao intervalo de tempo em que estas auditorias devem ser realizadas. Contudo desconhecem-se resultados de eventuais auditorias que possam ter sido efetuadas e não são conhecidos projetos de melhoria contínua instituídos na UEA, aspeto que se considera como uma prioridade de intervenção de melhoria.

Também relacionado com a garantia da segurança da PSC durante o transporte inter-hospitalar está a qualificação e formação da equipa. Droogh, et al. (2015) referem que a incidência de complicações durante o processo de transporte é proporcional à duração deste, à gravidade da lesão antes do transporte e à inexperiência da equipa que transporta. Nesta linha de pensamento a SPCI e OM (2023) defendem que mesmo os profissionais habilitados a cuidar da PSC, deveriam fazer formação específica no transporte inter-hospitalar, recomendando formação em fisiologia de voo e regras de segurança no transporte aéreo. A *Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA)* (2015) e a *Intensive Care Society* (2001) acrescentam que equipas exclusivamente dedicadas ao transporte da PSC, melhoram os *outcomes*.

A formação exigida aos elementos da UEA, está alinhada às competências técnicas e experiência adquirida nos diversos contextos de trabalho. Apesar da experiência profissional

da equipa, a quantidade de elementos com formação em transporte da PSC e formação específica em transporte aéreo e fisiologia de voo é muito reduzida, não existindo plano de formação direcionada para estas vertentes.

É preconizado e defendido, nomeadamente a SPCI e OM (2023), que deve ser realizada uma avaliação prévia ao transporte, sendo que estes e o INEM tem tabelas com itens aos quais são atribuídos pontos em função do estado clínico da PSC ou risco previsível, que tem como objetivo definir as necessidades de recursos humanos, materiais e equipamentos. Existem também *checklists* de verificação para o transporte inter-hospitalar, que são importantes num correto planeamento do transporte minimizando os riscos desnecessários.

As *checklists*/listas de verificação permitem a padronização das ações e sistematização dos cuidados e com potencialidade na melhoria da qualidade destes, assim como a promoção do cuidado baseado na evidência, melhoria da comunicação, o uso apropriado de equipamentos, a minimização de erros e lapsos de memória, (Almeida et al., 2012; Williams, et al., 2019; Winters et al., 2009). Assim seria de grande importância a implementação deste tipo de procedimentos e documentos na UEA. A UEA aquando do EC, não utilizava nenhuma *checklist*. Considera-se de extrema importância a implementação e aplicação deste tipo de documentos, mesmo numa perspetiva de proteção legal dos profissionais envolvidos nos transportes inter-hospitalares.

Relativamente à formação das equipas de transporte, Fernandes et al. (2022) referem que a formação e treino específico direcionados para os desafios colocados nos transportes inter-hospitalares são uma oportunidade de crescimento profissional, além de se relevarem necessários para garantir a segurança da PSC transportada, evitando ainda a exposição da equipa a riscos durante o transporte.

Na grande maioria das vezes o ambiente em que é efetuado o transporte, na UEA, é hostil e tem riscos acrescidos, sem que a equipa tenha a formação adequada para atuar perante alguma intercorrência com a aeronave. São realizadas inúmeras horas de voo que sujeitam a equipa a riscos de turbulência, ruídos, e desgaste físico, sem períodos de descanso aceitáveis.

Relativamente a indicadores da qualidade dos cuidados de saúde, indubitavelmente é importante mencionar a prevenção de ocorrência de quedas e a taxa de incidência de úlceras por pressão. Ambas avaliadas através de escalas, respetivamente, a Escala de *Morse* e a Escala

de *Braden*. Esta última era aplicada tanto no SU como na UCI, já a Escala de *Morse* apenas era aplicada na UCI, tendo como explicação a não permanência das PSC mais de 7 dias no SU, aquando da próxima aplicação da escala, o que faz pouco sentido visto que a PSC pode apresentar risco de queda na sua admissão e no período em que se encontra internada.

Na UEA não eram aplicadas nenhuma das escalas, sendo um contexto a melhorar, especialmente no que se refere à escala de *Braden*, uma vez que existiram transportes mais longos, onde a vulnerabilidade da PSC exigia manter a mesma posição, nomeadamente decúbito dorsal. Todos estes fatores concorrem de forma significativa para o desenvolvimento de úlceras por pressão.

Neste domínio da melhoria contínua da qualidade, o EE não só deve participar em projetos de melhoria contínua da qualidade, como essencialmente deve tomar a iniciativa de os promover e implementar, estimulando os restantes profissionais de saúde a mudar comportamentos menos eficientes, assim como supervisionar o cumprimento da implementação dos mesmos.

Nos três EC foi perceptível o rigor dos profissionais de saúde, na qualidade dos cuidados que prestavam quer à PSC quer à família, mesmo quando existiam limitações ou obstáculos a serem contornados.

2.1.3 Domínio da Gestão de Cuidados

As competências no domínio da gestão de cuidados incluem gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, bem como adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Estas competências passam não só pela gestão de recursos humanos, como também pela gestão de equipamentos, instalações e materiais, assim como pela gestão dos próprios cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

No decorrer dos EC no SU e na UCI, foram observadas funções de gestor/coordenador dos serviços, tendo existido oportunidade de observar o desempenho de funções do enfermeiro coordenador de turno. Geralmente a função de coordenador de turno era delegada num EE, o que vai de encontro ao recomendado pela OE (2017), onde a atribuição da função de responsável de turno compete ao EE, enquanto profissional mais bem preparado e com

competências para a área da gestão. Todavia, na ausência deste ou inadequação à função, poderá ser designado um enfermeiro de cuidados gerais, desde que, comprovada a sua competência para a função.

Objetiva-se que enquanto coordenador de turno, além de desenvolver as suas competências na área da coordenação dos cuidados, tem de mobilizar competências de gestão, quer dos recursos humanos, quer de materiais. Das funções desenvolvidas pelo enfermeiro coordenador de turno, nestes serviços, salientam-se, a distribuição dos enfermeiros e assistentes operacionais, tendo em conta as especificidades das PSC, preparação dos enfermeiros, designação do elemento da EEMI, e coordenação na sala de emergência, com distribuição de EE nestes contextos mais específicos e complexos, cumprindo-se o preconizado no Parecer n.º 14/2018, da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC).

Fazem, também, parte das funções de coordenador, a reposição e revisão de *stock*, tanto de medicação, materiais consumíveis e não consumíveis, a verificação dos prazos de validade, realização de pedidos extraordinários, a supervisão da higiene e limpeza do serviço, tal como, verificação da sua operacionalidade e solicitação de reparação ou substituição de materiais. A gestão de conflitos e a substituição de elementos por ausência súbita de algum elemento da equipa, também integravam as funções do coordenador de turno.

Observou-se um cuidado, por parte destes, em assimilar as especificidades de cada PSC, de rever os seus processos e exames realizados, avaliá-los, participar em reuniões médicas e nas tomadas de decisão. O apoio e a supervisão da equipa de enfermagem na prestação de cuidados, originou reconhecimento manifestado pela procura para esclarecimento de dúvidas pelos pares e pela equipa multidisciplinar.

A grande maioria das funções acima descritas, pertencem ao enfermeiro gestor e durante o EC na UCI houve a oportunidade de o acompanhar.

Verificou-se a preocupação e as diferentes variáveis que eram atendidas para a construção de horários de trabalho (atender aos pedidos prévios dos colaboradores; distribuição equitativa dos especialistas por turnos) procurando manter a equipa satisfeita e motivada, promovendo a formação.

Santos e Miranda (2007) afirmam que as variáveis, liderança, motivação, comunicação, capacidade para lidar com conflitos, conhecimentos técnico-científicos e a ética, são fundamentais para obter a excelência dos cuidados, com base na competência profissional, na satisfação das PSC e no fortalecimento e desenvolvimento do sistema de prestação de cuidados. A liderança surge então como uma componente indissociável da gestão. O líder deve utilizar as suas competências para identificar as características do grupo e definir o estilo de liderança mais eficaz para a sua realidade.

A liderança está diretamente relacionada com a capacidade de inspirar e influenciar, os profissionais a estarem alinhados com os objetivos, missão, visão e valores da Instituição e do serviço. Um bom líder deve possuir competências comunicacionais, promover o trabalho em equipa, conhecer as habilidades e potencialidades da sua equipa e geri-las da melhor forma e ainda possuir competências para delegar a responsabilidade e autoridade (Silva et al., 2011).

A delegação de tarefas nos assistentes operacionais era também, uma forma de gestão dos cuidados no SU e na UCI. Tarefas como prestação de cuidados de higiene, administração de alimentação, controlo de diurese, entre outros, todos com a devida supervisão, de forma a garantir a qualidade dos mesmos.

A OE (2007) considera que o profissional de saúde tem a responsabilidade de maximizar a utilização dos recursos disponíveis, incluindo os recursos humanos e assegurar a apropriada delegação de tarefas. Refere também que o enfermeiro deve responsabilizar-se pelos atos que pratica ou delega, assegurando a qualidade e continuidade das atividades que delegou, baseado nos cinco certos: delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação certa e sob supervisão adequada.

O EC na UEA foi distinto no que diz respeito à gestão de cuidados, pois o enfermeiro trabalhava apenas com o médico, sendo responsável por todos os atos de enfermagem, na tomada de decisão desses atos e de toda a restante logística, principalmente no que diz respeito aos recursos materiais.

Neste posto de trabalho considera-se indubitavelmente, uma mais-valia, o EE na área da PSC, pois crescem-lhe competências para gerenciar e cuidar de forma eficaz e precisa, dentro das condições singulares e específicas que existem no transporte aéreo inter-hospitalar.

Através das atividades e reflexão realizadas neste domínio, adquiriu-se competências especializadas, que se evidenciaram na compreensão da importância da liderança e gestão dos recursos humanos e materiais na melhoria da qualidade e segurança.

2.1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens

A enfermagem deve pautar-se por uma constante atualização de conhecimentos, acompanhando a evolução técnico-científica. Cada um dos três EC contribuiu de uma forma ou de outra para o crescimento pessoal e profissional.

Os EC foram uma experiência inteiramente nova, uma vez que a atividade profissional é desenvolvida num serviço de urgência básica. Pela novidade das experiências, procurou-se desempenhar um papel ativo na procura de aprendizagens, de forma a vivenciar, integrar e incorporar o maior número de experiências, constituindo estas, uma oportunidade única no trajeto profissional, favorecendo o crescimento enquanto enfermeira e futura mestre.

Houve a constante necessidade de aquisição e atualização de conhecimentos através da pesquisa bibliográfica, de forma, a uma segura e fundamentada tomada de decisão. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019) é da responsabilidade do EE, realizar pesquisas bibliográficas de forma a melhorar a sua prática contínua, e utilizar a evidência recente na sua prestação de cuidados. Esta aquisição de conhecimentos, através de uma prática direta, contribuiu para a identificação mais rápida e precisa de focos de instabilidade, alterações fisiológicas inerentes a cada patologia, de forma a prevenir a ocorrência de complicações e a minimização de possíveis riscos que possam levar a uma possível falência orgânica.

Em enfermagem, a aprendizagem poderá ser o resultado da simbiose entre o profissional, o meio e o seu investimento e perante os conhecimentos adquiridos, pressupõe-se uma constante adaptação, renovação e enriquecimento. A necessidade de aquisição de novos saberes fundamenta e enriquece o desenvolvimento pessoal e profissional de todos os enfermeiros (Mostardinha, 2016).

Os trabalhos desenvolvidos ao longo dos EC, nomeadamente: os relatórios de estágio, os estudos de caso com a utilização de linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), os trabalhos desenvolvidos nos serviços para dar resposta a necessidades formativas identificadas no contexto, e o trabalho de investigação explanado, na segunda

parte deste documento, contribuíram de forma considerável para a obtenção desta competência. Realça-se os estudos de caso com utilização da linguagem CIPE, pois permitiram rever, aplicar e aprimorar conceitos e terminologias, contribuindo para uma linguagem profissional mais adequada e uniformizada.

Também durante o período de frequência da especialidade foi realizado, em contexto profissional a renovação do Curso de Suporte Avançado de Vida (ANEXO I) e o curso de Triagem de Manchester (ANEXO II). Mais se acrescenta, o exercício de funções na comissão de controlo de infeção do local de trabalho atual, foram atividades que contribuíram para a formação pessoal, mas também para a partilha de conhecimentos com os pares.

França (2013) defende que a excelência na enfermagem passa, indiscutivelmente por um trajeto profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, ancorado numa atitude crítica e reflexiva por parte dos mesmos. As necessidades e os cuidados prestados são cada vez mais complexos, pelo que é exigido aos enfermeiros uma elevada capacidade de flexibilidade e de ajuste às situações.

No que se refere às equipas de enfermagem, verificou-se a preocupação dos elementos e das próprias instituições, na participação dos seus profissionais, em formações de atualização institucionais e formações externas. Denotou-se também a partilha desses conhecimentos, especialmente dos EE, que não só se devem manter atualizados, mas também transmitir novos conhecimentos no seu local de trabalho, sendo uma referência para os seus pares.

Esta troca de conhecimento foi muito frequente, assim com a receptividade de todos e a orientação pelos enfermeiros orientadores e professores supervisores permitiu ultrapassar as dificuldades sentidas, possibilitando o desenvolvimento desta competência.

Destaca-se uma evolução na capacidade de raciocínio e tomada de decisão nos cuidados à PSC. De acordo com Gomes et al. (2017, p.23) “o enfermeiro especialista é aquele que aplica níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão, e assume o papel de prestador de cuidados, diferenciado.” Este papel advém não apenas da repetição de procedimentos, da vivência de situações, mas mais profundamente da racionalização e indagação das mesmas.

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O EE deve aprofundar conhecimentos e adquirir competências numa área específica da enfermagem, de forma a obter uma profunda compreensão da PSC e dos processos de saúde e doença dessa área de atuação.

Sendo a PSC “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” (Regulamento n.º 122/2011, 2011), o EE em EMC na Área de Enfermagem à PSC deve obter competências específicas em três domínios: cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

2.2.1 Domínio do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Os cuidados à PSC são altamente qualificados e contínuos, respondendo às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas, prevenindo complicações e limitando incapacidades (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Os três EC efetuados permitiram adquirir e desenvolver conhecimentos e competências no cuidado à PSC. Cada um, com as suas especificidades, onde houve contato com a PSC de forma e características diferentes, tanto pela pessoa cuidada, como pelas condições e particularidades do meio envolvente.

Apesar das singularidades inerentes a cada EC, há temáticas e situações transversais aos três EC, como é o caso da dor na PSC, que é considerada um dos principais focos dos cuidados de enfermagem e que é definida, como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (Raja et al., 2020, pág. 1976). Segundo Figueira et al. (2022) a dor é a queixa mais frequente pelo qual as pessoas recorrem ao SU. A OE (2009) solicitou que, independentemente da área onde exercem, os enfermeiros devem avaliar detalhadamente a dor, através de uma história minuciosa para que possam estabelecer um plano de intervenção individualizada, através da

utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, e obter uma gestão adequada da mesma.

Nos três EC houve o cuidado em procurar conhecer e entender todo o historial da PSC, nomeadamente antecedentes pessoais, história clínica atual, diagnósticos, intervenções/tratamentos e realizar avaliação detalhada da dor, nomeadamente: localização, qualidade, intensidade, duração e frequência, forma de comunicar a dor/expressões de dor, fatores de alívio e agravamento, sintomas associados, conhecimento/entendimento sobre a sua doença, implicações da dor nas atividades de vida diária, e o impacto emocional da dor. E através desta avaliação detalhada, tomar decisões sobre as estratégias a implementar.

“A avaliação da dor deve ser realizada em todos os turnos e sempre que se justifique; no início de um turno; 5-10 minutos antes de iniciar um procedimento doloroso; durante um procedimento doloroso; 15 minutos após o procedimento doloroso; e 30 minutos após a implementação de medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas” (SPCI, 2008 citada por Figueira, 2022, pág. 3).

Para a PSC internada numa UCI as causas de dor são inúmeras, quer pela gravidade do seu estado, quer pela quantidade de cuidados de enfermagem sistemáticos, procedimentos invasivos e pela presença de dispositivos terapêuticos (Batalha et al., 2013). Igualmente na PSC submetida a transporte inter-hospitalar, a dor pode aumentar, especialmente devido à turbulência e ao ambiente pouco controlado do transporte.

Na UCI, SU e UEA foram executadas intervenções autónomas (não farmacológicas) no alívio da dor, como: mobilização e posicionamento no leito, imobilização, aplicação de frio ou quente, massagem e/ou toque terapêutico, como forma de conforto e até a distração, com o objetivo de desviar a atenção da dor sentida.

Mais especificamente, durante evacuações aéreas, a imobilização da PSC à maca, de forma a minimizar os movimentos bruscos provocados pela aeronave ou mesmo pela ambulância, permitia que a PSC não sentisse um impacto tão grande, provocado pela movimentação e assim minimizar um aumento da intensidade de dor. No SU, foi possível vivenciar-se uma situação em que a distração acabou por ser uma intervenção eficaz. Uma PSC com queixas algicas exuberantes, aparentemente, tipo cólica renal, depois de administrada medicação analgésica, mantinha dor intensa. Após conversa informal sobre diversos temas do seu

interesse, conseguiu-se distanciar o seu pensamento da percepção algica, referindo melhorias significativas.

A prestação de cuidados à pessoa com dor engloba a avaliação, o controlo e o ensino (OE, 2008). De forma a avaliar a dor, o mais precisa possível, durante os EC, foram utilizadas escalas de avaliação da dor, nomeadamente a escala de faces, escala qualitativa, escala de avaliação numérica e a escala visual analógica, com regularidade e de forma sistemática, com maior incidência nas últimas duas. Especialmente no SU e na UEA eram partilhadas, as últimas duas escalas, com as PSC, de forma a se poderem autoavaliar.

A escolha dos instrumentos de avaliação, deve ter em conta, a idade, o tipo de dor, a situação clínica, as propriedades psicométricas, os critérios de interpretação, a facilidade de aplicação e a experiência de utilização pelo profissional de saúde (Figueira et al., 2022).

Todas as escalas acima referidas fazem parte da autoavaliação da dor, que deve ser privilegiada, mas importa referir que é também importante a heteroavaliação por parte do profissional de saúde, em algumas circunstâncias, podendo esta avaliação ser comportamental (onde são usados indicadores comportamentais) e composta (onde são utilizados indicadores comportamentais e fisiológicos) e implicam a observação direta da PSC. Os instrumentos de heteroavaliação utilizam-se quando a PSC não é capaz de comunicar a sua dor ou quando se observa uma discordância entre o resultado da avaliação e o comportamento da pessoa (Batalha, 2016; OE, 2008;).

Há que ter em conta que existem diversos fatores que podem influenciar a dor, a percepção e a comunicação desta, nomeadamente biológicos (genéticos/género), cognitivos, psicológicos e socioculturais e por isso os comportamentos associados à dor podem ser muito diversificados e por vezes pouco coerentes (Batalha, et al., 2013).

De salientar que a avaliação no SU, mais especificamente no posto de triagem foi um desafio. O Grupo Português de Triagem refere que a avaliação da dor em contexto de urgência exige perícia e treino (Oliveira, 2019).

