

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE  
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem na Área  
De Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência durante o  
Transporte Intra-Hospitalar**

Joana Margarida Magalhães Lopes

Orientador: Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

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

Leiria, setembro 2022

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE  
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem na Área  
De Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência durante o  
Transporte Intra-Hospitalar**

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de  
Especialização de Enfermagem à Pessoa em  
Situação Crítica

Joana Margarida Magalhães Lopes

Nº5200116

Orientador: Professora Doutora Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe

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

Leiria, setembro 2022

## **AGRADECIMENTOS**

Quero em primeiro lugar agradecer à Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, pela sua disponibilidade, orientação e motivação, sem os mesmo não teria sido possível chegar ao culminar deste percurso. O meu muito obrigada.

Aos meus Pais, por me apoiarem incondicionalmente ao longo da minha vida.

Ao Pedro, por ser o melhor companheiro que podia ter ao meu lado.

À Paula, companheira de todas as horas nesta longa caminhada e por ser a melhor Amiga de sempre.

Por fim quero agradecer a todos os Enfermeiros que participaram no projeto de investigação.

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

ABCDE - Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition

ANZCA - Australian *and* New Zealand College of Anaesthetists

CIPE – Classificação para a Prática Internacional de Enfermagem

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

COVID-19 – Doença por Coronavírus

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ERI – Equipa de Reanimação Intra-Hospitalar

EA – Evento Adverso

IACS - Infecção Associada Aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation*

ICS - *Intensive Care Society*

M1 - Momento 1

M2 - Momento 2

NOTIFICA – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes

nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

p. – página

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAV – suporte avançado de vida

SE – Sala de Emergência

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SWOT – *Strenghts, Weakness, Opportunities and Threats*

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TIH – Transporte Intra-Hospitalar

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## RESUMO

Este relatório de estágio surge como a etapa final da conclusão do ciclo de estudos, e foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular “Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) com Relatório” inserido no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à PSC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Este documento é estruturalmente dividido em duas partes.

A primeira parte deste relatório tem como objetivo realizar uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas durante os Ensinos Clínicos, que decorreram num Serviço de Urgência (SU), num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e no Contexto Extra-Hospitalar, nomeadamente na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV). Foi usada uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva das atividades realizadas, das experiências vivenciadas, para o desenvolvimento e aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à PSC.

Na segunda parte deste relatório encontra-se descrito todo o processo relativamente à prática especializada baseada na evidência, levado a cabo no serviço onde exerço funções, “Promoção da Segurança da PSC no SU durante o Transporte Intra-Hospitalar” (TIH) através de uma investigação longitudinal prospetiva. Este visa averiguar a perceção da equipa quanto a segurança da PSC durante o TIH e com isso melhorar a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem durante o mesmo.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista; Competências; Pessoa em Situação Crítica; Transporte Intra-Hospitalar; Segurança do Doente.

## **ABSTRACT**

This Internship Report emerges as the final stage of the conclusion of the study cycle, and was developed within the scope of the Curricular Unit " Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório " inserted in the Master's course in Medical-Surgical Nursing in the Person in Critical Situation Specialization Area of the Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. This document is structurally divided into two parts.

The first part of this report aims to carry out a critical reflection on the activities developed during Clinical Teachings, which took place in an Emergency Department, an Intensive Care Medicine Service and the Prehospital Emergency, namely in the Ambulância de Suporte Imediato de Vida. A descriptive, analytical and critical-reflexive methodology of the activities performed, the experiences experienced for the development and acquisition of the common competencies of the Specialist Nurse and the specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of the Person in Critical Situation was used.

The second part of this report describes the entire process in relation to the specialized practice based on evidence, carried out in the service where I perform functions, "Promotion of the Safety of the Person in Critical Situation in the Emergency Department during In-Hospital Transport" through a longitudinal prospective comparative investigation. This study aims to verify the perception of the team regarding the safety of the Person in Critical Situation during the In-Hospital Transport and thereby improve the safety and quality of nursing care during it.

Nurse Specialist; Competences; Person in Critical Situation; In-Hospital Transport; Patient's Safety

## ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS.....	ix
ÍNDICE DE TABELAS .....	x
INTRODUÇÃO .....	11
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS .....	16
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM .....	17
1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	17
1.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA .....	18
1.3 AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA E VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO .....	20
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	23
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	23
2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	23
2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	30
2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados .....	38
2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	44
2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA ENFERMAGEM À PESSOA SITUAÇÃO CRÍTICA .....	48
2.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.....	49
2.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	55
2.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	58
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE INVESTIGAÇÃO – AÇÃO: PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR .....	65

INTRODUÇÃO .....	68
1. METODOLOGIA.....	71
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	71
1.2 OBJETIVOS .....	74
1.3 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	74
1.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	75
1.5 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS .....	75
1.6 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	76
1.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	76
2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	77
2.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA .....	77
2.2 FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....	78
2.3 PERTINÊNCIA DO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA SOBRE O TIH .....	79
2.4 SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO TIH .....	81
2.5 FASES DO PROCESSO DO TIH: DECISÃO, PLANEAMENTO E EFETIVAÇÃO.....	84
3. CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	90
SÍNTESE DO RELATÓRIO .....	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	94
APÊNDICES /ANEXOS	

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Análise SWOT sobre o TIH na SUMC .....	73
---	----

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto à idade e sexo .....	77
Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto aos dados profissionais.....	77
Tabela 3 – Distribuição da amostra quanto ao acompanhamento e conhecimento da orientação da OM e SOCI antes e depois da formação.....	78
Tabela 4 – Distribuição da amostra quanto à formação específica em pessoa em situação crítica .....	78
Tabela 5 – Distribuição da amostra quanto à inclusão de SBV, SAV, SAVP, Formação em Trauma e Formação em TDC antes e depois da formação.....	78
Tabela 6– Distribuição da amostra sobre a confiança durante o TIH antes e depois da formação .....	79
Tabela 7 – Resultados da aplicação do teste t de student à pertinência da formação do TIH antes de depois da formação .....	81
Tabela 8 – Resultados da aplicação do teste t de student à segurança da PSC no TIH antes e depois da formação .....	82
Tabela 9 – Resultados da aplicação do teste t de student à classificação dos EA no TIH, antes e depois da formação .....	83
Tabela 10 – Resultados da aplicação do teste t de student à organização, coordenação e comunicação de EA, antes e depois da formação.....	84
Tabela 11– Resultados da aplicação do teste t de student ao reconhecimento e decisão de acompanhamento do TIH, antes e depois da formação .....	85
Tabela 12 – Resultados da aplicação do teste t de student quanto ao planejamento do TIH, antes e depois da formação .....	87
Tabela 13 – Resultados da aplicação do teste de student estabilização e efetividade do TIH, antes e depois da formação .....	89

## INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio surge como a etapa final do ciclo de estudos, e foi desenvolvido na unidade curricular “Estágio de Enfermagem à PSC com Relatório” integrante do plano de estudo do Mestrado em Enfermagem à PSC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, visando a obtenção do grau de mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à PSC, bem como o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, após apresentação e discussão pública.

A PSC é aquela que tem a “vida ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p.19362).

A OE define o Enfermeiro Especialista como um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e na tomada de decisão, traduzindo num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2018).

A OE regulamenta as competências comuns do Enfermeiro Especialista e tem como objetivo definir o perfil das mesmas. O Enfermeiro Especialista deve possuir quatro domínios de competência comuns, como a responsabilidade profissional, ética e legal, competência no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Para além das competências supramencionadas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC), deve possuir competências específicas para que o seu conhecimento seja ainda mais aprofundado na sua área de atuação, que são: cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação bem maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018).

O Ensino Clínico (EC) é considerado um momento fundamental associado ao ensino desenvolvido na escola, pois é durante o mesmo que “os alunos, para além de poderem pôr em prática e aprofundar conhecimentos adquiridos na escola, são confrontados com as situações reais do trabalho de enfermagem” assumindo-se como um momento de aprendizagem e de desenvolvimento individual e profissional (Simões, Alarcão & Costa, 2008, p.92).

Segundo Barbosa (2015), o EC é um lugar privilegiado para a aprendizagem dos estudantes de enfermagem. É nele que surge a possibilidade de desenvolver e mobilizar competências e construir o conhecimento. Ideia também defendida pela OE (2018), que refere que o EC constitui uma componente fundamental para o desenvolvimento da identidade profissional de cada estudante e, em simultâneo, para o desenvolvimento de competências que habilitam ao exercício da profissão.

A escolha particular por esta área de especialização relacionou-se com o facto do meu percurso profissional se centrar no cuidar da PSC. Os EC I e II preconizados pelo plano de estudos como de carácter obrigatório decorreram num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e num SMI.

A escolha do EC I recaiu por um SUMC de um Hospital Distrital da zona Centro. A escolha por um SU de tipologia idêntica ao que exerço funções permitiu-me refletir sobre as vivências de dois serviços idênticos, permiti-me estabelecer paralelismos, identificar outras formas de organização e gestão do serviço e dos cuidados de enfermagem.

