



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE – INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA  
V MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica:

Perceção de segurança dos enfermeiros da ULSNA

Ana Sofia Trindade Alegria Alves

Leiria, setembro de 2018



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE – INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA  
V MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica:

Perceção de segurança dos enfermeiros da ULSNA

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

Ana Sofia Trindade Alegria Alves    Aluno nº 5160008

Unidade curricular: Dissertação

Professor Orientador: Professor Doutor Pedro Sousa

Leiria, setembro de 2018

*“O conhecimento é uma ferramenta, e como todas as ferramentas,  
o seu impacto está nas mãos de quem o usa”*

Dan Brown

## **DEDICATÓRIA**

A todos os doentes críticos com direito a um Transporte Inter-Hospitalar, digno, seguro e de qualidade.

A todos os enfermeiros que prestam cuidados de saúde à pessoa em Situação Crítica com conhecimento, responsabilidade, estima e dedicação durante o Transporte Inter-Hospitalar.

A mim própria, pelo esforço e perseverança apesar de todas as contrariedades e acumulação de funções, como aluna, mãe, esposa, filha, dona de casa, enfermeira e mulher.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido e filhos pelo amor incondicional e paciência em momentos mais stressantes;

À minha mãe, irmã e sogros pela ajuda incalculável, disponibilidade e apoio oferecido nestes 2 anos;

Aos meus tios paternos pelo amor, carinho, acompanhamento e incentivo em todas as propostas a que me proponho realizar;

Aos inquiridos que gentilmente participaram no inquérito viabilizando a realização da investigação.

Ao professor doutor Pedro Sousa pela orientação, amizade e disponibilidade;

Ao Instituto Politécnico de Leiria, nomeadamente à Escola Superior de Saúde, que me recebeu de braços abertos e me formou de forma muito profissional, contribuindo na minha formação como pessoa e futura enfermeira especialista;

Aos meus primos e tia pelo alojamento e carinho despendido durante a realização dos ensinos clínicos na capital do país;

À minha enfermeira chefe, pela sua generosidade e reconhecimento, que contribuiu em muito na conjugação do papel de trabalhador-estudante.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ACCCM - American College of Critical Care Medicine

ACEM – Australian College for Emergency Medicine

ANZCA – Australian and New Zealand College of Anaesthetists

ARS – Administração Regional de Saúde

art - Artigo

CICMANZ – College of Intensive Care Medicine of Australian and New Zealand

CJ – Conselho Judicial

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CRRNE – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência

DGV – Direção Geral da Saúde

DR. – Doutor

ENA – Emergency Nurses Association

Enf<sup>o</sup> - Enfermeiro

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

et al – e outros

HDJMG – Hospital Doutor José Maria Grande

HSLE – Hospital Santa Luzia de Elvas

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICS – Intensive Care Society

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation

LASA – Look-alike Sound-alike

N<sup>o</sup> - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OM e SPCI – Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Página

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do doente

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPSS - Statistical Package for the Social Science

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TIH – Transporte Inter-Hospitalar

TOT – Tubo Oro Traqueal

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

## **RESUMO**

A segurança nos cuidados de saúde é eminentemente um direito do doente e constitui um dever do profissional que lhe presta cuidados, nomeadamente no decorrer de um transporte inter-hospitalar (TIH) da pessoa em situação crítica (PSC). O presente estudo, de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, tem como objetivo “Avaliar a percepção de segurança dos enfermeiros que realizam transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica e quais os fatores que a influenciam”.

Através de amostragem não probabilística, intencional, constituiu-se uma amostra de 59 enfermeiros que realizaram TIH da PSC nos últimos 5 anos. Definiram-se como hipóteses de investigação, a existência de relação significativa entre a idade dos enfermeiros e a sua percepção de segurança, as suas capacidades e emoções durante o TIH da PSC, bem como a existência de relação significativa entre a experiência no TIH a PSC no último ano e a percepção de segurança, as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o TIH da PSC.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, construído tendo por base a revisão bibliográfica. Elaborado em 3 partes, caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, percepção de segurança e capacidades (14 itens) e emoções sentidas pelos enfermeiros (10 itens). A primeira, constituída essencialmente por questões de resposta fechada, enquanto que nas restantes, foi criada uma escala tendo em conta o grau de concordância, entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente). No final foi colocada uma questão de resposta aberta, onde permite deixar sugestões de melhoria, trabalhada à posteriori. Na análise de dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva e inferencial, nomeadamente a correlação de Pearson, com um nível de significância de 0,05.

Os resultados evidenciam que, a experiência no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, confere aos enfermeiros capacidades que aumentam a percepção de segurança no TIH.

Embora esteja evidenciado que a percepção de segurança poderá beneficiar com a aplicação futura dos diversos registos enunciados no estudo, não foi possível encontrar uma relação estatisticamente significativa entre a idade dos enfermeiros e a sua percepção de segurança durante o TIH. Por outro lado, foi possível verificar que, a idade influencia as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros na, no que confere à utilização de protocolos de atuação, ou seja, quanto maior for a idade dos enfermeiros, menor será, na opinião deles, a contribuição dos protocolos de atuação para a segurança da pessoa, durante o transporte inter-hospitalar.

**Palavras-Chave:** Segurança do doente; transporte inter-hospitalar; doente crítico; opinião dos enfermeiros.

## **ABSTRACT**

Safety in health care is eminently a patient's right and it is the duty of the caregiver, in particular during inter-hospital transport (HIC) of the person in critical situation. This quantitative, descriptive-correlational study aims to "Evaluate the safety perception of nurses who perform inter-hospital transportation of the Person in Critical Situation and what factors influence it."

Through non-probabilistic, intentional sampling, a sample of 59 nurses who underwent HIT from PSC in the last 5 years was constituted. The existence of a significant relationship between the nurses' age and their perception of safety, their capacities and emotions during the HCH of the PSC, and the existence of a significant relationship between the experience in the HCH and the PSC were defined as research hypotheses, in the last year and the perception of safety, the capacities and emotions felt by the nurses during the HIT of the PSC.

The data collection instrument used was the questionnaire, built based on the bibliographic review. Elaborated in 3 parts, sociodemographic and professional characterization of the sample, perception of safety and abilities (14 items) and emotions felt by nurses (10 items). The first one, consisting mainly of questions of closed response, while in the others, a scale was created taking into account the degree of agreement, between 1 (totally disagree) and 5 (totally agree). In the end, a question of open response was posed, where it allows to leave suggestions for improvement, worked afterwards. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics, such as Pearson's correlation, with a significance level of 0.05.

The results show that the experience in the inter-hospital transport of the person in critical situation, gives the nurses capabilities that increase the perception of security in the HIT.

Although it is evidenced that the safety perception may benefit from the future application of the various registers stated in the study, it was not possible to find a statistically significant relation between the nurses' age and their perception of safety during HIT. On the other hand, it was possible to verify that, the age influences the capacities and

emotions felt by the nurses, in what it confers to the use of protocols of actuation, that is, the greater the age of the nurses, the contribution of the protocols of performance for the safety of the person, during inter-hospital transport.

**Key words:** patient safety; interhospital transport; critical patient; nurses' opinion.

## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO 16

- 1. SERVIÇOS DE URGÊNCIA: REALIDADE PORTUGUESA 19**
- 2. TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 21**
  - 2.1. PLANEAMENTO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR 23
  - 2.2. CAPACIDADES EXIGIDAS AO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 24
- 3. AMBIENTE SEGURO NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 30**
  - 3.1. PREPARAÇÃO SEGURA DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR 31
  - 3.2. SEGURANÇA DA PESSOA NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR 32
  - 3.3. SEGURANÇA DO PROFISSIONAL NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR 40
- 4. METODOLOGIA 42**
  - 4.1. TIPO DE ESTUDO 42
  - 4.2. OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO 43
  - 4.3. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO 44
  - 4.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA 45
  - 4.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS 45
  - 4.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS 47
  - 4.7. TRATAMENTO DOS DADOS 47
- 5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS 49**
  - 5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA 49
  - 5.2. PERCEÇÃO DE SEGURANÇA DOS ENFERMEIROS DURANTE O TIH DA PSC 52
  - 5.3. CAPACIDADES E EMOÇÕES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE O TIH DA PSC 53

- 5.4. CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE A IDADE E A PERCEÇÃO DE SEGURANÇA DURANTE O TIH DA PSC 54
- 5.5. CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE A IDADE E AS CAPACIDADES E EMOÇÕES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE O TIH DA PSC 54
- 5.6. CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE A EXPERIÊNCIA NO TIH E A PERCEÇÃO DE SEGURANÇA DURANTE O TIH DA PSC 55
- 5.7. CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE A EXPERIÊNCIA NO TIH E AS CAPACIDADES E EMOÇÕES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE O TIH DA PSC 56
- 5.8. SUGESTÕES DE MELHORIA DESCRITAS PELOS ENFERMEIROS 57
- 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 59**
- 7. CONCLUSÃO 68**

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 73**

### **ANEXOS**

ANEXO I – Escala de Estratificação de risco em transporte de doentes (OM & SPCI, 2008)

ANEXO II – Exemplo de listas de verificação para o transporte Secundário

ANEXO III - Formulários de registo de enfermagem para o TIH da PSC

ANEXO IV – Instrumento de colheita de dados – Questionário

ANEXO V – Aprovação do estudo submetido à Comissão de Ética e Conselho de Administração da ULSNA

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis da caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros e opções de resposta. 46

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo o tempo decorrido desde o último TIH da PSC. 49

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias. 49

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a formação em emergência e experiência profissional dos enfermeiros. 50

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a necessidade e tipo de formação especializada nos cuidados a pessoa em situação crítica. 51

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento sobre o equipamento utilizado no transporte inter-hospitalar e a necessidade de formação nessa área 51

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo a percepção de segurança durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica. 52

Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica no último ano. 53

Tabela 9 – Correlação de Pearson entre a idade e a percepção de segurança dos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica. 54

Tabela 10- Correlação de Pearson entre a idade e as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica. 55

Tabela 11 – Correlação de Pearson entre a experiência no transporte inter-hospitalar e a percepção de segurança dos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.56

Tabela 12 – Correlação de Pearson entre a experiência no transporte inter-hospitalar e as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica. 57

Tabela 13 – Sugestões de melhoria descritas por 25 enfermeiros 58

Tabela 14 – Sugestões de melhoria face aos problemas/sentimentos detetados na percepção de segurança da pessoa no TIH da PSC, pelos enfermeiros da ULSNA 69

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 – Pontos de rede da ARS Alentejo 19

Quadro 2 - Análise SWOT do TIH da PSC na ULSNA 70

## INTRODUÇÃO

Aparentemente recente, a preocupação com a qualidade no sector da saúde é na realidade uma temática bastante remota e com propagação mundial. Henriques (2017) salienta que a primeira prova documentada sobre a avaliação de cuidados de enfermagem remonta ao século XVIII quando Josh Howard e Elizabeth Fry descreveram a qualidade dos cuidados prestados aos doentes nos hospitais que visitavam, assim como Florence Nightingale em 1850 também avaliou esses cuidados nos registos das observações que fazia.

A qualidade é entendida de diversas formas por diferentes autores, e em todos eles é mencionado o desempenho técnico em prol da segurança como um dos focos principais. De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS), (2015, p. 2)

“Qualidade em saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga adesão e satisfação do cidadão, implicando ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível”.

O Institute of Medicine (2001) afirma que existem seis dimensões da qualidade, nomeadamente, a efetividade, a eficiência, a equidade, a segurança e a prestação de cuidados atempada e centrada na pessoa.

“O conceito de qualidade na saúde assenta em várias dimensões, como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado. Assenta, ainda, na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade” (Plano Nacional para a Segurança do doente (PNSD), 2015, p.1).

Nas últimas décadas, com a evolução das práticas, é retomada a preocupação com a qualidade. A escassez de recursos e o controlo de custos, associada à segurança da pessoa e melhoria nas práticas de cuidados para diminuição do erro e controlo de infeções, tornou

esta temática numa preocupação atual não só dos enfermeiros, mas também do sector político e organizacional (Ordem dos enfermeiros (OE), 2011).

Sendo a segurança uma dimensão da qualidade, um dos direitos da pessoa e uma preocupação constante do profissional de saúde para alcançar a excelência na segurança dos cuidados de saúde, a perceção de segurança dos enfermeiros da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA) acerca do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica, tornou-se a temática de eleição.

A escassa legislação sobre a segurança do profissional durante o transporte inter-hospitalar da Pessoa em situação crítica acentua a menor valorização social desta questão, o que despoletou ainda mais o interesse no desenvolvimento deste estudo.

Os serviços de saúde descentralizados, em cidades do interior e com dimensões mais reduzidas e recursos limitados, como Elvas/Portalegre (local do estudo) acolhem a pessoa crítica na condição de promover cuidados emergentes e estabilização hemodinâmica, até à transferência para unidades de saúde diferenciadas.

A transferência da pessoa crítica que necessita de cuidados de enfermagem permanentes numa viagem (superior a 3 horas ao tratar-se de uma transferência para a capital do país), torna-se necessária a formação de uma equipa de profissionais qualificados para o efeito, que acompanhem o doente, com ou sem médico, de modo a providenciar a continuidade dos cuidados, salvaguardando a vida, a segurança e os direitos da pessoa.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012), a segurança da pessoa está relacionada com a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário, associado aos cuidados de saúde.

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2011, p.2).

Atualmente houve um desenvolvimento contemporâneo da área da segurança da pessoa, permitindo um novo olhar sobre as práticas, o erro humano, os acidentes e a sua prevenção.

“A segurança da pessoa e dos profissionais que o acompanham deve ser o principal objetivo, em todas as fases do transporte” (OM (Ordem dos Médicos) & SPCI (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos), 2008, p.23).

Posto isto, decidiu-se realizar um estudo, sobre a perceção de segurança dos enfermeiros que realizam o transporte inter-hospitalar da pessoa crítica da ULSNA no último ano.

Este projeto tem como objetivo, investigar a perceção de segurança dos enfermeiros da ULSNA que realizam transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica (PSC).

Optou-se por um estudo não experimental, quantitativo, descritivo-correlacional, utilizando como instrumento de colheita de dados o questionário.

O primeiro capítulo, alberga o suporte teórico com temas relacionados e pertinentes ao estudo em questão, que enquadra o mesmo de uma forma empírica desde o surgimento da qualidade, à importância da segurança e competências do enfermeiro no transporte da pessoa em situação crítica.

O segundo capítulo, remete para a metodologia e escolha dos métodos adotados no presente estudo como, tipo de estudo, objetivos, variáveis, hipóteses, instrumento de colheita de dados, população e amostra e os procedimentos éticos e formais.

A apresentação e discussão dos resultados, está enquadrada no terceiro e último capítulo. Terminou-se com uma conclusão e apresentação de propostas de melhoria.

## 1. SERVIÇOS DE URGÊNCIA: REALIDADE PORTUGUESA

O serviço de urgência é considerado a porta de entrada do estabelecimento de saúde para casos agudos, deste modo, é o local ideal para receber a pessoa em situação crítica. Contudo, nem todos os serviços de urgência se encontram capacitados para solucionar todos os problemas inerentes à patologia, surgindo cada vez mais a necessidade de transferir a pessoa, deste serviço para unidades hospitalares mais complexas e portadoras de outros recursos.

A reestruturação dos serviços de urgências nacionais, realizada pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS), elevou a necessidade de transporte da pessoa entre diferentes instituições em busca de melhor resposta à situação clínica. (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência (CRRNE), 2014).

Em Portugal, os serviços da rede de urgência são classificados, inicialmente pelo despacho nº 5414/2008, e atualmente pelo despacho nº 13427/2015, por ordem crescente de recursos e de capacidades de resposta: Serviço de Urgência Básica (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e Serviço de urgência Polivalente (SUP). De acordo com a seguinte tabela, os hospitais Dr José Maria Grande de Portalegre e o Hospital Santa Luzia de Elvas onde vai ser incidido o estudo, são classificados como SUMC e SUB respetivamente.

Quadro 1 – Pontos de rede da ARS Alentejo

CH/ULS	Estabelecimento	Disp. 2008	2012 (CCRNEU)	Disp. 2015
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	SUMC	SUMC	SUMC
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	Hospital do Litoral Alentejano, EPE - Santiago do Cacém	SUMC	SUMC	SUMC
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre	SUMC	SUMC	SUMC
	Hospital Santa Luzia de Elvas	SUB	SUB	SUB
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	SUP	SUMC	SUP
Centros de saúde	Centro de Saúde de Alcácer do Sal	SUB	SUB	SUB
	Centro de Saúde de Castro Verde	SUB	SUB	SUB
	Centro de Saúde de Estremoz	SUB	Não ponto	SUB
	Centro de Saúde de Montemor-o-Novo	SUB	Não ponto	SUB
	Centro de Saúde de Moura	SUB	SUB	SUB

**Fonte:** Análise da cobertura populacional da rede de urgência/emergência, ERS (Entidade Reguladora de Saúde), 2015

Sendo o SUB o nível menos diferenciado torna-se obviamente o mais dependente das transferências inter-hospitalares, por falta de capacidade de resposta em termos de especialidades. O SUMC, integra o 2º nível de cuidados, mais diferenciado que o anterior, prestando apoio ao SUB e referenciando para os SUP as pessoas para os quais não estão capacitados a intervir. O SUP, é considerado o nível mais diferenciado, por ventura, existem alguns desprovidos de todas as valências, o que torna as transferências inter-hospitalares, por vezes da pessoa em situação clínica crítica, frequente (Graça, 2017).

A Entidade Reguladora de Saúde (ERS) (2015), alega que as modificações à rede de urgência/emergência promovidas pelo despacho nº 13427/2015, restringiram-se unicamente à identificação da distribuição geográfica dos pontos da rede e da cobertura populacional, bem como à aferição do cumprimento dos critérios de cobertura populacional e de disposição dos serviços de urgência definidos por lei.

Segundo o mesmo despacho, toda a população de Portugal continental tem acesso a pelo menos um serviço de urgência a menos de 60 minutos de distância (perfazendo um total de 28 áreas de códigos postais), o fato de alguns serviços de urgência nunca terem sido implementados e outros terem sido encerrados ou excluídos da rede, decretou a diminuição de 7 pontos, de entre os 89 que constavam no despacho nº 5414/2008 e os 78-81 pontos disponíveis no despacho nº 13427/2015 (ERS, 2015).

## **2. TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p.2)

Nunes (2009) partilha da opinião de que a pessoa crítica incorre um risco acrescido de morbidade 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 a utilizar, seja ele, aéreo ou terrestre.

Na opinião de Graça (2017), os recursos humanos que acompanham a pessoa durante o transporte são a base da tomada de decisão, para a antecipação e resolução de intercorrências que possam surgir durante a transferência, contribuindo, para um transporte bem-sucedido e seguro para todos os intervenientes.

O mesmo autor sublinha ainda, que a decisão do transporte fica sob ponderação e decisão médica, tendo em conta o binómio risco-benefício para a pessoa e os princípios da autonomia e da não maleficência.

As premissas de que o nível de cuidados prestados durante o transporte nunca poderá ser inferior aos cuidados na unidade de origem, e que os problemas económicos nunca devem ser impedimento para a transferência da pessoa para um local com níveis de cuidados especializados, devem ser obrigatoriamente consideradas (Nunes, 2009).