Devido à natureza multidimensional da dor, surgem dificuldades na sua avaliação, como por exemplo, no posto de triagem, houve pessoas que foram questionados sobre a sua dor à qual referiam uma intensidade de 9 na escala de avaliação numérica, mas mantinham as suas

atividades de vida e muitas vezes sem apresentarem fáceis de dor ou desconforto. Perante esta situação e mantendo a premissa de que a dor é sempre aquela que a pessoa diz sentir, segundo a Circular Normativa n.º 09 de 2003, da DGS, há que ter em conta que estas podem sentir-se pressionados a dizer que sentem dor para justificar a sua ida ao SU, ou que a sua intensidade é mais elevada para serem classificados com uma prioridade superior, o que resultaria num tratamento mais rápido (Oliveira, 2019). Por tudo isto a observação direta da PSC complementada à aplicação de escalas de autoavaliação da dor, torna a sua avaliação mais precisa e real.

O EE deve estar desperto não só para esta problemática da dor sentida pela PSC, mas também para a dor emocional sentida pela família. Assim o EE deve assistir a PSC e a sua família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica. A família revela ser uma importante fonte de suporte por se encontrar intrinsecamente envolvida no processo (Condinho, 2015).

A comunicação com a PSC e família deve pautar-se por uma comunicação terapêutica, que segundo Sequeira (2014), é utilizada para apoiar, informar, educar e capacitar as pessoas da situação clínica. É usada para transmitir informações relacionadas com o estado de saúde da pessoa e responder de forma verbal e não verbal, com o objetivo de promover o bem-estar e melhorar a forma como a pessoa percebe a informação e os cuidados prestados, permitindo também estabelecer uma relação terapêutica.

Foram aplicadas as estratégias inerentes à comunicação terapêutica nos EC, através de linguagem clara, simples, com tom de voz adequado e de forma calma e assertiva, mantendo o contato visual e utilizando o toque, como elemento de conforto.

O sucesso da comunicação entre enfermeiro/PSC/família deve ser garantido, pelo que é importante que este conheça e utilize estratégias e técnicas mais adequadas a cada situação. Ao mudar de ambiente de prestação de cuidados, o enfermeiro também se defrontará com novos desafios relativos à comunicação.

Cada EC revelou barreiras à comunicação, nomeadamente no SU, por vezes caótico, o tempo era escasso para uma comunicação adequada e eficaz, tanto com a PSC como com a família. Em qualquer um dos EC foi possível cuidar de PSC ventilados, em que o estabelecimento de estratégias de comunicação eficazes foram um desafio. As mais utilizadas foram a linguagem

não-verbal, com gestos simples, utilização de sinais como apertar a mão, fechar os olhos, ou indicar de forma afirmativa ou negativa com a cabeça.

Relativamente ao EC na UEA, realizado dentro de ambulâncias e aeronaves, acresceram as dificuldades na comunicação, especificamente devido ao intenso ruído, à situação crítica da pessoa e ao ambiente pouco controlado e stressante em que se prestavam cuidados. A interação com a família mostrou ser um desafio nomeadamente dentro da aeronave, em que quando existia um momento mais tranquilo, este era aproveitado para o familiar interagir com a PSC, e com alguma dificuldade era-lhe transmitido, de forma resumida, o estado da PSC. E caso houve-se questões por parte do familiar, estas eram respondidas. Neste contexto era muito utilizado o toque, como forma de confortar e dar apoio ao familiar, uma vez que o barulho limitava muito a comunicação verbal.

Não menos importante, é a comunicação entre profissionais de saúde. Estima-se que cerca de 80% de erros médicos, dos quais são considerados graves, estão diretamente relacionados com falhas de comunicação entre cuidadores. Desses 80%, cerca de um em cada cinco PSC acabaram por sofrer um evento indesejável (Spooner, et al., 2016).

Esta deve seguir a lógica descrita no Regulamento n.º 14/2012 (2012), em que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança da pessoa, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações) e também a avaliação segundo a metodologia ABCDE, técnicas estas, que foram observadas em todos os EC.

A metodologia ABCDE também foi observada na sala de emergência, como forma de orientação na avaliação e nos registos. É uma nomenclatura que é reconhecida a nível internacional e que permite organizar o pensamento de forma a priorizar as intervenções, identificando e corrigindo para estabilizar as situações que colocam a PSC em risco iminente de vida (Smith & Bowden, 2017).

Tanto no SU, como na UCI existe um esforço, que é eficaz, das equipas de enfermagem para a transmissão completa e relevante da informação das PSC, sendo praconizada e existindo o cuidado de seguir uma lógica. Todo este rigor, mais evidente na UCI, permite que as passagens

de turno sejam momentos de aprendizagem, troca de ideias, reflexões e perpetuação de melhores cuidados.

Provavelmente um dos assuntos mais debatidos durante o EC na UEA, relacionou-se com deficiência de comunicação e troca de informação que existia entre os profissionais intervenientes numa evacuação aérea, especificamente, entre os profissionais de saúde da UEA e os das USI. Concluiu-se que era importante a equipa da UEA deter um maior conhecimento da situação clínica da PSC antes da chegada ao local, de forma a existir uma melhor preparação e adequação de materiais, com o objetivo de proporcionar os melhores cuidados à PSC transportada.

Assim, como forma de sugestão, deveria ser proporcionado uma maior proximidade entre os profissionais das várias instituições, sendo disponibilizado vias de comunicação eficazes, não só para a transmissão de informação relativa à PSC, mas também para orientações do acolhimento e do tratamento da PSC, evitando complicação e até custos em saúde desnecessários, nomeadamente, gasto de material ou mesmo evacuações que podem ser evitadas.

Decididamente, os três EC proporcionaram um vasto contato com as várias descompensações da PSC e/ou falência orgânica, destacando-se, o Enfarte Agudo do Miocárdio, Paragem Cardiorrespiratória (PCR), arritmias como bradicardia e traquicardia instáveis, AVC, insuficiência respiratória, tentativas de suicídio, politraumatizados, choque séptico, hemorrágico, rabdomiólise, pessoas com necessidade de cuidados no foro cirúrgico (neurocirurgia, nefrologia, cirurgia geral), com instabilidade e a necessitar de monitorização sistematizada, doença renal crónica de estádios elevados, falência multiorgânica a necessitar de hemodiafiltração venovenosa contínua, pessoas com VNI e ventilação invasiva (VI), perfuração de víscera oca, com hemoperitoneu, doença pulmonar obstrutiva crónica descompensada e agudizada, pneumotórax, hemorragia digestiva alta e baixa, derrame pleural, apendicite, perfuração por arma branca, com hemorragia ativa, acidose metabólica e respiratória, pancreatite aguda, patologias psiquiátricas e tentativas de suicídio, entre outras.

Houve oportunidades de observação, execução/apoio e desenvolvimento de técnicas como colaboração na colocação de linhas arteriais, cateteres venosos centrais e drenos torácicos e posteriormente a sua manutenção e monitorização contínua. Também a monitorização do

balanço hídrico, débitos urinários e quantificação de drenagens, realização de gasometrias e a sua interpretação, colaboração no ajuste de parâmetros ventilatórios em VNI e VI, observação e participação nas técnicas dialíticas, nomeadamente hemodiafiltração e realização de transporte intra-hospitalar, foram intervenções que foram possíveis de treinar. Destas, destaca-se a hemodiafiltração como momento de aprendizagem, uma vez que foi o primeiro contato com este procedimento. Os restantes momentos, apesar de ter existido contato prévio com as intervenções, foram um contributo indispensável, no desenvolvimento de conhecimentos e práticas. Para alguns destes contextos foi necessário desenvolver uma revisão bibliográfica e solicitar a orientação dos enfermeiros, que proporcionaram momentos de aprendizagem indispensáveis.

Por norma, é no posto de triagem que a pessoa tem o primeiro contacto com um profissional de saúde, neste caso o enfermeiro (Franco et al., 2018). De realçar que também sem experiência prévia, houve oportunidade de contactar com os fluxogramas referentes às VV (coronária, sépsis e AVC). Em modo de reflexão, reconhece-se a necessidade da experiência profissional, assim como um elevado grau de conhecimento e perspicácia, que o EE deve possuir, de forma a antecipar a instabilidade e o risco de falência, e a interpretar os sinais e sintomas mascarados pela comunicação verbal pouco coerente.

Em certos momentos, foi revelado alguma dificuldade em assumir a função nas equipas de enfermagem, mas na SE, em contexto de PCR, aspeto facilitado na equipa de reanimação, chefiada por um *team leader*, que coordenava todas as posições.

O trabalho em equipa colaborativo é uma das competências não técnicas mais importantes, em que se deve desenvolver aspetos como comunicação, definição de prioridades, autocontrolo, atitude positiva, capacidade de adaptação, reavaliação e antecipação de ações (INEM, 2012).

Outra experiência diferenciadora foi a participação na EEMI, pertencente à UCI. Foi uma das experiências em que foi possível observar a atuação do EE, único membro de enfermagem da equipa, tornando a gestão e a tomada de decisão um desafio e uma maior responsabilidade, implicando que este enfermeiro, estivesse dotado de experiência profissional, no que respeita à PSC e competências acrescidas nesta área. No transporte da PSC, geralmente foi outra

situação em que o EE interveio sem apoio de outros enfermeiros. Durante os EC houve o benefício de desenvolver competências no transporte intra e inter-hospitalar.

Tal como o nome indica o transporte intra-hospitalar realiza-se entre serviços do mesmo hospital, nomeadamente das SE para UCI, serviço de imagiologia, bloco operatório, entre outros (SPCI & OM, 2008). Foram nestas circunstâncias, transportadas PSC, durante os EC no SU e na UCI, inúmeras vezes, seguindo os protocolos existentes, relativamente a adequação dos recursos humanos e materiais. As experiências vividas neste tipo de transporte, foram essencialmente situações controladas, onde a pessoa se encontrava hemodinamicamente controlada.

Já no transporte inter-hospitalar, que é o transporte da PSC entre unidades não hospitalares ou hospitalares, com SU, unidades de diagnóstico e terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização da PSC (Lacerda, et al., 2011), experienciou-se contextos onde a PSC se encontrava com instabilidade homodinâmica.

Este é realizado sempre que há necessidade de mais recursos humanos, técnicos, diagnósticos, terapêuticos e de suporte avançado de vida, que não estão presentes no hospital de origem, sendo a inexistência de recursos a indicação principal para a transferência inter-hospitalar. Não é, contudo, excluída a possibilidade de transporte inter-hospitalar para a realização de exames complementares, não disponíveis no hospital de origem (Lacerda, et al., 2011).

Para a ANZCA (2015), o transporte da PSC deve ter o nível de cuidados pelo menos iguais ao do ponto de partida e deve preparar a PSC para a admissão no serviço de acolhimento. Lacerda et al. (2011) concorda, referindo que o transporte deve reproduzir a extensão do serviço de origem, tornando-o eficiente, sem expor a PSC a riscos desnecessários, evitando agravar ainda mais o seu estado clínico.

O transporte inter-hospitalar envolve três fases (decisão, planeamento e efetivação), das quais houve participação nas duas últimas. Na fase de planeamento, há a preparação e adequação do material necessário, segundo as características e situação clínica da PSC, realizadas essencialmente pelo enfermeiro.

Destaca-se, por exemplo, uma missão, da UEA, onde foram transportadas duas PSC, uma com um Enfarte Agudo do Miocárdio, com supra ST e o outro com pneumotórax extenso à direita, onde houve necessidade da equipa se deslocar à unidade de saúde de ilha (USI), e drenar o pneumotórax. Antes destes procedimentos, procedeu-se à preparação de todo o material necessário para a drenagem, e foi realizado um *pré-debriefing* sobre a situação, riscos inerentes, possíveis complicações e como as contornar. Uma das medidas antecipatórias foi comunicar à equipa da FAP a necessidade de voar a baixa altitude.

Antes da efetivação é primordial a estabilização da PSC e a SPCI e OM (2023), referem que no sentido de minimizar os riscos, a PSC deve ser previamente estabilizada na unidade de saúde de origem, devendo aí efetuar e antecipar as intervenções diagnósticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte.

Esta estabilização antes do transporte foi sempre efetuada, de forma a minimizar incidentes, durante o transporte, que é acompanhado do impacto fisiológico que exerce sobre a PSC, nomeadamente as mudanças fisiológicas, como a alteração nos gases, a altitude, a forças de aceleração e desaceleração, assim como a turbulência e o ruído, e o próprio espaço limitado (Bear et al. 2016).

Durante o transporte é imprescindível a monitorização contínua da PSC, a manutenção da via aérea e acessos venosos permeáveis, a necessidade de aumento da fração inspirada de oxigénio (FiO₂) e drenagem de espaços com gás. Se intubação endotraqueal, usar soro fisiológico no preenchimento do *cuff*. Não clampar drenos ou cateteres e recurso a bombas infusoras para controlo do ritmo de fluxo dos fluídos endovenosos. A trepidação, temperatura corporal da PSC, náuseas ou vómitos, também foram foco de atenção prévia, nomeadamente a administração de antieméticos.

Numa situação específica, a UEA foi ativada para o transporte de uma PSC com dificuldade respiratória, tiragem, cansaço fácil e dispneia, com baixas saturações de oxigénio, com necessidade de aporte oxigénio a altas concentrações, com acidose respiratória severa e já com alteração do estado de consciência. Esta tinha como antecedentes pessoais relevantes asma, obesidade e hipertensão arterial. A equipa da UEA decidiu que seria benéfico a sedação e entubação endotraqueal, antes do transporte, para maior estabilização da PSC. Após a entubação, houve diversas intercorrências, nomeadamente apresentou taquicardia

ventricular sem pulso, tendo revertido após choque. Manteve-se sempre alterações no padrão respiratório, com difícil adaptação ao ventilador, e conseqüentemente com oscilações importantes nos valores de saturação de oxigénio periférico.

Perante esta situação, houve uma divisão de tarefas entre os membros da equipa da UEA, liderados pelo médico, onde um dos enfermeiros assumiu a área ventilatória (A, B) e o outro a gestão da área de circulação e exposição (C, E), nomeadamente colocação de cateteres, administração de medicação e soroterapia, controlo de sinais vitais, e se necessário, manobras de ressuscitação cardíaca.

Apesar de não se encontrar completamente estabilizada da função respiratória e da função cardíaca, com taquicardia sinusal, decidiu-se proceder ao transporte da PSC, após consideração dos riscos e benefícios desta. Mesmo durante o transporte a PSC manteve instabilidade hemodinâmica, apresentando bradicardia com necessidade de administração de atropina e taquicardia (200 batimentos por minuto).

Toda esta instabilidade e stresse permitiram e o desenvolvimento de competências na área do transporte inter-hospitalar, nomeadamente no que diz respeito à segurança da PSC, com um planeamento adequado. Na efetivação, a apuração da tomada de decisão, especialmente em situação crítica para a pessoa.

Para se proceder a um transporte é necessário que o enfermeiro tenha um profundo conhecimento das condições clínicas da PSC, que seja realizada uma avaliação rigorosa e que tenha conhecimento sobre as condições de voo, nomeadamente fisiologia de voo. Para atuar neste tipo de ambiente, com recursos finitos, o enfermeiro deverá ter uma capacidade de adaptação e usar o melhor dos recursos disponíveis (Silva & Fernandes, 2020).

2.2.2 Domínio da dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

“Os cuidados à PSC podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362).

“Uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda da saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A

assistência à vítima de ser realizada de forma imediata” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362).

O INEM (2012) considera uma situação de exceção quando se verifica um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis.

Relativamente à catástrofe, a Proteção Civil refere ser um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais, humanos, afetando as condições socioeconómicas e de vida (Lei n.º 27/2006, 2006). Podemos ter catástrofes naturais, tecnológicas e sociais.

A enfermagem assume a linha da frente nestas situações, planeando e intervindo, especialmente o EE em EMC na área de enfermagem à PSC, dotado de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas, que de forma eficaz contribui na conceção de planos de catástrofe ou emergência, no planeamento da resposta e colabora na coordenação da equipa de enfermagem, em articulação com os restantes profissionais. Assim, evidencia-se o papel deste no planeamento, liderança e avaliação.

Reconhece-se a dificuldade em adquirir competências neste domínio, visto que a sua aquisição implica planear e participar em possíveis emergências, catástrofes ou situações de exceção, integrando uma equipa multidisciplinar. De forma a debelar esta lacuna, houve a preocupação e o cuidado em conhecer os planos de catástrofe das Instituições onde foram desenvolvidos EC.

No EC no SU o plano de catástrofe, datava de 2016 e carecia de uma atualização. Foi também explorado o carro de catástrofe, onde se encontravam as trouxas de catástrofe, com as pulseiras de identificação (vermelha, amarela e verde), fichas de triagem de catástrofe (com o respetivo local para registo dos cuidados prestados), canetas, autocolantes com cores para identificação das equipas). Não foram observados simulacros, mas através dos enfermeiros, obteve-se a informação que eram realizados com alguma frequência, mas mais direcionados para o contexto extra-hospitalar.

Os simulacros e a sua repetição, são uma mais-valia, uma vez que são ferramentas de aprendizagem e treino, em ambiente controlado, mas em cenários reais, permitindo a

existência de erro, para posteriormente serem ajustados mecanismos e estratégias de melhoria (Godinho, 2020).

Nos EC na UCI e UEA, realizados na mesma instituição, também foi observado o Plano de Emergência e Catástrofe Geral, não existindo planos específicos para a UCI ou a UEA.

No concerne à UEA, a função é a de evacuação de vítimas, em que são aumentadas as capacidades de transportar passageiros a bordo. Relativamente à UCI, acontecia tal como Sousa (2012) referiu, que a preparação para situações de catástrofe deve existir constantemente numa UCI, enquanto unidade integrada numa instituição, sendo que todos os elementos devem estar informados e ter formação sobre o plano e organização hospitalar na resposta à situação de exceção. Refere também, a importância da ampliação da mesma, com necessidade de critérios adaptados, e na utilização de recursos limitados que caracterizam a situação de exceção. Nessas situações são exigidos procedimentos, com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo uso dos recursos disponíveis.

O plano de emergência e catástrofe é um instrumento com grande importância e deve ser conhecido por todos os funcionários, de forma que o saibam implementar em situação de catástrofe. As instituições devem cumprir o preconizado pela Orientação n.º 007/2010, da DGS, relativa às formações recomendadas, nomeadamente a reação das equipas em caso de um alerta; gestão em situações de crise e formação de líderes em gestão de crise. E os EE de EMC na área de enfermagem à PSC, devem promover as mesmas formações nas suas equipas e transmitir os planos de emergência e catástrofe (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Apesar da aparente tranquilidade da era pós-pandémica que se vive atualmente, ainda se pode observar as alterações realizadas nos hospitais, uma vez que as vítimas assumiram números elevados, aos quais os serviços de saúde não estavam preparados. A Pandemia do vírus SARS-CoV-2 colocou uma enorme pressão sobre os sistemas de saúde em todo o mundo (Balghith et al., 2020).

Assim, no SU, houve necessidade de reorganizar a estrutura física e o próprio funcionamento do serviço, tendo sido estabelecida uma área para pessoas infetadas com SARS-CoV-2, ou possivelmente infetadas. Também a nível de fluxograma da triagem houve alterações, sendo

que as pessoas com sintomatologia específica eram encaminhadas para a área COVID-19. Esta reestruturação implicou um aumento dos recursos humanos e/ou das horas de trabalho.