A escolha do EC II, recaiu por um SMI inserido num Centro Hospitalar da área de Lisboa e Vale do Tejo, esta prendeu-se com a coincidência de exercer funções na mesma unidade hospitalar sendo facilitador na gestão profissional e pessoal e por ser um serviço de referência, sendo este certificado pela norma *Internacional Organization for Standardization 9001:2015*. A Medicina Intensiva é uma “área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s)” (Paiva *et al.*, 2017, p.6). Os mesmos autores referem que os SMI devem ser responsáveis pela PSC, independentemente do local onde este se

encontre no hospital, nomeadamente no serviço de urgência através de presença nas salas de emergência (SE).

O EC de opção decorreu em dois meios de emergência extra-hospitalar pertencentes ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) na região de Lisboa e Vale do Tejo. A escolha deste contexto extra-hospitalar foi motivada pelo interesse pessoal nesta área, um contexto onde a SE é na rua ou em casa dos utentes, ou seja, prestar cuidados à PSC num ambiente imprevisível e não controlado. O facto de exercer funções num SUMC desperta-me interesse no desenvolvimento de competências nesta área, sobretudo no que diz respeito à gestão dos cuidados. A intervenção de enfermagem no contexto extra-hospitalar decorre num ambiente, por vezes, adverso e desprotegido em relação ao contexto hospitalar, exigindo dos enfermeiros uma atualização contínua dos conhecimentos teóricos e práticos e uma atitude de permanente reflexão e interrogação sobre a prática de cuidados. O contacto com a PSC em ambiente extra-hospitalar e o facto de ser um dos primeiros meios diferenciados a chegar aos locais, foram as principais motivações para esta opção. São estas particularidades do cuidado à PSC neste contexto que o tornam tão desafiante e uma área de investimento pessoal e profissional como futura Enfermeira Especialista.

O alcance de uma enfermagem avançada visa adquirir maior competência para o desempenho, centrado numa lógica mais concetual e concretizada pela inter-relação pessoal, tendo como base teorias de enfermagem onde o core é o diagnóstico e capacitação da pessoa face às transições vividas, e maior competência na tomada de decisão (Silva, 2007).

A enfermagem aumenta a sua visibilidade enquanto ciência ao utilizar teóricas na sua pesquisa para sistematizar o pensamento crítico e a tomada decisão. Consequentemente, a qualidade dos cuidados aumenta aquando da utilização por parte do enfermeiro de teóricas baseadas na evidência para fundamentar a sua prática clínica (Ahtisham & Jacoline, 2015).

De forma a suportar a tomada de decisão clínica e desenvolver uma prática de enfermagem especializada, considerei como linha orientadora o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner (2001), com o intuito de alcançar o nível de perito na prestação de cuidados à PSC. As competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se adquire perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial e “o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreendem

diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 54). O cuidado à PSC é definido como sendo desafiante, tanto ao nível intelectual como emocional, no sentido em que o enfermeiro deve desenvolver estratégias e competências para avaliar a situação e priorizar os focos de instabilidade e, assim, intervir da forma mais adequada, estabelecendo um processo de enfermagem individualizado, de acordo com a intervenção e monitorização dos resultados obtidos (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

Fitzpatrick (1997) citado por Peterson (2009), define teoria como um conjunto de conceitos relacionados entre si, mas que tem por base a suposição, unidos através de um conjunto de declarações lógicas. Atualmente a sociedade exige cada vez mais cuidados de saúde diferenciados e especializados, o que se verifica no cuidado à PSC. À necessidade de atingir metas, a redução de despesas e equilíbrio entre a saúde e custo, acresce a necessidade de se abordar o tema de uma Enfermagem Avançada, em que a sua prática se baseia em Modelos Teóricos e Metaparadigmas, capazes de orientar a prática numa dimensão multifatorial.

Este percurso académico foi suportado por dois referenciais teóricos que considero essenciais para os cuidados de excelência: a Teoria do conforto de Katharine Kolcaba e a Teoria das Transições de Afaf Meleis. As duas teóricas basearam a forma de ver a prática e executar o cuidado, contudo, incidi a minha ação maioritariamente na teoria de Afaf Meleis.

Para Meleis (2000), transição é uma passagem de uma fase de vida, de uma condição ou de um estado para o outro. A transição indica uma mudança no estado de saúde, nos papéis sociais, nas expectativas ou nas capacidades. À luz da Teoria das Transições de Meleis, o enfermeiro deverá adaptar capacidades de modo a agir com a PSC, sendo a mesma vista numa fase de transição, de um estado de saúde para o de doença, e/ou com a sua família adotarem estratégias de modo a minimizar/ultrapassar a fase de transição.

Kolcaba (2003), define conforto como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto, o que corresponde ao resultado holístico da intervenção do Enfermeiro que, por sua vez, vai interferir na generalidade das atitudes da pessoa. Pode-se ainda caracterizar por um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas relativamente ao alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos da experiência: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

Este relatório assenta numa metodologia descritiva e reflexiva das experiências vividas ao longo dos EC, tendo como suporte os conhecimentos teóricos e práticos desenvolvidos, com base em evidência científica e tendo como objetivo primordial a aquisição de competências enquanto futura Enfermeira Especialista.

Durante este percurso foi também desenvolvido um trabalho de investigação sob a temática “Promoção da Segurança da PSC no SU durante o TIH”, onde foi desenvolvido um estudo longitudinal prospetivo comparativo. A investigação na área da enfermagem assume atualmente elevada importância, de forma a contribuir para o desenvolvimento contínuo da profissão, para a tomada de decisões adequadas, para uma prestação de cuidados de excelência. A prática baseada na evidência e na pesquisa científica é promotora de elevados padrões de qualidade dos cuidados, sendo o caminho para o consolidação da identidade de enfermagem (Polit, Beck & Hungler, 2004).

O presente relatório divide-se em três partes essenciais. A primeira é relativa à componente de desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC, a segunda parte é reservada à componente de investigação e a última parte a síntese do relatório. A primeira parte tem como objetivo realizar uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas ao longo dos EC, que conduziram ao desenvolvimento e aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do Enfermeiro em Enfermagem Médico-cirúrgica na área Especialização de Enfermagem à PSC. Na segunda parte é exposta a componente de investigação e terceira e última é realizada uma reflexão final sobre aquisição de competências especializadas para o cuidar e do caminho percorrido.

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

## **1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM**

### **1.1 SERVIÇO DE URGÊNCIA**

O EC I decorreu num SUMC de um Hospital Distrital da zona Centro do país. Este integra a rede nacional de urgências hospitalares e presta cuidados ao cliente/família em situação urgente e emergente. Segundo o Ministério da Saúde (2014), a emergência e urgência médica são situações clínicas de instalação súbita nas quais, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais. O mesmo designa que o SUMC é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de Serviço de Urgência Básico e referenciando para Serviço de Urgência Polivalente situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência.

O SUMC localiza-se no piso 3, ao nível térreo, com entrada independente. Articula-se dentro da instituição, com todos os serviços de internamento, para onde transfere utentes. No mesmo piso localizam-se também o serviço de Imagiologia e o Laboratório. O SUMC dispõe de um local de admissão da pessoa, sala de espera de adultos a aguardar triagem ou triados de “não urgentes” e “pouco urgentes”, duas salas de triagem, sala de espera dos utentes triados de “urgente”, gabinete de apoio social, dois gabinetes de atendimento médico, sala de tratamentos, sala de ortotraumatologia, gabinete de cirurgia, gabinete de pequena cirurgia, SE, uma área destinada ao utente de foro respiratório. O serviço de doenças agudas e vias verdes, presentemente está ocupado com doentes da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP). Este espaço é composto por dois quartos, cada um com duas unidades. A área dedicada a utentes com infeção respiratória aguda, para onde eram encaminhados os utentes com os critérios especificados na norma número (nº) 004/2020 da Direção Geral da Saúde (DGS) em vigor nesta fase. Esta área era composta por uma SE, duas salas de isolamento e uma sala de apoio.

A equipa de enfermagem é constituída por: Enfermeira Responsável com funções de gestão (Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica); quarenta e quatro Enfermeiros,

oito destes elementos são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dois em Saúde Mental e Psiquiátrica, um em Saúde Infantil e Pediátrica e outro em Enfermagem Comunitária. Atendendo às características do serviço, à tipologia dos utentes e condições de trabalho, o número de enfermeiros nos turnos da manhã e da tarde é de nove e no turno da noite cinco.

O circuito do utente tem como base o sistema de Triagem Manchester (DGS, 2018), e tem início com a inscrição nos serviços administrativos ao qual se segue a triagem. Os utentes são encaminhados para as diversas áreas do SUMC, consoante o resultado da triagem. Todos as PSC são encaminhadas diretamente para a SE. Esta é de fácil acesso, composta por duas boxes de adultos e uma box pediátrica, totalmente equipadas. O acionamento dos profissionais para esta sala é efetuado por um sinal sonoro.

O SUMC, o serviço de Urgência Pediátrica e Obstétrica /Ginecológica são fisicamente separados, sendo as utentes de Obstetrícia/Ginecologia triadas na SUMC e encaminhadas para o piso desta especialidade.

## 1.2 SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O EC II decorreu num SMI integrado num centro hospitalar da área de Lisboa e Vale do Tejo, inserido no 6º piso dessa unidade e encontra-se em funcionamento há doze anos. Este corresponde a um SMI de nível III com capacidade formativa parcial. Os SMI são dotados de recursos técnicos e humanos, de forma a fornecer o mais elevado nível assistencial a este grupo específico de doentes, que beneficiarão de intervenção atempadamente ou de suporte, monitorização contínua e assertividade terapêutica (DGS, 2003).