Desde 1992 que são publicadas normas de boas práticas para o transporte secundário da pessoa, inicialmente pela Sociedade Americana de Cuidados Intensivos, e posteriormente pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), que seguiu o exemplo em 1997, criando o Guia de Transporte de Doentes Críticos. Revisto e melhorado em 2008, quando ocorre a união da Ordem dos Médicos (OM) e SPCI, com a finalidade de avaliar

objetivamente o transporte, atribuindo pontuação numérica, de forma a definir o tipo de acompanhamento e meio de transporte a utilizar de acordo com as características e necessidade da pessoa (OM & SPCI, 2008).

A decisão de transferência da pessoa, tal como reportado anteriormente, é da responsabilidade médica e pressupõe uma avaliação rigorosa dos benefícios e riscos inerentes a uma ação de transporte. Este, deve ser considerado uma extensão do hospital emissor, assumindo a responsabilidade técnica e legal durante as duas primeiras fases (Decisão e Planeamento), enquanto que na terceira e última fase - efetivação, a responsabilidade recai sobre a equipa que assegura o transporte (Graça, 2017).

Novo e Rodrigues (2015), afiançam a existência de riscos clínicos durante o transporte como, o estado clínico da pessoa, o efeito das vibrações, efeito de aceleração/desaceleração e variações térmicas, que afetam de certa forma, a fisiologia cardiorrespiratória e a fiabilidade da monitorização. Outro risco a que dão ênfase é a viagem em si, relacionado com o trânsito, aceleração/desaceleração e risco de colisão. Subsistem eventualmente riscos mais específicos se for considerado o transporte aéreo, e que deverão pesar na decisão da transferência.

A sustentabilidade legal do transporte da pessoa em situação crítica é assegurada atualmente pela portaria nº 260/2014, de 15 de Dezembro, que reporta as recomendações do transporte da pessoa, pelo decreto-lei nº38/92, que enquadra legalmente o transporte da pessoa e regula o seu licenciamento, pela lei nº48/90 de 24 de Agosto (Lei Bases da Saúde) e ainda pela lei nº 12/97 de 21 de Maio, que regula a atividade de transporte da pessoa por corpos de bombeiros e Cruz Vermelha Portuguesa. Pela necessidade de atualização contínua do Regulamento de Transporte de Doentes, surgem alterações regulamentadas por 3 portarias, nomeadamente, a portaria 1301-A/2002, de 28 de Setembro, portaria nº 402/2007 de 10 de Abril e ainda pela portaria nº 142-A/2012, de 15 de Maio.

A transferência da pessoa está também sujeita à inspeção e disciplina do Ministério da Saúde, regulada pelo despacho nº 10109/2014. O transporte da pessoa deve processar-se segundo modelos técnicos e organizacionais que se coadunem eficazmente com os restantes serviços de saúde.

## 2.1. PLANEAMENTO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Um planeamento é considerado adequado, quando existe coordenação entre a equipa que transfere a pessoa. Provado está, que incidentes tendem a ser evitados quanto melhor for a comunicação entre a equipa responsável pela transferência da pessoa. Realizada conjuntamente entre médico e enfermeiro, não devem ser descurados aspetos importantes como, a comunicação entre os serviços emissor e recetor, estabilização correta e segura do utente, constituição da equipa capacitada, experiente e responsável, a escolha do equipamento e tipo de transporte adequados, e documentação clínica necessária da pessoa (Graça et al., 2017).

De forma a determinar o nível de cuidados necessários durante o transporte, o responsável deve reger-se pela escala de estratificação de risco em transporte de doentes (grelha de avaliação para o transporte secundário), proporcionada por OM e SPCI (2008), que permite atribuir um score de risco (Anexo I).

“A tripulação do transporte deve ser treinada e qualificada para conseguir antecipar, gerir e tratar eventuais contingências técnicas e médicas que possam surgir durante o transporte” (Graça et al., 2017, p. 136).

Nunes (2009) afirma que, o direito da pessoa a cuidados de qualidade, no qual a segurança é componente, exige que o transporte seja realizado com o menor risco e máxima segurança possível. Acrescenta ainda que o enfermeiro, no seu processo de tomada de decisão pode recusar o acompanhamento da pessoa se, depois de avaliado, concluir que não estão reunidas as condições mínimas e desejáveis de segurança, quer para a pessoa quer para os profissionais que o acompanham.

Como referido anteriormente, o transporte da PSC está dependente de 3 fases, nomeadamente a Decisão – Planeamento – Efetivação (OM & SPCI, 2008).

No que concerne à efetivação do transporte, é defendido pela SPCI que esta é da responsabilidade da equipa selecionada, Médico e Enfermeiro (ambos deverão preferencialmente ter experiência em transporte de PSC e Suporte Avançado de Vida (SAV)) com o apoio de um terceiro elemento menos diferenciado (Tripulante de Ambulância ou Assistente Operacional). Recomenda, ainda, que o transporte deve ser efetuado com a maior segurança com o objetivo de minimizar riscos e que as instituições

deverão ser responsáveis pela gestão e organização dos meios necessários, para que o transporte se efetue dentro das normas da boa prática (OM & SPCI, 2008).

As recomendações nacionais mencionam que durante o transporte, é na maioria das vezes, indispensável a utilização de equipamento portátil, e portanto, torna-se crucial a notificação da ocorrência de incidentes com falhas no equipamento, falha no aporte de oxigénio, entre outros. Afirmam ainda, que os incidentes podem ser reduzidos com a previsão e antecipação de possíveis complicações, mediante uma avaliação prévia e um planeamento cuidadoso do transporte, recursos humanos adequados e qualificados e ainda seleção adequada do equipamento. Faz, assim, todo o sentido a existência de uma *checklist* (Anexo II), sujeita a verificações periódicas (validade de stock, operacionalidade de equipamentos).

“As *checklists* têm potencial para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes nos serviços à saúde” (Silva & Amante, 2014, p. 540)

## 2.2. CAPACIDADES EXIGIDAS AO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Gonçalves (2017) realizou uma revisão sistemática da literatura que permitiu compilar um conjunto de 13 competências e 55 critérios de avaliação, integrados em nove domínios (formação e experiência, planeamento e organização, promoção da segurança, prestação de cuidados, trabalho de equipa e cooperação, comunicação, gestão de eventos críticos, melhoria contínua da qualidade e compromisso ético).

De acordo com o autor supracitado, o enfermeiro que realiza o transporte da PSC deve ser detentor de 13 competências:

- *Conhecimentos específicos;*
- *Experiência adquirida anteriormente;*
- *Formação continua;*
- *Capacidade de planeamento e organização avançados;*
- *Capacidade de manter um ambiente de cuidados seguro;*
- *Capacidade de prestar cuidados de qualidade ao doente crítico;*
- *Capacidade de trabalhar em equipa;*

- *Gestão de comunicação interpessoal com os membros da equipa multidisciplinar;*
- *Bom nível de desempenho perante a necessidade de agir num curto espaço tempo;*
- *Capacidade de resposta adequada aos imprevistos;*
- *Reflexão sobre o desempenho profissional após a realização de cada transporte;*
- *Colaboração com as entidades responsáveis pela avaliação do transporte;*
- *Responsabilidades éticas inerentes à prática profissional.*

Formação e experiência são duas competências que caminham lado a lado, e são imprescindíveis para uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar. É através da acoplagem de ambas que o enfermeiro vai conseguir responder às exigências do transporte inter-hospitalar e otimizar os resultados do mesmo (Gonçalves, 2017).

Martins e Martins (2010), bem como OM e SPCI (2008), partilham a opinião de que, a formação específica em transporte deve ser promovida até para profissionais que habitualmente prestam cuidados a este tipo de pessoas. Requerendo o transporte inter-hospitalar um desempenho extremamente exigente, o enfermeiro deve manter uma atualização regular de conhecimentos, por uma prática de cuidados atualizada e baseada na evidência científica.

“Deve existir uma equipa de profissionais, para o transporte do doente crítico. Essa equipa deve ser sujeita a formação específica, treino regular, de modo a estar qualificada para o transporte destes doentes. A prática corrente é o acompanhamento dos doentes pelos profissionais menos diferenciados, sem experiência no transporte, sem conhecimento do equipamento e não treinados para funcionarem em equipa. Essa prática tem de ser banida” (OM & SPCI, 2008, p.25).

Os mesmos autores defendem ainda que,

“a rentabilização da formação das equipas pode ser assegurada por esquemas de formação regional ou institucional. Devem ser definidos a re-acreditação desta formação e o número mínimo de transportes a efetuar. Deve ser assegurado que o transporte dos doentes mais graves seja efetuado, no mínimo, por um médico e um enfermeiro devidamente treinados (OM & SPCI, 2008, p.25)

Considerando o estabelecido no artigo 11º do Decreto-Lei n.º 86-A/2016, de 29 de dezembro, são deveres do empregador público, proporcionar ao trabalhador e aos dirigentes o acesso a formação profissional e criar as condições facilitadoras da transferência dos resultados da aprendizagem para o contexto de trabalho (DGS, 2018)

O SAV faz parte da formação obrigatória para todos os elementos da equipa de transporte (ICS (Intensive Care Society), 2011; OM & SPCI, 2008). Droogh et al (2015), concorda com os autores anteriores adicionando o Suporte Básico de Vida (SBV) como essencial, enquanto que OM e SPCI (2008) consideram que, o suporte avançado de trauma seria também uma mais valia.

A área da urgência e emergência surge também como importante para um bom desempenho no transporte da pessoa em situação crítica (ACEM (Australian College for Emergency Medicine), ANZCA (Australian and New Zealand College of Anaesthetists) & CICMANZ (College of Intensive Care Medicine of Australian and New Zealand), 2015; ENA (Emergency Nurses Association), 2010; OM & SPCI, 2008), proporcionando mais autoconfiança para atuar durante o transporte (Rodrigues & Martins, 2012).

Os enfermeiros devem estar familiarizados com diversas patologias, implicando o reconhecimento e respetiva ação por parte do profissional (Scuissiato et al, 2012). É ainda importante estar capacitados para manusear com destreza os equipamentos disponíveis no transporte, sendo capaz de prever e/ou reconhecer avarias e intervir na segurança da pessoa, adaptando-se às situações (Martins & Martins, 2010).

A promoção de um ambiente seguro durante o transporte constitui outra competência do enfermeiro que realiza transferências (Gonçalves, 2017), referindo-se quer à segurança da pessoa durante o transporte, quer da equipa que o acompanha.

O enfermeiro assume um papel preponderante na promoção da segurança do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, daí ser extremamente importante, o conhecimento e domínio das *guidelines* existentes na área (ENA (Emergency Nurses Association), 2010; ICS, 2011). De salientar a importância da tomada de decisão com base em evidência científica e o recurso a protocolos terapêuticos existentes (Oliveira & Martins, 2013), que vão permitir ao enfermeiro fundamentar as suas ações, minimizando a probabilidade de erro e contribuindo para o aumento da segurança durante o transporte.

No que concerne à competência da prestação de cuidados de qualidade, torna-se crucial que o enfermeiro esteja habilitado a executar procedimentos técnicos específicos de elevada complexidade, necessários à manutenção da estabilidade da pessoa crítica durante o transporte. A monitorização continua de acordo com as recomendações nacionais (OM & SPCI, 2008) e internacional (ACCCM (American College of Critical Care Medicine), 2004; ACEM, ANZCA & CICMANZ, 2015; ICS, 2011), a ventilação e a administração de medicação, englobam-se nestes procedimentos (Gonçalves, 2017).

A ICS (2011) defende que todos os elementos da equipa de transporte deverão ter capacidade para utilizar um ventilador portátil, mesmo que em operações simples. A OM e SPCI (2008) relembram a importância de antecipar a necessidade de suporte ventilatório, dado que, os ventiladores de transporte não possuem os mesmos modos ventilatórios, pelo que a conexão com esses equipamentos deve ser efetuada ainda nos serviços de origem, de modo a permitir adaptação da pessoa ao equipamento. Posto isto, será imprescindível que o enfermeiro detenha conhecimentos e habilidades para uso do ventilador portátil.

No que diz respeito à medicação, de acordo com Rodrigues e Martins (2012), é responsabilidade do enfermeiro o cumprimento da terapêutica prescrita, contudo, deve possuir capacidade e conhecimentos para o realizar de forma segura e responsável (ICS, 2011, Sethi & Subramanian, 2014). ACEM, ANZA e CICMANZ, 2015 acrescentam ainda que deve haver especial atenção para a medicação que necessita de refrigeração e para a importância da confirmação na hora de administração.

Existem evidências de que a comunicação interpessoal é um fator preponderante na redução dos incidentes durante o transporte pelo que, é esperado que o enfermeiro tenha capacidade de gerir a comunicação interpessoal com os membros da equipa multidisciplinar envolvida no transporte inter-hospitalar da PSC. Para tal, pode recorrer a documentos físicos de registos, de modo a que a comunicação entre profissionais seja o mais eficiente possível para a continuidade dos cuidados, e que a perda de informação seja pouca ou idealmente nula.

De acordo com um estudo realizado por Machado (2010), cujo objetivo foi estudar as vivências dos enfermeiros no transporte da PSC de um SUMC no norte do país, foram enaltecidas a falta de planeamento e organização, assim como a falha de comunicação, coordenação e comunicação entre a equipa. Esta situação vai ao encontro do defendido

pela OM e SPCI (2008), que reconhece que a pessoa em situação crítica é na maioria das vezes, transferida por equipas inexperientes, desprovidas de técnicas de comunicação eficazes e não familiarizadas com os equipamentos, em ambulâncias por vezes deficientes.

A comunicação, constitui um pilar no transporte da PSC, não apenas nos momentos pré e intra-transporte, mas também no momento de chegada ao serviço de destino. Informações como, história clínica, sinais vitais, medicação administrada e ocorrências clínicas significativas durante o transporte, bem como os resultados dos exames complementares de diagnóstico realizados, devem ser transmitidos à equipa da instituição de destino, recorrendo à comunicação verbal e escrita, garantindo que toda essa informação se encontra devidamente documentada e disponível (ACCCM, 2004; ACEM, ANZCA & CICMANZ, 2015; Droogh et al., 2015; ICS, 2011; OM & SPCI, 2008; Sethi & Subramanian, 2014).

Os autores, ACEM, ANZCA e CICMANZ (2015) e ICS (2011), convergem na opinião de que os registos de enfermagem devem ser claros e concisos, e devem relatar o percurso hemodinâmico do doente durante o transporte. Estes devem relatar todas as fases do transporte, incluindo a condição do doente, estado clínico antes, durante e depois do transporte, sinais vitais, ocorrências clínicas relevantes, terapêutica administrada e procedimentos realizados durante o transporte.

A OM e SPCI (2008), bem como Sethi e Subramanian (2014) primorizam a importância do registo dos últimos sinais vitais, após chegada da pessoa ao serviço de destino. Contudo, ACCCM (2004), enfatiza o fato de que os registos não devem de modo algum atrasar o transporte da pessoa, pelo que a informação mais importante deverá ser transmitida verbalmente e posteriormente redigida.

O conhecimento teórico, oferecido pela formação, confere ao enfermeiro um olhar clínico que conduz a uma avaliação mais rápida e precisa da PSC (Abelsson & Lindwall, 2012). Esta aptidão do enfermeiro torna-se uma aliada na gestão e prevenção de eventos críticos, uma vez que, vai elevar a capacidade de previsão de incidentes durante o transporte, relacionados com a deterioração do estado clínico da pessoa.

As questões e dilemas éticos escoltam o desempenho do enfermeiro na maioria das suas ações, e o transporte da PSC não constitui exceção. Neste, o profissional de saúde vê-se

confrontado com aspetos éticos, como, a privacidade da pessoa, a confidencialidade dos dados, a tomada de decisão em pessoa muitas vezes inconsciente ou incapaz (Rodrigues & Martins, 2012).

Os autores supracitados, apontam como uma das questões éticas, o fornecimento do consentimento informado, à pessoa e/ ou representante legal, aquando da decisão de realização do transporte inter-hospitalar, esclarecendo os riscos e benefícios do mesmo, a necessidade de intervenções ou procedimentos, que na maioria das vezes, não é executado, regendo-se pelo princípio da beneficência e da não maleficência, tendo como finalidade a melhor solução para a pessoa.

Entende-se por consentimento informado a autorização livre e esclarecida da pessoa para usufruir de uma intervenção de enfermagem, o que é diferente do assumir a responsabilidade pela mesma, a qual só pode ser assumida por quem a implementou, ou seja, o enfermeiro (Lima, 2015).

### **3. AMBIENTE SEGURO NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

A segurança é atualmente reconhecida como uma componente extremamente importante da Qualidade em Saúde. (DGS, 2012, p.5). É notória a evidência das implicações que a segurança ou ausência desta, detém sobre as organizações de Saúde, e conseqüentemente sobre os seus profissionais e sobre as pessoas que delas se socorrem.

Em Portugal, surge em 2009, na DGS, o Departamento da Qualidade em Saúde (Portaria 155/2009), que coordena a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (Despacho 14223/2009), estabelecendo como uma das principais áreas de atuação a segurança da pessoa. À posteriori, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 (Despacho nº1400-A/2015), coordenado pelo Departamento da Qualidade a Saúde, que veio complementar o PNS 2012-2016 (DGS, 2012).

A segurança apresenta como definição, a redução do risco de danos desnecessários para um mínimo aceitável (DGS, 2011).

Portugal está a trabalhar cada vez mais, em prol de uma cultura de segurança mais eficaz. Com o surgimento do Despacho nº3635/2013 de 7 de março, todas as instituições de saúde foram obrigadas a criar uma Comissão de Qualidade e Segurança, que assumissem a responsabilidade da implementação de planos de ação com a finalidade de redução dos riscos identificados nas unidades de saúde, indo ao encontro de um dos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 “Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno” (Despacho nº1400-A/2015).

De acordo com o PNSD 2015-2020 (Despacho nº1400-A/2015) a: “gestão de riscos associados à prestação de cuidados de saúde é (...) um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível da pessoa, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde” (Despacho nº 1400-A/2015, p.2). Cabe à organização identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear.

### 3.1. PREPARAÇÃO SEGURA DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Detetada a necessidade de transferir a pessoa para um local com meios diferenciados ausentes no Hospital de origem, inicia-se a preparação da pessoa. A observação é mandatária nesta primeira fase e beneficia ao ser realizada antes do início do transporte, de modo a detetar alterações hemodinâmicas que, eventualmente, possam surgir, durante o transporte, com o intuito de prevenir o profissional, ou, se possível evitar que ocorram (OM & SPCI, 2008).

Igualmente importante será rever toda a documentação clínica da pessoa e exames complementares que realizou. Na constatação de instabilidade hemodinâmica, o enfermeiro que realiza o transporte pode participar ativamente na tomada de decisões terapêuticas (OM & SPCI, 2008).

Na passagem formal de informação quer à equipa de transporte, quer à equipa recetora, realizada entre médicos e enfermeiros, devem ser transmitidos todos os dados importantes acerca quer da pessoa quer da patologia inerente. Para tal, deve recorrer-se a uma comunicação eficaz, verbal ou escrita na transição de cuidados de saúde, para a segurança do doente, uniformizada utilizando a técnica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation) (Norma DGS nº 001/2017).

Segundo Pedreira et al. (2014), os transportes devem ser realizados por profissionais devidamente treinados, e a pessoa monitorizada de forma adequada, permitindo uma vigilância dos sinais vitais através de, pelo menos, monitor eletrocardiográfico, tensão arterial e oxímetro de pulso. Ressalva-se ainda a importância do conhecimento sobre o uso de outros equipamentos para eventuais intercorrências, como por exemplo, o desfibrilhador.

“(…) o treinamento e aperfeiçoamento constante dos profissionais envolvidos, a padronização de ações e equipamentos a garantia das perfeitas condições de uso e a revisão dos materiais necessários, são fatores importantes para o sucesso desta atividade, que deve assegurar benefício e segurança ao paciente” (Pedreira et al, 2014, p. 534).