A UCI também fez algumas transformações, essencialmente devido ao elevado número de pessoas infetadas, que se encontravam em estado crítico. Foi utilizada a ala referente à unidade de cuidados intermédios, para as alocar. No momento do EC, já não se encontrava em utilização, mas preparada para alguma eventualidade ou recidiva do número de casos.

Para Pereira (2018) o enfermeiro que presta cuidados numa situação de catástrofe deve estar dotado de conhecimento, competência e habilidades específicas que traduzem a emergência numa resposta sistematizada, integrada, rápida, ágil e eficaz. Reforça afirmando que para isso os procedimentos devem estar convenientemente preparados e treinados de forma a reduzir o impacto negativo neste tipo de situações.

2.2.3 Domínio da maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo adequado

As Infeções associadas ao Cuidados de Saúde (IACS), são infeções adquiridas pelas pessoas devido aos cuidados de saúde prestados e que também podem afetar os profissionais de saúde, durante a sua atividade profissional (DGS, 2007).

Constituem-se como um problema de saúde, uma vez que agravam o prognóstico da doença base, prolongando os internamentos, com consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários, associado ao aumento da morbilidade, mortalidade e consequentemente de custos (DGS, 2018).

A PSC encontra-se mais suscetível às IACS, não só devido ao seu estado débil, por vezes com baixa imunidade, mas também porque, regra geral, são submetidas a diversos procedimentos invasivos, que aumentam substancialmente a probabilidade de desenvolvimento de infeções. De forma a combater estas infeções, é utilizada uma carga de antimicrobianos, muitas vezes excessiva e por defeito, o que leva a uma resistência significativa dos microrganismos aos antimicrobianos.

Estes dois factos acima descritos, são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Nenhum país ou instituição prestadora de cuidados de saúde pode ignorar as

implicações destas infeções e seu impacto nas pessoas, nas unidades de saúde e na comunidade (Despacho n.º 10901/2022, 2022).

De forma a prevenir o desenvolvimento das IACS, foram desenvolvidas as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) e os Feixes de Intervenção, sendo estes últimos, documentos que devem ser implementados durante a prestação dos cuidados de saúde. Estes são diretrizes divulgadas pelas equipas de trabalho, de forma a sensibilizar para a importância do seu cumprimento.

As PBCI são boas práticas que devem ser adotadas e cumpridas pelos profissionais de saúde, de forma a minimizar o risco de infeção e a infeção cruzada, bem como, garantir a segurança das PSC, profissionais e restante comunidade, (DGS, 2018).

Nas instituições onde decorreram os EC, as comissões de controlo de infeção, englobadas no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), desenvolviam os protocolos de intervenção e zelavam pela sua implementação e cumprimento na prática clínica.

Como já referido anteriormente, o contexto de trabalho nos diferentes EC é bastante distinto e específico, o que leva também a formas diferentes de desenvolver as medidas na prevenção às IACS.

De acordo com Rocha (2001), no SU nem sempre é possível obedecer a práticas padronizadas e sistematizadas, podendo ocorrer a não obediência das normas de assepsia nos procedimentos necessários para garantir as funções vitais da PSC, conduzindo muitas vezes à ocorrência de infeções hospitalares. É também um espaço propício ao desenvolvimento de infeções devido à grande afluência de pessoas e por vezes devido ao stress da situação de urgência/emergência.

Durante o EC no SU foi identificado que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, não cumpriam as indicações protocoladas da instituição, relativamente ao equipamento de proteção individual (EPI), inclusive na área referente à pessoa com suspeita ou infetados com o SARS-CoV-2. Foi uma questão amplamente discutida e refletida com o enfermeiro orientador, tendo se colocado a hipótese de realização de formação em serviço relativamente à temática.

Chegou-se à conclusão de que tal situação acontecia não por falta de material ou conhecimento, provavelmente devido a fatores como a exaustão dos enfermeiros e ao número de horas extraordinárias executadas no SU.

Perante uma situação como esta, o EE em EMC na área de enfermagem à PSC deve estabelecer estratégias de melhoria contínua, neste caso, relativas ao cumprimento dos EPI, que poderiam passar por formações de reforço. Sendo este uma referência dentro da equipa, relativamente a esta temática, deve dar o exemplo e ser rigoroso no que respeita às PBCI. É também da competência deste, supervisionar o cumprimento dos procedimentos pelos seus pares, e assegurar que estes sejam estabelecidos e cumpridos (Regulamento n.º 429/2018,2018).

Apesar da opção tomada, considera-se que a formação contínua/em serviço é uma consolidação, partilha, reflexão crítica sobre os cuidados prestados, cuja meta é melhorar estes cuidados, promover e desenvolver os profissionais partindo das reais necessidades de cada serviço, de cada enfermeiro e de todos em geral. O reforço desta formação conduz à atualização, reflexão, uniformização de pensamentos e procedimentos, que posteriormente irão ter visibilidade nos contextos clínicos (Santos, 2008).

Destaca-se também a influência que a pressão dos pares pode exercer, de forma a agilizar determinado procedimento, não cumprindo a técnica asséptica da forma mais correta. Este é um aspeto em que o EE deve ser o elemento diferenciador, o exemplo a seguir pelos restantes elementos da equipa.

Como exemplo, descreve-se uma situação também vivenciada no SU, durante a inserção de um cateter vesical numa PSC. Foi preparado todo material e iniciou-se a técnica de forma asséptica e correta. Nessa altura, foi pedido pelos pares para alterar o procedimento, e de forma a agilizar todo o processo, mas ao mesmo tempo, defraudando a técnica correta, e assim expondo a PSC a risco de infeção.

Houve alguma hesitação, mas após rápida avaliação da situação, procedeu-se a realização da algaliação de forma correta e asséptica, pois assim a situação o permitia, e porque mais uma vez o EE deve ser modelo para os seus pares, e evidenciar uma prática responsável e baseada na evidência.

Relativamente ao contexto de UEA, a exigência do trabalho faz com que o exercício da prestação de cuidados de saúde seja realizado em locais pouco controlados, com pouco espaço, recursos finitos, com barreiras à comunicação, fatores causadores de stress e mal-estar. Torna-se ainda mais difícil a adequada realização das PBCI. Uma destas dificuldades é colmatada com a desinfeção com solução antisséptica de base alcoólica (SABA), que o próprio enfermeiro transporta, respeitando alguns dos momentos recomendados. Existiu, também, preocupação com o uso do EPI adequado consoante cada situação e com a desinfeção de todo o material utilizado após o término da missão, nomeadamente o monitor/desfibrilador, as seringas infusoras e lonas de transporte.

Em contrapartida, durante o EC desenvolvido na UCI, observou-se uma preocupação permanente, no cumprimento das normas e regras implementadas pelo PPCIRA, bastante incentivado pelo enfermeiro gestor, que proporcionava e fomentava a formação em serviço.

Foi possível observar o rigor que os profissionais assumiam neste serviço, desde fardamento disponível e exclusivo a este serviço, a utilização de batas e aventais de proteção, assim como tocas, máscaras e luvas. Havia a separação de lixo doméstico e contaminado, as técnicas assépticas eram realizadas com elevada assepsia. Relativamente à higienização do serviço, esta era assumida pelos assistentes operacionais, que garantiam a limpeza e desinfeção de todos os equipamentos, assim como da estrutura física do serviço. A supervisão desta função estava a cargo do enfermeiro gestor.

Toda a equipa estava bastante sensibilizada para uma eficiente lavagem e desinfeção das mãos, que cumpria os 5 momentos preconizados na norma n.º 007/2019. Existia também a preocupação de alertar as pessoas internadas, assim como os familiares, para a importância desta prática. As SABA para a higiene das mãos estavam disponíveis em número adequado e em locais apropriados e estratégicos.

Durante os EC procurou-se reconhecer as situações de risco, prestar cuidados em segurança, de acordo com os mecanismos de controlo de infeção e respeitando a técnica asséptica, sempre que necessária.

PARTE II – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO/AÇÃO

O projeto explanado na parte II deste documento trata-se de um projeto de melhoria contínua da qualidade, implementado em contexto laboral e desenvolvido no período de tempo entre fevereiro a junho de 2023.

Tem como temática o transporte inter-hospitalar da PSC, tema este, identificado pela equipa de enfermagem onde se desenvolveu o trabalho, como importante e prioritário de intervenção. Após identificação do tema e sua validação, foram desenhadas e implementadas estratégias de melhoria contínua, tendo sido posteriormente avaliada a satisfação dos enfermeiros relativamente às mesmas. Sabe-se que a insatisfação no trabalho acarreta consequências e prejuízos para a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Pelo que este estudo é importante por procurar melhorar áreas que os enfermeiros consideram como fator de insatisfação no trabalho. Este projeto será apresentado em formato artigo, elaborado sob as orientações de submissão da Revista Pensar em Enfermagem.

Desta forma, será exposto o *template* da revista referida.

**ARTIGO: CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA DURANTE O TRANSPORTE INTER-
HOSPITALAR**

Cuidados à Pessoa em Situação Crítica durante o Transporte Inter-hospitalar

Care for Persons in Critical Situations during Inter-hospital Transport

Ana Sofia Enes Reis ¹
orcid.org/0009-0004-9402-2266
 Cristina Raquel Batista Costeira ²
orcid.org/0000-0002-4648-355X

¹ Aluna do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da ESSLci – IPL, Leiria, Portugal.

² Professora Adjunta, CiTechCare; UICISA:E; ESSLci-IPL, Leiria, Portugal.

Resumo

Introdução

O transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica é uma intervenção médica realizada frequentemente em todo o mundo. A este tipo de transporte estão associados riscos e incidentes que muitas vezes podem ser evitados ou reduzidos, com um planeamento organizado, estruturado e antecipado. De alguns dos incidentes descritos, mais frequentes, estão as falhas na comunicação e no equipamento/material. É importante aplicar as boas práticas existentes e descritas sobre esta área, não só para minimizar carências de material, mas para aumentar a segurança da pessoa a ser transportada, assim como aumentar a satisfação dos profissionais de saúde no transporte inter-hospitalar.

Objetivos

Identificar fatores de insatisfação de enfermeiros de um serviço de urgência, relativamente aos cuidados de enfermagem, durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica; implementar estratégias dirigidas à insatisfação dos enfermeiros de forma a melhorar o processo de transferências inter-hospitalares; avaliar a satisfação dos enfermeiros após implementação das estratégias de melhoria contínua, nos cuidados à pessoa em situação crítica com necessidade de transporte inter-hospitalar.

Métodos

Trata-se de um estudo de investigação-ação, inserido num projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Foi projetado em três fases: Fase I – o diagnóstico de necessidades no transporte inter-hospitalar e definição de estratégias de melhoria contínua, nomeadamente a construção de uma folha de registos e a atualização do material que compõe a mala de apoio ao transporte inter-hospitalar e respetiva *checklist*. A fase II - implementação das estratégias de melhoria contínua definidas na fase I e na fase III - avaliação do efeito das estratégias de melhoria contínua implementadas através de um estudo descritivo que pretende avaliar a satisfação dos enfermeiros.

Amostra não probabilística intencional, composta por 26 enfermeiros de um serviço de urgência de uma unidade de saúde insular.

Recorreu-se a questionários eletrónicos realizados na plataforma *google forms*®.

Os dados foram analisados através do software SPSS®. Cumpridos pressupostos éticos.

Resultados

80,8% dos enfermeiros eram do sexo feminino e 19,2% masculino, com idades compreendidas entre os 24 e 61 anos e com uma média de $13,54 \pm 8,75$ anos de experiência profissional, onde apenas 11,5% detinham título de especialista. Quando questionados relativamente à preparação para realização de transportes, 38,5% referiu não se sentir preparado e 100% referiu que o transporte inter-hospitalar no serviço poderia ser melhorado, manifestando a sua insatisfação com o procedimento atual. 73% dos enfermeiros indicaram ser importante a construção da uma folha de registos de enfermagem e 57,7% foi de acordo com a atualização da mala de apoio ao transporte inter-hospitalar.

Autor de correspondência

Ana Sofia Enes Reis

E-mail: sofiareis14@hotmail.com

Recebido: 00.00.2023 (A preencher pela equipa editorial)

Aceite: 00.00.2023 (A preencher pela equipa editorial)



Após a implementação das estratégias de melhoria contínua 84,6% dos enfermeiros referiram que os riscos associados ao transporte diminuíram e 92,3% se sentia mais satisfeito com os cuidados prestados.

Conclusão

Este estudo veio reforçar alguns achados já verificados, como a importância de um adequado planeamento, apesar de terem sido apontadas dificuldades. Os enfermeiros desempenham um papel crucial na promoção da qualidade de cuidados através da identificação de situações de risco, bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados.

Palavras-chave

Transporte Inter-hospitalar; Pessoa em Situação Crítica; Enfermagem

Abstract

Introduction

Inter-hospital transport of a person in critical condition is a medical intervention frequently carried out around the world. This type of transport is associated with risks and incidents that can often be avoided or reduced, with organized, structured and advance planning. Some of the most frequent incidents described include failures in communication and equipment/material. It is important to apply existing and described good practices in this area, not only to minimize material shortages, but to increase the safety of the person being transported, as well as increasing the satisfaction of healthcare professionals in inter-hospital transport.

Objective

Identify factors of dissatisfaction among nurses in an emergency service regarding nursing care during inter-hospital transport of a person in a critical situation; implement strategies aimed at addressing nurses' dissatisfaction in order to improve the process of inter-hospital transfers; evaluate nurses' satisfaction after implementing continuous improvement strategies in a person in critical situation care requiring inter-hospital transport.

Methods

This is an action research study, part of a project to continuously improve the quality of nursing care. It was designed in three phases: Phase I – the diagnosis of needs in inter-hospital transport and definition of improvement strategies, namely the construction of a record sheet and the updating of the material that makes up the support bag for inter-hospital transport and respective checklist. Phase II - implementation of the continuous improvement strategies defined in phase I and phase III - evaluation of the effect of the continuous improvement strategies implemented through a descriptive study that aims to evaluate nurses' satisfaction.

Intentional non-probabilistic sample, composed of 26 nurses from an emergency service of an island health unit.

Electronic questionnaires were used using the Google Forms® platform.

Data were analyzed using SPSS software. Fulfilled ethical assumptions.

Results

80.8% of nurses were female and 19.2% male, aged between 24 and 61 years old and with an average of $13,538 \pm 8,746$ years of professional experience, where only 11.5% held a specialist title. When asked about preparation for transport, 38.5% said they did not feel prepared and 100% said that inter-hospital transport in the service could be improved. 73% of nurses indicated that it was important to create a nursing record sheet and 57.7% agreed with updating the support bag for inter-hospital transport. After implementing continuous improvement strategies 84.6% of nurses reported that the risks associated with transport had decreased and 92.3% felt more satisfied with the care provided.

Conclusion

This study reinforced some findings already verified, such as the importance of adequate planning, despite difficulties being highlighted. Nurses play a crucial role in promoting quality of care by identifying risk situations, as well as analyzing, proposing and applying solutions to the problems encountered.

Keywords

Inter-hospital transport; Person in critical condition; Nursing

Introdução

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) apresenta ameaça de falência ou eminência de falência orgânica/multiorgânica e

para sua sobrevivência, necessita de meios de vigilância, monitorização e tratamento/terapêutica avançados, de forma contínua¹, por apresentar instabilidade devido à sua capacidade de adaptação ou reserva fisiológica ser reduzida².

O transporte deste tipo de pessoas aumentou de forma significativa, não só a nível nacional, mas também mundial, devido à recente centralização dos serviços de saúde, nas grandes organizações hospitalares, geralmente nos grandes centros urbanos, relativo ao nível de tratamentos e diagnósticos, à falta de recursos humanos e materiais, por indisponibilidade de perícia médica e por questões financeiras (relação custo/benefício)^{3 4 5}.

Numa realidade insular, especificamente em ilhas, o transporte da PSC é uma situação frequente e que tem aumentado nos últimos anos⁶, essencialmente devido às suas características geográfica, de insularidade e da centralização dos serviços de saúde.

Assim, a principal indicação para o transporte da PSC, é a inexistência de recursos humanos e/ou técnicos na instituição de origem, para diagnosticar, tratar ou dar continuidade ao tratamento, ou para a realização de exames complementares de diagnóstico⁷.

Perante as situações descritas acima, recorre-se ao transporte inter-hospitalar, também denominado de transporte secundário, que consiste na transferência de pessoas, entre dois hospitais, ou instituições/unidades de saúde. Existe também o transporte primário ou transporte pré-hospitalar, que é realizado entre o local da ocorrência e a unidade de saúde e por fim, o transporte terciário ou transporte intra-hospitalar, que ocorre dentro da mesma instituição, entre serviços, por exemplo imagiologia, bloco operatório, entre outros⁸.

Qualquer uma das vias, terrestre, aérea e marítima, são utilizadas no transporte inter-hospitalar e todas elas são frequentemente utilizadas em regiões insulares⁹.

O transporte inter-hospitalar da PSC, objetiva um benefício para esta, contudo é um momento de acrescido risco, com a presença de instabilidade e vulnerabilidade, não só para a pessoa a ser transportada, mas também para os profissionais que a acompanham¹⁰.

O transporte inter-hospitalar envolve três fases: a Decisão, o Planeamento e a Efetivação. Borges et al. (2023)¹¹, sugere que as fases de planeamento e efetivação do transporte inter-hospitalar, sejam mais meticulosas e estruturadas, e onde deve existir uma melhor preparação da PSC e das condições do transporte.

A decisão de transportar a PSC é essencialmente médica, embora Cordeiro (2020), refira que o enfermeiro também deve assumir responsabilidade na tomada de decisão, atendendo ao risco e segurança da PSC. Nesta fase é sempre colocado em causa o custo-benefício do transporte. O planeamento é da responsabilidade da equipa que transporta, que deve ser criteriosamente selecionada e deve antecipar complicações, sendo necessário para isso, proceder a uma rigorosa preparação da PSC, avaliar adequadamente o tempo previsto, o tipo de transporte, a seleção e preparação dos equipamentos, materiais e terapêutica¹².

A fase de efetivação só termina quando a PSC é assumida no local de destino e após a transmissão de informação necessária à continuidade de cuidados. A comunicação é essencial para a segurança da PSC e deve ser clara e padronizada, obedecendo à metodologia ABDCE e à técnica de comunicação ISBAR¹³.

Sendo o enfermeiro, responsável pelo planeamento e efetivação do transporte inter-hospitalar, cabe-lhe atuar na promoção da segurança e prevenção de complicações, garantindo a qualidade e eficácia do transporte, atuando em medidas como preparação de todo o material e equipamento e/ou implementando instrumentos de comunicação e transmissão de informação, que deem segurança a que toda a informação essencial seja transmitida⁵.

Ao ser tomada a decisão de transportar a PSC, deve ser considerado que os cuidados prestados serão uma extensão dos cuidados da unidade de saúde de origem, como tal, o nível dos cuidados durante o transporte, deve ser mantido e nunca deve ser inferior ao verificado anteriormente, devendo ainda estar previsto a eventual necessidade de o elevar⁷.