A Missão do SMI é prestar cuidados de saúde especializados em situação de doença aguda, potencialmente reversível e/ou falência de uma ou mais funções vitais iminentes ou estabelecidas, podendo esta atividade ser exercida em várias áreas do hospital, nomeadamente com a atividade da Equipa de Reanimação Intra-hospitalar (ERI) e *outreach*.

A Equipa Médica do SMI é constituída por dez médicos, sendo cinco destes com formação específica em Medicina Intensiva e os outros cinco médicos com formação específica em Medicina Interna. A Equipa de Enfermagem é constituída por cinquenta e um enfermeiros,

dividida em cinco equipas. Destes enfermeiros um tem funções de Enfermeiro Gestor sendo Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Da restante equipa três são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e sete são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. O nº de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação permite a presença de um deles nos sete dias da semana, por um período de doze horas diárias. O nº de enfermeiros por cada turno de oito horas, depende da lotação do serviço, sendo normalmente de seis a sete nos três turnos. A distribuição da Equipa de Enfermagem para cada turno de trabalho é realizada antecipadamente pelos chefes de equipa.

O SMI é constituído por três serviços de internamento: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente com capacidade para seis doentes nível III, sendo que uma delas está numa sala de isolamento; Unidade de Cuidados Intermédios com disponibilidade para acolher até três doente de nível II que pode ser alargada até seis e Unidade Cuidados Intensivos Doença por Coronavírus (COVID-19) com quatro unidades capacitadas para doentes de nível II e III que pode ser alargada até dezoito camas. A presença e intervenção do SMI estende-se à ERI (enfermeiro e médico), consultadoria, SE da SUMC, *outreach* e formação.

A admissão no serviço depende exclusivamente do médico de serviço no SMI, que se rege pelos critérios definidos no regulamento do serviço. Em termos genéricos consideram-se admissíveis situações como falência respiratória com necessidade de suporte ventilatório; falência hemodinâmica; pós-operatórios e politraumatizados não neurocirúrgicos quando complicados por uma das situações atrás descritas; intoxicações graves; Via Verde Acidente Vascular Cerebral; Via Verde *Sépsis* e potenciais dadores em situações de provável morte cerebral. Os critérios de admissão nos cuidados intermédios são os mesmos que para os cuidados intensivos, mas com menor gravidade, visto que as vagas de cuidados intermédios se destinam a doentes que necessitem de uma vigilância contínua, mas com menor necessidade de intervenção farmacológica e instrumental e no pós-operatório imediato. Estão definidos também os critérios de exclusão para admissão que visam utentes que, mesmo com recurso a cuidados intensivos, tenham baixa probabilidade de sobrevivência. Situam-se a este nível pessoas em situações clínicas terminais, mesmo que se acompanhem de falência respiratória ou hemodinâmica e doentes com elevado grau de dependência, podendo ser

ponderada a sua admissibilidade para palição. O SMI articula-se com os restantes serviços da Unidade Hospitalar onde se insere. É dotado de diversos protocolos de atuação, dos quais destaque: organização da equipa para acolhimento do utente, avaliação do estado neurológico no SMI, técnica de substituição renal contínua, alimentação entérica na PSC, remoção extracorporeal de dióxido de carbono, síndrome de dificuldade respiratória aguda, diagnóstico de morte cerebral, capnografia, posicionamento em decúbito ventral na pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, insulina em perfusão, oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal, sedoanalgesia.

A organização das unidades de cada utente é uma zona aberta, junto à central de monitorização e zona de trabalho de enfermagem, com possibilidade de vigilância visual contínua e com os monitores, ventiladores e aparelhos de técnica substituição renal conectados à central de monitorização, descarregando os dados automaticamente no sistema de informação *B-Simple ICU*<sup>®</sup>. Embora seja visível da central de vigilância o quarto de isolamento possui um sistema de videovigilância contínua. As unidades estão providas de cortinas, de modo a assegurar a privacidade dos utentes e a diminuir o risco de infeção cruzada. Possui ainda como divisões de apoio geral: sala de reuniões, sala de familiares, sala da secretária de unidade, gabinete do diretor clínico, gabinete do enfermeiro gestor, sala de assistentes operacionais, balneários, vestiários, copa, sala de refeições, sala de equipamentos de prevenção individual, armazém avançado de material de consumo clínico e farmácia, sala de equipamentos, armazém de roupa, sala de sujos.

### 1.3 AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA E VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

O EC de opção decorreu em dois meios de emergência extra-hospitalar pertencentes ao INEM na região de Lisboa e Vale do Tejo. O INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) por forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde (INEM, 2019).

O SIEM coordena ações de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do sistema de saúde nacional, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em emergência médica. Compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente (INEM, 2013).

Segundo o Despacho n.º 10319/2014, p. 20673 do artigo 3º, 2014, os Serviços de Urgência Básica “têm uma ambulância SIV ativável apenas pelo Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, em gestão integrada de recursos humanos e materiais, cujo elemento de enfermagem participa, além da atividade extra-hospitalar, na prestação de cuidados do SU e colabora no transporte de doentes críticos”. A SIV encontra-se sediada num Serviço de Urgência Básica de uma unidade hospitalar da área de Lisboa e Vale do Tejo.

As Ambulâncias SIV visam melhorar os cuidados prestados em ambiente pré-hospitalar à população. Estas são integradas por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), e concebidas para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e de doentes críticos (transporte inter-hospitalar). Têm como objetivos a estabilização pré-hospitalar, o transporte de doente crítico e dispõem de equipamento de SIV (Ministério da Saúde, 2014). São um meio de socorro em que há possibilidade de administração de fármacos e realização de atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos aplicados sob supervisão médica (INEM, 2013).

A equipa de enfermagem da ambulância SIV é composta por sete enfermeiros, dos quais cinco têm a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e cinco TEPH. Os enfermeiros pertencem ao quadro de profissionais do serviço de urgência básica da referida instituição de região de Lisboa e Vale do Tejo e os TEPH são pertencentes ao quadro do INEM.

Todos os enfermeiros que integram os meios SIV têm obrigatoriamente de possuir a competência SIV. Esta competência, segundo a Circular Normativa nº 3/2019 do Departamento de Formação em Emergência do INEM, é atribuída através da conclusão com sucesso de uma formação ministrada exclusivamente pelo INEM composta por cinco módulos teórico-práticos, abaixo designados, aos quais se seguem estágios obrigatórios. São eles: módulo de Suporte Avançado de Vida (SAV); módulo de Emergências Médicas SIV; módulo de

Emergências Pediátricas e Obstétricas SIV; módulo de Emergências de Trauma SIV; módulo de Transporte de Doente Crítico e Situação de Exceção SIV; Estágios Obrigatórios. No curso SIV Enfermeiros, os estágios assumem a configuração de um módulo de curso, com regras próprias definidas na memória descritiva.

A viatura médica de emergência e reanimação (VMER) é um veículo de intervenção em emergência pré-hospitalar tripulado por uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra a pessoa. Tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte da PSC, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de SAV (Ministério da Saúde, 2014). Atuam na dependência direta dos CODU, tendo uma base hospitalar (INEM, 2013).

A equipa de enfermagem da VMER é constituída por dezoito enfermeiros, dos quais sete têm a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, dois em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e um em Enfermagem de Reabilitação.

## 2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

### 2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Alarcão (2001, p.53-54), define competência como “um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e revela-se no nível de desempenho adequado às circunstâncias”. Benner (2001), acrescenta que os domínios da prática de enfermagem envolvem competências e responsabilidades que devem ser adquiridas na formação inicial dos enfermeiros, mas desenvolvidas ao longo da vida profissional num caminho de iniciado, passando a iniciante avançado, a competente, a proficiente e perito.

A diferenciação e a especialização são exigências naturais da evolução técnica e científica de que os cuidados de saúde e conseqüentemente os de Enfermagem vão sendo alvo ao longo dos tempos. O Enfermeiro Especialista é aquele “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE,2019, p.4744).

As competências comuns do Enfermeiro Especialista:

“são as competências, partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. (OE, 2019, p. 4745).

De seguida realiza-se uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas para alcançar os objetivos e a consolidação da aquisição das respetivas competências tendo como base o Regulamento n.º 140 de 2019, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

#### 2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Esta competência está relacionada com a promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Conforme o referido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros no seu artigo 8º, “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos “(OE, 2015, p. 101-102).

Segundo o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista, este “demonstra um exercício seguro, responsável e profissional, com consciência do seu âmbito de intervenção. A competência assenta num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada.” (OE, 2019., p.4746)

O Código Deontológico dos enfermeiros enuncia ainda que os enfermeiros têm o dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.” (OE, 2015, p. 8078). A base da deontologia em enfermagem tem como fundamento ético a Declaração Universal dos Direitos do Homem.

A tomada de decisão ética é o pilar na aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Esta requer por parte do enfermeiro, “sensibilidade moral acentuada, saber ético, experiência de vida, virtude, informação e um grande compromisso pessoal para fazer o que “está certo” (Nora, Deodato, Vieira, & Zoboli 2016, p.6). Os mesmos autores referem que embora a literatura evidencie que os enfermeiros são os profissionais de saúde que experienciam mais situações envolvendo problemas éticos, a tomada de decisão de enfermagem deverá envolver a participação de outros elementos da equipa multidisciplinar, possibilitando a partilha de uma multiplicidade de perspetivas, conhecimentos e experiências (Nora *et al.*, 2016).