“Os registos devem ser efetuados, ao longo do transporte, com intervalos adequados, sobre a situação clínica da pessoa, nomeadamente todas as alterações ou terapêuticas

administradas. Devem ficar, igualmente, registados os últimos parâmetros, após a entrega no serviço que o rececionou” (OM & SPCI, 2008, p. 28).

Os autores supracitados concordam que no regresso ao hospital de origem, o equipamento deve ser limpo e verificado pelo serviço por ele responsável. A equipa deve finalizar o registo de transporte, com a hora de regresso, e arquivá-lo em local previamente estabelecido, com o intuito de ser analisado posteriormente pela equipa institucional.

### 3.2 SEGURANÇA DA PESSOA NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

De acordo com os padrões de qualidade “o Enfermeiro na procura permanente da excelência do exercício profissional, previne complicações para a saúde dos clientes” (OE, 2001, p.12).

No artigo 9º, nº 4 da alínea e) do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) está descrito que os enfermeiros devem em situação de emergência agir de acordo com as suas qualificações e competências com a finalidade da manutenção ou recuperação das funções vitais (Oliveira, 2013)

Todo o enfermeiro deve reger-se por um código deontológico, dando primazia à prestação de cuidados baseada nos princípios da autonomia, justiça, equidade, beneficência e não-maleficência, e ainda deve salvaguardar os direitos da pessoa, nomeadamente, o direito à privacidade, confidencialidade dos dados, confiabilidade e fidelidade (OE, 2003).

Machado (2010) acrescenta que para a área do transporte da PSC, não existe nenhum normativo legal específico em Portugal, nem nenhuma entidade que assuma e se responsabilize por todo o processo, cabendo às instituições a organização de todo o processo de acordo com as recomendações de boa prática.

Martins e Martins (2010) emanam um estudo, intitulado “Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares de doentes críticos”, onde foi possível concluir que sentimentos como medo e ansiedade na probabilidade de ocorrência de situações imprevistas, preocupam os enfermeiros e marcam a maioria das experiências negativas

relatadas no estudo. Contudo, situações de angústia e medo da morte relacionado com o perigo eminente na estrada durante o transporte, também são mencionados.

Estes autores, dão ênfase a sete princípios de segurança para o transporte da PSC:

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

Outra competência do enfermeiro que realiza transferências, é a capacidade de programação e organização de todos os aspetos envolvidos no transporte inter-hospitalar da PSC, de forma a prevenir eventos críticos que possam colocar em causa a segurança da pessoa e do transporte em si (Gonçalves, 2017).

“A criação de esquemas organizativos que garantam a segurança e a ausência de complicações, resultantes do transporte das PSC é fundamental, na medida em que associados a uma menor incidência de complicações durante o transporte” (Martins & Martins, 2010, p.113).

É responsabilidade do enfermeiro que acompanha a pessoa, toda a administração terapêutica, embora esta temática se encontre limitada pela prescrição médica. Todos os membros efetivos da Ordem dos Enfermeiros têm como direito, exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações à exceção das decorrentes do Código Deontológico, das leis vigentes e do Regulamento do Exercício para a Prática de

Enfermagem (REPE), como decreta o Artigo 75.º, nº 1 da alínea a) (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), 2008).

”O título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais, ao detentor da cédula profissional da Ordem” (EOE, 2015, p. 21)

O PNSD (2015) respeita a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009 sobre a segurança da pessoa, e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, passando a integrá-la. Deve ser considerado como uma orientação do Ministério da Saúde, com a finalidade de reforçar os dispositivos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, em benefício da pessoa utilizadora do Serviço Nacional de Saúde incluindo os seus profissionais (PNSD, 2015).

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde tem como objetivo garantir a maior segurança possível da pessoa, evitando incidentes. A causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas sim ligada a defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos (PNSD, 2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

No que diz respeito ao transporte da PSC, baseando-nos no PNSD (2015), podem ser adotadas medidas que vão ao encontro dos objetivos propostos e supracitados, nomeadamente, a segurança da comunicação, através da passagem de informação verbal e escrita completa, concisa e objetiva da pessoa, enfatizando os aspetos inerentes ao transporte de modo a permitir a continuidade dos cuidados mantendo a qualidade e a segurança, utilizando a Técnica ISBAR, de acordo com a norma DGS nº 001/2017.

“as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para a pessoa” (PNSD, 2015, p.3882-3)

No que concerne à administração segura de Medicamentos, é pretendido que “o medicamento correto seja administrado à pessoa correta, na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se verifiquem sejam os previstos, devendo a pessoa receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar” (PNSD, 2015, p. 3882-5).

Segundo o PNSD (2015), os profissionais devem validar a terapêutica nos momentos de transferência e de transição de cuidados da pessoa. A informação descrita e registada corretamente sobre a medicação que a pessoa faz habitualmente, a que foi administrada e a que leva em curso é extremamente importante para a continuidade dos cuidados, supondo que o enfermeiro que realiza o transporte desconhece a pessoa até ao momento, assim como o registo e a administração responsável de medicação na ausência de médico em caso de urgência.

Também as instituições têm um papel preponderante na administração segura de medicamentos. Cabe às instituições assegurar o uso seguro dos medicamentos de alto risco (risco potencial de causar danos graves ou fatais na sua utilização), bem como dos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, também conhecidos como medicamentos “Look-alike” e “Sound-alike” designados por medicamentos LASA (PNSD, 2015).

OM e SPCI (2008), dão especial importância ao acondicionamento dos medicamentos na mala de transporte, por grupos terapêuticos e de forma legível de forma a localizá-los rapidamente em caso de necessidade. Outro aspecto, defendido pelos autores é a “utilização de seringas pré-preparadas para as situações previsíveis (sedação ou analgesia adicional) ou em situações de deterioração súbita (fármacos de reanimação)” (OM & SPCI, 2008 p. 30)

Na prevenção da ocorrência de quedas, embora não esteja direcionada especificamente para o transporte da PSC, é possível a sua ocorrência. Deste modo, é imperativa a adoção de medidas preventivas nesse sentido. Trata-se de um transporte móvel, que ao se adaptar ao trânsito e à via, muitas vezes causa oscilações durante o percurso. É imprescindível, por isso, o conhecimento e a acomodação correta da pessoa e de todo o equipamento, de forma a salvaguardar a acomodação segura da pessoa evitando quedas acidentais. Também os profissionais que o acompanham devem saber movimentar-se dentro da ambulância para uma prestação de cuidados segura quer para a pessoa quer para si próprio.

De modo a evitar situações que ponham em causa a segurança de ambos, está contraindicado o transporte da pessoa com agitação psicomotora sem sedação prévia. Mesmo após a sedação, devem aplicar-se imobilizadores de tórax e membros” (OM e SPCI, 2008, p. 30).

“As úlceras de pressão podem ocorrer não só na pessoa geriátrica, mas em todas as pessoas com algum ou todos os fatores de risco associados” (PNSD, 2015, p.3882-8). O autor acrescenta ainda que, estes fatores não estão limitados à imobilidade, associada à frequente à permanência numa cama hospitalar, não devendo ser descurados fatores como o estado nutricional, a integridade da pele, a idade e o nível de oxigenação do sangue. Também a permanência em plano duro, numa transferência para Serviço de Urgência Polivalente ou Hospital Central localizado a várias horas de viagem de um SUB do interior, contribui para o aumento da prevalência de úlceras de pressão.

A prevenção e controle das infeções e as resistências aos antimicrobianos e o aumento da segurança cirúrgica, englobam-se nos cuidados exigidos no PNSD (2015-2020) para a segurança da pessoa. No transporte inter-hospitalar da PSC, drenado essencialmente do serviço de urgência, faz todo o sentido, proceder de acordo com as normas de segurança

recomendadas para este tipo de pessoa, nomeadamente na prevenção e controlo de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) (PNSD, 2015).

A equipa multidisciplinar necessária para a realização de qualquer procedimento invasivo à PSC no interior de uma ambulância é reduzida comparativamente ao Hospital. Acrescentando características como, o espaço confinado e a trepidação característica da ambulância, a assepsia e qualidade dos cuidados que a pessoa necessita e que os profissionais têm a obrigação de lhe oferecer, pode ficar eventualmente comprometida.

Na identificação inequívoca da pessoa, a presença de pulseira é critério obrigatório. No transporte da PSC, como se trata apenas de uma única pessoa, dificilmente será trocada a identidade, contudo, é dever do profissional confirmar e comparar todos os documentos clínicos e terapêutica com a pessoa em causa (PNSD, 2015).

Outra preocupação, segundo a OM (2009), é a pessoa vítima de trauma, uma vez que, constitui uma das causas na origem da morbilidade e mortalidade em Portugal e com maior incidência na população mais jovem. O tratamento a este tipo de pessoa requer movimentos criteriosos e manipulação de material próprio de forma competente, conhecimento que advém de formação especializada e frequente.

“O tratamento do politraumatizado grave apresenta ainda lacunas intoleráveis (...) que contribui uma deficiente assistência às vítimas, que muitas vezes é efetuada em moldes desadequados e desorganizados” (OM, 2009, p.2)

Após esta análise, a Ordem dos Médicos decidiu criar um grupo de trabalho de Trauma, com a finalidade de criar um documento de Normas de Boa Prática em Trauma, que incide essencialmente na organização de rede de Trauma, na criação e/ou expansão de mais centros de trauma a nível nacional e ainda, na formação de profissionais que lidam com este tipo de pessoa (OM, 2009).

Embora o INEM seja responsável pela abordagem primária em contexto de acidente/tratamento ao politraumatizado no local, incluindo a sua correta imobilização e avaliação constante, é possível que não seja a mesma equipa, devidamente formada nesta área, que realiza o transporte inter-hospitalar da PSC para um centro de trauma diferenciado e muitas vezes distante.

Pode acontecer, mais vezes do que se podia prever, a transferência da pessoa politraumatizada pela equipa hospitalar disponível no momento, na indisponibilidade do Helicóptero do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (meteorologia não compatível com condições de voo, pneumotórax não resolvido, entre outros). Esta decisão conjunta entre o médico que transfere a pessoa e o médico regulador do CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes), recai sobre a necessidade/segurança da pessoa e a ponderação médica, para deixar “disponível” a equipa SIV na eventualidade de ser novamente necessária na sua área de intervenção, que falando do Alentejo, cobre a área de 50-100km.

Posto isto, torna-se claramente evidente a importância da formação nesta área específica, para a deteção rápida e precoce de problemas/agravamento do estado de saúde da pessoa politraumatizada em plano duro, numa viagem tão longa e realizada em ambulância (com a trepidação que lhe é característica).

Rodrigues e Martins (2012), num estudo onde foi pretendido conhecer as vivências dos enfermeiros ao cuidar da pessoa em situação crítica, destacaram o receio sentido e a responsabilidade acrescida aquando da ausência de acompanhamento por um segundo profissional de saúde (médico). Posto isto, foi concluído neste estudo que o acompanhamento por um segundo profissional, tornara-se uma mais-valia, não só na partilha de dúvidas em caso de necessidade, mas também, na partilha de coresponsabilidades e diminuição de sentimentos de medo, angústia e stress.

Foram apontados como fatores desencadeantes principais destes sentimentos, a falta de planeamento e formação em emergência e como secundários, mas igualmente importantes, a falta de material, a oscilação do transporte, as condições atmosféricas, o enjoo de profissionais associado ao tipo de condução, entre outros.

Situação reconhecida pela OM e SPCI (2008), quando afirma que as vibrações ocorridas durante o transporte podem afetar a fisiologia cardiorrespiratória da pessoa e a fiabilidade da monitorização. Partilham ainda da opinião que existe o risco de deslocação causado pela aceleração-desaceleração e o risco de colisão associado à velocidade.

Com o intuito de averiguar as preocupações vividas pelos enfermeiros durante o TIH da PSC, Gustafsson, Wennerholm e Fridlund (2010), lideraram um estudo, que expôs a preocupação com a segurança, quer do próprio profissional que acompanha a pessoa por

eventuais perigos rodoviários a que estão sujeitos, quer da pessoa (por possíveis acontecimentos inesperados, como a extubação acidental do tubo orotraqueal (TOT), avaria de equipamentos, ou ausência de material necessário). Este estudo salienta ainda a preocupação pela falta de planeamento e diretrizes consistentes.

Tais receios e preocupações são na opinião de Parmentier-Decrucq et al. (2013), plausíveis, uma vez que, defendem que a maioria dos eventos adversos surgidos durante o transporte inter-hospitalar da PSC, estão relacionados com o equipamento, seguidos de eventos relacionados com a pessoa, destacando as situações de instabilidade hemodinâmica e hipoxia.

Häggsström e Bäckström, (2014) dão ênfase às falhas de comunicação ou à comunicação deficiente entre as equipas, fatores que podem estar associados a muitos erros que podem pôr em causa a segurança da PSC.

Fragata (2011), para além de salientar ideias semelhantes, acrescenta ainda estratégias que visam colmatar essa lacuna detetada. Segundo o autor, para promover uma comunicação efetiva entre as equipas de saúde, devem ser evitadas ordens manuscritas e abreviaturas, optando pelas ordens dactilografadas, a prescrição eletrónica e o uso informático. Uma sugestão seria recorrer a sistemas de processo clínico eletrónico que interligue os diferentes serviços, dando uso a linguagem estereotipada e bem estruturada através de mnemónicas que promovem a sistematização da informação, como o exemplo do ISBAR

As *checklists* são outra mais-valia enunciada por Fragata (2011), que acredita serem essenciais para o incremento da segurança, prevenindo erros e antecipando estratégias e necessidades de recursos. Este autor sublinha também a importância dos *debriefings* onde a discussão sobre os aspetos positivos e negativos proporcionem melhorias na qualidade e na segurança dos cuidados que foram prestados, numa perspetiva de crescimento pessoal e de adoção de medidas corretivas.

Santos (2015) ao realizar estágio no serviço de urgência deparou-se com um planeamento do TIH da PSC aparentemente cuidadoso e eficaz, consistia no preenchimento da escala de avaliação de recursos através de um sistema informático - ConexAll®, que segundo o score atribuído indicará a quantidade de recursos humanos e materiais disponíveis, prática promotora da segurança, na opinião de Fragata (2011).

Quando é solicitado o TIH no programa informático supracitado, cabe ao enfermeiro registar quais os equipamentos necessários no acompanhamento da PSC, para que caso sejam necessários equipamentos específicos, isso seja previsto (Santos, 2015).

### 3.3.SEGURANÇA DO PROFISSIONAL NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

A legislação e os estudos científicos sobre o transporte da pessoa em situação crítica, direcionam frequentemente a sua análise para os cuidados de qualidade e para a segurança da pessoa durante o transporte. Todavia, pouca ou nenhuma é a legislação que preserva os direitos do profissional relativamente à segurança durante o transporte. Torna-se facilmente questionável, não estará o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, suscetível a igual quantidade de riscos inerentes à sua segurança, no desempenho das suas funções durante o transporte? Não condicionará esta insegurança do profissional, a sua prestação de cuidados à PSC?

No que concerne à administração de terapêutica injetável, com a exceção das situações de emergência/ life saving, o enfermeiro tem direito a que a prescrição terapêutica seja efetuada em suporte documental ou informática e da qual conste o medicamento a administrar, bem como a dose, a via e o momento/intervalo de administração, tal como preconizado pelo Conselho de Enfermagem da OE, no seu parecer nº144/2002 e parecer 275/2011.

O parecer supracitado, acrescenta ainda, que o enfermeiro para administrar qualquer medicamento, tem que conhecer a sua indicação, cuidados a ter, eventuais efeitos secundários e segurança do mesmo.

“A administração de um medicamento por um enfermeiro, injetável ou não, só é segura quando conciliadas: a sua aprovação pelo Infarmed, a prescrição e suporte documental ou informática, contendo o medicamento a administrar, a dose, a via, o momento/intervalo de administração e a assinatura dos prescritos; a competência do enfermeiro para o administrar a qual pressupõe o conhecimento da sua

indicação, eventuais reações e cuidados a ter e o consentimento livre e esclarecido do cliente” (parecer CJ 275/2011 da OE).

Ortiz e Arauz (2013), de acordo com o seu estudo, afirmam que as pessoas com ventilação mecânica, constituem um subgrupo de alto risco pela elevada frequência de eventos adversos, uma vez que, os problemas com os ventiladores mecânicos chegam aos 22% das ocorrências nos TIH.

Os mesmos autores, partilham da opinião de que cada hospital deve desenvolver um protocolo de transporte, com uma equipa multidisciplinar formada e sujeita a revisão de qualidade. O consentimento informado, deve ser incluído no transporte. Neste estudo científico, é reportado que em regra geral os erros mais frequentes reportados pelos intervenientes no estudo, são o deficit na monitorização e formação, bem como a falta de seguimento de protocolos e falta de comunicação entre a equipa (Ortiz & Arauz, 2013).

Reconhecida internacionalmente a importância dos protocolos de atuação (criados por toda uma equipa perita e experiente de médicos e enfermeiros), torna-se uma mais-valia na resposta competente, uniformizada, segura e responsável, regida por *guidelines* atuais, combatendo riscos adversos passíveis de ocorrer durante o transporte.

Sandi (2003), partilha da opinião supracitada afirmando, que as ações de enfermagem devem estar reguladas por protocolos e normas de carácter interno, que caso não sejam cumpridas, pode resultar em ações disciplinares.

#### **4. METODOLOGIA**

A pesquisa intensiva realizada na elaboração deste projeto, proporcionou um acréscimo de conhecimento sobre o tema, permitindo constatar que a segurança da pessoa é uma prioridade na prestação de cuidados, caminhando paralelamente com a qualidade. Os estudos científicos são desta forma, uma mais valia, uma vez que os seus resultados contribuem na identificação dos problemas/fatores passíveis de serem modificados salvaguardando a segurança da pessoa e conseqüentemente a qualidade dos cuidados nos serviços de saúde.

“A investigação científica serve para descrever acontecimentos, verificar dados ou hipóteses, prever e controlar fenômenos. O rigor e a sistematização devem estar presentes em qualquer investigação” (Fortin, 2009, p.23).

Vilelas (2009), afirma que a metodologia científica aplicada à saúde fornece serviços de qualidade à comunidade, estuda os seus problemas específicos e no caso de ser necessário, promove mudanças nos problemas identificados.

##### **4.1.TIPO DE ESTUDO**

“O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de casualidade” (Fortin, 2009, p. 133).

Perante o supracitado, constata-se que o presente estudo centra-se numa investigação quantitativa, em relação ao método de tratamento de dados, uma vez que se pretende, analisar a percepção de segurança dos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da PSC, e ainda averiguar, através da medição das variáveis e análise de dados numéricos, o fenómeno causador (Fortin, 2009).

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional Tem por objeto “explorar relações entre variáveis e descrevê-las (...) permitindo (...) circunscrever o fenómeno estudado” (Fortin,

Côté & Fillion, 2009, p. 244). Optou-se por este tipo de estudo, na medida em que é pretendido não só descrever e analisar as variáveis em estudo, como também, examinar a relação entre elas, de modo a determinar a natureza das relações.

No que concerne ao tipo de estudo consoante o controlo de variáveis, trata-se de um estudo não experimental, sem manipulação de variáveis. (Vilelas, 2009) Pretende-se conhecer quais os fatores que, na opinião dos enfermeiros, possam influenciar a perceção de segurança durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

#### 4.2. OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

“O objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação” (Fortin, 2009, p.100).