Perante esta situação, várias instituições internacionais, tais como a Intensive Care Society, a Society of Critical Care, a American College of Critical Care Medicine, a Emergency Nurses Association, a European Society of Intensive Care Medicine, a Association of Critical Care Transport e a Australian and New Zealand College of Anaesthetists, tem se debruçado sobre este tema, no sentido de promover a qualidade e a segurança e conseqüentemente um conjunto de boas práticas, de forma a dar resposta às exigências deste tipo de transporte. Salientam a coordenação, comunicação pré-transporte, qualificação e treino dos profissionais, equipamento, monitorização, documentos padronizados, qualidade e segurança^{8 14}.

Também em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e a Ordem dos Médicos (OM), criaram em 1997, um conjunto de orientações, que foram atualizadas em 2008, e novamente no presente ano de 2023, por avanço dos cuidados e das preocupações verificadas durante o transporte desta natureza⁷.

Legalmente, o transporte de pessoas com necessidades de cuidados foi sendo atualizado ao longo dos anos. Inserido na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, 1990)¹⁵, posteriormente com o Decreto-Lei n.º 38/92¹⁶. Atualmente é regulamentado através do Despacho n.º 10109/2014¹⁷, que define o tipo de meios de emergência médica. A Portaria n.º 260/2014¹⁸, regula o transporte de doentes e o Despacho n.º 5058-D/2016¹⁹, define o Transporte Integrado do doente crítico²⁰.

Nas regiões autónomas, o transporte de pessoas é regulado pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 20/95/M²¹ e Decreto-Lei n.º 38/92, do Governo Regional e Ministério da Saúde, assim como pela Resolução do Concelho do Governo n.º 175/2020, que aprova o Regulamento do Serviço de Transportes Terrestre de Uentes e a Portaria n.º 2093/2020²² define as características dos equipamentos e dos veículos. Relativamente às evacuações aéreas, estão explanas e reguladas no Despacho Normativo n.º 6/2014²³ e na Circular Informativa n.º 12/2014²⁴. No que respeita, ao transporte de pessoas por via marítima e de acordo com a Direção Regional da Saúde (2020) este é equiparado ao transporte de ambulância.

Apesar de todas as diretrizes e orientações existentes, assim como legislação que deve ser aplicada, na atualidade não se verifica a sua implementação na totalidade, na vertente

prática, verificando-se assim, um compromisso da segurança da pessoa transportada²⁵.

A segurança é definida como a redução para um mínimo aceitável de danos, considerados desnecessários, relacionados com os cuidados de saúde²⁶.

Durante o transporte inter-hospitalar, a segurança pode ser comprometida por diversos fatores e existe uma percentagem significativa de incidentes. Lyphout et al. (2018), refere no seu estudo que o número de incidentes relatados foi de 16,7% e na sua análise a outros estudos, refere uma taxa de incidentes de 34% dos quais 70% podiam ter sido evitados²⁷.

No estudo de Borges et al. (2023) existiram intercorrências, sendo que destas, 38 corresponderam a intercorrências clínicas e 9 a intercorrências não clínicas. Outros estudos referem incidentes ou fatores que podem colocar a segurança da PSC em risco, nomeadamente trepidação, ruído, limitação do espaço, falhas nos equipamentos e materiais, assim como, falhas na comunicação e falta de formação na área do transporte da PSC^{10 28 14}.

Perante este panorama, o transporte inter-hospitalar da PSC é um momento muito delicado, e suscetível de despoletar preocupações, dificuldades, inquietações e stresse por parte dos profissionais de saúde²⁹. Esta realidade pode levar a um nível de insatisfação do profissional de saúde, face ao transporte da PSC e consequentemente à qualidade dos cuidados durante o mesmo.

Esta problemática constitui o ponto de partida para o presente estudo, onde se evidencia a importância de intervir numa preparação adequada e eficaz do transporte inter-hospitalar da PSC, para isso pretende-se:

- Identificar fatores de insatisfação, de enfermeiros de um serviço de urgência, relativamente aos cuidados de enfermagem, durante o transporte inter-hospitalar da PSC;
- Implementar estratégias dirigidas à insatisfação dos enfermeiros de forma a melhorar o processo de transferências inter-hospitalares;
- Avaliar a satisfação dos enfermeiros após implementação das estratégias de melhoria, nos cuidados à PSC com necessidade de transporte intra-hospitalar;

Métodos

Realizou-se um estudo de investigação-ação, inserido num projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Este foi desenvolvido entre os meses de fevereiro e maio de 2023. Foi projetado em três fases: Fase I – identificados os fatores de insatisfação dos enfermeiros no que diz respeito ao transporte inter-hospitalar da PSC, através de um estudo de diagnóstico que permitiu planear, e construir estratégias e ferramentas de melhoria, nomeadamente uma folha de registo completa e adaptada às especificidades do serviço (Apêndice III) e a atualização do material que compõem a mala de apoio no transporte inter-hospitalar da PSC (Apêndice IV). A fase II caracterizou-se pela implementação das estratégias/ferramentas de melhoria contínua, referidas

acima e por fim na Fase III, procedeu-se à avaliação da satisfação dos enfermeiros pela implementação e efeito das estratégias de melhoria desenvolvidas.

Participaram no estudo 26 enfermeiros a desenvolver funções num serviço de urgência de uma ilha Portuguesa.

Para participarem no estudo os enfermeiros teriam que obrigatoriamente exercer funções no serviço e realizarem pelo menos um transporte inter-hospitalar de PSC, durante o período do estudo, sendo excluídos todos os enfermeiros que não assinassem o consentimento informado ou desistissem de participar no estudo, manifestando essa vontade.

Os documentos de consentimento informado (Apêndice V), foram enviados, por correio eletrónico, fazendo parte integrante dos instrumentos de colheita de dados, sendo estes só disponibilizados mediante a autorização do consentimento.

Como instrumentos de colheita de dados foram construídos dois questionários eletrónicos e aplicados em dois momentos distintos.

Os questionários eletrónicos foram realizados na plataforma *google forms*® e enviados aos enfermeiros através de correio eletrónico profissional, após ter sido realizada divulgação do estudo no serviço e solicitada a participação dos enfermeiros.

O primeiro questionário (Apêndice VI) era composto por duas partes, em que a primeira solicitava dados sociodemográficos e profissionais e a segunda avaliava a satisfação relativa ao transporte inter-hospitalar da PSC e foi aplicado na primeira fase do projeto, num total de 14 questões.

O segundo questionário (Apêndice VII) apresentava uma parte que pretendia avaliar a satisfação dos enfermeiros com as intervenções implementadas e foi aplicada na fase III do projeto, com um total de 16 questões.

As questões, em ambos os questionários, poderiam ser de resposta dicotómicas (sim/não), do tipo *likert* com cinco possibilidades de resposta (1 – discordo totalmente; 2 – discordo; 3 – Não concordo/nem discordo; 4 – concordo; 5 – concordo totalmente), e questões de resposta aberta. De salientar que os questionários foram de caráter anónimo, com implementação de codificação alfanumérica. As estratégias implementadas na fase II foram justificadas pelos resultados obtidos na fase I do projeto. Foi desenvolvida uma atualização da mala de apoio ao transporte da PSC, adaptada às especificidades do serviço, e com suporte da bibliografia científica recente. Foi também, construída uma folha de registos de enfermagem sobre a forma de *checklist*, que teve como base de construção as particularidades do serviço e foi estruturada de acordo com a mnemónica ABDCE e na técnica ISBAR. Os dados foram analisados, através do software SPSS® versão 28 de 2021, com recurso a estatística descritiva. Em todas as fases do desenvolvimento do projeto de melhoria contínua da qualidade, foi respeitada a *checklist SQUIRE 2.0*, garantindo a qualidade da realização do estudo.

Foi obtido um parecer favorável de uma Comissão de ética (CE/.../55/2022 de 14/12/2022) (ANEXO III).

Resultados

Os enfermeiros tinham idades compreendidas entre os 24 e 61 anos com média de idades de $38,96 \pm 9,55$ anos, sendo que 80,8% eram do sexo feminino. Estes tinham $10,69 \pm 8,75$ anos de experiência profissional. Sendo que em média tem $10,69 \pm 10,20$ anos de experiência no serviço atual. Destes enfermeiros apenas 11,5% detinham título de especialista.

Os enfermeiros respondentes realizavam em média $10,69 \pm 4,22$ transportes inter-hospitalares por ano. Das transferências realizadas, em média $0,31 \pm 0,55$ eram acompanhadas por um profissional médico. Entre março e maio do corrente ano de 2023, período onde foram implementadas as estratégias de melhoria contínua da qualidade, cada enfermeiro realizou em média de $2,04 \pm 1,08$ transportes inter-hospitalares.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e profissionais da amostra.

Variáveis	mín.	máx.	M	s	n	%
Idade	24	61	38,96	9,552	26	100%
24 a 34 anos					11	42,31%
35 a 45 anos					9	34,61%
46 a 61 anos					6	23,07%
Sexo						
Feminino					21	80,8%
Masculino					5	19,2%
Anos Experiência Profissional	3	33	10,69	8,7463	26	100%
3 a 10 anos					13	50%
11 a 20 anos					9	34,61%
21 a 33 anos					4	15,38%
Anos de experiência profissional no serviço onde trabalha	1	33	10,69	10,205	26	100%
1 a 10 anos					16	61,54%
11 a 20 anos					6	23,08%
21 a 33 anos					4	15,38%
Título de especialista em enfermagem					26	100%
Sim					3	11,5%
Não					23	88,5%
Média de transportes realizados por ano	1	20	6,27	4,220	26	
Média de transporte realizados entre março e maio de 2023	1	4	2,04	1,076	26	

Legenda: M – Média; s – desvio padrão; n – número de observações

Quando questionados relativamente à sua preparação profissional nos transportes inter-hospitalares, antes da implementação das medidas, 38,5% referia não se sentir preparado e, portanto, insatisfeito, e após a implementação observou-se uma descida deste valor para 26,9%.

Antes e depois a implementação das medidas de melhoria contínua, a totalidade dos participantes (100%), era da opinião que o transporte inter-hospitalar da PSC no serviço, podia ser melhorado, evidenciando insatisfação com o processo.

Como estratégias de melhoria dos processos associados ao transporte inter-hospitalar, 73% selecionaram a construção de uma folha uniformizada e completa dos registos de enfermagem a utilizar no transporte inter-hospitalar. 76,9% consideraram ser importante a existência de um instrumento que permitisse calcular e definir os recursos humanos e materiais no transporte inter-hospitalar. 57,7% foram da opinião da reformulação do material existente na mala de apoio ao transporte inter-hospitalar e por fim, 96,2% dos enfermeiros concordaram sobre a necessidade de existir formação sobre os cuidados no transporte da PSC.

Em relação aos documentos para os registos de enfermagem relativos ao transporte inter-hospitalar da PSC, que vigoravam no serviço, 42,3% dos enfermeiros referiram corresponder às necessidades efetivas na transmissão de informação. Valor que melhorou (76,9%) após a implementação da nova folha de registos. Antes desta implementação os enfermeiros avaliaram e concordaram ($M= 4,04$ e $4,38$) que seria importante a existência de uma folha de registos mais completa e uniformizada e que seria uma estratégia eficiente. Em contrapartida existiam opiniões diversas relativamente a conseguirem transmitir toda a informação no momento da chegada ao destino, de uma forma eficaz e completa ($M= 3,62 \pm 0,80$).

Após a implementação desta folha de registos, os enfermeiros concordaram que esta veio contribuir para aumentar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem durante o transporte inter-hospitalar ($4,19 \pm 0,57$), como também contribuiu para estes se sentirem mais seguros na transmissão da informação ($4,19 \pm 0,57$) e considerarem que houve diminuição nas falhas de transmissão da informação ($4,12 \pm 0,59$).

Relativamente ao material/equipamento utilizado durante o transporte inter-hospitalar, os enfermeiros consideraram ($M= 4,38\pm s$) pertinente a atualização do equipamento/material constituinte da mala de apoio ao transporte inter-hospitalar, assim como a existência de uma *checklist* desse material. Por esse motivo foi realizada uma atualização da mala de apoio ao transporte inter-hospitalar. Quando questionados na fase III do projeto, uma $M=4,58\pm 0,50$, destes expressaram que passou a existir uma maior segurança para a PSC, assim como uma maior confiança por parte do enfermeiro na prestação dos cuidados de enfermagem ($M=4,54\pm 0,51$).

Antes da implementação das estratégias descritas, os enfermeiros referiram, em média ($2,88\pm 0,86$ [1-5]), sentir pouca segurança na prestação de cuidados de enfermagem durante o transporte inter-hospitalar, e que sentiam stresse durante este transporte, com uma $M=3,85\pm 0,93$ (1-5).

Após a implementação do projeto de melhoria contínua, 84,6% dos enfermeiros responderam que os riscos associados ao transporte inter-hospitalar da PSC diminuíram e 92,3% sentiam-se mais satisfeitos em todo o processo, embora 100% dos enfermeiros mantenha a opinião que o transporte inter-hospitalar da PSC pode ser melhorado.

Tabela 2. Perceção dos enfermeiros relativa à folha de registos de enfermagem antes e pós implementação de estratégia

Variáveis		mín	máx	M	s	%
Antes da implementação da folha de registos de enfermagem	Documentos de registos correspondem às necessidades de transmissão da informação					57,7%
	Considero que a existência de folha de registos mais completa e uniformizada uma estratégia eficiente	2	5	4,04	0,72	
	Consigo transmitir toda a informação de forma eficaz e completa	2	5	3,62	0,80	
Depois da implementação da folha de registos de enfermagem	Considero que a construção da folha de registos melhorou a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem	3	5	4,19	0,57	
	A folha de registos contribuiu para mais segurança na transmissão da informação do doente	3	5	4,19	0,57	
	Com a construção da folha de registos diminuíram as falhas na transmissão da informação	3	5	4,12	0,59	

Legenda: M – Média; s – desvio padrão

Tabela 3. Perceção dos enfermeiros relativa à reformulação da mala de apoio ao transporte inter-hospitalar.

Variáveis		mín	máx	M	s
Antes da reformulação da mala de apoio ao transporte inter-hospitalar	Acho pertinente uma atualização do equipamento/material que compõe a mala de apoio ao transporte inter-hospitalar de doentes	3	5	4,38	0,571
	Considero importante uma checklist relativa ao equipamento/material existente na mala de apoio ao transporte inter-hospitalar de doentes	3	5	4,38	0,571
	Ocorrem falhas no equipamento/material durante o transporte inter-hospitalar de doentes	1	5	3,62	0,941
Depois da reformulação da mala de apoio ao transporte inter-hospitalar	A reformulação da mala de apoio permite uma maior segurança para o doente durante a prestação dos cuidados de enfermagem	4	5	4,58	0,504
	A reformulação da mala de apoio ao transporte permite maior confiança por parte do enfermeiro na prestação dos cuidados de enfermagem	4	5	4,54	0,508

Legenda: M – Média; s – desvio padrão

Discussão

Os enfermeiros que participaram no estudo são maioritariamente do sexo feminino o que vai de encontro às estatísticas anuais da Ordem dos Enfermeiros (OE) de 2018, que indicam existirem mais enfermeiras que enfermeiros, inscritos efetivos e ativos³⁰.

Os resultados sugerem que os enfermeiros se sentem inseguros e pouco preparados na realização do transporte inter-hospitalar da PSC, referindo também stress e riscos aumentados, durante o processo, que podem ser explicados pelo facto de apenas existir apenas 3 enfermeiros especialistas (EE), pois a OE refere que o profissional mais habilitado para a realização de transporte da PSC deve ser preferencialmente o EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da PSC³¹. Também pode ser explicado, tendo em conta que vários autores descrevem que o transporte inter-hospitalar é um processo que por si só envolve riscos/incidentes acrescidos, especialmente quando se trata de uma PSC, com morbilidade e mortalidade aumentadas⁷.

Eiding et al. (2019) mencionou, que o transporte inter-hospitalar é caracterizado por stress, instabilidade, ansiedade e vulnerabilidade, e a Intensive Care Society (2019) referiu ainda existir um compromisso da segurança em contexto de transporte da PSC.

Outro fator que pode ser influenciador no que toca à insegurança e stress dos enfermeiros é o número reduzido de transportes que são acompanhados por um profissional médico, sendo que a SPCI e OM (2023) referem que a determinação da necessidade e composição da equipa de acompanhamento deve ser em função da instabilidade fisiológica e/ou que possa necessitar de intervenção emergente ou urgente.

Os enfermeiros inquiridos apontaram aspetos que deveriam ser melhorados relativamente ao transporte inter-hospitalar, nomeadamente a construção de uma folha de registos de enfermagem relativa ao transporte uniformizada e completa e a reformulação do material que compõe a mala de apoio ao transporte da PSC. A maioria referiu ainda que considerava uma estratégia eficiente a construção da folha de registos e que reconheciam ser pertinente a atualização da mala de apoio. Isto indica que os enfermeiros reconhecem falhas, que podem sugerir riscos/incidentes, e percebem focos de melhoria dos cuidados.

Relativo ao explanado acima, que vai ao encontro do defendido por vários autores que sublinham que a comunicação inadequada (carência/omissões das informações relativas à PSC) e falhas nos equipamentos e materiais são dos riscos/incidentes mais descritos^{32 33 34 28 35 14 36}. Também Pereira (2018), refere no seu estudo que o desconhecimento dos materiais e dos equipamentos e as falhas na

comunicação entre a equipa de transporte foram dos incidentes/ocorrências mais assinalados. Santos et al. (2019)³⁷ e Sousa et al. (2020)³⁸ também percecionaram como dificuldade a falha de comunicação entre equipas e foi a dificuldade mais relatada pelos participantes. Também a carência de recursos materiais foi relatada como dificuldade vivenciada pelos enfermeiros no transporte de pessoas em vários estudos: Alves (2021); Delgado (2018)³⁹ Ferreira et al. (2019).

Após a implementação das estratégias de melhoria contínua, nomeadamente a folha de registos e a reformulação da mala de apoio, a maioria dos enfermeiros referem sentir-se preparados e consideram ter aumentado a qualidade e segurança dos cuidados, reduzindo falhas e riscos, sendo que a maioria se encontra mais satisfeita com todo o processo do transporte inter-hospitalar. Seguindo a mesma linha de Talley et al. (2019)⁴⁰, concluíram que a implementação de um processo de transição de cuidados formal e padronizado, aumenta a perceção de segurança dos enfermeiros e melhora a transmissão de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, verificando-se uma melhoria da qualidade e quantidade dos processos de transferência. Estes mesmos autores referem que o uso de apontamentos escritos durante o processo de transição de cuidados fornece uma orientação no momento da passagem oral, ajudando a prevenir erros por omissão de informação.

No que diz respeito à mala de apoio os enfermeiros consideraram uma estratégia eficaz a sua atualização e adequação do equipamento de acordo com necessidades. Estudos anteriores evidenciaram que esta estratégia é uma solução eficaz, padronizada e adaptada à sua realidade, aumentando a segurança⁴¹. Ainda a ICS (2019) recomenda que no transporte da PSC deve existir uma mala de transporte com todo o material e equipamento necessários ao processo.

Relativamente ao aumento da satisfação dos enfermeiros pode ser explicada por Mota e Martins (2022)⁴², que afirmam que com a minimização dos riscos, uma adequada antecipação de complicações, e uma comunicação eficaz são formas de melhorar a qualidade do transporte.