Nunes (2004) citado por Morgado *et al.* (2014, p. 114) refere que:

“A Enfermagem é uma disciplina e profissão que diariamente se confronta com situações de natureza complexa surgindo dilemas e problemas éticos que exigem uma tomada de decisão fundamentada. Existe um campo de reflexão próprio ao agir dos

enfermeiros, que nasce da nossa prática e das preocupações profissionais que se refere àqueles a quem prestamos cuidados, denominado «Ética de Enfermagem»”.

O Enfermeiro Especialista deve demonstrar uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os doentes. Desta forma, considero que no decorrer dos três EC, desenvolvi uma prática profissional e ética em toda a minha atuação e promovi práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A tomada de decisão é um aspeto fundamental da disciplina de enfermagem, com impacto na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, tendo em conta a dimensão autónoma da prática profissional dos enfermeiros, o processo de tomada de decisão em enfermagem tem vindo a ser aprofundado progressivamente. Desta forma, os enfermeiros tomam decisões, pois fazem juízos sobre as reais necessidades das pessoas, e delinham as intervenções que vão implementar, sendo a tomada de decisão o culminar da etapa conduzida pelo raciocínio (Silva, 2011).

Num processo de tomada de decisão crítica deve-se fazer uso do raciocínio crítico para optar pelas intervenções que garantam a consecução satisfatória dos objetivos esperados na pessoa (Potter & Perry, 2006). Desta forma ao longos dos EC tentei sempre, de alguma forma, participar em tomadas de decisão, conjuntamente com os enfermeiros orientadores e consequentemente com a restante equipa multidisciplinar, fazendo valer para isso a colheita de informação, diagnósticos de enfermagem e a avaliação sistemática do doente, bem como a avaliação das intervenções efetuadas.

Cuidar da PSC acarreta inúmeras particularidades, o que dificulta a tomada de decisão, que é provida de complexidade e multidimensionalidade. Esta tipologia de cuidados implica tomadas de decisão céleres, o que torna difícil para os profissionais tomarem consciência dos desejos e sentimentos das pessoas.

Por decorrer num serviço idêntico ao que exerço funções, o EC I levou-me a refletir sobre a minha prática diária, em que a privacidade dos doentes e a confidencialidade da informação clínica se apresenta como um desafio constante. A minha atuação pautou-se por práticas de cuidados com respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais. Sempre que

abordei um doente, apresentava-me, questionando como gostava que o tratasse (nome preferido), informava e explicava os procedimentos a executar, como iria decorrer o processo durante a observação no SUMC, obtendo desta forma o seu consentimento.

O consentimento informado é um processo de comunicação, contínuo e participado, que se estabelece através da interação entre o profissional de saúde e a pessoa (DGS, 2015). Ao longo dos três EC, sempre que vivenciei situações de emergência em que a comunicação com a pessoa estava limitada pela sua situação clínica, alteração do estado de consciência ou sedação entre outras, assumiu-se o consentimento presumido. Este ocorre, segundo a DGS (2015, p.6):

“(…) quando as circunstâncias permitem supor que a pessoa titular teria consentido se conhecesse as circunstâncias em que o ato diagnóstico ou terapêutico é praticado. O consentimento presumido é importante nos casos em que a pessoa está inconsciente ou não está legalmente representada e há risco sério para a saúde ou vida dessa pessoa em se adiar o ato para a obtenção do seu consentimento expresso. Assim, deve prevalecer o dever de agir decorrente do princípio da beneficência consagrado na ética da saúde, devendo, no entanto, ser prestada toda a informação à pessoa, procurador de cuidados ou ao seu legal representante assim que aquela se mostre capacitada para decidir”.

A privacidade é uma necessidade e um direito de todo ser humano, sendo indispensável para a manutenção da dignidade que todos os profissionais demonstrem preocupação com a proteção da privacidade do doente nos cuidados (Bettinelli, Pomatti & Brock, 2010). Esta postura traduziu-se num cuidado em manter o respeito pela integridade da pessoa, assegurando que a informação que a mim era confiada não teria outros objetivos que não os cuidados de saúde e que esta só seria partilhada pelos seus profissionais.

Em todos os contextos pude constatar que o respeito pela privacidade da pessoa era uma preocupação constante da equipa. O contexto extra-hospitalar revelou-se um desafio nesta área, devido às suas características, nomeadamente as ocorrências na via pública. No entanto, e tendo em conta a responsabilidade profissional, ética e legal, aquando da avaliação da pessoa de acordo com a abordagem *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition* (ABCDE) foi realizada, sempre que possível no interior da ambulância. A título de exemplo,

numa ocorrência em que fomos ativados para uma senhora de 77 anos com hipoglicemia, que após a sua estabilização e decisão de transporte para o hospital, realizámos uma higiene parcial e trocamos a roupa, visto que a mesma se encontrava coberta de açúcar. Com esta intervenção conseguimos respeitar a dignidade da pessoa durante o transporte. Ao respeitar a dignidade da pessoa, os enfermeiros estão a considerar simultaneamente os demais valores, como são, o respeito pelas crenças, a salvaguarda da privacidade, a comunicação efetiva e a sua autodeterminação (Nora *et al.*, 2016). Já no EC II no SMI, apesar do espaço físico ser uma unidade aberta, para permitir uma vigilância e monitorização constantes dos utentes pela equipa multidisciplinar, todas as unidades são separadas por cortinas garantido a segurança e a privacidade.

Devido ao contexto da Pandemia da COVID-19 não existiam à data do EC I acompanhantes nem visitas no SUMC. A equipa proporcionou momentos de informação à família, em que o profissional de saúde se desloca ao exterior, na maioria das vezes à entrada do serviço, sem qualquer privacidade, nem condições para manter a confidencialidade da informação transmitida. No SMI o sigilo profissional é facilmente cumprido, pois os requisitos para visitas e partilha de informações acerca do utente, estão bem definidos: as visitas são marcadas telefonicamente e, aquando da necessidade de transmissão de informação presencial, existe uma sala à entrada do serviço que está preparada para esse efeito.

Numa abordagem inicial, prepara-se a família para um contacto com a pessoa, na maioria das situações entubada e sedada, e para o facto de estar rodeado de uma série de equipamentos desconhecidos com alarmes sonoros que disparam frequentemente e causam ansiedade e preocupação aos familiares. É explicado em que condição vão encontrar o seu familiar e a razão para tal. Desta forma, previne-se o impacto gerado que todo o ambiente envolvente pode provocar.

A passagem de turno é um dos momentos onde se podem enaltecer as boas práticas no que diz respeito à aquisição de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. O conselho jurisdicional da OE emitiu um parecer relativamente à passagem de turno em que refere que esta

“apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação,

e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação. A passagem de informação é realizada de forma oral, complementando a informação escrita – e não substitui o registo de enfermagem, realizado em notas de evolução/continuidade e/ou avaliação do planeamento de cuidados” (OE, 2001, p.1).

No SUMC a passagem de turno é realizada de acordo com a área do serviço. Na área da UCIP é feita no balcão de enfermagem. Relativamente aos utentes na sala de tratamento, área da cirurgia e ortotraumatologia a passagem de turno é realizada junto dos mesmos, na presença de todos os enfermeiros para que tenham conhecimento da sua situação clínica.

Klim, Kelly, Kerr, Wood & Mccann (2013), consideram que a passagem de turno no SU deve ser realizada junto à cabeceira, de forma estruturada e contendo elementos-chave. Por outro lado, esta abordagem causa situações de quebra de confidencialidade e privacidade.

No SMI a passagem de turno é realizada num balcão central, na presença de todos os enfermeiros para que todos tenham conhecimento da situação clínica de cada utente e ao mesmo tempo, consigam manter a vigilância de todos os utentes. O mesmo tem uma distância passível de manter a confidencialidade e privacidade dos utentes.

No parecer supracitado da OE é referido que não existe um local correto para a passagem de turno. O que poderá estar em causa, não será o local, propriamente dito, mas o conteúdo das informações transmitidas diante de terceiros. Esta pode ser realizada num ou em vários espaços, de acordo com as características de cada contexto de trabalho, sendo a informação transmitida na presença do utente ou num gabinete de enfermagem. Acima de tudo há que salvaguardar os direitos dos utentes, nomeadamente, o que respeita à privacidade e confidencialidade (OE, 2001).

A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do utente, estando associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos (EA) e conseqüentemente ao decréscimo da mortalidade (DGS, 2017). Assim, é recomendado que a transição de cuidados obedeça a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas, para segurança do utente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR. ISBAR é a sigla que corresponde a: *Identify*

(Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações)], aplicando-se esta técnica a todos os níveis de prestação de cuidados (DGS, 2017). Trata-se de uma “metodologia padronizada, simples, flexível, concisa, e clara para comunicar informações desses cuidados” (DGS, 2017, p.6). De forma a garantir a segurança da comunicação, evitando falhas e possíveis EA, sempre que foi realizada transmissão de informação acerca dos utentes, utilizámos a mnemónica ISBAR como linha orientadora para as informações pertinentes a transmitir. Nos três contextos de EC a metodologia recomendada pela DGS (2017) é utilizada não só nos momentos de passagem de turno, como na transferência dos utentes entre serviços, garantido a segurança destes e, conseqüentemente, continuidade na qualidade de cuidados.