O presente estudo tem como objetivo principal investigar as opiniões dos enfermeiros que realizam transporte inter-hospitalar, com o intuito de avaliar os fatores que contribuem para a perceção de segurança, intervindo ativamente na melhoria da qualidade, com medidas interventivas.

Para tal, foram propostos os seguintes objetivos:

##### **Objetivo geral:**

Avaliar a perceção de segurança dos enfermeiros que realizam transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica e quais os fatores que a influenciam.

##### **Objetivos específicos:**

- Avaliar os dados sociodemográficos (idade e sexo) e dados profissionais (habilitação literária, experiência profissional, formação em emergência, conhecimento sobre o equipamento utilizado no TIH) dos enfermeiros que fazem TIH da PSC.
- Conhecer as críticas e sugestões dos enfermeiros que realizam transferências inter-hospitalares face à perceção de segurança.

- Avaliar a percepção de segurança dos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da PSC.
- Avaliar as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros face ao transporte inter-hospitalar da PSC.
- Avaliar a relação entre a idade dos enfermeiros e a percepção de segurança dos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da PSC.
- Avaliar a relação entre a idade dos enfermeiros e as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da PSC.
- Avaliar a relação entre a experiência no transporte inter-hospitalar da PSC e a percepção de segurança dos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da PSC.
- Avaliar a relação entre a experiência no transporte inter-hospitalar da PSC e as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da PSC.

#### 4.3. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

“No caso de estudos correlacionais e experimentais formular-se-ão hipóteses. As hipóteses, são enunciados formais das relações presumidas entre duas ou mais variáveis, enunciados de predição dos efeitos esperados pelo estudo” (Fortin, 2009, p.22).

Desta forma, descrevo as seguintes hipóteses.

H1 - Existe relação entre a idade dos enfermeiros e a sua percepção de segurança durante o transporte inter-hospitalar da PSC

H2 - Existe relação entre a idade dos enfermeiros e as suas capacidades e emoções durante o transporte inter-hospitalar da PSC

H3 - Existe relação entre a experiência no TIH da PSC no último ano e a percepção de segurança durante o transporte inter-hospitalar da PSC

H4 - Existe relação entre a experiência no TIH da PSC no último ano e as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da PSC

#### 4.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para este estudo foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística, intencional. Esta técnica é baseada numa recolha consciente do investigador de incluir ou excluir elementos ou sujeitos em função das suas características.

No contexto onde este estudo é realizado, a permanência da pessoa em situação crítica é maioritariamente no serviço de urgência, e posteriormente transferido, quando existe escassez de cuidados especializados. O enfermeiro e médico que o acompanha pertence a esse mesmo serviço, pelo que se decidiu incluir na amostra, os 3 serviços de urgência da ULSNA (SUB de Elvas, Escala de enfermeiros de prevenção de Elvas, SUMC de Portalegre e SUB de Ponte de Sôr), que realizaram transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica no último ano.

Foram distribuídos questionários pelos 80 enfermeiros dos três serviços de urgência e escala de prevenção, via email, durante o período de 13 de Agosto a 18 de Setembro, dos quais se obtiveram 67 respostas. Considera-se que a adesão foi a esperada, dado ser período de férias e com alguns elementos de baixa médica/gravidez. Das 67 respostas, 8 sujeitos foram excluídos do estudo, por não terem realizado TIH da PSC nos últimos 5 anos, finalizando uma amostra de 59 enfermeiros.

A amostra, é constituída na sua maioria por mulheres (79,66%), e a média de idades situa-se nos 39,14 anos (DP= 7,738) o que remete para serviços com uma equipa jovem, onde o mínimo de idades é 29 e o máximo é 65.

#### 4.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O método escolhido para este estudo foi o questionário, pois é o instrumento aconselhado quando se pretende conhecer uma população quanto às suas opiniões. Estes têm ainda a vantagem de permitir a quantificação de dados e proceder ao estabelecimento de relações entre eles (Vilelas, 2009).

Face à ausência de um instrumento de colheita de dados, que permitisse avaliar todas as variáveis em estudo o tema da forma pretendida, foi necessário construir um questionário, cujos itens emergiram da leitura e análise da literatura relacionada com o tema

O questionário é constituído por três partes. A caracterização sociodemográfica e dados profissionais dos enfermeiros, retratam a primeira parte do questionário, na sua maioria com perguntas fechadas. Optou-se pela utilização de escalas nominais, nomeadamente no que respeita ao género, habilitação literária e formação em emergência (ver anexo IV).

Tabela1 – Variáveis da caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros e opções de resposta

<b>Variáveis</b>	<b>Opções de resposta</b>
Sexo	Masculino Feminino
Habilitações Literárias	Licenciatura Pós-graduação Especialização Mestrado Doutoramento Outro
Formação em emergência	SBV (Suporte Básico de Vida) SIV (Suporte Imediato de Vida) SAV (Suporte Avançado de Vida) SAVT (Suporte Avançado de Vida em Trauma) Pós-graduação em emergência Especialidade no âmbito do doente crítico
Experiência Profissional	Serviço de Urgência Serviço de Cuidados Intensivos Pré-hospitalar Serviço de internamento Cuidados de saúde primários Lares de 3ª Idade Unidade de cuidados continuados
Conhece o funcionamento de todo o equipamento portátil utilizado durante o TIH da PSC?	Sim Não
Existe necessidade de formação sobre o equipamento portátil utilizado no TIH da PSC?	Sim Não

Estas foram consideradas essenciais, na medida em que, vai ao encontro do defendido por Häggström e Bäckström (2014) que sublinham a importância do nível da experiência profissional e competências técnicas, científicas e humanas no TIH mais seguro.

Na segunda parte do questionário, situam-se um conjunto de 14 itens relacionados com a perceção de segurança, em que é pretendida a classificação individual, de acordo com o grau de concordância dos enfermeiros, numa escala em que o mínimo de resposta é 1 (discordo totalmente) e o máximo é 5 (concordo totalmente).

As afirmações que interferem nas capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o TIH da PSC, estão compiladas em 10 itens e ocupam a terceira parte do

questionário. A finalidade é ser-lhe atribuído um score idêntico ao anterior (em que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 diz respeito a “concordo totalmente”), de acordo com o grau de concordância dos enfermeiros.

De entre os 14 itens sitos na questão capacidades e emoções face ao TIH da PSC, dois apresentavam sentido inverso, nomeadamente, “sinto receio relacionado co a segurança do utente, em alguns TIH da PSC” e “receio que a falta de legislação em vigor acerca da administração de fármacos sem prescrição médica prévia, influencie a segurança do TIH da PSC”, pelo que houve a necessidade de recodificação na fase de tratamento e análise dos dados.

No término do questionário foi colocada uma questão de resposta aberta onde é pretendido recolher ideias e sugestões de melhoria que colmate os sentimentos apontados, na opinião dos enfermeiros.

#### 4.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Todo o estudo de investigação exige do investigador o levantamento de questões morais e éticas. Pelo que, assume-se que foram respeitadas as orientações emanadas pela Conferência de Helsínquia (2013) nomeadamente o consentimento informado, a confidencialidade dos dados e a privacidade dos inquiridos.

O desenvolvimento deste estudo formalizou-se com o pedido formal à Comissão de Ética da ULSNA no dia 18 de Março de 2018, que foi aprovado pelo Concelho de Administração da ULSNA no dia 13 de Agosto de 2018, colocado em anexo V.

Para planear o número de questionários a enviar e os respetivos emails dos enfermeiros a que se direccionava o estudo, foi solicitada ao gabinete de recursos humanos, a lista de emails de todos os enfermeiros dos três serviços de urgência.

#### 4.7. TRATAMENTO DOS DADOS

“A estatística, é um instrumento matemático necessário para recolher, organizar, apresentar, analisar e interpretar dados. O *Statistical Package for the Social Science*

(SPSS) é um programa informático poderoso de apoio à estatística” (Pestana & Gageiro, 1999).

Após a aplicação dos questionários foi necessário efetuar o tratamento dos dados recolhidos, recorrendo ao programa informático SPSS, versão 24.0. Para sistematizar e realçar a informação adquirida, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva, para descrever o comportamento das variáveis nomeadamente frequências relativas e absolutas, medidas de tendência central (média, moda) e de dispersão (desvio padrão).

Na estatística inferencial foram utilizados testes paramétricos pois presume-se que a distribuição tende para a normalidade tendo em conta o tamanho da amostra, recorrendo ao teorema do limite central (Pestana & Gagueiro, 1999). Foi utilizada a correlação de Pearson para testar as hipóteses de investigação, com um nível de significância de 0,05.

## 5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

#### **Transporte inter-hospitalar**

Relativamente ao transporte inter-hospitalar (TIH), a análise da tabela 2, permite constatar que cerca de metade da amostra, realizou TIH da PSC nos últimos 6 meses, contrastando com o valor mais reduzido, respeitante ao período “há menos de 3 anos”.

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo o tempo decorrido desde o último TIH da PSC

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Último Transporte inter-hospitalar</b>		
<5 anos	5	8,50
<4 anos	2	3,40
<3 anos	1	1,70
<2 anos	3	5,10
<1 ano	18	30,50
<6 meses	30	50,80

#### **Habilitações literárias**

A licenciatura é selecionada pela maioria dos enfermeiros (83,05%), enquanto que a opção doutoramento não foi mencionada (ver tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Habilitações Literárias</b>		
Licenciatura	49	83,05
Pós graduação	10	16,95
Especialização	11	18,64
Mestrado	10	16,95

### **Formação em emergência e experiência profissional**

De acordo com o estudo, os enfermeiros que realizam TIH da PSC, são detentores de SBV e SAV ocupando uma percentagem de 79,66% e 77,97% respetivamente (ver tabela 4). Duas das formações menos apostadas pelos enfermeiros são as pós-graduações em emergência e a área da traumatologia, com apenas 5,08% e 10,17% (ver tabela 4).

Relativamente à experiência profissional, a opção de resposta maioritária foi “serviço de urgência” (93,22%), embora salientem outras áreas de experiência profissional (ver tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a formação em emergência e experiência profissional dos enfermeiros

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Formação em Emergência</b>		
Suporte Básico de Vida	47	79,66
Suporte Imediato de Vida	18	30,51
Suporte Avançado de Vida	46	77,97
Suporte Avançado de Vida em Trauma	6	10,17
Pós-graduação em emergência	3	5,08
Especialidade no âmbito do doente crítico	12	20,34
<b>Experiência Profissional</b>		
Urgência	55	93,22
Unidade de Cuidados Intensivos	6	10,17
Pré-hospitalar	20	33,90
Internamento	28	47,46
Cuidados de Saúde Primários	5	8,47
Lares de 3ª Idade	15	25,42
Unidade de Cuidados Continuados	18	30,51

### **Necessidade e tipo de formação na área da pessoa em situação crítica**

A maioria da amostra (74,58%) assume a necessidade de formação especializada na área dos cuidados à pessoa em situação crítica de modo a promover a perceção de segurança (tabela 5). São descritas a pediatria e traumatologia (16,90% e 15,30%) como sendo as áreas mais carenciadas de formação na perceção de segurança da pessoa.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a necessidade e tipo de formação especializada nos cuidados a pessoa em situação crítica

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Necessidade de formação na pessoa em situação crítica</b>		
Sim	44	74,58
Não	14	23,73
<b>Tipo de formação</b>		
Formação em Pediatria	10	16,90
Formação em Traumatologia	9	15,30
Formação em Obstetrícia	6	10,20
Formação em ventilação invasiva ou ventiladores	7	11,90
Formação em sinais e sintomas de gravidade	3	5,10
Formação para atualização de conhecimentos	5	8,50
Formação dos equipamentos do transporte inter-hospitalar	3	5,10

### **Conhecimentos e formação necessária sobre o equipamento utilizado no TIH**

O material e equipamentos utilizados e por sua vez, específico no TIH da PSC, dada a sua característica portátil, como monitores cardíacos, ventiladores, entre outros, servem exclusivamente para este tipo de transportes, o que, tendo em conta o nº de TIH no último ano ( $M = 7,458$ ;  $DP=13,628$ ), pode estar relacionado com a falta de manipulação e esquecimento do seu funcionamento pelos profissionais. Deste modo, é possível constatar na tabela 5, que embora 66,1% dos enfermeiros assumam a falta de conhecimento sobre equipamentos desta natureza, com uma percentagem mais elevada (72,9%), salientam a necessidade de formação na área (ver tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento sobre o equipamento utilizado no transporte inter-hospitalar e a necessidade de formação nessa área

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Conhecimento sobre o equipamento utilizado no Transporte Inter-hospitalar</b>		
Sim	39	66,1
Não	20	33,9
<b>Necessidade de formação sobre o equipamento</b>		
Sim	43	72,9
Não	16	27,1

## 5.2. PERCEÇÃO DE SEGURANÇA DOS ENFERMEIROS DURANTE O TIH DA PSC

A tabela 7, apresenta a distribuição da amostra segundo a percepção de segurança acerca do TIH da PSC. Verifica-se que a maioria dos itens dispostos nesta categoria, obteve um grau de concordância positivo (entre 4 e 5), ou seja, a sua importância para a segurança do TIH foi valorizada pelos enfermeiros, à exceção de dois itens. Um dos itens com menor concordância referia-se ao fato da equipa de TIH da PSC ser composta por elementos voluntários, e o outro prendia-se com a obtenção do consentimento informado.

Destacam-se de forma positiva, os itens relacionados com os registos, nomeadamente, registo de alterações hemodinâmicas (M = 4,746; DP = 0,439), protocolos de atuação (M = 4,627; DP = 0,522), checklist de verificação (M = 4,542; DP = 0,567), grelha de avaliação para o TIH (M = 4,373; DP = 0,641) e o instrumento de transmissão de informação segundo a norma ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation) (M = 4,356; DP = 0,826) (ver tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo a percepção de segurança da pessoa durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica

	M	DP
<b>Perceção de Segurança</b>		
1 - Experiência profissional	4,576	0,622
2 - Formação especializada na área emergência	4,644	0,517
3 - Formação específica periódica facultada pela instituição	4,475	0,704
4 - Equipa de transporte inter-hospitalar composta por elementos voluntários	3,203	1,399
5 - Obtenção do consentimento informado da pessoa	3,644	0,943
6 - Grelha de avaliação para o transporte secundário	4,373	0,641
7 - Preenchimento rigoroso da grelha de avaliação para o transporte secundário	4,593	0,619
8 - Checklist de verificação	4,542	0,567
9 - Historial clínico e situação clínica atual da pessoa	4,814	0,393
10 - Estabilização hemodinâmica prévia da pessoa	4,847	0,363
11 - Acomodação adequada do material na ambulância	4,712	0,457
12 - Registo das alterações hemodinâmicas da pessoa intra-transporte	4,746	0,439
13 - Protocolos de atuação para o transporte inter-hospitalar	4,627	0,522
14 - Instrumento de transmissão de informação	4,356	0,826

### 5.3. CAPACIDADES E EMOÇÕES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE O TIH DA PSC

Na análise da tabela 8, é possível constatar a importância para a segurança do TIH, atribuída pelos enfermeiros, ao registo das alterações hemodinâmicas da pessoa intra-transporte (M = 4,203; DP=0,826), seguida da capacidade de identificação de sinais de instabilidade durante o transporte (M = 4,153; DP = 0,690). Por outro lado, constata-se a insegurança dos profissionais em itens referentes às capacidades para resolver problemas técnicos (M = 2,729; DP = 1,243), à segurança na administração de terapêutica sem prescrição médica na ausência de médico durante o TIH (M = 2,492; DP = 1,223) e à segurança na prestação de cuidados durante o transporte (M = 2,915; DP = 1,022), com uma tendência de resposta negativa quando se evidencia o sentimento de segurança/capacidade em desempenhar o TIH (ver tabela 8).

Importa destacar que foram recodificados para afirmações de conotação positiva dois itens, o item “confiança na segurança da pessoa no transporte inter-hospitalar” (M = 2,288, DP = 0,948) e o item “confiança na legislação acerca da administração de fármacos sem prescrição médica influencie a segurança do TIH da PSC” (M = 1,932, DP = 0,848) (tabela 8), por terem inicialmente um sentido inverso aos restantes itens.

Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica no último ano

	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>Capacidades e Emoções sentidas pelos enfermeiros</b>		
1 - Segurança na prestação de cuidados durante o transporte inter-hospitalar	2,915	1,022
2 - Segurança na folha de registo de enfermagem intra-transporte	4,203	0,826
3 - Segurança na administração de terapêutica sem prescrição médica na ausência de médico durante a transferência	2,492	1,223
4 - Confiança na segurança da pessoa no transporte inter-hospitalar	2,288	0,948
5 - Confiança na legislação acerca da administração de fármacos sem prescrição médica	1,932	0,848
6 - Capacidade para atuar em paragem cárdio-respiratória ocorrida durante o transporte inter-hospitalar	3,797	0,979
7 - Capacidade na identificação de sinais de instabilidade durante o transporte inter-hospitalar	4,153	0,690
8 - Capacidade para manter qualidade de cuidados durante o transporte similar à promovida no hospital	3,169	1,147
9 - Capacidade de transmissão de informação sem necessidade de folha de registo	3,237	1,165
10 - Capacidade para resolução de problemas técnicos no equipamento portátil durante o transporte inter-hospitalar	2,729	1,243

#### 5.4. CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE A IDADE E A PERCEÇÃO DE SEGURANÇA DURANTE O TIH DA PSC

Não foi possível confirmar a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a idade dos enfermeiros e a sua percepção de segurança durante o TIH (ver tabela 9), tendo-se verificado valores de significância superiores a 0,05 para todos os itens.

Tabela 9 – Correlação de Pearson entre a idade e a percepção de segurança dos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica

<b>Percepção de segurança</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
1 - Experiência profissional	0,084	0,528
2 - Formação especializada na área de emergência	-0,108	0,414
3 - Formação específica periódica facultada pela instituição	-0,110	0,406
4 - Equipa de transporte inter-hospitalar composta por elementos voluntários	0,152	0,251
5 - Obtenção do consentimento informado da pessoa	-0,093	0,486
6 - Grelha de avaliação para o transporte secundário	0,017	0,896
7 - Preenchimento rigoroso da grelha de avaliação para o transporte	0,073	0,583
8 - Checklist de verificação	0,073	0,581
9 - Historial clínico e situação clínica atual da pessoa	-0,088	0,508
10 - Estabilização hemodinâmica prévia da pessoa	-0,103	0,437
11 - Acomodação adequada da pessoa e material na ambulância	-0,047	0,722
12 - Registo das alterações hemodinâmicas da pessoa intra-transporte	0,102	0,444
13 - Protocolos de atuação para o transporte inter-hospitalar	-0,047	0,724
14 - Instrumento de transmissão de informação	0,014	0,917

#### 5.5. CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE A IDADE E AS CAPACIDADES E EMOÇÕES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE O TIH DA PSC

Relativamente à relação entre a idade e as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o TIH (tabela 10), foi possível verificar a relação entre a idade e a confiança na segurança da pessoa no transporte inter-hospitalar ( $r = 0,380$ ,  $p = 0,003$ ). Esta relação é inversamente proporcional, ou seja, quanto maior a idade, menor a confiança na segurança da pessoa (ver tabela 10).