Por fim, antes e depois do estudo, os enfermeiros mantiveram a opinião (100%) de que o processo de transporte inter-hospitalar pode ser melhorado no seu local de trabalho. Para além das intervenções implementadas, outras foram identificadas como sejam: formação em transporte da PSC, a existência de um protocolo institucional relativo aos procedimentos a realizar antes do transporte da PSC, a informatização da folha de registo. Mais especificamente, relativamente à formação dos profissionais em relação ao tema, a SPCI e OM (2023) recomendam que a formação específica em transporte seja promovida, e Gonçalves (2017)⁴³

refere que é também através desta formação específica que o enfermeiro vai conseguir responder às imposições do transporte inter-hospitalar e melhorar os resultados do mesmo.

Conclusão

O transporte inter-hospitalar da PSC é um momento de grande instabilidade, onde muitas vezes as complicações são imprevisíveis. Assim é relevante reforçar, que perante a imprevisibilidade associada ao transporte, se deve planear o melhor possível este momento, antevendo intercorrências.

O planeamento, a organização e a formação dos profissionais sobre transportes inter-hospitalares são de extrema importância, no sentido em que a atuação atempada e preventiva, evita complicações e imprevistos.

Aprimorar a comunicação, adequar os equipamentos utilizados, identificar e solucionar as intercorrências, minimizando os erros e aumentando a segurança, pareceram ser estratégias que são percecionadas com satisfação pelos enfermeiros, no que diz respeito ao processo de transferências inter-hospitalares.

Os projetos de melhoria contínua da qualidade são importantes para se repensar na ação e encabeçar estratégias de melhoria contínua, visando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, sendo estes capazes de interferir com níveis de satisfação dos enfermeiros.

Como limitações a este estudo é possível referir o escasso tempo entre a implementação das estratégias e a avaliação das mesmas, impedindo que alguns enfermeiros pudessem experienciar as estratégias e avaliar a sua aplicabilidade, o tamanho da amostra é também entendido como uma limitação. A resistência à mudança por parte de alguns dos elementos da equipa foi uma dificuldade, também verificada neste projeto, pelo que em estudos futuros se recomenda a implementação de estratégias motivacionais que possam envolver e estimular todos os participantes nos projetos de melhoria contínua da qualidade, nomeadamente os temas sugeridos por estes, como a formação relativa a este tema, que foi muito assinalada. Foram consideradas prioritárias as estratégias implementadas, também solicitadas pelos enfermeiros, mas visto se tratar de um projeto de melhoria contínua, será para continuar o investimento e a próxima estratégia será a formação.

Como estratégia de sustentabilidade pretende-se reavaliar anualmente a satisfação dos enfermeiros e promover novas estratégias como o caso da formação ou implementação de um score para determinação dos recursos materiais e humanos necessários para cada transporte, pretendendo-se abrir o projeto a outras classes profissionais envolvidas no processo como é o caso dos médicos.

Bibliografia

1. Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135/2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.
2. Pavão, S. (2021). Transporte do Doente Crítico. In N. Coimbra (Coord.). Em Enfermagem de Urgência e Emergência (pp. 98-106). Lidel.
3. Eiding, H., Kongsgaard, U., & Braarud, A. (2019). Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27, 1-9. doi:<https://doi.org/10.1186/s13049-019-0604-8>
4. Graça, A., Silva, N., Correia, T., & Martina, M. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(15), 133-148. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV17042>
5. Pereira, S. B. (2018). O transporte inter-hospitalar do doente crítico: documentação e continuidade de cuidados. [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório UM. Obtido de <https://hdl.handle.net/1822/56156>
6. Hospital Santo Espírito da Ilha Terceira. (2022). Evacuações Aéreas. Obtido de <https://cms.hseit.pt/evacuacoes-aereas-em-numeros>
7. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), & Ordem dos Médicos (OM). (2023). Transporte do Doentes Críticos Adultos: Recomendações 2023. Obtido de https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf
8. Cordeiro, A. (2020). A promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica: uma intervenção especializada de Enfermagem. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/37315>
9. Resolução n.º 175/2020 do Concelho do Governo. (2020). Diário da República: I série, n.º 97. Obtido de https://portal.azores.gov.pt/documents/37408/9865332/Resolu%C3%A7%C3%A3o+do+Conselho+do+Governo+n.%C2%BA+175-2020+de+30_junho_2020.pdf/8185505e-6b97-d80b-8a03-2c9421ef965b?t=1676390056504

10. Alves, F. J. (2021). Dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. Obtido de <http://hdl.handle.net/10198/23701>
11. Borges, B., Correia, T., & Martins, M. (2023). Intercorrências no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica. *Revista Servir*, 2(04), 1-12. doi:10.48492/servir0204.28388
12. Ferreira, P. D. A. R. (2022). Competências Especializadas no Cuidar do Doente Crítico: Do transporte terrestre às evacuações aéreas. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny. Repositório Comum. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/43711>
13. Norma n.º 001/2017 da Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
14. Wilson, E. M. (2018). Patient Transfers and Handoffs. *Journal of Emergency Nursing*, 44(5), 509-511. doi:10.1016/j.jen.2018.07.009
15. Lei n.º 48/90 da Assembleia da República. (1990). Diário da República: I série, n.º 195. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1990-34540475>
16. Decreto-Lei n.º 38/92 do Ministério da Saúde. (1992). Diário da República: I série, n.º 74/1992. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/1992/03/074a00/14861488.pdf>
17. Despacho n.º 10109/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II série, n.º 150. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/04-Despacho-10106-2014-de-6-de-agosto.pdf>
18. Portaria n.º 260/2014. (2014). dos Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Diário da República: I série, n.º 241/2014. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/260-2014-64797338>
19. Despacho n.º 5058-D/2016. (2016). do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República: II série, n.º 72/2016. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5058-d-2016-74146383>
20. Martins, F. C. S. (2020). Transporte do Doente Crítico: Construção e Validação de um Boletim de Acompanhamento do Doente no Transporte Secundário. [Dissertação de Mestrado, Politécnico de Leiria]. IC-Online. Obtido de <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/5800>
21. Decreto Regulamentar Regional n.º 20/95/M. (1995). do Governo Regional. Diário da República: I série, n.º 189/1995. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/1995/08/189b00/51535157.pdf>
22. Portaria n.º 2093/2020 (2020). da Secretaria Regional da Saúde e Secretaria Regional dos Transportes e Obras Públicas. Diário da República: II série, n.º 210. Obtido de <https://portal.azores.gov.pt/documents/37408/9865332/Portaria+n.%C2%BA+2093-2020+de+29+de+outubro+de+2020.pdf/480f8205-8d05-0fa9-be80-cb118293500b?t=1676390054846>
23. Despacho Normativo n.º 6/2014. (s.d.). da Secretaria Regional da Saúde da Região Autónoma dos Açores (2014). Diário da República: I Série, n.º 39/2014.
24. Circular Normativa n.º 12, Direção Regional Saude. (2014). Obtido de <https://portal.azores.gov.pt/documents/37408/9865332/Circular+Informativa+n.%C2%BA+12+de+31-03-2014.pdf/92de34ef-bb67-7312-0f84-c2421ab16639?t=1676390051890>
25. Intensive Care Society, & The faculty of Intensive Care Medicine. (2019). Guidance On: The Transfer of the Critically Ill Adult. Obtido de https://www.ficm.ac.uk/sites/ficm/files/documents/2021-10/Transfer_of_Critically_Ill_Adult.pdf
26. Organização Mundial da Saúde. (2009). Estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente. Relatório técnico. Obtido de Organização Mundial de Saúde. (2009). Estrutura concetual da classificação internacional
27. Lyphout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., & Bronselaer, K. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*, 36, 22-26. doi:10.1016/j.ienj.2017.07.008
28. Fernandes, A. F. D. (2019). Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uniformização de Procedimentos de Enfermagem num Serviço de Urgência. [Dissertação de Mestrado, Instituto

Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/29255>

29. Ferreira, C., Lisboa, C., Moreira, D., Sousa, G., Teixeira, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico: Representação Social dos Enfermeiros. *Revista de Investigação e Inovação em Saúde*, 2(2), 29-38. Obtido de [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/riis,+Artigo+final\(1\)NOVO.pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/riis,+Artigo+final(1)NOVO.pdf)

30. Ordem dos Enfermeiros. (2018). Balcão Único (31/12/2018). Estatística de Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf

31. Parecer n.º 09/2017. (s.d.). da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros.

32. Frost, E., Kihlgren, A., & Jaensson, M. (2019). Experience of physician and nurse specialists in Sweden undertaking long distance aeromedical transportation of critically ill patients: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 43, 79-83. doi:<http://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.11.004>

33. Geldenhuys, L., Wise, R., & Rodseth, R. (2020). The impact of a bundled intrahospital transfer protocol on the safety of critically ill patients in South African metropolitan hospital system. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 26(3), 139-148. doi:<http://doi.org/10.36303/SAJAA.2020.26.3.2343>

34. Karlsson, J., Eriksson, T., Lindahl, B., Schildmeijer, K., & Fridh, I. (2020). Critical care nurses lived experiences of interhospital intensive care unit-to-unit transfers: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 61, 1-7. doi:<http://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102923>

35. Nespereira, G. P., Cabadas, A. R., Leal, R. M. S., Rodríguez, P. J., & Broullón, D. A. R. G. A. (2020). Estudio retrospectivo de la seguridad en el traslado de los pacientes críticos tras aplicación de la metodología para la gestión de riesgo. *Revista Espanola de Anestesiología y Reanimación*, 67(3), 119-129. doi:<https://doi.org/10.1016/j.redar.2019.10.003>

36. Veiga, V. C., Postalli, N. F., Alvarisa, T. K., Travassos, P. P., Silva Vale, R. T., Oliveira, C. Z., &

Rojas, S. S. O. (2019). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), 15-20. doi:<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>

37. Santos, B. S., Bueno, C. K. S., Bizinelli, T. S. Q., & Ribeiro, E. R. (2019). A segurança no transporte do paciente crítico em ambiente intra-hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista Espaço para a Saúde*, 20(2), 90-101. doi:[10.22421/15177130-2019v20n2p90](https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n2p90)

38. Sousa, B.V.N., Teles, J. F., & Oliveira, E. F. (2020). Perfil, dificultades y particularidades en el trabajo de los profesionales de atención prehospitalaria móvil: una revisión integradora. *Revista Enfermería Actual*, 38, 1-16. Obtido de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/articloe/view/36082/41133>

39. Delgado, A. P. A. (2018). A telemedicina em Cabo Verde: Desafio de integração na rotina de prestação de cuidados e perspectivas de desenvolvimento. [Monografia de Licenciatura em Enfermagem, Universidade do Mindelo]. Obtido de <http://www.portaldoconhecimento.gov.v/>

40. Talley, D. A., Dunlap, E., Silverman, D., Katzer, S., Huffines, M., Dove, C., Tisherman, S. A. (2019). Improving postoperative handoff in a surgical intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 39(5), 13-21. doi:<https://doi.org/10.4037/ccn2019523>.

41. Zwanenberg, G. V., Dransfiel, M., & Juneja, R. (2016). A consensus to determine the ideal critical care transfer bag. *Journal of the Intensive Care Society*, 17(4), 332-340. doi:[10.1177/1751143716658912](https://doi.org/10.1177/1751143716658912)

42. Mota, O., & Martins, M. F. S. V. (2022). Dificuldades dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar em ambulâncias de suporte imediato de vida. *New Trends in Qualitative Research*, 13. doi:<https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e651>

43. Gonçalves, A. (2017). Competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo] Repositório Científico IPVC. Obtido de <https://hdl.handle.net/20.500.11960/1862>

CONCLUSÃO

A elaboração deste documento permitiu rever, repensar, refletir e avaliar a trajetória percorrida e as competências adquiridas e desenvolvidas, tanto ao longo dos EC, como nos trabalhos elaborados e na construção do projeto de melhoria contínua.

Os EC desenvolvidos, no SU, UCI e UEA permitiram experiências muito gratificantes, de grande aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional. Possibilitaram conhecer realidades distintas, algumas das quais sem qualquer contato prévio, assim como o aprofundamento de conhecimentos na área do transporte da PSC.

Em todos os EC, foram enfatizadas e desenvolvidas as competências do EE nos vários contextos de prestação de cuidados, através não só da prática, mas de reflexões e *debriefing* realizados frequentemente.

Foi realizada uma reflexão crítica sobre as competências comuns e específicas do EE em EMC na área de especialização em enfermagem à PSC, essencialmente baseada nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018.

Compreendeu-se quais as competências que tinham sido claramente desenvolvidas e identificado as que exigem ainda um maior investimento, como seja, a competência do domínio da gestão de cuidados, nomeadamente no domínio do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, por proporcionarem situações novas, ou pouco vivenciadas em contexto profissional, que exigem prática e pesquisa.

Todo este percurso, ao longo destes dois anos proporcionou um crescimento não só profissional, como pessoal e social. De forma global, desenvolveu-se uma visão sobre a PSC, mais pormenorizada, mais fundamentada, onde há uma maior perceção sobre todos os processos orgânicos que levam a um determinado estado clínico. O que permite um cuidar mais direcionado, mais eficiente e eficaz da PSC. Com isso o processo de tomada de decisão ficou mais sustentado e dirigido.

Os objetivos deste relatório foram assim alcançados e surge um novo objetivo que será integrar os novos conhecimentos e competências no local de trabalho, transmitindo-os aos

pares, promovendo mudança e maior qualidade dos cuidados de enfermagem, especialmente à PSC.

Por último, também é importante salientar os grandes desafios e dificuldades vivenciados e ultrapassados ao longo deste percurso académico, como o cansaço físico, mas essencialmente mental, na elaboração de todos os trabalhos solicitados em curto, período de tempo. Também a disponibilidade pessoal para a realização dos EC, especialmente devido à mudança de residência e ao mesmo tempo conciliar a vida pessoal e profissional. Mas em suma é possível depreender que chegada a esta etapa de vida, sem arrependimentos, e com a certeza que foi tomada a decisão certa e que os cuidados à PSC serão melhorados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos. 1-32. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- 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 fatores fisiológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 471-476. doi:<https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300024>
- Alves, A. S. T. A. . (2018). Transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica: percepção de segurança dos enfermeiros da ULSNA. *[Dissertação de Mestrado, Politécnico de Leiria]*. IC-Online. <http://hdl.handle.net/10400.8/3840>
- Alves, F. J. (2021). Dificuldades percebidas pelos enfermeiros durante o transporte do doente crítico. *[Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]*. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/23701>
- American Heart Association. (2020). Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association. https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf
- ANZCA. (2015). *Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. AAGBI Safety Guideline - Interhospital Transfer*. <https://anaesthetists.org/Home/Resources-publications/Guidelines/Interhospital-transfer-AAGBI-safety-guideline>
- Araújo, N. (2008). Ações Autônomas de Enfermagem Ganhos em Saúde. *[Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]*. *bdigital*. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/680/1/TESE.pdf>
- Avison.º 45/2021 da Ordem dos Enfermeiros. (2021). Diário da República: II Série, n.º 49/2021. <https://dre.pt/dre/detalhe/aviso/4511-2021-159219809>
- Balghith, M, Arifi, A.A, Ahmed, D.M, & Metwally, A.M. (2020). The impact of the Covid-19 Pandemic on the hospital management of TAVI patients: TAVI team thoughts and recomendations. 32(5), 11-15. doi:10.37616/2212-5043.1030
- Batalha, L. M. C. (2016). Avaliação da dor (Manual de estudo - Versão I). *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Manual%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20dor%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Manual%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20dor%20(2).pdf)
- Batalha, M.C., Figueiredo, A.M, Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale - Intubated Patient. *Revista Enfermagem Referência*. <https://doi.org/10.12707/RIII12108>, 9, 7-16.
- Beard, L, Lax, P, & Tindal, M. (2016). Efeitos Fisiológicos na transferência de pacientes críticos. *World Federation of Societies of Anaesthesiologists, Anaesthesia: Tutorial of the week*. <https://tutoriaisdeanestesia.paginas.ufsc.br/files/2016/06/330-Efeitos-fisio%C3%B3gicos-na-transferencia-de-pacientes-criticos.pdf>
- Bettinelli, L., Pomatti, D. & Brock, J. (2010). Invasão da Privacidade em Pacientes da UTI. Percepções de Profissionais. *Revista Bioethikos*, 4, 44-50.
- Blackman, V. S., Walrath, B. D., Reeves, L. K., Mora, A. G. , Maddry, J. K. , & Stockinger, Z. T. . (2018). En Route Care Provided by US Navy in Iraq and Afghanistan. *Critical Care Nurse*, 38(2), 1-6. doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2018630>

- Borges, B., Correia, T., & Martins, M. (2023). Intercorrências no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica. *Revista Servir*, 2(04), 1-12. doi:10.48492/servir0204.28388
- Carvalho, A.I.T. (2016). A Supervisão Clínica no Processo de Integração de Enfermeiros. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12851/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Ana%20Carvalho%20VERS%C3%83O%20DEFINITIVA.pdf
- Circular Normativa n.º 12, Direção Regional Saúde. (2014). <https://portal.azores.gov.pt/documents/37408/9865332/Circular+Informativa+n.%C2%BA+12+de+31-03-2014.pdf/92de34ef-bb67-7312-0f84-c2421ab16639?t=1676390051890>
- Condinho, N. A. (2015). Perceção dos Enfermeiros Face ao Processo e Utilidade da Implementação do Projeto Cuida com a Família [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da ESEnfC.
- Cordeiro, A. (2020). A promoção da segurança no transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica: uma intervenção especializada de Enfermagem. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. *Repositório Comum*. <http://hdl.handle.net/10400.26/37315>
- Cunha, C., Vieira, F., & Macedo, A. (2017). Compreender a Construção de Competências Profissionais: Um estudo no contexto do Estágio de Enfermagem. *Investigação Qualitativa em Educação*, 1, 186-195.
- Decreto Regulamentar Regional n.º 20/95/M. (1995). do Governo Regional. *Diário da República: I série, n.º 189/1995*. <https://files.dre.pt/1s/1995/08/189b00/51535157.pdf>
- Decreto-Lei n.º 38/92 do Ministério da Saúde. (1992). *Diário da República: I série, n.º 74/1992*. <https://files.dre.pt/1s/1992/03/074a00/14861488.pdf>
- Decreto-Lei n.º 38/92 do Ministério da Saúde. (1992). *Diário da República: I série, n.º 74/1992*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/38-1992-187932>
- Delgado, A. P. A. (2018). A telemedicina em Cabo Verde: Desafio de integração na rotina de prestação de cuidados e perspetivas de desenvolvimento. [Monografia de Licenciatura em Enfermagem, Universidade do Mindelo]. <http://www.portaldoconhecimento.gov.vj/>
- Despacho n.º 10109/2014 do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República: II série, n.º 150*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/04-Despacho-10106-2014-de-6-de-agosto.pdf>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República: II Série, n.º 153/2014*.
- Despacho n.º 10901/2022, Direção Regional da Saúde. (2017). *Diário da República: II Série, n.º 174/2022*. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Despacho n.º 1400-A/2015. (s.d.). do Ministério da Saúde. *Diário da República: II Série, n.º 28/2015*.
- Despacho n.º 4320/2013 do Ministério da Saúde. (s.d.). *Diário da República: II Série, n.º 59/2013*. <https://files.dre.pt/2s/2013/03/059000000/1042510426.pdf>
- Despacho n.º 5058-D/2016. (2016). do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República: II série, n.º 72/2016*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5058-d-2016-74146383>
- Despacho n.º 9390/2021. (2021). do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República: II Série, n.º 187/2021*. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho n.º 9639/2018 do Secretário da Saúde. (s.d.). *Diário da República: II Série, n.º 198/2018*. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9639-2018-116654166>
- Despacho n.º 727/2007 do Ministério da Saúde. (2007). *Diário da República: II Série, n.º 10/2007*.