Saliento a importância relacional e comunicacional entre o enfermeiro do extra-hospitalar e o enfermeiro da SE. Dado o meu contexto profissional, recebo utentes trazidos pelas equipas do extra-hospitalar na SE. Neste sentido, foi pertinente refletir sobre os vários fatores neste momento de transição entre os contextos, onde deve existir respeito mútuo, sintonia e transmissão de informação na transferência e acolhimento da PSC. Estes são fatores significativos para uma melhor prestação e continuidade dos cuidados de enfermagem. A transição adequada dos cuidados de saúde assume um papel importante na melhoria da segurança do doente. Segundo o descrito na norma nº 001/2017 sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde a transmissão de informação é definida como a “comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados” (DGS,2017, p.4). A comunicação eficaz entre profissionais de saúde “caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (DGS,2017, p.4).

Os “registos de enfermagem devem refletir o pensamento crítico, sustentado na tomada de decisão planeada pelos enfermeiros” (Vieira, 2018, p.26), permitindo a avaliação dos mesmos e a continuidade de cuidados, através da partilha de informação. No que diz respeito ao SUMC, tive oportunidade de refletir sobre este assunto algumas vezes com os Enfermeiros Orientadores. Apesar de ambos utilizarmos o *SClínico*® para a realização dos mesmos, fazemo-lo de modo diferente. Verifiquei que no SUMC apenas validam a medicação prescrita e o

pedido de análises sendo realizada uma nota de enfermagem somente na SE. Na minha realidade diária realizamos registo de sinais vitais, nota de enfermagem e programamos intervenções consoante as necessidades dos utentes.

Para Martins *et al.* (2008), os registos constituem a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, sendo fundamental que sejam rigorosos, completos e corretamente realizados, pois constituem testemunho escrito do exercício da prática clínica. Muitas vezes se usa a expressão “não está registado, não foi realizado”. Os registos de enfermagem são fundamentais e, a par com a passagem de turno, assumem extrema importância na continuidade dos cuidados de enfermagem, na visibilidade do trabalho dos Enfermeiros, assim como das boas práticas. É nos registos de enfermagem que reside a base legal dos cuidados.

No extra-hospitalar os registos de enfermagem são realizados através da aplicação informática INEM *Tools for Emergency Alert Medical System*. Este mesmo tem vários separadores para preencher com a identificação da pessoa, antecedentes e medicação habitual, alergias, protocolos utilizados e intervenções executadas, registos da situação e encaminhamento. Desconhecia a mesma como utilizadora, no entanto, considerei intuitivo e de fácil utilização, sendo que através deste também é possível enviar os dados para o CODU e para o hospital de destino.

O SMI encontra-se equipado com o sistema de informação *BSimple - ICU®*. Foi a primeira vez que tive contato com este sistema, sendo necessário alguma dedicação para o compreender. No entanto, após me familiarizar com o mesmo através dos esclarecimentos da Enfermeira Orientadora, rapidamente ultrapassei esta dificuldade.

Um aspeto positivo relacionado com a confidencialidade dos dados que identifiquei, tanto no SMI como no SU, foi o fato da totalidade do processo clínico do doente estar informatizada, não existindo papel com informação clínica a circular junto do doente que facilmente qualquer pessoa poderia ter acesso.

### **2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade**

A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e acompanha-o durante a sua evolução, concebendo ao longo da vida variadas formas de esforços contra a imperfeição, segundo as circunstâncias. O exercício profissional do enfermeiro como um processo essencial na construção de um sistema de melhoria contínua da qualidade passa pelos padrões de qualidade, em que estão implícitos a satisfação do utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem, referidos nos enunciados descritivos. Estes são alcançados diariamente através das intervenções de enfermagem, autónomas ou interdependentes, traduzindo-se ganhos em saúde (OE, 2001).

No que compete ao domínio da melhoria contínua, o Enfermeiro Especialista deve ser um elo dinamizador na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade, reconhecer que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua e garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

A prática baseada na evidência proporciona aos enfermeiros uma visão de desafio na prestação responsável de cuidados de saúde de qualidade. Neste sentido, os enfermeiros revêm e procuram diferentes formas de atuação, sendo sempre norteados pela excelência do cuidar (Pinto, 2013). A qualidade em saúde surge, cada vez mais, como prioridade a nível das instituições de saúde e dos seus profissionais. Como definido no despacho n.º 1400-A/2015, que é o documento que estabelece a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, a qualidade em saúde traduz-se na prestação de cuidados acessíveis e equitativos, por um profissional competente que dispõe dos recursos disponíveis. Este profissional obtém a adesão e satisfação da pessoa, o que pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas. O mesmo documento associa a qualidade à segurança dos cuidados prestados (Ministério da Saúde, 2015).

A qualidade em saúde pretende evidenciar a segurança dos utentes através da avaliação de riscos, apostando na melhoria contínua da qualidade dos cuidados com recurso a linhas orientadoras nas principais áreas de intervenção. A gestão da qualidade, através das suas políticas têm como base o Plano Nacional para Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, que fomenta a segurança do doente no Sistema Nacional de Saúde, com melhorias ao nível de

áreas específicas tais como: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Despacho n.º 1400-A/2015 /10 fevereiro).

O PNSD 2021-2026, dando continuidade ao PNSD 2015-2020, tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. O PNSD 2021 -2026, a par do PNSD 2015-2020 constitui -se como uma ferramenta de apoio a gestores de topo, lideranças intermédias, comissões da qualidade e segurança, gestores de risco e profissionais de saúde, exigindo um envolvimento ativo de responsabilidade de governação, coordenação e operacionalização nos diferentes níveis de cuidados, de modo a aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo presente o foco no doente e seus cuidadores (Despacho nº9390/2021, de 24 setembro).

A definição de segurança do utente adotada pela DGS, define-se como a inexistência, para o utente, de dano desnecessário ou dano potencial associado aos cuidados de saúde (*World Health Organization, 2011*). Esta pode também ser considerada como a ausência de lesão acidental ou não intencional, e não pela doença que está subjacente à pessoa alvo de cuidados, e que pode originar morte, incapacidade ou internamento prolongado (Baker, 2004).

De acordo com dados da DGS (2015), a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está estreitamente relacionada com a política de segurança existente nas instituições de saúde, com a sua organização, havendo evidência clara de que o risco de ocorrerem erros é dez vezes superior nas instituições que descurem o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados. As consequências resultantes de tais incidentes têm repercussões a nível da integridade física, humana e emocional, tanto para os utentes como para as suas famílias. Reconhecendo a importância da notificação de incidentes de

segurança, a DGS criou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), que se juntou ao Sistema Nacional de Farmacovigilância, do INFARMED, I. P., e ao Sistema Português de Hemovigilância, do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P. É o seu objetivo estratégico aumentar a cultura e transparência da notificação, tal como promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no sistema NOTIFICA (Despacho nº 9390/2021). A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde (Ministério da Saúde, 2021).

No SUMC apercebi-me da inexistência de uma mala de TIH. A Ordem dos Médicos (OM) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) recomendam que:

“os hospitais devem promover a existência de um conjunto de equipamento, em que se inclui uma mala de transporte, desejavelmente no local, onde se realiza o maior número de TIH. A carga da mala de transporte deve estar em condições de ser utilizada em qualquer altura” (OM&SPCI, 2008, p.14).

Os mesmos autores recomendam que as unidades de saúde tenham orientações definidas e objetivas, descritas em procedimentos ou normas hospitalares, como forma de diminuição dos riscos e minimização dos EA relacionados com o transporte da PSC.

Após a apresentação da proposta à Enfermeira Responsável, a mesma não se mostrou recetiva, alegando que não havia registo de EA relativamente aos TIH e que existe um carro de emergência no serviço de Imagiologia. Penso que a mesma ficou desperta para esta temática, pois tomei conhecimento que pedi informações sobre o carro de emergência existente na imagiologia. Com isto tomamos conhecimento que os carros de emergência da instituição não estão uniformizados contrariando a orientação da DGS nº 008/2011 relativa à organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde, o que foi momento de reflexão com os enfermeiros orientadores visto que a norma refere que “os carros de emergência devem ser uniformizados na unidade de saúde quanto ao conteúdo e disposição do material, tendo em conta as suas especificidades” (DGS,2011 p.1).

A promoção da segurança do utente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua. (Ministério da Saúde, 2021). A segurança nos cuidados de saúde é indissociável da qualidade quer pelo impacto de resultados administrativos, financeiros e clínicos, quer pela própria satisfação dos utentes (Fragata, 2011).

A qualidade na saúde para ser completa e detalhada deve abranger todas as perspetivas relevantes, a sua avaliação deve incluir conjuntos de componentes e dimensões. Nestas incluem-se a efetividade, a eficiência e o acesso à equidade (DGS, 2012).