Tabela 10 – Correlação de Pearson entre a idade e as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica

<b>Capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
1 - Segurança na prestação de cuidados durante o transporte inter-hospitalar	-0,090	0,497
2 – Confiança na segurança da pessoa no transporte inter-hospitalar	0,380	0,003
3 - Capacidade para atuar em paragem cárdio-respiratória ocorrida durante o transporte inter-hospitalar	-0,128	0,333
4 – Confiança na legislação acerca da administração de fármacos sem prescrição médica, influencie o transporte inter-hospitalar	-0,154	0,246
5 – Segurança na folha de registo de enfermagem intra-transporte	0,085	0,524
6 - Capacidade na identificação de sinais de instabilidade durante o transporte inter-hospitalar	0,096	0,469
7 - Capacidade para manter qualidade de cuidados durante o transporte similar à promovida no hospital	-0,020	0,880
8 - Capacidade de transmissão de informação sem necessidade de folha de registo	-0,025	0,853
9 - Segurança na administração de terapêutica sem prescrição médica na ausência de médico durante a transferência	-0,045	0,733
10 - Capacidade para resolução de problemas técnicos no equipamento portátil durante o transporte inter-hospitalar	-0,027	0,842

#### 5.6. CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE A EXPERIÊNCIA NO TIH E A PERCEÇÃO DE SEGURANÇA DURANTE O TIH DA PSC

Na correlação entre a experiência no transporte inter-hospitalar e os 14 itens destacados na tabela 11, verifica-se apenas uma relação, estatisticamente significativa com o item respeitante a “protocolos de atuação para o transporte inter-hospitalar” ( $r = -0,363$ ;  $p = 0,005$ ). Subentende-se que, quanto maior é a experiência no transporte inter-hospitalar, menor é a importância dada aos protocolos de atuação na segurança do utente durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica (ver tabela 11).

Tabela 11 – Correlação de Pearson entre a experiência no transporte inter-hospitalar e a percepção de segurança dos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica

<b>Experiência no transporte inter-hospitalar e a percepção de segurança dos enfermeiros</b>	<b>R</b>	<b>p</b>
1 - Experiência profissional	0,088	0,505
2 - Formação especializada na área emergência	-0,126	0,343
3 - Formação específica periódica facultada pela instituição	-0,160	0,227
4 - Equipa de transporte inter-hospitalar composta por elementos voluntários	-0,009	0,943
5 - Obtenção do consentimento informado da pessoa	-0,241	0,066
6 - Grelha de avaliação para o transporte secundário	-0,083	0,532
7 - Preenchimento rigoroso da grelha de avaliação para o transporte secundário	-0,037	0,782
8 - Checklist de verificação	-0,066	0,619
9 - Historial clínico e situação clínica atual da pessoa	0,113	0,395
10 - Estabilização hemodinâmica prévia da pessoa	0,074	0,579
11 - Acomodação adequada do material na ambulância	-0,028	0,831
12 - Registo das alterações hemodinâmicas da pessoa intra-transporte	0,075	0,575
13 - Protocolos de atuação para o transporte inter-hospitalar	-0,363	0,005
14 - Instrumento de transmissão de informação	-0,094	0,477

### 5.7.CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE A EXPERIÊNCIA NO TIH E AS CAPACIDADES E EMOÇÕES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE O TIH DA PSC

Na correlação entre a experiência no transporte inter-hospitalar e os 10 itens destacados na tabela 12, foi possível destacar, apenas uma relação, estatisticamente significativa “Confiança na segurança da pessoa em alguns transportes inter-hospitalares”. Verifica-se que a relação destas variáveis é inversamente proporcional, isto é, quanto maior é a experiência no transporte inter-hospitalar, menor é o sentimento de segurança da pessoa, sentido pelos enfermeiros ( $r = -0,260$ ;  $p = 0,047$ ) (ver tabela 12).

Tabela 12 – Correlação de Pearson entre a experiência no transporte inter-hospitalar e as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica

<b>Experiência no transporte inter-hospitalar e as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
1 - Segurança na prestação de cuidados durante o transporte inter-hospitalar	-0,130	0,328
2 – Confiança na segurança da pessoa em alguns transportes inter-hospitalares	-0,260	0,047
3 - Capacidade para atuar em paragem cardíaco-respiratória ocorrida durante o transporte inter-hospitalar	0,136	0,303
4 – Confiança na legislação acerca da administração de fármacos sem prescrição médica, influencie o transporte inter-hospitalar	-0,188	0,153
5 – Segurança na existência de uma folha de registo intra-transporte	-0,087	0,515
6 - Capacidade na identificação de sinais de instabilidade durante o transporte inter-hospitalar	0,024	0,859
7 - Capacidade para manter qualidade de cuidados durante o transporte similar à promovida no hospital	-0,052	0,693
8 - Capacidade de transmissão de informação sem necessidade de folha de registo	0,029	0,828
9 - Segurança na administração de terapêutica sem prescrição médica na ausência de médico durante a transferência	-0,200	0,129
10 - Capacidade para resolução de problemas técnicos no equipamento portátil durante o transporte inter-hospitalar	-0,207	0,115

## 5.8. SUGESTÕES DE MELHORIA DESCRITAS PELOS ENFERMEIROS

A análise da tabela 13 permite verificar que foram apontadas 17 sugestões diferentes por 25 enfermeiros, num total de 59 sugestões de melhoria quanto à segurança da pessoa em situação crítica no transporte inter-hospitalar. Destaca-se a importância da formação na área de emergência e equipamentos, mencionada 14 vezes, com 56%. Logo de seguida, com percentagem similar entre elas (12%) destacam-se as sugestões que dizem respeito, à importância dos protocolos de atuação, ao contato mantido entre a equipa e o médico durante toda a transferência inter-hospitalar e ainda ao registo da justificação do acompanhamento médico (ver tabela 13).

Tabela 13 – Sugestões de melhoria descritas por 25 enfermeiros

<b>Sugestões de melhoria para o TIH da PSC, na opinião de 25 enfermeiros da ULSNA descritas no presente estudo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Formação na área de emergência e equipamentos	14	56
Registo da justificação de necessidade de acompanhamento pelo médico responsável pelo TIH	3	12
Contacto mantido entre a equipa de transporte e o médico responsável pela transferência, durante o TIH	3	12
Folha de registo de enfermagem	2	8
Existência de protocolos de atuação da ULSNA sobre o TIH	3	12
Estabilização prévia do doente, obrigatória	2	8
Escala de prevenção 24h	2	8
Existência de checklist	1	4
Acompanhamento médico mais frequente	1	4
Rigor no preenchimento da grelha de avaliação de transporte	2	8
Obrigatoriedade de acompanhamento médico sempre que for PSC	2	8
Acompanhamento de doente não crítico, ser de carácter voluntário e não obrigatório	1	4
Existência de grelha de avaliação de transporte mais abrangente	1	4
SBV e SAV obrigatório no TIH da PSC	1	4
Existência de procedimento de TIH específico	1	4
Criar uma equipa de TIH devidamente treinada e formada em PSC	2	8
Lista de enfermeiros com o tipo e data da formação exigida e oferecida pela entidade patronal em dias laborais, como critério de inclusão na escala de prevenção	1	4

## 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Terminada a análise e tratamento estatístico dos dados colhidos, é possível dar início a uma reflexão dos principais resultados, confrontando-os com a fundamentação teórica que suporta o estudo, permitindo dar resposta às hipóteses inicialmente levantadas.

A maioria dos participantes, cerca de 79,66% é do sexo feminino, sendo uma realidade nacional em toda a profissão, como afirma OE (2017) no seu relatório de 2017, onde apresenta 58939 mulheres (82,09%) e 12863 homens (17,91%) no exercício ativo da profissão de enfermagem.

A licenciatura em enfermagem constitui uma percentagem de apenas 83,05%. Este resultado pode estar relacionado com a eventual não compreensão da questão como sendo passível de múltiplas opções de resposta (explícito no questionário). Por outro lado, parte da amostra pode realmente não possuir o grau de licenciado, dado não ter sido obrigatório o complemento de formação em enfermagem. A alteração do curso de enfermagem de bacharelato para licenciatura decretada no dec-lei nº 219/1999, e a oferta de cursos de complemento de formação em Enfermagem até ao ano letivo de 2005/2006, para a maioria dos profissionais com formação anterior a 1999, possibilita esta constatação (Costa, 2012).

Os restantes graus de habilitações literárias dispersam-se entre mestrado (16,95%), pós-graduação (16,95%) e especialidade em doente crítico (18,64%), sendo nula a escolha do grau doutoramento neste estudo. Embora gradual, a tendência evolutiva para a procura de formação e atualização de conhecimentos é notória, provavelmente causado pelo reconhecimento pessoal da importância dessa formação.

A idade dos intervenientes no estudo está compreendida entre 29 e 65 anos, com uma média de aproximadamente 39,140 anos (DP = 7,738).

De modo a realçar a importância da formação dada pelos enfermeiros, e em como esta pode afetar a segurança da pessoa em situação crítica, ressalvo a última questão do questionário (ver tabela 13), onde são descritas as sugestões de melhoria necessárias, na opinião dos enfermeiros, em prol da segurança do transporte inter-hospitalar da PSC. Da

amostra de 59 enfermeiros, responderam a esta questão, apenas 25. Provavelmente condicionada por ser uma questão com tipo de resposta aberta. Os 25 enfermeiros, assinalaram como importantes e necessárias para a segurança do transporte inter-hospitalar da PSC, 17 sugestões, das quais, ganha destaque, a formação na área de emergência e dos equipamentos (56%).

Nunes (2007), no seu estudo, defende que a formação ministrada no curso base de enfermagem não é suficiente, nem dá competências necessárias para atuar com a pessoa em situação crítica, enaltecendo a formação na área e a experiência em urgência, que na sua opinião devia ser fomentada pela instituição. O conhecimento teórico, oferecido pela formação, confere ao enfermeiro um olhar clínico que conduz a uma avaliação mais rápida e precisa da PSC (Abelsson & Lindwall, 2012). Também Sobreiro (2017) ao definir um conjunto de competências necessárias para o TIH da PSC, enfatiza quer a formação, quer a experiência profissional, corroborando com as opiniões precedentes.

O suporte básico de vida (79,66%) e o suporte avançado de vida (77,97%) destacam-se das restantes opções de formação profissional. Tal facto pode, em parte, dever-se ao objetivo traçado pela ULSNA no último ano, de promover a aquisição destas competências a todos os profissionais dos serviços de urgência. A pós-graduação constitui a opção menos selecionada (5,08%). Ribas et al. (2016) defende no seu estudo que a “realização de cursos e especializações na área da enfermagem foi apontada pelos enfermeiros, como meios para a aquisição das competências clínicas” (Ribas et al., 2016, p.149).

A questão experiência profissional teve, à semelhança da questão habilitações literárias, várias opções de resposta. Constitui 93,22% da amostra, o serviço de urgência, resposta plausível, tendo em conta o número de enfermeiros incluídos na escala de prevenção que realizam TIH da PSC, mas exercem funções em outros serviços.

A necessidade de formação é claramente evidenciada pelos enfermeiros, com uma percentagem de 74,58%, apontando especialmente áreas como Pediatria (16,90%) e traumatologia (15,30%), seguidas da ventilação invasiva/ventiladores (11,90%) e obstetrícia (10,20%).

Já a OM (2009) referia que “o tratamento do politraumatizado grave apresenta ainda lacunas intoleráveis (...) que contribui uma deficiente assistência às vítimas, que muitas vezes é efetuada em moldes desadequados e desorganizados” (OM, 2009, p.2)

Luís Meira, diretor do departamento de formação em emergência médica do INEM (2012), alega no Manual de Emergência em Trauma, que, “a abordagem da vítima traumatizada, obriga à adoção de um conjunto de procedimentos e à realização de um conjunto específico de técnicas, que têm tanto de essencial como de passível de gerarem ou agravarem as lesões existentes, quando incorretamente realizadas. Neste contexto, os conhecimentos e o treino dos operacionais, são fatores decisivos, perfeitamente relacionáveis com o “outcome” (resultado em termos clínicos) das vítimas de trauma.” (INEM, 2012, p 1). Acrescenta ainda no Manual de Emergências Pediátricas e Obstétricas (2012), que, pediatria e obstetrícia “sendo áreas particularmente exigentes, (...) mesmo para operacionais com larga experiência, ocorrências envolvendo grávidas e crianças são das mais exigentes e obrigam a uma preparação e atualização de conhecimentos permanentes”.

Embora a formação em equipamentos fosse pouco mencionada na questão anterior, não deixou de ser valorizada pelos enfermeiros, pois na questão específica à necessidade de formação em equipamentos utilizados no TIH da PSC, houve uma adesão positiva de 72,9% dos enfermeiros. A sua descrição na questão aberta foi provavelmente descurada, pelo fato de se encontrar especificamente explícita na questão anterior.

Contudo, é importante ressaltar algumas limitações desta questão, nomeadamente, a resposta de carácter não obrigatório, o que dificultou a obtenção de dados dos enfermeiros que responderam afirmativamente à necessidade de formação, mas se abstiveram da descrição do tipo/área no qual sentem essa lacuna. Por sua vez, outros referiram várias opções em simultâneo.

Relativamente à perceção de segurança, são praticamente unânimes na concordância de que os registos (*checklist* de verificação (M = 4,542; DP = 0,567), registo de enfermagem intra-transporte (M = 4,746; DP= 0,439), protocolos de atuação (M = 4,627; DP = 0,522), grelha de avaliação para o TIH (M = 4,373; DP = 0,641), assim como o rigor no seu preenchimento (M = 4,593; DP=0,619) e o instrumento de informação adequado(M = 4,356; DP = 0,826)) são uma mais valia para a segurança da pessoa e do profissional, durante o TIH da PSC.

Silva e Amante (2014) corroboram os resultados supracitados referindo que “as *checklist* têm potencial para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes nos serviços à saúde” (Silva & Amante, 2014, p. 540). Fragata (2011) também defendia que as *checklist* eram uma mais-valia essencial para o incremento da segurança, prevenindo erros e antecipando estratégias e necessidades de recurso.

Os protocolos são igualmente importantes na segurança do TIH da PSC, “a criação de esquemas organizativos que garantam a segurança e a ausência de complicações, resultantes do transporte das PSC é fundamental, na medida em que são associados a uma menor incidência de complicações durante o transporte” (Martins & Martins, 2010, p.113). Também Sandi (2003), já partilhava da opinião supracitada afirmando, que as ações de enfermagem devem estar reguladas por protocolos e normas de carácter interno. Outros autores que sublinham a importância dos registos são Ortiz e Arauz (2013), assumindo que os erros mais frequentemente reportados, foram o deficit na monitorização e formação, bem como a falta de seguimento de protocolos e falta de comunicação entre a equipa.

O estudo de Häggström e Bäckström (2014) aborda a ocorrência de incidentes que colocam em causa a segurança da PSC durante o transporte, podendo em parte ser atribuídos a falhas de comunicação ou comunicação deficiente entre as equipas. Esta limitação seria minimizada com o instrumento de transmissão de informação obedecendo à norma ISBAR, exposto no questionário e que os enfermeiros, segundo os dados colhidos, assinalam como importante.

A opinião dos enfermeiros acerca da interferência da formação e experiência profissional, na percepção de segurança da pessoa no TIH, vai ao encontro do descrito na literatura. Ambas são consideradas muito importante, se não até, essenciais, como é o caso de Graça (2017) que considera ambas imprescindíveis para uma prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar. Acrescenta ainda, que a “tripulação do transporte deve ser treinada e qualificada para conseguir antecipar, gerir e tratar eventuais contingências técnicas e médicas que possam surgir durante o transporte” (Graça et al., 2017, p. 136). “Conhecimentos, habilidades e atitudes desenvolvidas em situações anteriores fundamentam a base de competências para propiciar respostas frente a circunstâncias não habituais e imprevisíveis” (Ribas et al., 2016, p.140).

Em contrapartida, os itens relacionados com a obtenção do consentimento informado e da equipa de TIH da PSC ser composta por elementos voluntários, apresentam um valor médio moderado de 3,644 (DP = 0,943) e 3,203 (DP = 1,399), respetivamente. Relativamente ao consentimento informado, aponta-se para possíveis causas, o fato de não ser tão habitual nestes serviços ou por desconhecimento da sua importância.

Na opinião de Lima (2015), o consentimento informado é a autorização livre e esclarecida da pessoa para usufruir de uma intervenção de enfermagem, sendo diferente de assumir a responsabilidade pela mesma, a qual só pode ser assumida por quem a implementou, ou seja, o enfermeiro.

O item “equipa de transporte inter-hospitalar composta por elementos voluntários”, pode ter-se tornado uma questão dúbia, com dupla interpretação. Era propósito do investigador, questionar se a equipa do TIH devia ser formada por imposição das chefias (reconhecendo capacidades aos enfermeiros) ou permissiva (permitindo a entrada e saída de elementos que não se sentiam capacitados ou não possuíam formação adequada para o realizar).

Outra justificação possível pode ser a constatação da prática corrente, “o acompanhamento dos doentes ser realizado pelos profissionais” disponíveis e que pretendem remuneração extra, muitas vezes “menos diferenciados, sem experiência no transporte, sem conhecimento do equipamento e não treinados para funcionarem em equipa. Essa prática tem de ser banida” (OM & SPCI, 2008, p.25).

De acordo com a análise dos dados, constatou-se que “a segurança na folha de registo de enfermagem intra-transporte” ganha destaque nas capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o TIH, com uma  $M = 4,203$ ;  $DP = 0,826$ . Por outro lado, as capacidades para resolver problemas técnicos ( $M = 2,729$ ;  $DP = 1,243$ ), a segurança na administração de terapêutica sem prescrição médica, na ausência de médico durante o TIH ( $M = 2,492$ ;  $DP = 1,223$ ) e a segurança na prestação de cuidados durante o transporte ( $M = 2,915$ ;  $DP = 1,022$ ), não receberam, na opinião dos enfermeiros, um grau de concordância positivo. Posto isto, era esperado que a segurança do utente em alguns dos TIH da PSC estivesse, na opinião dos enfermeiros, comprometida, verificada pelo grau de concordância elevado com o item “Confiança na segurança da pessoa em alguns TIH da PSC”.

Perspetiva bastante preocupante, uma vez que, os próprios intervenientes no processo reconhecem, limitações e lacunas que podem levar à ocorrência de incidentes críticos, colocando em causa a segurança da pessoa. No estudo de Tran e Johnson (2010) citado por Lima (2015), são descritos os fatores que contribuem para a ocorrência de erros na prática de enfermagem (condições sociais, clínicas e comportamentos da pessoa, os recursos, o meio ambiente e a carga de trabalho, os outros profissionais de saúde, a comunicação e o conhecimento e experiência). É notório que, a “insuficiente segurança dos pacientes constitui um grave problema de saúde pública e representa um pesado ónus económico para recursos de saúde limitados” (Lima, 2015, p.16), esta limitação é suscetível de ser colmatada, pela adoção de atitudes e sugestões de melhoria relatadas neste estudo.

Outra constatação interessante, foi a de que a preocupação sobre a falta de legislação influencia o TIH, (“Confiança na legislação acerca da administração de fármacos sem prescrição médica, influencie a segurança do TIH da PSC”). Os profissionais sentem-se desprotegidos pela lacuna existente na legislação acerca desta temática, contudo assumem a sua cota parte de responsabilidade na segurança da pessoa no TIH - escassez de formação específica e conhecimentos, apresentando a disponibilidade para aquisição destas capacidades em prol da segurança da pessoa.

“Desde que o enfermeiro se confronte com um cliente em situação de emergência não prevista, a qual o faça correr risco de vida ou o afete gravemente e na ausência de médico, o enfermeiro, quando detentor da competência técnico-científica para tal e após ponderados os riscos e benefícios, deve administrar a terapêutica medicamentosa adequada à situação, assumindo a responsabilidade pela decisão que tomou e pelo ato que praticou. Se estas situações são conhecidas e frequentes, dever-se-á optar pela utilização de protocolos terapêuticos” (OE, Parecer CJ 157/2009).