- Despacho nº 5613/2015 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República: II Série, nº 102/2015 . files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf.
- Despacho Normativo n.º 11/2002. (s.d.). do Ministério da Saúde. *Diário da República: I Série B, n.º 55/2002*. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>
- Despacho Normativo n.º 205/1995. (s.d.). da Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social da Região Autónoma dos Açores (1995). *Diário da República: I Série, n.º 37/1995*.
- Despacho Normativo n.º 6/2014. (s.d.). da Secretaria Regional da Saúde da Região Autónoma dos Açores (2014). *Diário da República: I Série, n.º 39/2014*.
- Dias, L. (2014). Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Um Modelo Construtivo no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*, 2, 39-40.
- Direção Geral da Saúde. (2018). *Infeções e Resistência aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário*. arscentro.min-saude.pt/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf.
- Direção Regional da Saúde . (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático a intensidade da dor. *Circular Normativa Nº 09/DGCG*.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Droogh, J. S. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Critical Care*. doi:10.1186/s13054-015.0749-4
- Eiding, H., Kongsgaard, U., & Braarud, A. (2019). Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27, 1-9. doi:<https://doi.org/10.1186/s13049-019-0604-8>
- ESSLei, C.-c. (2018). Guia de elaboração de trabalhos académicos - Manual de Referências para a elaboração de trabalhos académicos na ESSLei. *Pdf*.
- Fernandes, A. F. D. (2019). Transporte Secundário da Pessoa em Situação Crítica: Uniformização de Procedimentos de Enfermagem num Serviço de Urgência. *[Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]*. *Repositório Comum*. <http://hdl.handle.net/10400.26/29255>
- Fernandes, E. I. (2022). Assistência de enfermagem durante o transporte inter-hospitalar do doente em estado crítico: Revisão . *Millenium*, 151-167.
- Ferreira, C., Lisboa, C., Moreira, D., Sousa, G., Teixeira, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico: Representação Social dos Enfermeiros. *Revista de Investigação e Inovação em Saúde*, 2(2), 29-38. file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/riis,+Artigo+final(1)NOVO.pdf
- Ferreira, P. D. A. R. (2022). Competências Especializadas no Cuidar do Doente Crítico: Do transporte terrestre às evacuações aéreas. *[Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]*. *Repositório Comum*. <http://hdl.handle.net/10400.26/43711>
- Figueira, A. I. R., Amaral, G. M. M. S., & Carmo, T. I. G. (2022). A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: um estudo transversal. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1), 1-13. doi:<https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2712>
- Filho, J. P. S., Reis, R. P., Barbosa, D. F. R. , Lima, A. L. , Gomes, M. P., Bezerra, D. G., . . . Santos, M. R. (2020). Transporte de pacientes críticos: a visão do enfermeiro. *Revista Eletrónica Acervo Enfermagem*, 5. doi:<http://doi.org/10.25248/reaenf.e4336.2020>

- Força Aérea Portuguesa. (2023). <https://www.emfa.pt/aeronaves>
- França, M. (2013). Enfermeiros na Excelência de Supervisão Clínica de Novos Profissionais: Adversidades e Estratégias. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
- Franco, B, Busin, L, Chianca, T.C.M, Moraes, V.M, Pires,A.U.B, & Lucena, A.F. (2018). Associação entre discriminadores do sistema de Manchester e diagnósticos de Enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, 1-10. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0131>
- Freitas, M.J.B.S. (2015). Dotação Segura para a Prática de Enfermagem: Um Contributo para a Gestão de Unidades de Saúde. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20702/1/101479182.pdf>
- Frost, E., Kihlgren, A., & Jaensson, M. (2019). Experience of physician and nurse specialists in Sweden undertaking long distance aeromedical transportation of critically ill patients: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 43, 79-83. doi:<http://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.11.004>
- Geldenhuys, L., Wise, R., & Rodseth, R. (2020). The impact of a bundled intrahospital transfer protocol on the safety of critically ill patients in South African metropolitan hospital system. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 26(3), 139-148. doi:<http://doi.org/10.36303/SAJAA.2020.26.3.2343>
- Godinho, C. S. S. L. (2020). Aprendizagem em simulacros e a aquisição de competências na gestão de catástrofes. [Tese de Doutoramento, Universidade Europeia]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36677/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Doutoramento%20em%20Gest%C3%A3o%20-%20C%C3%A1tia%20Godinho.pdf>
- Gomes, B.N, Preto, L.S.R., & Brás, M.A.M. (2017). Percepções dos enfermeiros especialistas em reabilitação relativamente à sua autonomia para prescrever [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. *Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança*. <http://hdl.handle.net/10198/18018>.
- Gonçalves, A. (2017). Competências do enfermeiro no transporte inter hospitalar de doentes críticos. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo] *Repositório Científico IPVC*. <https://hdl.handle.net/20.500.11960/1862>
- Graça, A., Silva, N., Correia, T., & Martina, M. (2017). Transporte inter hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(15), 133-148. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV17042>
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando (2ª edição)*. BMJPublishing Group.
- Hospital Divino Espírito Santo. (2011). Regulamento Interno do Serviço de Urgência.
- Hospital Santo Espírito da Ilha Terceira. (2022). *Evacuações Aereas*. <https://cms.hseit.pt/evacuacoes-aereas-em-numeros>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Situaçã de Exceção - Manual de TAS*. inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situaçao-de-Excecao.pdf.
- Intensive Care Society, & The faculty of Intensive Care Medicine. (2019). Guidance On: The Transfer of the Critically Ill Adult. https://www.ficm.ac.uk/sites/ficm/files/documents/2021-10/Transfer_of_Critically_Ill_Adult.pdf
- Intensive Care Society. (2001). *Guidelines for the transport of the critically ill adult - Standarts and guidelines*. <https://static1.squarespace.com/static/595276205016a1a5826a3dee/t/59cb93baf09ca4f1e7f8eb2f/1506513856050/Transport+of+Critically+Ill+Adults+2011.pdf>

- Karlsson, J., Eriksson, T., Lindahl, B., Schildmeijer, K., & Fridh, I. (s.d.). Critical care nurses lived experiences of interhospital intensive care unit-to-unit transfers: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 61, 1-7. doi:<http://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102923>
- Lacerda, M. A. (2011). Transporte de pacientes: intra-hospitalar e inter-hospitalar. *Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Curso de Educação à Distância em Anestesiologia*, 106-123.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais* (3ª Edição ed.). Artmed Editora SA.
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República: I Série, n.º181/2015. <dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>.
- Lei n.º 27/2006 da Assembleia da República. (2006). Diário da República: I Série, n.º 126/2006. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/27-2006-537862>
- Lei n.º 48/90 da Assembleia da República. (1990). Diário da República: I série, n.º 195. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1990-34540475>
- Lyp hout, C., Bergs, J., Stockman, W., Deschilder, K., Duchatelet, C., Desruelles, D., & Bronselaer, K. (2018). Patient safety incidents during interhospital transport of patients: A prospective analysis. *International Emergency Nursing*, 36, 22-26. doi:10.1016/j.ienj.2017.07.008
- Martins, F. C. S. (2020). Transporte do Doente Crítico: Construção e Validação de um Boletim de Acompanhamento do Doente no Transporte Secundário. [Dissertação de Mestrado, Politécnico de Leiria]. IC-Online. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/5800>
- Matias, A. R. C., & Sá, F. L. F. R. G. (2022). Intervenções da equipe multidisciplinar no transporte de pacientes em estado crítico: revisão sistemática de métodos mistos. *Escola Anna Nery*, 26, 1-10. doi:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0452pt>
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil: Editora: Manole Lda.
- Mostardinha, A. (2016). A Díade Educação/Formação contínua e Práticas de Enfermagem no contexto de Supervisão Clínica. *Revista Nursing*. <http://www.nursing.pt/a-diade-educacaoformacao-continuae-praticas-de-enfermagem-no-contexto-de-supervisao-clinica/>
- Mota, O. , & Martins, M. F. S. V. (2022). Dificuldades dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar em ambulâncias de suporte imediato de vida. *New Trends in Qualitative Research*, 13. doi:<https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e651>
- Nespereira, G. P., Cabadas, A. R. , Leal, R. M. S., Rodríguez, P. J. , & Broullón, D. A. R. G. A. (2020). Estudio retrospectivo de la seguridad en el traslado de los pacientes críticos tras aplicación de la metodología para la gestión de riesgo. *Revista Espanola de Anestesiología y Reanimación*, 67(3), 119-129. doi:<https://doi.org/10.1016/j.redar.2019.10.003>
- Netto, L., & Silva, K. . (2018). Prática reflexiva e o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro. *Journal of School of Nursing*, 52, 1-9. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220x2017034303383>
- Norma n.º 001/2017 da Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Norma n.º 007/2019 da Direção-Geral da Saúde. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde. (2013). <https://www.scielo.br/j/reben/a/5nBMRyggVsBCCbhShJNGp5R/?format=pdf&lang=pt>

- Oliveira, F. (2019). Barreiras na Monitorização da Dor indetificadas pelos Enfermeiros de um Serviço de Urgência. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Escola Superior de Saúde. http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/64206/1/Filipe_Andre_Soares_Oliveira.pdf
- Ordem dos Enfermeiros . (2009). Dia Mundial Contra a Dor - 16 Outubro de 2009 - Texto da CEEMC e Enf.^a Ananda Fernandes da OE na Comissão Nacional da Dor da DGS.
- Ordem dos Enfermeiros . (2017). Parecer n.º 01/2017 do Concelho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Parecer n.º 136/2007 - Proposta de Enunciado de Posição. ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Série I. Número 1. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2009). Estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente. *Relatório técnico*. Obtido de Organização Mundial de Saúde. (2009). Estrutura concetual da classificação internacional
- Orientação n.º 007/2010 da Direção-Geral da Saúde. (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. <https://portal.azores.gov.pt/documents/37408/1955739/ci+9+2011.pdf/77b6b2ac-e892-3665-7089-19f95b85eb9b?t=1603724737848>
- Parecer CJ/20. (2001). Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. ordemenfermeiros.pt/arquivo/documents/CJ_Documents/Parecer_CJ_20_2001.pdf.
- Parecer n.º 14/2018. (2018). da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Ordem dos Enfermeiros*.
- Pavão, S. (2021). Transporte do Doente Crítico. In N. Coimbra (Coord.). . Em *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 98-106). Lidel.
- Pereira, M. (2018). Capacitação dos enfermeiros para uma resposta sistematizada em situação de catástrofe e multi-vítimas [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. *Repositório da Universidade de Évora*. <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/24271>.
- Pereira, S. B. (2018). O transporte inter-hospitalar do doente crítico: documentação e continuidade de cuidados. [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. *Repositório UM*. <https://hdl.handle.net/1822/56156>
- Peres, M., Paim, L., & Brandão, M. (2020). Autonomia profissional com centralidade em práticas de enfermagem. *Revista Brasileira*, 73(2). doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0373>
- Politécnico de Leiria. (s.d.). Guia para a elaboração de citações e referências bibliográficas. *Normas APA. 7ª Edição*.
- Portaria n.º 2093/2020 . (2020). da Secretaria Regional da Saúde e Secretaria Regional dos Transportes e Obras Públicas. *Diário da República: II série, n.º 210*. <https://portal.azores.gov.pt/documents/37408/9865332/Portaria+n.%C2%BA+2093-2020+de+29+de+outubro+de+2020.pdf/480f8205-8d05-0fa9-be80-cb118293500b?t=1676390054846>
- Portaria n.º 260/2014. (2014). dos Ministérios da Administração Interna e da Saúde. *Diário da República: I série, n.º 241/2014*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/260-2014-64797338>

- Pupulim, J., & Sawada, N. (2012). Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 621-629.
<https://www.scielo.br/j/reben/a/5nBMRyggVsBCCbhShJNGp5R/?format=pdf&lang=pt>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., . . . Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1967-1982. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939
- Regulamento n.º 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República: II Série n.º 35/2011.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>.
- Regulamento n.º 14/2012 do Ministério da Saúde. (2011). Diário da República: I Série n.º 19/2012.
<dre.pt/dre/detalhe/decreto-regulamentar/14-2012-544428>.
- Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II Série, n.º 79/2015.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º 135/2018.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.
- Regulamento n.º140/2019 da Ordem dos Enfermeiros . (2019). Diário da República II Série, n.º 26/2019.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Regulamento n.º.743/2019 da Ordem dos Enfermeiros . (2019). Diário da República II Série, n.º.184/2019.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>.
- Resolução n.º 175/2020 do Conselho do Governo. (2020). Diário da República: I série, n.º 97.
https://portal.azores.gov.pt/documents/37408/9865332/Resolu%C3%A7%C3%A3o+do+Conselho+do+Governo+n.%C2%BA+175-2020+de+30_junho_2020.pdf/8185505e-6b97-d80b-8a03-2c9421ef965b?t=1676390056504
- Ribeiro, R., Bremejo, J., & Salazer, H. (2013). A transmissão de más notícias na perspetiva do Enfermeiro. *[Dissertação de Mestrado] Instituto de Ciências da Saúde*.
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13988/1/V2%20-%20ROTEN-%20raket-tese.pdf>
- Rocha, L. (2001). *Manual de Infecção Hospitalar - Prevenção e controlo da infecção hospitalar em unidades de emergência*. Rio de Janeiro: 2ª Ed.
- Santos , E. (2008). Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: Desafios e Constrangimentos no Processo de Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros. *[Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Beja. Escola Superior de Educação*.
- Santos, A., & Miranda, S. (2007). *A Enfermagem na gestão em atenção primária à saúde* (1ª ed.). Manole.
- Santos, B. S., Bueno, C. K. S. , Bizinelli, T. S. Q., & Ribeiro, E. R. (2018). A segurança no transporte do paciente crítico em ambiente intra-hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista Espaço para a Saúde*, 20(2), 90-101. doi:10.22421/15177130-2019v20n2p90
- Sequeira, C. (2014). Comunicação em Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(12), 06-08. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n12/n12a01.pdf>
- Silva, C.M.C, Peixoto, R.R, & Batista, J.M.R. (2011). A Influência da Liderança na Motivação da Equipe. *Revista Eletrónica Novo Enfoque*, 13(13), 195-206. <https://docplayer.com.br/4089047-A-influencia-da-lideranca-na-motivacao-da-equipe.html>
- Silva, G.C, & Fernandes, L. M. (2020). Atuação do Enfermeiro no Transporte Aeromédico: Revisão Integrativa [Relatório de conclusão de curso pós-graduação em Urgência e Emergência]. *Repositório Unifametro*
http://repositorio.unifametro.edu.br/bitstream/123456789/841/1/GABRIELA%20COSTA%20E%20SILVA%20e%20LET%20c3%8dCIA%20MOURA%20FERNANDES_TCC.pdf

- Silva, J. M. A. V., Martins, M. M. F. P., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6 (2), 278-295. doi:<http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Smith, D, & Bowden, T. (2017). Using de ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nurs Stand*, 29(14), 51-63.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Pacientes Críticos: recomendações 2008*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), & Ordem dos Médicos (OM). (2023). Transporte do Doentes Críticos Adultos: Recomendações 2023. https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf
- Sousa, B.V.N., Teles, J. F., & Oliveira, E. F. (2020). Perfil, dificuldades y particularidades en el trabajo de los profesionales de atención prehospitalaria móvil: una revisión integradora. *Revista Enfermería Actual*, 38, 1-16. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/36082/41133>
- Sousa, J. (2012). A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 25, 37-43.
- Spooner, A.J., Aitken, L.M, Corley, A, Fraser, J.F, & Chaboyer, W. (2016). Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 165-172. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.006>
- Talley, D. A., Dunlap, E., Silverman, D., Katzer, S., Huffines, M., Dove, C., . . . Tisherman, S. A. (2019). Improving postoperative handoff in a surgical intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 39(5), 13-21. doi:<https://doi.org/10.4037/ccn2019523>.
- Veiga, V. C., Postalli, N. F., Alvarisa, T. K., Travassos, P. P., Silva Vale, R. T., Oliveira, C. Z., & Rojas, S. S. O. (2019). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), 15-20. doi:<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>
- Williams, P., Karuppiyah, S., Greentree, K, & Darvall, J. (2019). A checklist for intrahospital transport of critically ill patient improves compliance with transportation safety guidelines. *Australian Critical Care*, 1-6. doi:10.1016/j.aucc.2019.02.004
- Wilson, E. M. (2018). Patient Transfers and Handoffs. *Journal of Emergency Nursing*, 44(5), 509-511. doi:10.1016/j.jen.2018.07.009
- Winters, B. D., Gurses, A. P., Lehmann, H., Sexton, J. B., Rampersad, C., & Pronovost, P. J. (2009). Clinical review: Checklists - translating evidence into practice. *Critical Care*, 13(6), 1-9. doi:10.1186/cc7792
- Zwanenberg, G. V., Dransfiel, M., & Juneja, R. (2016). A consensus to determine the ideal critical care transfer bag. *Journal of the Intensive Care Society*, 17(4), 332-340. doi:10.1177/1751143716658912

APÊNDICES

APÊNDICE I – POSTER ONAF

OXIGENOTERAPIA NASAL DE ALTO FLUXO



Preparação e montagem

1



- ✓ Ligar à fonte de eletricidade

2



- ✓ Ligar cabo de aquecimento (ponta amarela) à respetiva entrada
- ✓ Ligar cabo de sensor de temperatura (ponta azul) à respetiva entrada

3



- ✓ Inserir camara do humidificador na panela de aquecimento

4

- ✓ Inserir tudo de entrada de H₂O na garrada de água destilada, deixando o sistema aberto

- ✓ **ATENÇÃO:** Ao nível da água bidestilada!



5



- ✓ Inserir traqueia pequena (tudo de gases) no IN da camara do humidificador e a outra ponta no manómetro de fluxo de O₂



- ✓ Na outra ponta da traqueia grande adapta-se o restante sensor de temperatura, e por fim a cânula nasal (tamanhos S, M, L)

6

- ✓ Inserir parte em T da traqueia grande (tudo de inspiração) no OUT da camara do humidificador, ligando também a parte em T do cabo de sensor de temperatura e o cabo de ponta verde na outra abertura na peça em T



APÊNDICE II – EXAME NEUROLÓGICO

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA EM ENFERMAGEM

A avaliação oportuna, eficaz e precisa do estado neurológico de um doente é um aspeto importante nos cuidados de enfermagem. Todos os doentes têm potencial para um evento neurológico, quer tenham doença neurológica diagnosticada ou não. A enfermagem é fundamental na avaliação e prevenção de complicações e danos, identificando alterações, mesmo que mínimas, mas que podem sinalizar deterioração do estado neurológico (AANN, 2021).