Desenvolvi a minha prática com base no cumprimento dos protocolos, procedimentos, instruções de trabalho existentes nas instituições dos diferentes EC. Estes são instrumentos fundamentais para a diminuição da ocorrência de erro, promovendo uma prestação de cuidados de qualidade uniformizada tendo por base uma cultura de segurança.

A triagem de prioridades permite o funcionamento do SU quer em situações normais, quer em situações de catástrofe, determinando a prioridade clínica e o tempo alvo recomendado até à primeira observação médica (Silva, 2009). A triagem de prioridades é um momento crucial na identificação da PSC. Nos turnos que realizei na área da triagem houve oportunidade de observar vários momentos de triagem, estando já familiarizada com os fluxogramas, pelo facto de trabalhar num serviço semelhante. Deparei-me com o fato de não existir um protocolo de encaminhamento dos doentes para as diversas especialidades. Tive vários momentos de reflexão sobre o mesmo com os Enfermeiros Orientadores e partilhei o que existe no SU onde trabalho. Penso que o protocolo de encaminhamento é benéfico no fluxo dos doentes no SUMC. Segundo a norma nº 002/2018 da DGS referente aos Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata a mesma refere que “o encaminhamento interno das situações clínicas, mais frequentes para áreas de especialidade, deverá ser definido em cada hospital, de forma a facilitar o acesso, em tempo útil, à observação médica adequada, com redução dos tempos de espera e de permanência no serviço de urgência” (DGS,2018, p.15). Tal como o “Protocolo de Monotrauma”, baseado na norma nº002/2018 em o enfermeiro da triagem de prioridades solicita o pedido prévio de

“radiografia simples do aparelho esquelético, nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional de acordo com algoritmo clínico que deve contemplar as incidências a considerar na realização da radiografia simples, previamente acordadas com a especialidade de ortopedia do respetivo hospital até serem emitidas normas específicas pela DGS e OM” (DGS, 2018, p.2).

Foi sempre meu objetivo nos EC, a realização e implementação de projetos de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, visto que a implementação e identificação de oportunidades de programas de melhoria contínua está prevista no documento que regulamenta as competências gerais do Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

No SUMC tomámos conhecimento que na área da UCIP havia com frequência doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva. Neste sentido, eu e os colegas em EC, decidimos elaborar um procedimento para monitorizar a pressão do *cuff* do tubo endotraqueal (APÊNDICE I). A elaboração deste documento permitiu colmatar uma necessidade do serviço tanto a nível da melhoria contínua da qualidade como a nível da prevenção e controlo das infeções e das resistências aos antimicrobianos, visto que a mesma se insere nas intervenções consideradas no “Feixe de Intervenções de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação” da DGS (2017). No SMI eu e a colega do EC elaboramos um procedimento sobre a Fase Pré-Analítica das Hemoculturas (APÊNDICE II), com o intuito de diminuir a contaminação das mesmas e a taxa das infeções nosocomial da corrente sanguínea. Ambos os projetos foram de encontro ao Objetivo nº 9 do PNSD 2015-2020 emanado pelo Despacho n.º 1400-A/2015, inserindo-se assim na gestão da qualidade.

Relativamente à promoção de um ambiente terapêutico e seguro a OE em 2019, defende que o Enfermeiro Especialista “considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (OE, 2019, p. 4747). No SU tive oportunidade de refletir junto dos Enfermeiros Orientadores sobre a inexistência de uma lista de verificação pré-operatória aquando da transferência dos utentes para o bloco operatório. Conforme a norma n.º 02/2013 da DGS refere:

“a utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica, sendo simples e aplicável em qualquer contexto, não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita

mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos” (DGS, 2013, p.3).

Falei da minha realidade no SUMC onde exerço funções, tendo em conta que o aumento de segurança cirúrgica é também um objetivo estratégico do PNSD 2015-2020.

Quanto à medicação, o SUMC dispõe de um sistema que tenta minimizar o erro terapêutico, através de um sistema de fornecimento de medicação automatizado - *Pyxis*<sup>®</sup>. Toda a medicação, à exceção da SE, encontra-se num armário fechado, disponível através do registo biométrico (impressão digital), nome do utente, médico prescriptor, dosagem e via de administração do medicamento, apenas após se selecionarem estes campos é aberta a gaveta e respetivo compartimento.

No SMI existe um cuidado extremo na preparação e administração da medicação, preconiza-se o sistema de unidose e toda a medicação é devidamente identificada com etiquetas impressas a partir do processo do doente. No que concerne ao contexto extra-hospitalar a medicação encontra-se em armazenada em mochilas e no frigorífico das viaturas. Na ambulância SIV toda a medicação administrada é validada com o médico regulador, exceto no protocolo de Paragem Cardiorrespiratória.

Um dos objetivos estratégicos no âmbito da segurança dos utentes é também a prevenção da ocorrência de quedas e de úlceras por pressão, estas são medidas importantes integrada no PNSD 2015-2020. A nível dos contextos onde realizei os EC, apenas no SMI estão protocoladas a escala de *Morse* para avaliação de risco de queda e a escala de *Braden* para proceder à avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Sendo este o único contexto de internamento e os mesmos são indicadores de qualidade da instituição onde este se insere. Tantas as úlceras por pressão, como as quedas provocam sofrimento na pessoa, aumentam a prevalência de infeções, minimizando a sua qualidade de vida e a dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, conduzir à morte (Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro). Além das consequências negativas para PSC e sua família, a ocorrência de úlceras por pressão e quedas conduzem a internamentos mais prolongados e a readmissões hospitalares, traduzindo-se num aumento dos custos para os serviços de saúde (DGS, 2011). As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem ter implementados sistemas e

estruturas de governação para a prevenção e a gestão de úlceras por pressão e das quedas. Devem ainda, realizar de forma sistemática, a avaliação do risco, a prevenção e o tratamento das úlceras por pressão, de acordo com a realidade institucional, realizar auditorias internas para assegurar a melhoria contínua destas práticas e implementar planos de comunicação/educação ao doente e ao cuidador (Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

O SMI, a ambulância SIV e VMER são creditados pela Sistemas de Gestão da Qualidade, conforme a norma *Internacional Organization for Standardization* 9001:2015. Os certificados de conformidade são válidos por três anos, com uma auditoria de acompanhamento intermedias, nos serviços em questão existem auditorias anuais a fim de assegurar a conformidade com as normas.

O INEM tem como objetivo implementar metodologias e ferramentas da melhoria contínua das suas atividades, sendo que a qualidade é considerada uma responsabilidade de todos os elementos que o representam. Existe um gabinete de qualidade e uma comissão de qualidade responsáveis pela conceção e planeamento da política da qualidade (Ministério da Saúde, 2017). Na ambulância SIV, as situações de Paragem Cardiorrespiratória são alvo de auditoria, os dados são enviados pelo registo na plataforma do Registo Nacional de Paragem Cardiorrespiratória Pré-Hospitalar e pelo resumo de dados enviado via-email. O resultado das mesmas traduz-se em hipóteses de melhoria contínua.

Torna-se importante e de extrema pertinência padronizar a prática dos cuidados baseados na evidência, recorrendo a protocolos e *guidelines* ou outras formas de uniformização de procedimentos, o que permite reduzir as variações das práticas, melhorar a eficácia dos cuidados e reduzir a possibilidade de erro (Faria *et al.*, 2019). O enfermeiro da ambulância SIV cumpre as suas intervenções segundo protocolos instituídos pelo INEM, que assentam na uniformização dos cuidados, promovendo a padronização dos procedimentos e, consequentemente, a diminuição do risco de ocorrência de erro, mas as suas intervenções vão muito além dos protocolos. Estas decisões implicam que detenha pensamento crítico e juízo clínico apurado sustentados na experiência e evidência científica, para além de um bom suporte emocional que garanta segurança na intervenção e confiança de quem cuida.

Também o SMI, por ser um serviço de excelência, tem inúmeros protocolos, normas, e instruções de trabalho que orientam a prática diária dos profissionais. Durante o EC pode ficar a conhecer alguns desses mesmos protocolos e aplicá-los. Estes são importantes no cuidado à PSC no SMI, pois contém dados prospetivos com informações baseadas na evidência e permitem não só uniformizar os cuidados e procedimentos, mas também melhorar os cuidados e resultados (Tavares, 2020).

Em suma o Enfermeiro Especialista tem um papel primordial na tanto na implementação de projetos de melhoria continua como no cumprimento dos padrões de qualidade emanados pela OE, como a satisfação dos seus enunciados descritivos. Enquanto futura Enfermeira Especialista, considero fundamental adotar uma atitude interventiva e constante, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

### **2.1.3 Domínio da gestão dos cuidados**

No domínio da gestão dos cuidados, é objetivo do Enfermeiro Especialista gerir os cuidados de enfermagem, otimizando os mesmos em função da segurança e qualidade no âmbito da sua área de atuação e em articulação com a restante equipa de saúde, liderar e gerir os recursos disponíveis consoante a realidade existente e suas necessidades, garantindo a qualidade dos cuidados prestados (OE,2019).

A gestão é considerada um domínio da área de competências do enfermeiro que se assume de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados uma vez que estes são avaliados, não apenas pelos ganhos em saúde, mas também pelos recursos utilizados na prestação dos mesmos (OE,2017). Conforme descrito no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade de gestão (...), para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, p. 2961). A OE (2017) indica ainda que estes devem procurar permanentemente a excelência no exercício profissional, assegurando e garantindo a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados.