Esta insegurança fica também registada na última questão do questionário, onde são descritas por 25 enfermeiros, dos quais 8 (12%) evidenciam o fato da necessidade de manter contato entre a equipa e o médico responsável. Provavelmente, sentimentos como falta de apoio, desamparo profissional e desresponsabilização, coadunam esta afirmação.

Outra sugestão, identificada com a mesma intensidade (12%), foi o registo da justificação de acompanhamento médico. Presume-se, que tal sugestão derive de situações reais

vivenciadas pelos enfermeiros na prática clínica. É público, que apesar da capacitação técnico-científica do enfermeiro, o TIH da PSC carece muitas vezes, da presença de médico, o qual não se verifica. Provavelmente causado pela escassez de recursos humanos, todavia, a segurança da pessoa deve ser considerada prioritária em relação aos custos inerentes da transferência inter-hospitalar.

“é aconselhável que quando o médico tem a iniciativa de “decidir sobre o acompanhamento do cliente pelo enfermeiro, tal “decisão, seja equacionada/analisa pelos dois intervenientes de modo a que não se desperdicem recursos e os clientes não corram riscos, mantendo todavia, a clareza de que o exercício autónomo de Enfermagem obriga a que seja o enfermeiro a decidir sobre os cuidados que planeou e não o outro profissional” (OE, Parecer CJ 157/2009).

Foi intenção do investigador testar quatro hipóteses. Não foi possível confirmar a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a idade dos enfermeiros e a sua perceção de segurança no TIH da PSC. Relacionando a idade dos enfermeiros com as capacidades e emoções sentidas durante o TIH da PSC ( $r = 0,380$ ;  $p = 0,003$ ), constatou-se que, quanto mais elevada for a idade dos enfermeiros, menor é a confiança na segurança da pessoa durante o transporte inter-hospitalar da PSC, talvez relacionado com as experiências vividas ao longo do exercício da profissão, poderem ter proporcionado uma prática mais receosa e mais prudente. Esta constatação, vai ao encontro do defendido por Azêdo (2013), quando afirma que “a idade acompanha a prudência, fazendo com que o profissional analise situações complexas e difíceis com mais facilidade e de forma mais profunda e minuciosa, contribuindo para a maior segurança, principalmente nas decisões a serem tomadas” (Azêdo, 2013, p.3). Acrescenta ainda, ser “indispensável nos casos de decisões sérias e graves, pois evita os julgamentos apressados, além das decisões precipitadas que podem levar ao erro” (Azêdo, 2013, p.3).

A experiência no TIH e a perceção de segurança dos enfermeiros no TIH da PSC, foram duas variáveis correlacionadas, nesta, obteve-se resultados relacionados com a importância dos protocolos de atuação para a segurança durante o TIH ( $r = -0,363$ ;  $p = 0,005$ ). Segundo a interpretação da análise estatística, quanto maior for a experiência no TIH, menor é a importância atribuída ao uso de protocolos de atuação como ferramenta promotora de segurança durante o transporte. Presume-se que o aumento da experiência

no transporte, confere ao enfermeiro, conhecimentos e destreza suficiente, descurando o uso de protocolos como um auxílio valioso. “As experiências vivenciadas pelos enfermeiros ao longo da profissão e em outras instituições de saúde foram apontadas como uma das formas de aquisição das competências clínicas” (Ribas et al., 2016, p.148)

A análise supracitada vem contrapor as sugestões descritas na última questão do questionário, de caráter facultativo, onde foi mencionado por 8 dos 25 enfermeiros, a importância da criação de protocolos de atuação em prol da segurança no TIH da PSC.

De acordo com Ribas et al. (2016), as experiências anteriores traduzem-se num elemento essencial para o processo de aquisição das competências clínicas, utilizando-se destas para conduzir situações futuras, o que proporciona maior facilidade para o manejo de situações clínicas inéditas ou incomuns.

A experiência no TIH e as capacidades e emoções sentidas pelos enfermeiros durante o TIH da PSC, são variáveis inversamente proporcionais no que diz respeito à variável “confiança na segurança da pessoa durante o TIH da PSC” (), isto é, quanto maior é a experiência no transporte inter-hospitalar, menor é a confiança na segurança da pessoa durante o TIH, sentido pelos enfermeiros. Dito por outras palavras, a experiência no TIH confere aos enfermeiros capacidades promotoras de segurança à pessoa em situação crítica durante o transporte. Esta constatação vai ao encontro do defendido por Ribas et al. (2016), “os enfermeiros (...) adquirem experiência por meio da frequente exposição às situações, e a prática é transformada por meio da experiência, sendo que a experiência é o veículo para o desenvolvimento profissional”.

Destacam-se como pontos fortes do estudo, a experiência e conhecimento proporcionado ao investigador, na realização de um estudo desta dimensão. De valorizar também o enriquecimento pessoal e profissional adquirido, pela contribuição para a uniformização dos cuidados, através da elaboração de registos, documentos e protocolos de atuação para o TIH na ULSNA, que promovam cuidados de qualidade e conseqüentemente um transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica mais seguro.

Salientam-se como limitações do estudo, o tamanho reduzido da amostra, e a escassez de literatura específica da temática, bem como legislação que suporte o TIH na perspectiva da segurança do profissional, contudo, permitiu atingir os objetivos propostos.

Outra limitação, foi a interpretação por parte dos enfermeiros, de algumas variáveis, que podem ter causado dúvidas no preenchimento do questionário, como por exemplo, as afirmações com conotação negativa “Sinto receio pela segurança da pessoa em alguns TIH da PSC”.

A demora na obtenção dos pedidos de autorização por parte da ULSNA, traduziu-se noutra limitação ao estudo, implicando menos tempo para realizar o estudo, tendo em conta o prazo de entrega estipulado por parte do estabelecimento de ensino.

Recomendam-se futuros estudos que tragam um olhar mais amplo sobre a temática.

## 7. CONCLUSÃO

Findado o estudo, é altura de realizar uma súmula de todo o processo de investigação sistematizando os proveitos e contributos, e ainda as dificuldades e limitações que surgiram.

Sempre constituiu uma preocupação pessoal, a escolha da área a desenvolver a investigação. Pretendia-se que fosse para além de um trabalho académico, era crucial que tivesse aplicabilidade prática. Ao exercer funções no serviço de urgência e na equipa de SIV, o confronto diário com algumas dificuldades, a segurança no transporte inter-hospitalar, revelou ser uma opção bastante necessária e gratificante, sendo o despoletar de um longo caminho de mudança rumo à excelência dos cuidados.

Foi possível constatar que na opinião dos enfermeiros existem de lacunas no planeamento e efetivação do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica da ULSNA, que podem colocar em causa a segurança da pessoa durante o transporte, capazes de serem colmatadas através de um projeto de melhoria futuro.

É sabido que a capacidade técnica-científica é tanto maior quanto maior for a experiência e o conhecimento (aulas teóricas e práticas), deste modo presume-se que seria vantajoso reforçar periodicamente os conhecimentos específicos necessários para o TIH da PSC, através de formação facultada por profissionais experientes na área e capacitados para o efeito.

Na opinião dos enfermeiros, destaca-se a falta de registos que suportem o TIH da PSC antes, durante e após, como um dos principais fatores de insegurança por parte dos profissionais, algo que é passível de mudança.

Assim, futuramente, seria benéfico dar continuidade a este projeto de implementação dos documentos propostos (*checklist* de verificação, protocolos de atuação, grelha de avaliação de risco para o transporte, formação especializada, entre outros), contribuindo para “(...) formular e implementar procedimentos para a prática especializada (...) e (...)”

suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” (Regulamento Nº 122/11, 2011, p. 8653), para o qual teria o prazer de executar.

Analisadas as diversas variáveis ao longo do questionário e as sugestões enunciadas pelos enfermeiros na última questão (ver tabela 13), procurou-se identificar possíveis soluções ou sugestões resultantes da interação das forças com as oportunidades, das fraquezas com as oportunidades e também das forças que podem fazer face às ameaças e das possíveis soluções para fazer face às fraquezas e ameaças, agrupadas na matriz SWOT (Strengths – Forças; Weaknesses – Fraquezas; Opportunities - Oportunidades e Threats – Ameaças) (quadro 2).

Tabela 14 – Sugestões de melhoria face aos problemas/sentimentos detetados na perceção de segurança da pessoa no TIH da PSC, pelos enfermeiros da ULSNA

<b>Problema</b>	<b>Sugestão de melhoria</b>
“Considero que contribuí para a segurança (doente e profissional), durante o TIH da PSC, a formação específica na área de emergência e do doente crítico” e “Considero que contribuí para a segurança (doente e profissional), durante o TIH da PSC, a disponibilização de formação específica periódica sobre a prestação de cuidados à PSC, pela instituição	Conceção de um plano de formação/ troca de experiências obrigatório para a ULSNA frequentado em dias laborais
“Considero que contribuí para a segurança (doente e profissional), durante o TIH da PSC, a existência da grelha de avaliação para o transporte secundário”	Adaptação de uma Escala de Estratificação de risco em transporte de doentes
“Sentir-me-ia mais seguro com a existência de uma folha de registo de enfermagem intra-transporte”	Conceção de uma folha de registo intra-transporte, adaptada para a ULSNA
“Não sinto segurança na administração de terapêutica, sem prescrição médica (na ausência de médico) durante a transferência”	Manter contato médico disponível durante o transporte (telemóvel de emergência) Protocolos de Atuação
“Considero que contribuí para a segurança (doente e profissional), durante o TIH da PSC, a existência de ma <i>checklist</i> de verificação”	Conceção de <i>checklist</i> de verificação, adaptada

De forma a complementar a informação, para além de utilizar o tratamento estatístico dos dados, para construção da tabela 13, foi ainda realizada a extração de informações importantes para a construção de uma análise SWOT, onde foi possível descrever as forças internas e externas da equipa, as oportunidades e ameaças. Também foram adicionadas algumas potenciais ameaças, detetadas por mim, como investigadora e elemento integrante do serviço de urgência.

A análise SWOT constitui uma ferramenta útil na análise do desempenho de uma organização ou equipa, permitindo um conhecimento mais aprofundado, servindo de guia para a construção de um plano de ação (Harrison, 2010) citado por Santos (2015)

Quadro 2 - Análise SWOT do TIH da PSC na ULSNA

<b>Pontos fortes (S)</b>	<b>Pontos fracos (W)</b>
<p><b>S1</b> - Profissionalismo dos enfermeiros do serviço de urgência</p> <p><b>S2</b> – Mala de transporte bem organizada com todo o material disponível</p> <p><b>S3</b> – Existência de kits de material emergente, que facilita a preparação/montagem em tempo útil</p> <p><b>S4</b> – Apoio e reconhecimento por parte da chefia e direção clínica, da importância das sugestões propostas em prol da segurança da pessoa</p> <p><b>S5</b>-Aumento dos enfermeiros com especialização na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, no serviço</p>	<p><b>W1</b> - Empenho na estabilização prévia da pessoa em situação crítica antes do transporte.</p> <p><b>W2</b> - Cumprimento e rigor no preenchimento da escala de estratificação de risco para o transporte secundário</p> <p><b>W3</b> – A inexistência de uma plataforma informática ConexAll®</p> <p><b>W4</b> – Ausência de um formulário de registo de enfermagem intra-transporte</p> <p><b>W5</b> – Ausência de protocolos de atuação para o TIH da PSC</p> <p><b>W6</b> – Elemento responsável pelo transporte assegura um sector, pelo que dispõe de pouco tempo para a preparação do transporte e da PSC</p> <p><b>W7</b> – Saída abrupta de elemento escalado num sector do serviço de urgência, para realização de TIH da PSC, na ausência de enfermeiro de folga, reduzindo a equipa prestadora de cuidados</p>
<b>Oportunidades (O)</b>	<b>Ameaças (T)</b>
<p><b>O1</b> – Contribuição para a política de melhoria contínua da qualidade e segurança implementada na instituição</p> <p><b>O2</b> – Formação em serviço sobre a temática a toda a equipa multidisciplinar interveniente no TIH da PSC</p> <p><b>O3</b> – Uniformização dos registos através da criação de documentos orientadores do TIH da PSC</p> <p><b>O4</b> – Uniformização de cuidados, através da criação de protocolos de atuação específicos para o TIH da PSC</p> <p><b>O5</b> – Elementos capacitados e experientes no TIH, como futuros formadores dos colegas</p>	<p><b>T1</b> – Falta de recursos humanos capacitados para TIH da PSC</p> <p><b>T2</b> – Política de contenção de custos cada vez mais rigorosa, que invalida a escala de prevenção de 24h</p> <p><b>T3</b> – Resistência à mudança, essencialmente pela classe médica</p>

A decisão de acompanhamento poderá, por vezes, e dada a não utilização de uma escala de estratificação de risco padrão, que defina os meios materiais e humanos necessários ao transporte inter-hospitalar, em função da situação clínica da pessoa, levar a hesitações, isto é, a uma dualidade de critérios em situações semelhantes.

Por conseguinte, torna-se necessário definir critérios de acompanhamento com objetivos estandardizados que permitam afastar ambiguidades na altura da decisão do acompanhamento. Existindo uma grelha de avaliação de transporte secundário adaptada de Etxebarria et al., que define o nível de cuidados no transporte secundário, sugerimos a sua utilização como ferramenta de decisão relativamente ao transporte inter-hospitalar (Amaral & Coimbra, 2016).

De acordo com Amaral e Coimbra (2016), a *checklist* tem potencial para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado prestado nos serviços de saúde, reduzindo os custos. Estas, facilitam a aplicação de tarefas complexas, diminuem a variabilidade, melhoram a comunicação entre a equipa e ajudam a garantir que tudo o que deve ser feito realmente o seja.

Neste sentido, torna-se recomendável que seja organizado um documento com o intuito de promover a segurança e melhorar as complicações decorrentes do TIH. Este documento, seja em forma de *checklist* ou protocolo de atuação, deve resultar num processo de vigilância contínua, de forma a identificar riscos potenciais, proporcionar uma melhor comunicação entre a equipa e direcionar esforços para implementar melhores práticas para uma assistência mais segura à PSC no TIH (Silva & Amante, 2014).

Lima (2015) enfatiza os *Seven steps to patient safety a guide for NHS staff* (documento estratégico desenvolvido pela *National Patient Safety Agency*, em 2004), onde foram definidos 7 passos que auxiliam as organizações na melhoria da segurança dos doentes e por conseguinte, a qualidade dos cuidados, nomeadamente:

- Estabelecer um ambiente e cultura de segurança aberta e justa;
- Liderança forte e apoio às equipas de saúde em torno da segurança da PSC;
- Integração nas atividades de gestão do risco desde a identificação das causas até à definição das ações corretivas e/ou preventivas;
- Promover o relato de incidentes críticos, encorajando os profissionais a analisarem o porquê da ocorrência do incidente;
- Envolver a pessoa e sociedade em geral;

- Partilhar experiências e implementar soluções com o intuito de prevenir a ocorrência de situações danosas, através das mudanças nas práticas, no processo em si e na estrutura da organização.

De acordo com Ribas et al. (2016, p.137),

“certos enfermeiros (...) ao se sentirem vulneráveis em virtude da falta de habilidade para a execução de determinados procedimentos, procuram apoio junto aos técnicos de enfermagem ou outros profissionais da equipe. É possível aprender com os indivíduos familiarizados com os contextos reais da prática”,

pelo que, outra proposta de melhoria passa pela possibilidade de formação/troca de experiências não só, com elementos que realizam pré-hospitalar, onde o transporte da pessoa em situação crítica é mais frequente, como outros formadores. Estas formações, devem na minha opinião ser de carácter obrigatório, traduzindo em critério de exclusão para a escala de prevenção, que ao ser remunerada deve ser constituída por profissionais capazes e seguros. Contudo, também partilho da opinião de alguns enfermeiros integrantes no estudo, quando sugerem, a inclusão da formação em horário laboral.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelsson, A. & Lindwall, L. (2012). The prehospital assessment of trauma patients` performed by the specialist ambulance nurse in Sweden – a phenomenographic study. *Scand J trauma, resusc emerg med. Norway*. Nº 67, Vol.20. 1757-7241.
- Amaral, T. & Coimbra, N. (2016). Acompanhamento de enfermeiro no transporte primário do doente crítico. *rev. nursing* (1-3)
- American College of Critical Care Medicine (2004). Guidelines for the inter and intrahospital transport of critically ill patients. *Revista Care Medicine*. New York. ISSN 00903493. Vol. 32, nº 1, 256-262.
- Australasian College for Emergency Medicine, & Australian and New Zealand College of Anaesthetists, & College of Intensive Care Medicine of Australian and New Zealand (2015). Guidelines for transport of critically ill patients. Victoria: Australian and New Zealand College of Anaesthetists.
- Azêdo, M. C. L. (2013). Classes profissionais e suas virtudes. *Regional ACM, São Bento do Sul. Brasil*. (1-5)
- Campos, L. & Saturno, P. & Carneiro, A. (2011). Plano Nacional de Saúde 2011-2016- A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2014). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Lisboa.
- Competencies for nurses practitioners in emergency care. Des Plain. In: *Emergency Nurses Association* (2010). Acedido em 10 de Fevereiro de 2018 em <https://www.nonpf.org/resource/resmgr/competencies/compsfornpnsinemergencycarefinal.pdf>>
- Conselho Jurisdicional da OE (2011). Parecer 258/2011- Decisão sobre acompanhamento de pessoas em ambulância. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 1646-2629, nº 38, Setembro, 83-85.
- Correia, M. D. C. B. (2012). Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Costa, M. F. S.P. (2014) Cultura de Segurança do doente num Hospital da Região Centro, percepção dos profissionais. Tese de mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Costa, J. P. S. (2012). As transformações no ciclo de estudos em enfermagem. Mestrado em MPA- Administração Pública, Especialização em Administração da Saúde. Instituto Superior de Ciências Sociais. Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa.

- Decreto-Lei nº 10109/2014 de 6 de Agosto (2014). Define os meios de emergência médica do INEM, I.P. (Portugal). Diário da República II Série, Nº 150, 20233-20234.
- Decreto – Lei nº 10319/2014 de 11 de Agosto (2014). Determina a Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica, I.P. Diário da República II Série, Nº153, 20673-20678.
- Decreto-Lei nº 1147/2001 de 28 de Setembro (2001). Regulamento do Transporte de Doentes. Diário da República I Série B Nº 226 (01-09-28), 6170-6175.
- Decreto – Lei nº 12/97 de 21 de Maio (1997). Diário da Republica I Série A, Nº 117 (97-05-21)
- Decreto-Lei nº 13427/2015 de 20 de Novembro (2015). Rede de Referenciação de Urgência/Emergência. Diário da República II série, Nº 228 (15-11-20), 33814-33816.
- Decreto-Lei nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República II Série, 1º suplemento Nº 28,(15-02-10), 3882(2)-3882(10).
- Decreto – Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro (2015). Código Deontológico dos Enfermeiros. Diário da República I Série–A, Nº 93 (15-09-16), 1753-1756.
- Decreto-Lei nº 170-A/2014 de 7 de Novembro (2014). Estabelece o regime jurídico da homologação e utilização dos cintos de segurança e dos sistemas de retenção para crianças em veículos rodoviários. Diário da Republica I Série 1º Suplemento, Nº 216, 5714(2)-5714(144).
- Decreto-Lei nº 260/2014 de 15 de Dezembro (2014). Aprova o Transporte de doentes. Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Diário da República I série. 6084-6098.
- Decreto – Lei nº 38/92 de 28 de Março (1992). Diário da República I Série A, Nº 74 (92-03-28).
- Decreto-Lei nº 402/2007 de 10 de Abril (2007). Alteração do Regulamento do Transporte de Doentes. Diário da República I Série – A. Nº70 (07-04-10).
- Decreto – Lei nº 48/90 de 24 de Agosto (1990). Diário da República I Série A, Nº 195 (90-08-24).
- Decreto-Lei nº 5058-D de 13 de Abril (2016). Estabelece disposições sobre. O transporte integrado do doente crítico. Diário da República IIª série Nº72 (16-04-13), 12164(5).
- Decreto-Lei nº 5414/2008 de 28 de Fevereiro (2008). Serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referenciação de Urgência / Emergência. Diário da República II Série. Nº 42 (08-02-28), 8083-8085.
- Droogh, J. et al (2015). Transferring the critically ill patient: are we there? Revista Critical Care. United Kingdom. Vol. 19. Nº 62, 1364-8535.