A avaliação do doente deve ser realizada quando ocorrer mudança de turno, após determinados procedimentos ou medicamentos, ou podem ser realizadas com mais frequência, caso sejam observadas alterações neurológicas (AANN,2021).

COMPONENTES DA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Na avaliação neurológica existem componentes a ser avaliados, tais como: Nível de consciência, discurso e linguagem, avaliação pupilar, avaliação motora e sensibilidade e sinais vitais. Também podem ser avaliadas alterações dos nervos cranianos.

De acordo com alguns autores a avaliação neurológica começa com o conhecimento da história clínica e atual do doente, antecedentes pessoais e medicação/suplementos, de forma a descartar possíveis causas de determinados sintomas.

1. NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Neste componente pode haver uma conversa com o doente e avaliar a compreensão, a coerência, ou défices que o doente apresentar.

Deve-se avaliar a resposta do doente à voz, ao toque ou a estímulos dolorosos, em casos de doentes com nível de consciência diminuído. É importante avaliar a capacidade de o doente responder a perguntas simples e de orientação (pessoa, local, hora, situação). A memória a curto ou longo prazo, insight e julgamento podem também ser avaliados.

A Escala de Coma de Glasgow é uma ferramenta útil na avaliação do nível de consciência. Uma mudança no nível de consciência do doente é o indicador mais sensível de um problema neurológico.

A idade do doente, o nível de alfabetização, visão e audição devem ser considerados, por terem impacto nas respostas do doente

2. DISCURSO E LINGUAGEM

Neste componente deve-se ter em atenção alterações na linguagem, como fala anormal (disartria ou afasia), arrastada ou lentificada, palavras incorretas, mistura de nomes de objetos ou dificuldade em expressar-se.

3. AVALIAÇÃO PUPILAR

Tal como o título indica, deve ser realizada uma avaliação pormenorizada às pupilas, tendo em conta:

- Tamanho – Diâmetro – normal entre 2 a 5 milímetros. Devem ser iguais nos dois olhos. O tamanho deve ser avaliado antes e depois de uma resposta à luz direta.
- Forma – Normalmente redonda. Pode-se apresentar com formato irregular ou oval (sinal de pressão intracraniana). Há que ter em conta procedimentos ou cirurgias passadas.
- Reatividade – Avaliada através da exposição à luz do canto externo para o canto interno do olho. Deve ser avaliado um olho de cada vez. A velocidade da reação pupilar deve ser relatada como rápida, lenta (sinal de pressão intracraniana) ou não reativa. Uma pupila normal contrai-se rapidamente em resposta à luz. As pupilas não reativas estão frequentemente associadas a pressão intracraniana grave e/ou danos cerebrais graves.
- Movimentos oculares – São verificados movendo um dedo/objeto, para cima e para baixo, para a esquerda e direita, e diagonalmente, solicitando ao doente que siga o dedo/objeto.

4. AVALIAÇÃO MOTORA E SENSORIAL

Uma avaliação neurológica deve abranger e avaliar a função motora e sensorial. Deve ser avaliado o equilíbrio, a marcha, a força, a coordenação, simetria e perceção sensorial.

- Avaliação da simetria motora facial – Pedir ao doente que sorria, que mostre os dentes, que levante as sobrancelhas ou feche os olhos com força, são ações que possibilitam a avaliação da simetria facial. Expressão facial torta, incapacidade de sorrir e olhos ou boca caída são sinais de alterações neurológicas.

- Avaliação do equilíbrio – Pode ser avaliado observando simplesmente a caminhada do doente, avaliando concomitantemente a marcha.
 - Pode ser utilizado o teste de *Romberg*, no qual o doente fica inicialmente de pé, com os pés juntos e os olhos abertos, e em seguida fecha os olhos durante 30 a 60 segundos sem apoio. Perder o equilíbrio, cair ou balançar podem ser considerados alterações.
 - O equilíbrio também pode ser avaliado através do teste do desvio pronador, no qual o doente deve ficar de pé ou sentado 20 a 30 segundos, com os braços esticados para a frente, as palmas das mãos voltadas para cima e os olhos fechados. Ter em atenção a um desvio de um braço para cima e para baixo, incapacidade de qualquer um dos braços resistir a um toque para baixo, por parte do examinador.
- Avaliação da força – Ao realizar o teste do desvio pronador, pode ser também avaliada a força, e para isso o examinador aplica pressão/empurra os braços do doente para baixo. O doente deve ser capaz de manter os braços erguidos pelo menos 10 segundos e as pernas por cinco segundos, durante a pressão. A força dos membros superiores pode ser medida ao mesmo tempo ou separadamente, já nos membros inferiores deve ser medida separadamente. Pode ser avaliado de pé, sentado (membros a 90 graus) ou mesmo deitado (membros a 45 graus), com a cabeceira da cama elevada.
 - A força também pode ser testada através da preensão. O examinador segura ambas as mãos do doente e pede-lhe para apertar. Deve ser avaliada a força de preensão e as diferenças/simetrias na coordenação de cada lado.
- Avaliação da coordenação – Pode ser avaliada através do teste dedo-nariz, pedindo ao doente que estenda o braço e a mão, e em seguida pedir que toque com dedo indicador no nariz. A manobra deve ser repetida várias vezes e posteriormente realizada pelo doente de olhos fechados. A perda do alvo pode ocorrer no início, mas o doente deve ser capaz de ajustar rapidamente.
- Avaliação da percepção sensorial – a percepção pode ser testada pelo toque, pela temperatura e pela dor. Podem ser utilizadas picadas, objetos frios e quentes, toques no rosto, tronco, nos braços e pernas.

NOTA: Em um doente com diminuição do nível de consciência e que não obedece a comandos, deve ser avaliada a simetria e a força de cada movimento espontâneo, como espasticidade,

rigidez/flacidez, tiques ou tremores ou a resposta do doente à estimulação central. A idade, a dor, antecedentes devem ser tidos em conta, pois podem afetar os resultados da avaliação.

5. AVALIAÇÃO DOS NERVOS CRANEANOS

Nervos Cranianos	Função	Avaliação
I	Olfato	Identificação de odores
II	Visão central e periférica	Quadro de <i>Suellen</i> Perceção das cores Reação pupilar
III	Oculomotor - movimento do olho	Simetria do movimento ocular, posição do globo ocular, assimetria ou queda das pálpebras e espasmos ou tremores dos globos ou das pálpebras. Doente deve acompanhar um alvo em movimento nos quatro quadrantes
IV	TrocLEAR - Movimento do olho	Simetria do movimento ocular, posição do globo ocular, assimetria ou queda das pálpebras e espasmos ou tremores dos globos ou das pálpebras. Doente deve acompanhar um alvo em movimento nos quatro quadrantes
V	Trigêmeo (oftálmica, maxilar e mandibular) - Sensibilidade facial e motricidade dos músculos mastigatórios	Reflexo córneo-palpebral Sensibilidade facial Motricidade da mandíbula e reflexo mandibular

VI	Abducente - Movimento do olho	Simetria do movimento ocular, posição do globo ocular, assimetria ou queda das pálpebras e espasmos ou tremores dos globos ou das pálpebras. Doente deve acompanhar um alvo em movimento nos quatro quadrantes
VII	Facial	Motricidade facial (pedir para sorrir)
VIII	Vestibulococlear, acústico, auditivo – Acuidade auditiva e equilíbrio	Estimulação auditiva
IX	Golossofaríngeo - Engolir	Prova motora (movimento da faringe: simetria da úvula ao abrir a boca quando diz “ahhh”; prova de vômito (toque da parede posterior da faringe ou da úvula com uma espátula).
X	Vago - Órgãos abdominais, digestão	Prova motora (movimento da faringe: simetria da úvula ao abrir a boca quando diz “ahhh”; prova de vômito (toque da parede posterior da faringe ou da úvula com uma espátula).
XI	Acessório Espinal - inervação das cordas vocais, e dos músculos trapézio e esternocleidomastoideo.	Capacidade de elevação do ombro e rotação da cabeça contra uma resistência.
XII	Hipoglosso – movimentação da língua	Movimentos da língua (Ex. mover língua para dentro e para fora)

6. AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

Numa avaliação neurológica completa devem ser sempre avaliados os sinais vitais (temperatura, pulso e frequência cardíaca, tensão arterial, frequência respiratória e saturação de oxigénio) e tidos em conta. A glicémia capilar deve ser avaliada para excluir hipoglicémia/coma.

ESTIMULAÇÃO

Na ausência de quaisquer comportamentos ou movimentos espontâneos, a avaliação do estado neurológico do doente é iniciada com o uso de estímulos auditivos. Se nenhuma resposta for obtida, um estímulo físico deve ser aplicado.

As seguintes técnicas são sugeridas como estímulos físicos:

Estímulos periféricos:

- Pressão da articulação interfalângica: Aplicar pressão com uma caneta/lápis na face externa lateral da articulação interfalângica proximal ou distal.
- Pressão na ponta do dedo: Aplicar pressão na parte distal do leito ungueal para obter uma resposta. Deve-se variar o dedo para minimizar potenciais lesões de avaliações repetidas. Aplicar o estímulo até 10 segundos para garantir o tempo adequado para a indução de uma resposta.

Estímulos Centrais:

- Pinça do trapézio (nervo craniano XI): Usar o polegar e dois dedos como pinças, sentindo o músculo trapézio localizado no ângulo onde o pescoço e o ombro se encontram. Aplicar pressão gradual até 10 segundos até resposta do doente.
- Pressão supraorbital (nervo craniano V): Coloque a parte plana do polegar na incisura supraorbital (pequena incisura localizada no terço medial da crista supra-orbital) enquanto os outros dedos repousam sobre a cabeça do doente. Aplique pressão gradual até 10 segundos até resposta do doente.

Nota: A pressão supraorbital NÃO deve ser usada com fraturas orbitais, cranianas, faciais ou craniotomias frontais.

- Pressão atrás do ângulo da mandíbula (não é recomendada para uso rotineiro).

Nota: A fricção esternal não é recomendada devido ao potencial de hematomas graves, dor e desconforto.

BIBLIOGRAFIA

- Bell, D. L. (2021). Neurological Assessment of the Adult Hospitalized Patient. *American Association of Neuroscience Nurses*, 1-11.
- Critical Cares Services Ontario. (November de 2018). Guedlines for Basic Adult Nerological Observation. 1-20.
- Karvonen, E. H. (Abril de 2017). Guedlines for a Brief Neurological Nursing Assessment in Acute Care - A Literature Review. *Jamk.fi*, 1-38.

APÊNDICE III – FOLHA DE REGISTOS DE ENFERMAGEM



TRANSPORTE Data do Transporte: ___/___/___ Hora: ___:___ Tipo de transporte: <input type="checkbox"/> Evacuação <input type="checkbox"/> Transferência Hospital/Serviço de Origem: Pedido por: Hospital/Serviço de Destino: Equipa de transporte: Médico: _____ Enfermeiro: _____ Bombeiros: _____ Hora de chegada/Final do transporte: Avaliação para transporte secundário – SCORE: _____	IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Nº Utente: Residência: Freguesia: _____ Concelho: _____ Acompanhante: Parentesco: _____ Contacto: _____ Familiar informado do transporte: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
SITUAÇÃO Data de Admissão: Motivo de Admissão: Diagnóstico: Motivo do Transporte: <input type="checkbox"/> ECDT'S <input type="checkbox"/> Ausência de Valência <input type="checkbox"/> Tratamento <input type="checkbox"/> Outro	ANTECEDENTES: Alergias: Espólio: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Medicação Habitual:

A – VIA AÉREA

Patente Adjuvantes: Tubo Mayo Nº ___ Tubo nasal Nº ___

VA Avançada Máscara Laríngea Nº ___ Tubo Laríngeo Nº ___

TOT Nº ___ Nível ___ Local ___ Cuff

Cricotomia Traqueostomia Cânula Nº ___ Cuff

B – VENTILACÃO

Ventilação espontânea Oxigenioterapia/Dispositivo: _____ O2 - ___ L/min _____; FiO2 ___%

Eupneico Superficial Taquipneia Lenta Assimétrica Média Abdominal Torácica Pieira

Farfalheira Estridor Cianose Outro _____

Ventilação não invasiva Ventilação Invasiva

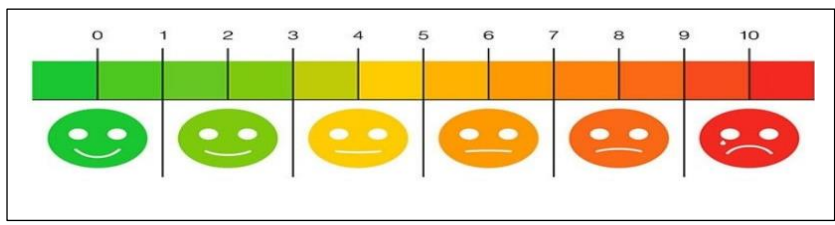
Parâmetros: Modalidade/Modo ventilatório _____; Vmin _____; Fr ___ ciclos/min; FiO2 ___%; Peep _____;

Gasimetria: Hora: _____ pH ___; pO2 _____; pCo2 _____; HCO3 _____; Lact _____; SatO2 ___%; Outros _____

C – CIRCULAÇÃO

Hora	GLS	Fr	FC	TA	SpO2	FiO2	Glic	Temp	Dor
___:___									
___:___									
___:___									
___:___									
___:___									
___:___									
___:___									
___:___									
___:___									
___:___									
___:___									

Observações: _____



APÊNDICE IV – CHECKLIST DA MALA DE APOIO AO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

CHECKLIST DA MALA DE APOIO AO TRANSPORTE DE DOENTES

COMPARTIMENTOS



Compartimento 1:

Medicação Endovenosa:

- Água bidestilada 10ml - 2
- Adenosina 6mg – 3
- Adrenalina 1mg – 3
- Amiodarona 150mg – 2
- Atropina 1mg – 3
- Cloreto de Cálcio 10ml – 1
- Cloreto de sódio 0,9% 10ml - 2
- Diazepam 10mg – 2
- Dinitrato de Isossorbido 10mg – 1
- Dobutamina 250mg – 1
- Dopamina 200mg – 1
- Flumazenilo 0,5mg – 1
- Furosemida 20mg – 2
- Glucose 30% 20ml – 2
- Hidrocortisona 100mg – 2
- Levetiracetam 1000mg – 1
- Metamizol 2gr - 2
- Metilprednisolona 125mg – 2
- Metoclopramida 10mg - 2
- Midazolam 15mg – 1
- Morfina 10mg – 2
- Naloxona 0,4mg – 1
- Noradrenalina 10mg – 1
- Ondasetron 8mg – 1
- Paracetamol 1gr - 1
- Sulfato de Magnésio 20% - 1

Medicação oral:

- Acido acetilsalicílico 100mg – 4
- Captopril 25mg - 2
- Diazepam 10mg – 2

- Nitroglicerina 0,5 – 4
- Metamizol 275mg – 2
- Metoclopramia 10mg – 2
- Paracetamol 500mg – 4

Medicação Inalatória:

- Budesonida 1mg/2ml- 2
- Brometo de Ipatrópio 0,25mg/2ml – 2
- Salbutamol 5mg/ml (frasco) - 1

Medicação retal:

- Diazepam 5mg – 1
- Diazepam 10mg – 1

Compartimento 2:

- Resguardo descartável – 1
- Fralda L - 1
- Saco de lixo branco – 1
- Máscara proteção simples – 2
- Máscara FFP2 - 2

Compartimento 3:

- Sonda nasogástrica nº 18 - 1
- Sonda nasogástrica nº16 – 1
- Adesivos cortados - 2
- Seringa 100ml – 1
- Lidocaína gel – 1
- Sonda vesical nº 14 - 1
- Sonda vesical nº 16 – 1
- Seringa 20ml- 1
- Água bidestilada 20ml – 1
- Saco coletor – 2
- Luvas esterilizadas 7,5 – 1
- Luvas esterilizadas 6,5 – 1

Compartimento 4:

- Penso com PAD 7,5x5 - 2
- Penso com PAD 9X7 - 2
- Compressas 10x10 – 3
- Luvas L – 4 pares
- Luvas M – 4 pares
- Tesoura – 1
- Adesivo rolo - 1
- Ligadura 10cm – 1
- Ligadura 15cm – 1
- Pensos rápidos – 4

Bolsa 1 – A - Via Aérea:

- Tubo de guedel 4 – 1
- Tubo de Guedel 3 – 1
- Tubo de Guedel 2 – 1
- Mascara facial nº 4 - 1
- Insuflador manual + válvula de Ruben + Reservatório – 1
- Tubo de oxigénio - 1
- Filtro HEPA – 1
- Tubo laríngeo nº 4 - 1
- Tubo laríngeo nº 1 – 1
- Seringa 20ml – 1
- Nastro – 1
- Sonda de aspiração nº14 – 1
- Sonda de aspiração nº 16 – 1

Bolsa 2 – B – Ventilação:

- Máscara de venturi – 1
- Mascara com reservatório - 1
- Óculos nasais – 1
- Máscara simples – 1

- Máscara para aerossol - 1

Bolsa 3 – C – Circulação:

- Agulha IM – 2
- Agulha EV – 6
- Agulha SC – 2
- Seringa 5ml – 4
- Seringa 10ml – 2
- Seringa 20ml – 1
- Seringa de Insulina – 2
- Cateter venoso periférico 16G – 2
- Cateter venoso periférico 18G - 2
- Cateter venoso periférico 20G – 2
- Cateter venoso periférico 22G – 2
- Cateter venoso periférico 24G - 2
- Obturador – 4
- Torneira – 2
- Seringa 50ml – 1
- Seringa 50ml opaca – 1
- Prolongador fino opaco – 1
- Prolongador fino – 1
- Prolongador – 2 (um pequeno e um grande)
- Sistema soro – 2
- Sistema controlador gotas – 1
- Garrote – 1
- Penso de cateter – 2
- Álcool 70%/Frasco com algodão e álcool - 1
- Compressas 5x5 – 2
- Contentor de corto perfurantes – 1
- Cloro-hexidina 2% - 1

Bolsa 4 – C – Circulação:

- Eléttodos – 10
- Estetoscópio – 1
- Máquina de glicémia – 1
- Tiras de glicémia – 4
- Lancetas – 4
- Máquina de tensão arterial - 1
- Oxímetro - 1
- Termómetro - 1

Bolsa 5 – C- Circulação:

- NaCL 0,9% 500ml – 1
- NaCL 0,9% 100ml – 2
- Dextrose 5% 100ml – 1

APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Identificação do Investigador: Ana Sofia Enes Reis

Título do estudo: Cuidado à Pessoa em Situação Crítica Durante o Transporte Inter-Hospitalar

Enquadramento: Este estudo de melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem, insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, sob orientação da Professora Cristina Raquel Batista Costeira.

Explicação do estudo: A estrutura do Sistema Nacional de Saúde, e mais especificamente a do Sistema Regional de Saúde, e a sua distribuição de valências hospitalares, tanto a nível do diagnóstico como do tratamento, implica a necessidade de transportar pessoa em situação crítica entre as várias instituições e unidades, de forma a encontrar a melhor resposta para as diferentes situações (Graça, 2017). No processo de transferência é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento de todo o histórico da pessoa, do equipamento e de toda a medicação necessária (SPCI, 2008), para que o transporte, garanta pressupostos de segurança e de qualidade.