A gestão de enfermagem tem duas dimensões: a administrativa e assistencial. A gestão de enfermagem administrativa promove ações que são dirigidas para a organização do trabalho e dos recursos humanos, cujo objetivo é possibilitar as condições adequadas para a oferta dos cuidados e para a atuação da equipa de enfermagem. Já a dimensão assistencial, tem como foco de intervenção do enfermeiro, as necessidades de cuidados de saúde com a finalidade de satisfazê-las. Desta forma a gestão de cuidados de enfermagem é essencial para alcançar metas como a qualidade, segurança e eficácia nos cuidados de saúde prestados (Mororó *et al.*, 2017).

O Enfermeiro Gestor, segundo a OE (2018), é aquele que detém um conhecimento concreto da disciplina de enfermagem no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área, é o responsável pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional e assume uma atitude ética e de responsabilidade social (Regulamento nº 76/2018 de 30 de janeiro).

Durante os EC, através do acompanhamento e observação dos enfermeiros gestores e dos enfermeiros coordenadores de turno, constatei que este é um trabalho stressante e desgastante. É necessário gerir recursos humanos e recursos materiais, garantir dotações seguras, enquanto têm de assegurar que os enfermeiros se mantêm envolvidos e motivados para o desempenho das suas funções bem como promover um ambiente laboral saudável.

No SUMC e no SMI tive oportunidade de acompanhar durante um turno os Enfermeiros Responsáveis dos serviços que detém funções de Enfermeiro Gestor. No SUMC acompanhei a Enfermeira Responsável na gestão do serviço para além das tarefas diárias acima supracitadas, tive oportunidade de repor soros e solutos, realizar pedidos de material extra acordo dos vários armazéns e equipamentos de proteção individual, que a mesma refere pedir à parte do restante material para um melhor controlo das necessidades do serviço.

O Enfermeiro Responsável do serviço delega funções no Enfermeiro Coordenador de turno. De acordo com a OE (2007), entende-se por delegação a deslocação, para um indivíduo competente, da autoridade para realizar determinada tarefa de Enfermagem, identificada numa situação concreta e sempre sob a supervisão, orientação, avaliação e acompanhamento pelo enfermeiro, do desempenho da tarefa delegada. No SUMC em cada turno existe um

Enfermeiro Coordenador, pelo qual passam decisões, alterações ou ocorrências verificadas em cada turno, sendo que no turno da manhã dos dias úteis é sempre a Enfermeira Responsável que detém estas funções. O mesmo elabora o plano de trabalho diário, anotado em documento próprio, efetua o pedido de dietas, reposição de botijas de oxigénio e providencia a reparação de material/dispositivos avariados. Aquando da necessidade de transferência de utentes inter-hospitalar, o enfermeiro detentor das funções de gestão contata telefonicamente os elementos da equipa para realização do mesmo. Esta é uma atividade, por vezes desgastante, requerendo capacidades de comunicação, escuta, assertividade, planeamento e tomada de decisão, que são esperadas do Enfermeiro Especialista.

No SMI acompanhei a Enfermeira Orientadora num turno em que assumiu a Função de Coordenação de Turno. Segundo o descrito no parecer da OE nº 15/ 2018 sobre as funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidade de Cuidados Intensos/SMI, está descrito que:

“dispondo os serviços em apreço de equipas de enfermagem com enfermeiros detentores do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deverão ser estes a exercer funções de chefia/coordenação e na elaboração das escalas de trabalho devem ser distribuídos equitativamente pelos vários turnos” (OE, 2018, p.3).

O Enfermeiro Coordenador de Turno no SMI no turno da manhã, em parceria com o Enfermeiro Gestor, efetua a coordenação funcional das equipas de enfermagem e assistentes operacionais, em função da organização do trabalho definido e colabora na gestão do serviço. Uma boa planificação das tarefas, inclui uma boa gestão de tempo despendido para a execução das mesmas, de acordo com a sua complexidade é essencial para a prestação de cuidados de qualidade.

No turno em que acompanhei o Enfermeiro Gestor, tive oportunidade de estar presente na reunião da equipa multidisciplinar onde são discutidos os casos clínicos dos utentes e é realizado o plano terapêutico diário de continuidade de cuidados, alta e/ou transferência intra ou inter-hospitalar. Após este momento esta informação é transmitida à restante equipa de

enfermagem. Colaborei na gestão de reposição de *stock's*, estupefacientes, na gestão do horário.

Tanto na ambulância de SIV e na VMER, existe um armazém avançado o qual é utilizado para repor o *stock* de material. Durante o EC tive oportunidade de colaborar na manutenção da operacionalização da ambulância de SIV, tendo sido uma mais-valia para conhecer o material existente assim como a sua localização, otimizando a prestação de cuidados em cada ativação.

A metodologia de organização do trabalho é um dos pontos essenciais na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem (Costa, 2004). O método de trabalho adotado no SUMC é o misto, segundo o descrito no documentado “Manual de Acolhimento para alunos de Enfermagem no SU” embora, segundo a equipa, seja utilizado predominantemente o método individual, também se utiliza o método funcional no desempenho de algumas tarefas. Da minha observação, constatei que o método individual é apenas adotado na área da UCIP. Nas restantes áreas é adotado o método funcional, este baseia-se na distribuição de tarefas padronizadas pelos enfermeiros, nas quais o alvo da ação não é o utente, mas sim a tarefa (Parreira *et al.*, 2021).

No SMI o método de trabalho adotado é o individual, que centra a sua atenção nas necessidades dos utentes. O método individual consiste em assumir a responsabilidade pelo atendimento do utente, de forma contínua, de todas as necessidades pelo enfermeiro designado durante o turno, providenciando autonomia e responsabilidade na gestão dos cuidados (Silva, 2017). Embora não esteja implementado o método do enfermeiro responsável, existe uma preocupação em atribuir os utentes diariamente aos mesmos enfermeiros. No método do enfermeiro responsável, é atribuída a cada enfermeiro a responsabilidade pelos cuidados totais ao utente durante as vinte e quatro horas, cabendo-lhe a avaliação do processo e dos resultados, pelo que é uma responsabilidade atribuída apenas ao enfermeiro dotado de competências para a tomada de decisão, existe uma preocupação em atribuir os utentes diariamente aos mesmos enfermeiros (Pinheiro, 1994). O método de trabalho instituído não impossibilita que sejam fomentados o trabalho em equipa e o espírito de *entreaajuda*.

Os modelos de organização do trabalho constituem uma ferramenta que permite atender adequadamente às necessidades de cuidado da pessoa sob a responsabilidade do enfermeiro

e deve ter em consideração a habilidade e disponibilidade das pessoas envolvidas, dos recursos físicos e dos materiais disponíveis, as condições da pessoa, bem como a natureza do trabalho a ser realizado (Marquis & Huston, 2015).

A gestão de recursos humanos abrange a dotação e cálculo das equipas, recrutamento, seleção, integração, formação e ainda a avaliação do desempenho. O cálculo das dotações seguras em enfermagem visa estabelecer quantitativa e qualitativamente o equilíbrio entre a equipa de enfermagem e as necessidades de cuidados. O cálculo das dotações seguras para os SU “atenta a utilização dos postos de trabalho como base de cálculo, é necessário ponderar os elementos resultantes do conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês, de cada SU” (OE, 2019, p. 144).

Já no que diz respeito aos SMI, a OE (2019) refere que o cálculo de dotações seguras deve ser realizado tendo em conta a tipologia da unidade. O rácio preconizado nos cuidados intensivos de enfermeiro/utente internado em nível III é 1/1 e dos utentes internados em nível II é 1/2. Para calcular a necessidade de recursos humanos na SMI é preenchido todas as noites o *Nursing Activities Score* que:

“contempla a prestação de cuidados diretos ao doente e família, como por exemplo procedimentos de higiene, mobilização e posicionamentos, apoio e cuidados aos familiares e doentes, inclui ainda a prestação de cuidados indiretos, ao nível das atividades administrativas e de gestão” (Macedo, 2017 p.28).

Esta não só ajuda na gestão adequada da carga de trabalho em enfermagem, como promove as boas práticas de segurança, que contribuem para redução de EA e redução do risco de acidentes de trabalho (Simões *et al.*, 2020).

No que diz respeito aos SU e SMI, a OE (2019) recomenda que 50% dos enfermeiros sejam especialistas em enfermagem à PSC, com formação em SAV, em permanência nas 24 horas. Tanto no SUMC como no SMI não é possível atingir esta taxa, visto que há data dos EC no SMI apenas três enfermeiros são EEPSC e no SUMC oito. O Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro, indica ainda que regra idêntica deve ser assegurada na constituição de cada turno, o que não também não é possível o reduzido número dos mesmos.

A OE (2019, p. 144) preconiza que nos SU:

“o posto de triagem de cada tipologia de urgência é assegurado por enfermeiro com formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades. No caso da triagem de prioridades nas urgências de adultos, recomenda-se que este posto seja assegurado, preferencialmente, por um Enfermeiro em Enfermagem Médico-cirúrgica na área Especialização PSC. Recomenda-se, em cumprimento do previsto no artigo 21.º, do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, que os enfermeiros que asseguram o posto de trabalho da SE e os que são designados como coordenadores funcionais de turno, sejam enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC”.