- Entidade Reguladora da Saúde (2015) Análise da Cobertura Populacional da Rede de Urgência/Emergência criada pelo despacho nº 13427/2015, de 16 de Novembro, Ministro da Saúde.
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Tradução Nidia Salgueiro Copyright 2006 ed. Loures: Lusodidata.
- Fortin, M. F. & Côté, J. & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Fragata, J. (2011). Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática. Lisboa: Lidel. 2011. 312p. ISBN: 978 972 757 797 2.
- Gonçalves, A. C. S. (2017). Competências do Enfermeiro no Transporte Inter-hospitalar de Doentes Críticos. Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Graça, A. C. G. (2017). Transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico: A realidade de um Hospital de Nordeste de Portugal. Relatório final de estágio Profissional. Tese de mestrado. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
- Graça, A. C. G. & Silva, N. A. P. & Correia, T. I. G. & Martins, M. D. S. (2017). Transporte Inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. Artigo de revisão. Revista de Enfermagem Referência série IV, nº15.
- Guidelines for the transport of the critically ill adult 3rd editon. In: Intensive care society (2011). London. Acedido em 6 de Janeiro de 2018 em <http://www.ics.ac.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=482&> .
- Gustafsson, M. & Wennerholm, S. & Fridlund, B. (2010). Worries and concerns experienced by nurse specialists during inter-hospital transports of critically ill patients: A critical incident study. Intensive and Critical Care Nursing 26, 138-145
- Hägström, M., & Bäckström, B. (2014). Organizing safe transitions from intensive care. Nursing Research and Practice, 2014, 175314. doi:10.1155/2014/175314
- Henriques, C. (2017) Apontamentos da aula de gestão: V Mestrado de Enfermagem à Pessoa em situação crítica; Instituto Politécnico de Leiria, Leiria.
- Holleran, R. (2011). Transporte Aéreo e Terrestre de Doentes. In Howard, P. & Steinmann, R. (2011). Enfermagem de urgência da Teoria à Prática-Sheehy. 6ª Ed. Loures. Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9. Cap.9, 98-106.
- Institute of Medicine. (2001). Committee on Quality of Health Care in America. National Academy Press. Washington, DC
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). Manual de Emergência em Trauma. Lisboa. 1ª edição. Versão 2.0 1ª Edição, ISBN 978-989-8646-13-2
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). Manual de Emergências Pediátricas e Obstétricas. Lisboa. Versão 2.0 1ª Edição, ISBN 978-989-8646-01-9
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). Transporte do Doente Crítico. Lisboa. Versão 2.0, 1ª Edição. ISBN 978-989-8646-06-4.

- Laje, M. & Sousa, P. (2013). Implementar Programas de Qualidade e de Segurança do Doente: Que Ganhos Podemos Esperar? Acedido em 30 de junho de 2018, em <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/1718>.
- Lima, M. I. C. (2015). O contributo da gestão de risco para a melhoria da segurança dos clientes e profissionais no Serviço de Urgência. Relatório de trabalho Projeto. Instituto Politécnico de Setúbal.
- Lopes, H. & Frias, A. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: Percepção dos enfermeiros de um hospital central. Revista investigação em Enfermagem. IIª Série, nº.6. Aveiro.
- Machado, P., M. F. (2010). Transporte de Doentes Críticos: Vivências dos Enfermeiros do Serviço de Urgência. Monografia. Universidade Ciências da Saúde Fernando Pessoa. Ponte de Lima.
- Martins, R. & Martins, J. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. Revista de Enfermagem Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. Vol. 3, nº 2, 111-120.
- Mata, S.F. (2014). Dificuldades do enfermeiro no transporte secundário do doente crítico. Tese de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Escola Superior de Saúde de Leiria. Leiria.
- Ministério da Saúde (2006) – Proposta da Rede de Serviços de Urgência. Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências.
- Modelo de desenvolvimento profissional: documental de operacionalização de competências e programas formativos. Progressividade e etapas. In: Ordem dos Enfermeiros (2011). Lisboa. Acedido em 15 de Dezembro de 2017 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/CadernoTematico4\\_Com petenciasProgramasFormativos vf.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/CadernoTematico4_Com%20petenciasProgramasFormativos_vf.pdf)>
- Norma nº 001/2017, (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde, DGS. Lisboa.
- Nunes, F. (2007). A tomada de decisão de Enfermagem de Emergência. In: Nursing. ISSN 0871-6196. Nº219. Março. (7-11). Acedido a 10 de Dezembro de 2018 em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/2802-tomada-de-decisao-de-enfermagem-em-emergencia#.V6tQ9ZpTFhg>
- Nunes, F. (2009). Tomada de decisão do enfermeiro no transporte do doente crítico. Revista Nursing, 246.
- OE (2017). Dados estatísticos dos membros ativos a 31 de Dezembro de 2017. Lisboa. Acedido a 20 de Setembro de 2018, em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6595/2017\\_dadosestatisticos\\_nacional.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6595/2017_dadosestatisticos_nacional.pdf)
- Oliveira, A., & Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: significado das experiências. Revista de Enfermagem Referência. Coimbra. ISSN 08740283. Vol. 3, nº 9, 115-124
- Oliveira, N. (2013). A segurança das Pessoas no Transporte Intra-Hospitalar para a realização de Técnicas Pneumológicas. Projeto de mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal.

- OMS (2012). Parceria Africana para a Segurança do Paciente. Melhorar a segurança do paciente: primeiros passos.
- Ordem dos enfermeiros (2001), Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos; Divulgar; Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros (2010), Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa.
- Ordem dos Médicos (2009), Normas de boa prática em Trauma. Grupo de trabalho de Trauma. Competência em Emergência Médica. Lisboa.
- Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008) Transporte de doentes críticos.
- Ortiz, J. M. P. & Arauz, C. D. (2013). Transporte intrahospitalario del paciente com enfermedad pulmonar grave. Revista Conferencias magistrales, vol 36 Abril-Junio, 823-827
- Parmentier-Decrucq, E. P., Poissy, J., Favory, R., Nseir, S., Onimus, T., Guerry, M. J., Durocher, A., Mathieu, D. (2013). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. Annals of Intensive Care 3 (10),1-10
- Pedreira, L. C. & Santos, I. D. M. & Farias, M. A. & Sampaio, E. & Barros, C. S. M. A. & Coelho, A. C. C. (2014). Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intrahospitalar do paciente crítico. Revista Enfermagem. UERJ, 22(4), 533-539
- Peralta, T. J. A. (2012). Segurança do doente – Perspetiva dos profissionais de um Hospital da Região Centro. Tese de mestrado em Enfermagem Gestão de Unidades de Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (1999) – Análise de Dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS, Edições sílabo.
- Pires, A. F. & Santos, B. N. & Santos, P. N. & Brasil, V. R. & Luna, A. A. (2015). Transporte seguro de pacientes críticos. Revista Rede de Cuidados em Saúde. Rio de Janeiro. Volume 9, nº2. ISSN- 1982-6451.
- Plano Nacional de Saúde (2015) Plano Nacional de Saúde Revisão e extensão a 2020. Lisboa.
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. In: Ordem dos Enfermeiros (2018). Lisboa. Acedido em 8 de Agosto de 2018 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)>
- Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. In: Ordem dos Enfermeiros (2012). Lisboa. Acedido em 18 de Fevereiro de 2018 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf)>

- Regulamento nº 361/2015 de 26 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II Série. Nº 123 (15-06-26), 17240-17243.
- Ribas, E. N. & Aued, G. K. & Bernardino, E. & Peres, A. M. & Lacerda, M. R. & Dallaire, C. (2016). Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Panamá. Brasil.
- Rodrigues, L. & Martins, J. (2012). Vivências dos enfermeiros ao cuidar do doente crítico durante o transporte marítimo. Revista Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 16, nº 1, 26-41.
- Sandi, G. F. (2003) Responsabilidad profesional en enfermeria. La perspectiva del uso de los registros en enfermeria, desde el punto de vista forense. Revista Medicina Legal de Costa Rica vol 20 n.1
- Santos, A. P. L. (2015). Promoção da segurança da pessoa em situação Crítica no Transporte Inter-Hospitalar: Intervenção Especializada em Enfermagem. Tese de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Scuissiato, D. et al. (2012). Compreensão de enfermeiros de bordo sobre seu papel na equipe multiprofissional de transporte aeromédico. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. ISSN 0034-7167. Vol. 65, Nº 4, 614-620.
- Sethi, D. & Subramanian, S. (2014). When place and time matter: how to conduct safe inter-hospital transfer of patients. Saudi Journal of Anaesthesia. Riyadh. ISSN 1658354X. Nº. 8, 104-113.
- Silva, R. & Amante, L. N. (2014). Checklist para o transporte intra-Hospitalar de pacientes internados na Unidade de terapia Intensiva. Artigo. Florinópolis, 539-547.
- Sobreiro, J. R. (2017). Perfil de competências do enfermeiro no transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica. Tese de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Escola Superior de Saúde. Instituto olitécnico de Leiria. Leiria.
- Stivala, A. D. & Koskinen, J. H. & Rolls, D. A. & Wang, P. & Robins, G. L. (2016). Snowball sampling for estimating exponential random graph models for large networks. Social Networks.
- Vilelas, J. (2009). Investigação: o processo de construção do conhecimento. 1ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. In: Associação Médica Mundial (2013). Acedido em 18 de Junho 2018 em <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

## ANEXOS

## ANEXO I

Escala de estratificação de risco em transporte de doentes (OM & SPCI, 2008)

## Escala de estratificação de risco para o transporte secundário

### Avaliação para o transporte secundário\*

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

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

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

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

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

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

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

**Fonte:** Transporte de doentes críticos: Recomendações. (OM & SPCI, 2008)

## ANEXO II

Exemplo de listas de verificação para o transporte Secundário

## Lista de Verificação do Transporte Inter-Hospitalar I

<b>I</b>	<b>CONFIRMAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA</b>
	<input type="checkbox"/> Registrar no impresso de transporte a identificação do doente
	<input type="checkbox"/> Os familiares foram informados da transferência e destino final
	<input type="checkbox"/> Nº telefone directo do Hospital/ Serviço e identificação do Médico que recebe o doente
	<input type="checkbox"/> Nº de telefone directo Hospital/ Serviço e identificação do Médico que transfere o doente
	<input type="checkbox"/> Registrar no impresso de transporte a identificação e número da Ordem profissional da equipa responsável pelo transporte
<b>II</b>	<b>AVALIAÇÃO DO DOENTE</b>
	<input type="checkbox"/> Motivo e data de admissão no hospital de origem
	<input type="checkbox"/> História clínica
	<input type="checkbox"/> Antecedentes pessoais
	<input type="checkbox"/> Motivo da transferência
	<input type="checkbox"/> Nota de transferência
	<input type="checkbox"/> Verificação dos exames complementares relevantes
	<input type="checkbox"/> Registrar pontos relevantes do exame físico
<b>III</b>	<b>OBSERVAÇÃO DO DOENTE</b>
<b>A</b>	<b>VIA AÉREA</b>
	<input type="checkbox"/> Capacidade do doente manter a via aérea, durante o tempo previsto de transporte
	<input type="checkbox"/> Necessidade de adjuvantes da via aérea
	<input type="checkbox"/> Doente com entubação traqueal: confirmar nível e observar Raio X pós-entubação
	<input type="checkbox"/> Excluída causa que indique entubação traqueal
<b>B</b>	<b>VENTILAÇÃO</b>
	<input type="checkbox"/> O2 suplementar
	<input type="checkbox"/> Óculos nasais ____ litros/min
	<input type="checkbox"/> Máscara: Fio2 ____ %
	<input type="checkbox"/> Entubação traqueal ____ litros/min
	<input type="checkbox"/> Ventilação artificial
	<input type="checkbox"/> Modo ventilatório _____ Vol/min ____ Fresp ____ /min Fio2 ____ % Peep ____
	<input type="checkbox"/> Gasimetria ( h min ) pH ____ PaO2 ____ PaCo2 ____ FIO2 ____ % Bicarbonato ____

Lista de Verificação do Transporte Inter-Hospitalar I – cont.

<b>C</b>	<b>HEMODINÂMICA</b>
	<input type="checkbox"/> FC ____ TA ____ / ____
	<input type="checkbox"/> Hemorragia activa na última hora
	<input type="checkbox"/> Suporte transfusional
	<input type="checkbox"/> Acesso vascular – 2 Acessos periféricos ____g / ____g Cateter central (lúmen) ____ – Linha arterial ____
	<input type="checkbox"/> Débito urinário/ h (última hora) ____
	<input type="checkbox"/> Aminas vasoactivas: Dopamina ____ Dobutamina ____ Noradrenalina ____
<b>D</b>	<b>AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA</b>
	<input type="checkbox"/> Convulsão na última hora
	<input type="checkbox"/> G.C.S. ____ O ____ V ____ M ____
	<input type="checkbox"/> Sinais de hipertensão intra-craniana
	<input type="checkbox"/> Pupilas anormais _____
	<input type="checkbox"/> Sedação – Fármaco _____ RAMSAY _____
	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
<b>E</b>	<b>TRAUMA</b>
	<input type="checkbox"/> Coluna cervical imobilizada
	<input type="checkbox"/> Excluída a presença de suspeita de pneumotórax ou hemotórax
	<input type="checkbox"/> Excluída hemorragia abdominal/ pélvica
	<input type="checkbox"/> Imobilização ossos longos / bacia
<b>F</b>	<b>AVALIAÇÃO LABORATORIAL</b> (data/hora) ____ / ____ ____ h ____ min
	<input type="checkbox"/> Hgb / Hct
	<input type="checkbox"/> Na +
	<input type="checkbox"/> K +
	<input type="checkbox"/> Glicemia
<b>G</b>	<b>MONITORIZAÇÃO NO SERVIÇO DE ORIGEM</b> (registar últimos valores antes da mudança de cama)
	<input type="checkbox"/> ECG
	<input type="checkbox"/> TA ____ / ____ mmHg
	<input type="checkbox"/> SaO2 ____ %
	<input type="checkbox"/> ET CO2
	<input type="checkbox"/> Temperatura ____ C°
	<input type="checkbox"/> Outros:
<b>H</b>	<b>VERIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE TRANSPORTE</b> (antes da mudança de cama)
	<input type="checkbox"/> Reserva de O2 (O2 necessário = [( 20 + Vmin ) x FIO2 x tempo de transporte em minutos] + 50%)
	<input type="checkbox"/> Monitor/desfibrilhador com “pacemaker”
	<input type="checkbox"/> Material de via aérea
	<input type="checkbox"/> Fármacos

Lista de Verificação do Transporte Inter-Hospitalar I – cont.

<b>IV</b>	<b>INÍCIO DE TRANSPORTE</b>
	<input type="checkbox"/> Mudança para a maca de transporte
	<input type="checkbox"/> Mudança de prótese ventilatória
	<input type="checkbox"/> Mudança equipamento de perfusão
	<input type="checkbox"/> Mudança de monitorização
	<input type="checkbox"/> Fixação redundante de tubos e linhas
	<input type="checkbox"/> Tapar o doente
	<input type="checkbox"/> Fixação correcta do doente e do equipamento
	<input type="checkbox"/> Confirmação de disponibilidade de vaga do hospital de destino antes da partida
	<input type="checkbox"/> Conhecimento da localização de equipamento de emergência até à ambulância
	<input type="checkbox"/> Registos à saída do serviço
<b>V</b>	<b>NA AMBULÂNCIA</b>
	<input type="checkbox"/> Fixação da maca
	<input type="checkbox"/> Fixação e conexão do equipamento
	<input type="checkbox"/> Observação do doente
	<input type="checkbox"/> Registos, antes do início da marcha
	<input type="checkbox"/> Verificação final do equipamento da ambulância
<b>VI</b>	<b>TRAJECTO</b>
	<input type="checkbox"/> Registar parâmetros
	<input type="checkbox"/> Registar terapêutica/intervenções efectuadas e hora
	<input type="checkbox"/> Registar hora de início e fim de marcha
<b>VII</b>	<b>ENTREGA DO DOENTE NO HOSPITAL DESTINO</b>
	<input type="checkbox"/> História clínica e antecedentes
	<input type="checkbox"/> Motivo da transferência
	<input type="checkbox"/> Parâmetros à chegada do serviço e intervenções terapêuticas durante o trajecto
	<input type="checkbox"/> Passagem dos exames complementares e dados administrativos
	<input type="checkbox"/> Registo da hora de entrega do doente e identificação do médico responsável no serviço
	<input type="checkbox"/> Complicações durante o transporte
<b>VIII</b>	<b>REGRESSO AO HOSPITAL DE ORIGEM</b>
	<input type="checkbox"/> Informar serviço de origem do resultado do transporte
	<input type="checkbox"/> Preencher hora de regresso
	<input type="checkbox"/> Devolver equipamento e reportar qualquer falha
	<input type="checkbox"/> Arquivar em local próprio as folhas de registo

**Fonte:** Transporte de Doentes Críticos: Recomendações. (OM & SPCI, 2008)

## Lista de Verificação do Transporte Inter-Hospitalar II

Roteiro para avaliação de paciente para transporte intra-hospitalar
<p><b>Sistema neurológico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nível de consciência: <input type="checkbox"/> consciente/ orientado    <input type="checkbox"/> agitado</li> <li style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> confuso    <input type="checkbox"/> sedado</li> <li><input type="checkbox"/> Sinais de dor</li> <li><input type="checkbox"/> Estabilidade coluna cervical</li> <li><input type="checkbox"/> Cabeceira no mínimo 30° se não houver contra-indicação</li> <li><input type="checkbox"/> Sinais de obstrução drenos craniano</li> <li><input type="checkbox"/> Sinais de desposicionamento drenos craniano</li> </ul>
<p><b>Sistema metabólico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Teste glicêmico HGT _____</li> </ul>
<p><b>Sistema digestivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fixação de sondas</li> <li><input type="checkbox"/> Esvaziar sondas</li> <li><input type="checkbox"/> Drenos</li> </ul>
<p><b>Sistema geniturinário:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Esvaziamento de bolsa coletora de urina</li> </ul>
<p><b>Drugs vasotivas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Norepinefrina</li> <li>Vazão: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Cloidrato de dobutamina</li> <li>Vazão: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Nitroglicerina</li> <li>Vazão: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Nitroprusiato de sódio</li> <li>Vazão: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Vasopressina</li> <li>Vazão: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Lactato de milrinona</li> <li>Vazão: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Cloidrato de amiodarona</li> <li>Vazão: _____</li> </ul>
<p><b>Drugs sedativas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cloidrato de midazolam</li> <li>Vazão: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Fentanil</li> <li>Vazão: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Dexmedetomidina</li> <li>Vazão: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Propofol</li> <li>Vazão: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Cloidrato de cetamina</li> <li>Vazão: _____</li> </ul>
<p><b>Equipamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Alarme (bomba de infusão contínua; monitor multiparamétrico; ventilador de transporte; esfigmômetro de pulso)</li> <li><input type="checkbox"/> Carga bateria (bomba de infusão contínua; monitor multiparamétrico; ventilador de transporte; esfigmômetro de pulso)</li> <li><input type="checkbox"/> Infusão das drogas</li> <li><input type="checkbox"/> Volume das drogas</li> <li><input type="checkbox"/> Fixação bomba infusão contínua no suporte cama</li> <li><input type="checkbox"/> Funcionamento do ambú</li> <li><input type="checkbox"/> Estetoscópio e esfigmomanômetro</li> <li><input type="checkbox"/> Tamanho e calibragem do esfigmomanômetro</li> <li><input type="checkbox"/> Mala de transporte (medicamentos e materiais para atendimento das eventualidades)</li> <li><input type="checkbox"/> Laringoscópio</li> <li><input type="checkbox"/> Fluxo cilindro de oxigênio</li> </ul>
<p><b>AVALIAÇÃO DURANTE O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Monitorização contínua dos equipamentos (verificar se estão em pleno funcionamento)</li> <li><input type="checkbox"/> Pressão arterial sistêmica _____</li> <li><input type="checkbox"/> Frequência cardíaca _____</li> <li><input type="checkbox"/> Frequência respiratória _____</li> <li><input type="checkbox"/> Saturação de oxigênio _____</li> <li><input type="checkbox"/> Estabilização de coluna cervical no momento da transferência</li> <li><input type="checkbox"/> Conexão do cilindro de oxigênio com a fonte de gases do setor</li> <li><input type="checkbox"/> Manutenção da permeabilidade dos drenos, exceto nos casos de transferência de cama para mesa de exame</li> <li><input type="checkbox"/> Choquem linhas de acesso durante transferência da cama para a mesa de exame</li> <li><input type="checkbox"/> Funcionamento da bomba de infusão contínua</li> <li><input type="checkbox"/> Posicionamento dos display dos equipamentos para visualização da equipe</li> <li><input type="checkbox"/> Drugs sedativas _____ <input type="checkbox"/> aumento    <input type="checkbox"/> diminuição    <input type="checkbox"/> inalterada</li> <li><input type="checkbox"/> Drugs vasotivas _____ <input type="checkbox"/> aumento    <input type="checkbox"/> diminuição    <input type="checkbox"/> inalterada</li> </ul>

Lista de Verificação do Transporte Inter-Hospitalar II – cont.