Desta forma, o estudo que se pretende realizar tem como objetivos: Identificar fatores de insatisfações, nos enfermeiros, relativamente ao cuidado de enfermagem durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica; Construir uma folha de registos de enfermagem relativa ao transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica; Atualizar o material da mala de apoio no transporte inter-hospitalar e construir a respetiva *check-list*; Implementar no serviço a folha de registos de enfermagem e mala de apoio do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica; Avaliar a satisfação dos enfermeiros relativamente ao transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, antes e depois das estratégias de melhoria contínua da qualidade.

Para sua consecução, necessitamos da sua participação, que consistirá no preenchimento de dois questionários, construídos através da plataforma *Google Forms*®, que serão disponibilizados, através de um *link* enviado por email, pelo seu Enfermeiro Diretor, de forma a que os investigadores não tenham acesso ao seu email. O segundo questionário será

disponibilizado cerca de 5 meses após o primeiro questionário. O preenchimento do questionário prevê-se que demore cerca de 15 minutos.

Condições e financiamento: Não haverá pagamento de deslocações ou contrapartidas. Os custos do estudo serão integralmente suportados pelo investigador principal.

O preenchimento dos questionários será totalmente voluntário, não sendo imputada qualquer penalização caso não queira participar e pode desistir da sua participação, bastando para isso não preencher um dos questionários ou contatar o investigador e solicitar a remoção das suas respostas, tendo para isso que indicar o seu código alfanumérico. O estudo mereceu parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria.

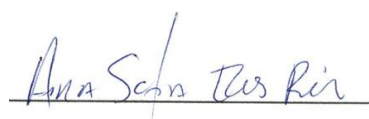
Confidencialidade e anonimato: Ao preencher o questionário o seu contato de *e-mail* também não será retido o que impossibilitará a sua identificação em qualquer fase do estudo. Ao iniciar o preenchimento dos questionários ser-lhe-á solicitado que preencha um código alfanumérico, que será composto por resposta à segunda questão de ambos os instrumentos, para permitir realizar comparação de respostas entre os dois momentos. Não deverá fornecer esse código a ninguém. Os dados serão de uso exclusivo para o presente estudo, armazenados, com acesso, apenas aos investigadores e preservados, durante o período do estudo e eliminados após a discussão do estudo.

Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesitem em solicitar mais informações. E para isso pode contatar a investigadora Ana Sofia Enes Reis, Enfermeira da Unidade de Saúde da Ilha de São Jorge, através de: Contato: 912177243 ou endereço eletrónico: sofiareis14@hotmail.com

Se concorda com a resposta que lhe foi feita, para validar a sua decisão basta que responda afirmativamente à questão 1 do questionário eletrónico, onde poderá inclusive aceder a este documento explicativo, novamente.

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração no presente estudo.

Assinatura de quem pede consentimento:



Ana Sofia Enes Reis

APÊNDICE VI – QUESTIONÁRIO I

Cuidados à Pessoa em Situação Crítica durante o Transporte Inter-Hospitalar - Questionário 1

INVESTIGADORA

PREPONETE: Ana Sofia Enes Reis

ORIENTADORA:

Cristina Costeira (PhD) - professora adjunta ESSLei-IPL

A estrutura do Sistema Nacional de Saúde, e mais especificamente a do Sistema Regional de Saúde, e a sua distribuição de valências hospitalares, tanto a nível do diagnóstico como do tratamento, contribui para a necessidade de transportar doentes entre as várias instituições e unidades, de forma a encontrar a melhor resposta para as diferentes situações (Graça, 2017). No processo de transferência é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento de todo o histórico do doente, do equipamento e de toda a medicação necessária (SPCI, 2008), para que o transporte, da pessoa em situação crítica, cumpra pressupostos de segurança e de qualidade.

Deste modo, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei) pretende-se desenvolver um estudo de investigação-ação, que pretende avaliar a satisfação dos enfermeiros a laborar na Unidade de Saúde da Ilha de São Jorge (USISJ), relativamente ao transporte inter-hospitalar de doentes, mais especificamente à pessoa em situação crítica (PSC), antes e depois de implementadas as estratégias de melhoria contínua da qualidade, através de questionários.

As estratégias a desenvolver são: construção de uma folha de registos de enfermagem uniformizada e completa e atualização do material da mala de apoio no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

O presente

estudo tem como objetivos:

- Identificar fatores de insatisfações, nos enfermeiros, relativamente ao cuidado de enfermagem durante o transporte inter-hospitalar da PSC;
- Construir uma folha de registos de enfermagem para o transporte inter-hospitalar;
- Atualizar o material constituinte da mala de apoio no transporte inter-hospitalar e construir a respetiva *check-list*;
- Implementar no serviço a folha de registos de enfermagem e mala de apoio no transporte inter-hospitalar;
- Avaliar a satisfação dos enfermeiros relativamente ao transporte inter-hospitalar da PSC antes e depois das estratégias descritas implementadas.

Realça-se que, o preenchimento é facultativo e demorará 15 minutos a responder, no entanto a sua participação é essencial. Serão garantidos os pressupostos éticos de confidencialidade e anonimato. Note que poderá decidir não participar se assim o considerar. No *link* seguinte: <https://drive.google.com/file/d/1bY6dVBbCdWEZz-4FsyJyZFcxhdMComD3/view?usp=sharing> será disponibilizado o documento de consentimento informado, que lhe fornecerá mais informação detalhadas sobre o estudo, por favor consulte antes de proceder ao preenchimento do questionário. Caso decida preencher o questionário será assumido que compreendeu os objetivos do estudo e que consente participar no mesmo.

Em caso de dúvida poderá contactar as investigadoras através: sofiareis14@hotmail.com ou 912177243.

*Obrigatório

1. Declaro que consultei o documento de consentimento informado, disponível no link e manifesto o meu desejo de participar no estudo. Autorizo a utilização dos dados colhidos, para efeitos de investigação e publicação (responder após consulta do documento disponível no seguinte link: <https://drive.google.com/file/d/1bY6dVBbCdWEZz-4FsyJyZFcxhdMComD3/view?usp=sharing>) *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

2. No sentido de comparar os questionários antes e após implementação das estratégias de melhoria, mantendo a privacidade, solicito que insira um código formalizado da seguinte forma: **os dois dígitos do seu mês de aniversário + as duas últimas letras do seu segundo nome.** *

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

3. Idade *

4. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

Prefiro não dizer

5. Tem título de especialista em enfermagem *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

6. Anos de experiência profissional *

7. Anos de experiência profissional no serviço onde trabalha *

8. Em média quantas transferências inter-hospitalares realiza por ano? *

9. Em média, quantas dessas transferências foram acompanhados por um profissional médico? *

10. Das transferências realizadas, sentiu-se preparado? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

11. Os documentos em vigor no seu serviço, para os registos de enfermagem relativos ao transporte inter-hospitalar de doentes, na sua opinião, correspondem às necessidades efetivas na transmissão de informação? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. Considera que o transporte inter-hospitalar no seu serviço pode ser melhorado? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

13. Identifique aspetos a melhorar no transporte inter hospitalar de doentes *

Marcar apenas uma oval.

Construir folha uniformizada e completa dos registos de enfermagem no transporte inter-hospitalar

Reformular o material existente da mala de apoio ao transporte inter-hospitalar

Existência de uma avaliação com score para definir as necessidades de recursos humanos e materiais para o transporte inter-hospitalar

Formação em transporte de doentes críticos

Outra. Qual?

AUTOAVALIAÇÃO RELATIVA AO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE DOENTES

14. Perante as afirmações seguintes, responda, segundo o seu grau de concordância *

Marcar apenas uma oval por linha.

	1- Discordo Totalmente	2- Discordo	3- Não concordo/Nem discordo	4- Concordo	5- Concordo Totalmente
Sinto segurança na prestação de cuidados de enfermagem durante o transporte inter-hospitalar de doentes críticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero que a existência de uma folha de registos de enfermagem relativa ao transporte inter-hospitalar de doentes, mais completa e uniformizada, seria uma estratégia eficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo transmitir toda a informação no momento da chegada ao destino, de forma eficaz e completa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto stresse durante o transporte inter-hospitalar de doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ocorrem falhas no equipamento/material durante o transporte inter-hospitalar de doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho conhecimento de todo o equipamento/material	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**que compõe a mala
de apoio ao
transporte inter-
hospitalar de doentes**

**Acho pertinente uma
atualização do
equipamento/material
que compõe a mala
de apoio ao
transporte inter-
hospitalar de doentes**

**Considero que seria
importante existir
uma checklist
relativa ao
equipamento/material
existente na mala de
apoio ao transporte
inter-hospitalar de
doentes**

**Considero que seria
importante a
existência de um
instrumento
sistematizado e
uniformizado para a
transição de
informação, relativa
ao doente e seu
transporte**

Muito obrigado pela sua colaboração.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE VI – QUESTIONÁRIO II

Cuidado à Pessoa em Situação Crítica no Transporte Inter-Hospitalar - Questionário 2

INVESTIGADORA PREPONETE: Ana Sofia Enes Reis

ORIENTADORA: Cristina Costeira (PhD) - professora adjunta ESSLei-IPL

A estrutura do Sistema Nacional de Saúde, e mais especificamente a do Sistema Regional de Saúde, e a sua distribuição de valências hospitalares, tanto a nível do diagnóstico como do tratamento, contribui para a necessidade de transportar doentes entre as várias instituições e unidades, de forma a encontrar a melhor resposta para as diferentes situações (Graça, 2017). No processo de transferência é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento de todo o histórico do doente, do equipamento e de toda a medicação necessária (SPCI, 2008), para que o transporte, da pessoa em situação crítica, cumpra pressupostos de segurança e de qualidade.

Deste modo, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei) pretende-se desenvolver um estudo de investigação-ação, que pretende avaliar a satisfação dos enfermeiros a laborar na Unidade de Saúde da Ilha de São Jorge (USISJ), relativamente ao transporte inter-hospitalar de doentes, mais especificamente à pessoa em situação crítica (PSC), antes e depois de implementadas as estratégias de melhoria contínua da qualidade, através de questionários.

As estratégias a desenvolver são: construção de uma folha de registos de enfermagem uniformizada e completa e atualização do material da mala de apoio no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

O presente estudo tem como objetivos:

- Identificar fatores de insatisfações, nos enfermeiros, relativamente ao cuidado de enfermagem durante o transporte inter-hospitalar da PSC;
- Construir uma folha de registos de enfermagem para o transporte inter-hospitalar;
- Atualizar o material constituinte da mala de apoio no transporte inter-hospitalar e construir a respetiva *check-list*;
- Implementar no serviço a folha de registos de enfermagem e mala de apoio no transporte inter-hospitalar;
- Avaliar a satisfação dos enfermeiros relativamente ao transporte inter-hospitalar da PSC antes e depois das estratégias descritas implementadas.

Realça-se que, o preenchimento é facultativo e demorará entre 15 minutos a responder, no entanto a sua participação é essencial. Serão garantidos os pressupostos éticos de confidencialidade e anonimato. Note que poderá decidir não participar se assim o considerar.

No *link* seguinte: <https://drive.google.com/file/d/1bY6dVBbCdWEZz-4FsyJyZFcxhdMComD3/view?usp=sharing> será disponibilizado o documento de consentimento informado, que lhe fornecerá mais informação detalhadas sobre o estudo, por favor consulte antes de proceder ao preenchimento do questionário. Caso decida preencher o questionário será assumido que compreendeu os objetivos do estudo e que consente participar no mesmo.

Em caso de dúvida poderá contactar as investigadoras através: sofiareis14@hotmail.com ou 912177243.

***Obrigatório**

1. Declaro que consultei o documento de consentimento informado disponível no link e manifesto o meu desejo de participar no estudo. Autorizo a utilização dos dados colhidos, para efeitos de investigação e publicação (responder após consulta do documento disponível no seguinte link: <https://drive.google.com/file/d/1bY6dVBbCdWEZz-4FsyJyZFcxhdMComD3/view?usp=sharing>) *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

2. No sentido de comparar os questionários antes e após implementação das estratégias de melhoria, mantendo a privacidade, solicito que insira um código formalizado da seguinte forma: **os dois dígitos do seu mês de aniversário + as duas últimas letras do seu segundo nome.** *

2ª PARTE:

3. Quantas transferências inter-hospitalares participou no período de março a maio de 2023, após a implementação das estratégias (reformulação da mala de apoio e da folha de registos de enfermagem)? *

Marcar apenas uma oval.

Nenhuma

1

2

3

Superior a 3

4. Em média, quantas dessas transferências foram acompanhados por um profissional médico? *

5. Das transferências realizadas, sentiu-se preparado?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

6. Os documentos em vigor no seu serviço, para os registos de enfermagem relativos ao transporte inter-hospitalar de doentes, na sua opinião, correspondem às necessidades efetivas na transmissão de informação? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

7. Considera que o transporte inter-hospitalar no seu serviço pode ser melhorado? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

8. Indique 2 aspetos, que na sua opinião deviam ser melhorados, relativamente ao transporte inter-hospitalar de doentes, no serviço onde trabalha *

AUTOAVALIAÇÃO RELATIVA AO
TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE
DOENTES

Avaliação das estratégias
implementadas no serviço

9. Perante as afirmações seguintes, responda, segundo o seu grau de concordância *

- Folha de registos de enfermagem

Marcar apenas uma oval por linha.

	1 - Discordo totalmente	2 - Discordo	3 - Não concordo/Nem discordo	4 - Concordo	5 - Concordo totalmente
<p>Considero que a construção da folha de registos de enfermagem melhorou a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem durante o transporte inter-hospitalar de doentes</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>A folha de registos de enfermagem contribuiu para me sentir mais seguro na transmissão da informação do doente, durante o transporte inter-hospitalar de doentes</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Com a construção da folha de registos de enfermagem relativa ao</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**transporte
inter-
hospitalar,
diminuíram as
falhas na
transmissão
da informação**

10. Relativamente à folha de registos de enfermagem, sugere alguma melhoria? *

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

11. Se respondeu sim, por favor diga qual?

12. Perante as afirmações seguintes, responda, segundo o seu grau de concordância *

- Mala de apoio ao transporte inter-hospitalar de doentes

Marcar apenas uma oval por linha.

	1 - Discordo totalmente	2 - Discordo	3 - Não concordo/Nem discordo	4 - Concordo	5 - Concordo totalmente
A reformulação da mala de apoio ao transporte inter-hospitalar de doentes permite uma maior segurança para o doente durante a prestação dos cuidados de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A reformulação da mala de apoio ao transporte inter-hospitalar de doentes permite uma maior confiança por parte do enfermeiro na prestação dos cuidados de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que todo o equipamento/material alocado na mala de apoio ao transporte inter-hospitalar é adequado e suprime as necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Relativamente à mala de apoio ao transporte inter-hospitalar de doentes, sugere alguma melhoria? *

Marcar apenas uma oval.

Não

Sim

14. Se respondeu sim, por favor diga qual

15. Considera que os riscos associados ao transporte inter-hospitalar de doentes diminuíram, após a implementação das estratégias de melhoria contínua? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

16. De uma forma geral, sente mais satisfação em todo o processo de transporte inter-hospitalar de doentes, após a implementação das estratégias de melhoria contínua? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Muito obrigado pela sua colaboração.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

ANEXOS

ANEXO I – CERTIFICADO DO CURSO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que **ANA SOFIA ENES REIS**, nascida em 22 de janeiro de 1987, com o n.º de identificação civil 13255246, concluiu **com aproveitamento**, o curso de formação profissional **SUORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR**, homologado com uma carga horária total de 16:00 horas, que decorreu de 18 de novembro de 2021 a 19 de novembro de 2021.

Angra do Heroísmo, 21 de dezembro de 2021

O(A) Responsável pelo(a) Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores



(Assinatura e selo branco ou carimbo)

ANEXO II – CERTIFICADO DO CURSO DE TRIAGEM DE MANCHESTER

CURSO
DE
TRIAGEM DE PRIORIDADES NA URGÊNCIA

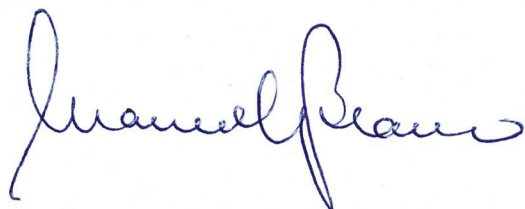
CERTIFICADO

ANA SOFIA ENES REIS

Frequentou com aproveitamento o Curso de Triagem de Prioridades na Urgência (Manchester Triage Protocol), realizado no Hospital da Horta, Açores, pelo Grupo Português de Triagem, no dia 25 de Outubro de 2021 com a duração total de 7 horas.

Amadora, 28 de Novembro de 2021

Grupo Português de Triagem



Assinado por : **ÂNGELA CRISTINA AZINHAIS**
SANTOS DA COSTA VALENÇA
Num. de Identificação: B1094591520
Data: 2021.11.28 18:21:32 +0000



ANEXO III – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

COMISSÃO DE ÉTICA DO [REDACTED]

PARECER N.º CE [REDACTED] 55/2022

Data: 14/12/2022

Título do estudo – Cuidado à pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar

Nome do (s) proponente (s): Ana Sofia Reis e Prof.ª Cristina Costeira

O estudo, considerado de investigação-ação, pretende ser realizado na Unidade de Saúde da Ilha de São Jorge, tendo como objetivos “Identificar fatores de insatisfações, nos enfermeiros, relativamente ao cuidado de enfermagem durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica (PSC); Construir uma folha de registos de enfermagem relativa ao transporte inter-hospitalar da PSC; Atualizar o material da mala de apoio no transporte inter-hospitalar e construir a respetiva *check-list*; Implementar no serviço a folha de registos de enfermagem e mala de apoio do transporte inter-hospitalar da PSC e Avaliar a satisfação dos enfermeiros relativamente ao transporte inter-hospitalar da PSC, antes e depois das estratégias descritas implementadas”. -----

A investigação passará por três fases: fase de diagnóstico de necessidades do serviço com a construção da folha de registos e atualização da mala de apoio (estratégias de melhoria), relativas ao transporte inter-hospitalar de doentes (tempo previsto 1 mês); Implementação das estratégias de melhoria contínua (tempo previsto 3 meses); Avaliação das estratégias de melhoria contínua. -----

As proponentes anexam ao formulário a carta de apresentação/pedido de autorização para realização do estudo, já enviado à instituição em que se pretende realizar a investigação, que foi devidamente autorizada em 10/11/2022. -----

Os participantes do estudo são enfermeiros que realizam o transporte inter-hospitalar de doentes em situação crítica, sendo-lhes enviado o link de acesso a dois questionários, por email. Esse envio será realizado pelo enfermeiro gestor do serviço, garantindo que as investigadoras não têm acesso aos endereços eletrónicos dos enfermeiros e assegurando a confidencialidade e anonimato. -----

Antes do preenchimento dos questionários, os participantes têm acesso a um texto de consentimento informado, livre e esclarecido que pressupõe uma resposta positiva para continuar. -

Atendendo ao exposto, consideramos que se encontram reunidas as condições necessárias para a emissão de um parecer favorável à realização do estudo. -----

P'la CE a Presidente