<b>AValiação do Retorno do Transporte Intra-Hospitalar</b>
<b>HORA DE RETORNO:</b>
<input type="checkbox"/> Conexão do paciente ao ventilador mecânico
<input type="checkbox"/> Monitorização do paciente
<input type="checkbox"/> Pressão arterial sistêmica_____
<input type="checkbox"/> Frequência cardíaca_____
<input type="checkbox"/> Frequência respiratória_____
<input type="checkbox"/> Saturação de oxigênio_____
<input type="checkbox"/> Aspiração orotraqueal do paciente se necessário
<input type="checkbox"/> Retornar medicação não transportada
<input type="checkbox"/> Drogas sedativas_____ <input type="checkbox"/> aumento <input type="checkbox"/> diminuição <input type="checkbox"/> inalterada <input type="checkbox"/> início
<input type="checkbox"/> Drogas vasoativas_____ <input type="checkbox"/> aumento <input type="checkbox"/> diminuição <input type="checkbox"/> inalterada <input type="checkbox"/> início
<input type="checkbox"/> Registrar no prontuário o TIH
<input type="checkbox"/> Registrar no prontuário se eventos adversos

**Fonte:** Transporte Intra-Hospitalar de Pacientes Internados na Unidade de Terapia Intensiva (Silva e Amante, 2014)

ANEXO III\*

Formulários de registo de enfermagem para o TIH da PSC

## Formulário de registo de enfermagem para o TIH da PSC

### Formulário para o transporte hospitalar

NOME	DIAGNÓSTICO 1:
IDADE	DIAGNÓSTICO 2:
HOSPITAL ORIGEM:	DIAGNÓSTICO 3:
HOSPITAL DESTINO:	
MÉDICO QUE RECEBE O DOENTE:	
MÉDICO QUE TRANSPORTA O DOENTE:	

#### A - VIA AÉREA

Oxigénio ventimask	FI O2 (%)	Tubo Oro-traqueal	Tubo Naso-traqueal	Outra via aérea
Dreno Torácico	Onde:			

#### B - VENTILAÇÃO

Espontânea	Controlada
------------	------------

#### C - CIRCULAÇÃO

Acessos venosos	Onde	Fluidos (> 2000 ml)	SIM	Qual:
Linha arterial	Onde		NÃO	
Cateter central	Onde	Aminas/Inotrópicos	SIM	Qual:
Diurese (ml)			NÃO	

#### D - DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

Traumatismo vértebro-medular	SIM	Lesões neurológicas	SIM	Nível	
	NÃO		NÃO		
Score Coma Glasgow (entrada hospital origem)	Abertura olhos	Resposta motora	Resposta verbal	TOTAL	
Score Coma Glasgow (saida hospital origem)	Abertura olhos	Resposta motora	Resposta verbal		

#### E - EXPOSIÇÃO

Queimado	SIM	% atingida	Envolvimento de:	FACE	MÃOS	PÉS	PERÍNEO
	NÃO		Tipo de queimadura:	FOGO	ÁGUA	QUÍMICO	EXPLOÇÃO
Feridas	SIM	Tipo:	Local:				
	NÃO						

#### INFORMAÇÕES GERAIS

Cirurgia no Hospital de origem:	SIM	Qual	
	NÃO		
Cirurgião:		Drenos	SIM
Anestesiista:			NÃO
Imagiologia	TAC	Fracturas	SIM
	Ecografia		NÃO
	RX cervical (face+perfil)		
	RX tórax		
	RX bacia		
Sinais vitais (saida hospital de origem)	TA	FR	FC
			Sat.O2
			Temp.

OBSERVAÇÃO (evolução clínica durante o transporte)				
Sinais vitais (chegada hospital de destino)	TA	FR	FC	Sat.O2
				Temp.


TERAPÉUTICA EM CURSO	DOSE
SEDAÇÃO RELAXANTES MUSCULARES AMINAS INOTRÓPICOS MANTOL OUTROS	

O Médico do Transporte

O Médico do Hospital destino

Fonte: Transporte de doentes críticos: Recomendações (OM & SPCI, 2008)

Formulário de registo de enfermagem para o TIH da PSC II

 <b>Transporte Inter-Hospitalar</b>		Identificação do Utente																																																																						
Contacto dos Familiares																																																																								
<b>Diagnósticos</b>																																																																								
Hospital/Serviço de Origem		Hospital/Serviço de Destino																																																																						
		Número (ou números) de contacto																																																																						
<b>Prescrição</b>		<b>Prescrições Adicionais</b>																																																																						
Acesso Venoso DVE Local: _____ Data, Def.: __/__/____ Cat. Int. N.º ____ Local: _____ Gh. Def.: __/__/____ Cat. Ven. Para. Nº ____ Local: _____ Gh. Def.: __/__/____ Cat. Ven. Para. Nº ____ Local: _____ Gh. Def.: __/__/____		RA/RL _____ cmHg; RDR _____ cmHg; Pr. Card. _____ mmHg Pr. Resp. _____ cmHg; TAC _____ mmHg; SpO2 _____ % PVC _____ cm H2O; Sinais Capilares _____ mmHg Razo Ventilatória _____ Pão _____; O2gasômetro _____																																																																						
<b>Medicamentos</b> <input type="checkbox"/> Nome Nº _____ <input type="checkbox"/> Dose Nº _____ Colocação: __/__/____ <b>Tubo</b> <input type="checkbox"/> Nome Nº _____ <input type="checkbox"/> Dose Nº _____ Nível: _____ Colocação: __/__/____ Estado Ventral: _____ Nº _____ Tipo: _____ Curvatura: _____ Colocação: __/__/____ <b>Branco (s)</b> Local: _____ Nº _____ Colocação: __/__/____ Local: _____ Nº _____ Colocação: __/__/____ <b>Peridas</b> Local: _____ Características: _____ Tratamento: _____ Data de Última Tratamento: __/__/____		<b>Avaliação Neurofisiológica</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Resposta de Comandos de Despertar</th> <th>Origem</th> <th>Duração</th> <th>Destino</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">                             Resposta                              Verbal                         </td> <td>Respostas</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0 ou</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0 ou</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5">                             Resposta                              Morfológica                         </td> <td>Não responde</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extremidade</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Corrêta</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inapropriada</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Incompreensível</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5">                             Resposta                              Háptica                         </td> <td>Não responde</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Resposta</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Localiza</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Força</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Flexão</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2"></td> <td>Extensão</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Abdução</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Tônus</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>Reflexos</b>  <input type="checkbox"/> Resistentes <input type="checkbox"/> Não Resistentes <input type="checkbox"/> Intermitentes  <input type="checkbox"/> Anormais <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Músculos             </td> <td colspan="2"> <b>Sensibilidade</b>  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, para: __/__/____                  Músculos/demarcados: _____             </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>Exatidão</b>                  Data de Última Exatidão: __/__/____                  Características: _____             </td> <td colspan="2"> <b>Antecedentes Pessoais</b>                  História/Morfia: _____             </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>Observações</b> </td> <td colspan="2"> <b>Notas/Resumo</b> </td> </tr> </tbody></table>		Resposta de Comandos de Despertar	Origem	Duração	Destino	Resposta Verbal	Respostas	0		0 ou	0		0 ou	0		Resposta Morfológica	Não responde	0		Extremidade	0		Corrêta	0		Inapropriada	0		Incompreensível	0		Resposta Háptica	Não responde	0		Resposta	0		Localiza	0		Força	0		Flexão	0			Extensão	0		Abdução	0		Tônus				<b>Reflexos</b> <input type="checkbox"/> Resistentes <input type="checkbox"/> Não Resistentes <input type="checkbox"/> Intermitentes <input type="checkbox"/> Anormais <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Músculos		<b>Sensibilidade</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, para: __/__/____ Músculos/demarcados: _____		<b>Exatidão</b> Data de Última Exatidão: __/__/____ Características: _____		<b>Antecedentes Pessoais</b> História/Morfia: _____		<b>Observações</b>		<b>Notas/Resumo</b>	
Resposta de Comandos de Despertar	Origem	Duração	Destino																																																																					
Resposta Verbal	Respostas	0																																																																						
	0 ou	0																																																																						
	0 ou	0																																																																						
Resposta Morfológica	Não responde	0																																																																						
	Extremidade	0																																																																						
	Corrêta	0																																																																						
	Inapropriada	0																																																																						
	Incompreensível	0																																																																						
Resposta Háptica	Não responde	0																																																																						
	Resposta	0																																																																						
	Localiza	0																																																																						
	Força	0																																																																						
	Flexão	0																																																																						
	Extensão	0																																																																						
	Abdução	0																																																																						
Tônus																																																																								
<b>Reflexos</b> <input type="checkbox"/> Resistentes <input type="checkbox"/> Não Resistentes <input type="checkbox"/> Intermitentes <input type="checkbox"/> Anormais <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Músculos		<b>Sensibilidade</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, para: __/__/____ Músculos/demarcados: _____																																																																						
<b>Exatidão</b> Data de Última Exatidão: __/__/____ Características: _____		<b>Antecedentes Pessoais</b> História/Morfia: _____																																																																						
<b>Observações</b>		<b>Notas/Resumo</b>																																																																						



## ANEXO IV

Instrumento de colheita de dados – Questionário

## Questionário

Eu, Ana Sofia Alves, na condição de aluna do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola Superior de Saúde de Leiria, peço a sua colaboração para o preenchimento do seguinte questionário, que faz parte de um estudo acerca do **TIH (Transporte inter-hospitalar) da PSC (Pessoa em situação Crítica): Perceção de segurança dos enfermeiros da ULSNA**, assumindo o compromisso de confidencialidade e anonimato dos dados colhidos. Obrigada pela colaboração.

([enfanalves@hotmail.com](mailto:enfanalves@hotmail.com))

### Caraterização Sociodemográfica e Profissional

1. Realizou transporte inter-hospitalar da PSC (risco ou falência de uma ou mais funções vitais) nos últimos 5 anos? (questão exclusiva)

Sim

Não

2. O último transporte inter-hospitalar da PSC que realizou foi:

< 5 anos

< 4 anos

< 3 anos

< 2 anos

< 1 ano

< 6 meses

3. Idade: \_\_\_\_\_

4. Sexo

M  F

5. Habilitações Literárias (pode seleccionar mais que 1 opção):

Licenciatura

Pós-Graduação

Especialização

Mestrado

Doutoramento

Outro

**6. Formação em emergência (pode selecionar mais que 1 opção):**

- SBV (Suporte Básico de Vida)
- SIV (Suporte Imediato de Vida)
- SAV (Suporte Avançado de Vida)
- SAVT (Suporte Avançado de Vida em Trauma)
- Pós-graduação em emergência
- Especialidade no âmbito do doente crítico

**7. Experiência profissional (pode selecionar mais que 1 opção):**

- Serviço de Urgência
- Serviço de Cuidados Intensivos
- INEM – SIV e/ou VMER
- Serviço de Internamento
- Cuidados de Saúde Primários
- Lares de 3ª idade
- Unidade de cuidados continuados

**8. Quantas vezes (valor aproximado) realizou o transporte inter-hospitalar do doente crítico no último ano? \_\_\_\_\_**

**9. Sente necessidade de formação especializada na área do TIH da Pessoa em Situação Crítica (PSC)? Quais**

---

**10. Conhece o funcionamento de todo o equipamento portátil utilizado durante o TIH da PSC (seringas infusoras, ventiladores portáteis, material de trauma, balas de oxigénio...).**

- Sim       Não

**11. Existe necessidade de formação sobre o equipamento portátil utilizado durante o TIH da PSC?**

- Sim       Não

## Percepção de segurança durante o Transporte Inter-Hospitalar (TIH) da Pessoa em Situação Crítica (PSC)

**Relativamente à percepção de segurança durante o transporte da PSC, assinale o seu grau de concordância, quanto às seguintes afirmações:**

1 – Discordo totalmente    2 – Discordo    3 – Não concordo/nem discordo    4 – Concordo    5 – Concordo totalmente

**1   2   3   4   5**

**Considero que contribui para a segurança, durante o transporte inter-hospitalar da PSC ...**

<b>A.</b> ... a experiência profissional					
<b>B.</b> ... a formação específica na área de emergência e doente crítico					
<b>C.</b> ... a disponibilização de formação específica periódica sobre a prestação de cuidados à PSC, pela instituição.					
<b>D.</b> ... que os elementos que integram a equipa de transferências inter-hospitalares da PSC, sejam voluntários.					
<b>E.</b> ... a obtenção do consentimento informado da pessoa.					
<b>F.</b> ... a existência da “Grelha de Avaliação para o Transporte Secundário” (adaptada de Etxebarria <i>et al.</i> 1998, identificação dos recursos necessário ao TIH da PSC).					
<b>G.</b> ... o preenchimento rigoroso da Grelha de Avaliação para o Transporte Secundário, para obtenção de recursos.					
<b>H.</b> ... a existência de uma <i>checklist</i> de verificação, (material, terapêutica, recursos).					
<b>I.</b> ... conhecer o historial clínico e situação clínica atual da pessoa.					
<b>J.</b> ... a estabilização hemodinâmica prévia da pessoa.					
<b>K.</b> ... a adequada acomodação do material na ambulância, antes de iniciar o TIH.					
<b>L.</b> ... a correta acomodação do doente na maca da ambulância, diminuindo o risco de quedas.					
<b>M.</b> ... o registo das alterações hemodinâmicas da PSC.					
<b>N.</b> ... a existência de protocolos de atuação para o TIH, na instituição.					
<b>O.</b> ... a existência de um instrumento de transição de informação, obedecendo à norma ISBAR.					

**NOTA:** ISBAR - Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações); PSC – Pessoa em Situação Crítica; TIH – Transporte Inter-Hospitalar;

**Competências e emoções face ao TIH da PSC**

**1. Preencha os itens de acordo com o seu grau de concordância, em que:**

1 – Discordo totalmente    2 – Discordo    3 – Não concordo/nem discordo    4 – Concordo    5 – Concordo totalmente

<b>Itens</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>A.</b> Sinto segurança na prestação de cuidados, durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico.					
<b>B.</b> Sinto receio, relacionado com a segurança do utente, em alguns transportes inter-hospitalares da PSC.					
<b>C.</b> Sinto-me capaz de atuar em situações de PCR ocorridas durante o transporte inter-hospitalar da PSC.					
<b>D.</b> Receio que a falta de legislação em vigor acerca da administração de fármacos sem prescrição médica, influencie a segurança do TIH da PSC.					
<b>E.</b> Sentir-me-ia mais seguro com a existência de uma folha de registo de enfermagem intra-transporte.					
<b>F.</b> Sinto-me capaz de identificar prontamente sinais de instabilidade no doente durante o transporte inter-hospitalar da PSC.					
<b>G.</b> Consigo garantir uma qualidade de vigilância e de intervenção terapêutica durante o transporte, similar à promovida no Hospital de Origem.					
<b>H.</b> Consigo transmitir toda a informação no momento de chegada ao Hospital de destino, sem necessidade da folha de registos.					
<b>I.</b> Sinto segurança na administração de terapêutica, sem prescrição médica (na ausência de médico durante a transferência).					
<b>J.</b> Sinto-me capaz de resolver problemas técnicos relacionados com o equipamento portátil, caso surjam durante o TIH.					

**NOTA:** PCR – Paragem cárdio-respiratória; PSC – Pessoa em Situação Crítica; TIH – Transporte Inter-Hospitalar

**2. Que sugestões gostaria de enumerar de forma a melhorar a segurança no transporte inter-hospitalar da PSC, do seu serviço?**

---

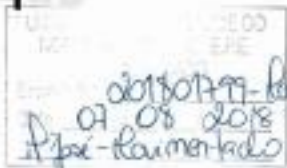
---

---

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo V

Aprovação do estudo submetido à Comissão de Ética e Conselho de Administração da  
ULSNA



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

ASSUNTO: Transporte inter- hospitalar da Pessoa em Situação Crítica: Perceção da segurança dos enfermeiros."

**PARECER**  
 seu trabalho está ótimo!

**DESPACHO/DELIBERAÇÃO**  
 → de acordo a present  
 Ana Sofia Trindade  
 Concedo com o parecer emitido  
 assim como a referida informação.  
 Praticada-se em conformidade

João Moura dos Reis  
 Presidente do Conselho de Administração

A Sr.ª Enf.ª Ana Sofia Trindade Alegria Alves, a frequentar o 5º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, ministrado pela escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas (HSE), solicitou autorização para realização de um estudo denominado: "Transporte inter- hospitalar da Pessoa em Situação Crítica: Perceção da segurança dos enfermeiros."

Junta a documentação sobre o estudo, cumpre então proceder à sua análise e informar o seguinte:

**1- Enquadramento do estudo**

O presente estudo tem o seu enquadramento no âmbito do mestrado que a requerente frequenta e na necessidade sentida no Serviço de Urgência, relativamente à qualidade e segurança da prestação de cuidados de enfermagem.

O estudo mereceu a concordância do Diretor do Serviço e da Sr.ª Enf.ª Chefe.

Como questão prévia, há que salientar que na data atual se encontra já em vigor o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Não obstante este estudo não trata dados pessoais na definição agora mencionada no referido regulamento, pelo que o analisaremos apenas à luz dos restantes normativos ético-legais.

**2- Objetivos**  
**2.1- Objetivo principal**