Estas recomendações não são de todo as encontradas nas 24h do SUMC.

No contexto extra-hospitalar, neste domínio o principal objetivo passava pela gestão dos cuidados e liderança, refletindo o papel do enfermeiro. Na ambulância de SIV pude compreender o papel do enfermeiro enquanto *team leader*. Sendo, na maioria das vezes, o elemento mais diferenciado, o seu papel passa por organizar a sua intervenção baseada num processo de tomada de decisão, coordenar e supervisionar as ações levadas a cabo pelo TEPH e os demais intervenientes do SIEM e transmitir a informação ao médico regulador. Considero de extrema importância a transmissão de dados e informação acerca da PSC ao médico regulador, o enfermeiro no extra-hospitalar deve conseguir espelhar a imagem da PSC e do contexto para validação dos protocolos, intervenções interdependentes e continuidade dos cuidados. Já na VMER, uma vez que é tripulada por um enfermeiro e um médico, a transmissão de dados pode ser realizada posteriormente, uma vez que o médico é soberano na tomada de decisão. Esta não necessita de ser validada, sendo mais frequente o médico assumir o papel de *team leader*. Para Deodato (2008), os enfermeiros enfrentam um processo de tomada de decisão, baseado no pensamento crítico, alicerçado em premissas éticas, científicas, técnicas, deontológicas e jurídicas. Referindo ainda que a tomada de decisão é um processo que se inicia com uma adequada recolha de dados permitindo o conhecimento da situação em si, investigando em todas as fontes disponíveis.

Os enfermeiros, no extra-hospitalar, têm de possuir a capacidade de avaliar e atuar de forma eficaz e eficiente, sendo capaz de tomar decisões fundamentadas, as quais por vezes são difíceis, requerendo experiência, usando conhecimento técnico e científico, nunca

esquecendo a individualização dos cuidados e identificando precocemente focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipatória, e minimizando complicações. Têm de desenvolver capacidades de avaliação, recolha de informação e gestão dos cuidados e das equipas envolvidas, as quais na maioria das vezes têm de ser executadas simultaneamente e de forma célere. Considero esta uma das competências fundamentais no extra-hospitalar, sendo o enfermeiro o *team leader*, esta foi também onde senti maior dificuldade, enquanto futura Enfermeira Especialista. Durante o EC tive oportunidade de acompanhar e colaborar, conjuntamente com o Enfermeiro orientador, na gestão de cuidados, a qual difere do meio hospitalar, com a qual vivo diariamente, adquirindo e desenvolvendo as minhas competências neste domínio.

Em suma, considero que os EC foram muito enriquecedores no domínio da gestão dos cuidados, dos recursos e da liderança das equipas. Ressalvo a aquisição de competência no contexto extra-hospitalar em que o enfermeiro tem um papel fulcral na gestão dos cuidados e na liderança das equipas no terreno. Considero que houve um crescimento enquanto enfermeira e futura Enfermeira Especialista neste sentido, tendo sido promovidos momentos de reflexão e discussão estes aspetos com enfermeiros orientadores, que estão relacionados diretamente com a minha prática diária.

#### **2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Segundo a OE (2007, p.14) “o Enfermeiro Especialista é aquele que aplica níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão, e assume o papel de prestador de cuidados diferenciado”. Como futura Enfermeira Especialista creio que o pensamento crítico é o pilar que se exige na tomada de decisão. Na excelência do exercício a OE (2015), refere que é exigido na prática diária um conhecimento baseado na melhor evidência disponível. Há que adquirir e/ou aperfeiçoar a habilidade na tomada de decisão.

“O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (OE, 2019, p.4749).

“A enfermagem é uma ciência em constante evolução, em que as necessidades de cuidados e a prestação dos mesmos são cada vez mais complexos, sendo-lhe exigida excelência na sua prática, com prestação de cuidados baseados na evidência, o que se traduz numa tomada de decisão fundamentada” (Sousa *et al.*, 2019, p.152).

Os cuidados à PSC foram o ponto fulcral da motivação no ingresso neste mestrado e na aquisição e desenvolvimento de competências. Tanto os momentos teóricos em sala de aula, até aos momentos da prática nos EC, foram um constante desafio, a nível pessoal e a nível profissional. Para ultrapassar este desafio foi necessário desenvolver um processo de autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeira. Conforme refere Bermejo, “o autoconhecimento é fundamental (...) tanto para a vida pessoal como para a vida profissional, sensibiliza-nos para as nossas motivações, modos de reagir, os valores que habitam em nós, as nossas necessidades, os nossos paradoxos e dissimulações...” (Bermejo, 2005, p.37).

No SU dei ênfase ao desenvolvimento das competências relacionais, que são essenciais neste contexto, uma vez que o enfermeiro é frequentemente submetido a situações de pressão e *stress* relacionadas com doença súbita e morte, com questões éticas complexas e confronto com reações emocionais extremas com as quais nem sempre está preparado para lidar. Considero que estes conceitos apresentam uma extrema pertinência, na medida em que influenciam o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O EC I foi enriquecedor ao nível das aprendizagens pessoais. Conhecer um serviço que é idêntico ao meu, mas que ao mesmo tempo é tão diferente, fez-me refletir em diversas vertentes, como Enfermeira que sou, como futura Enfermeira Especialista e como Enfermeira supervisada. O EC é um local privilegiado para a prática reflexiva. Segundo Soares (2004), o desenvolvimento profissional sofre a influência de vários fatores que ultrapassam a preparação formal e académica tida como modelo para a profissão de enfermagem.

Devido à complexidade dos cuidados e à carga tecnológica diferenciada e especializada no SMI, a enfermeira orientadora teve um papel preponderante ao nível das aprendizagens. Procurei aprofundar os conhecimentos através da pesquisa bibliográfica. A temática escolhida para abordar no trabalho Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), foi a extubação orotraqueal programada. Esta foi uma situação vivenciada no EC, onde senti

necessidade de aprofundar o meu conhecimento e mobilizei as teóricas de enfermagem supracitadas.

Outra aprendizagem que considerei relevante, foi a colheita de sangue para a realização de gasometria, a partir da linha arterial, a interpretação dos valores e respetiva relação com a ventilação, pois não faz parte da minha prática diária, o que exigiu de mim pesquisa e estudo acerca desta temática. No SMI existiram vários momentos de reflexão e partilha de experiências com a enfermeira orientadora que foram essenciais para o desenvolvimento da minha aprendizagem.

No que concerne ao contexto extra-hospitalar, o enfermeiro orientador teve um papel preponderante ao nível das aprendizagens de domínio técnico, prático e de gestão. Considero que este EC foi um verdadeiro desafio para mim, pelo completo desconhecido por ser num ambiente extra-hospitalar, também por mim desconhecido. Destaco o papel fundamental do enfermeiro no contexto extra-hospitalar, sendo na maioria das ocorrências a pessoa mais diferenciada no local tomando a posição de *team leader*, enfatizando o processo de tomada de decisão. A tomada de decisão é definida como uma componente fundamental na prática de enfermagem, a etapa final do raciocínio clínico na resolução de problemas, onde é necessário realizar uma gestão adequada das dificuldades, com base num adequado julgamento clínico (Banning, 2008). Também Perrin e MacLeod (2018) afirmam que o enfermeiro que cuida da PSC deve desenvolver um raciocínio clínico que inclua a tomada de decisão clínica, pensamento crítico e uma compreensão global da situação, aliada às habilidades de enfermagem adquiridas através de um processo de integração do conhecimento formal e experiência.

Refere que um profissional competente é capaz de agir com pertinência numa situação particularmente complexa e de saber igualmente fundamentar a sua ação (Sapeta, 2013). Deste modo, torna-se fulcral a construção e renovação de saberes, quer sejam teóricos, práticos, ou pessoais, o que se torna uma mais-valia para o enfermeiro no extra-hospitalar.

“O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE,2019, p.4749).

Neste campo é de ressaltar que ao longo dos três EC foram elaborados trabalhos, que foram cruciais para o desenvolvimento das aprendizagens. Em cada um foi realizada uma análise de situações de cuidados específica que de alguma forma tenha suscitado reflexão sobre um caso clínico, permitindo a elaboração de focos, diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem em linguagem CIPE, com a finalidade de planear, aplicar e avaliar os cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos. No EC I e II foram também elaborados projetos de melhoria contínua que foram de encontro às necessidades dos contextos onde decorreram os mesmos.

No que concerne ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, no decorrer do EC em meio extra-hospitalar, surgiu um aspeto de extrema importância e que foi alvo de reflexão, que se prende no apoio e transmissão da informação à pessoa e à sua família no contexto extra-hospitalar. Esta temática foi aprofundada, com a realização de uma reflexão que se encontra em apêndice (APÊNDICE III) e posteriormente uma formação em serviço (APÊNDICE IV). Durante o EC tive oportunidade de acompanhar a PSC e a sua família no seu processo de transição onde foi aprofundada a aprendizagem profissional, gerindo as situações com os contextos onde estavam inseridos, tal como a informação que é fornecida e a importância da mesma para este processo.

Durante o EC na ambulância de SIV, houve oportunidade da realização de educação para saúde, relembro, numa situação de hipoglicemia, onde foi abordada a área da alimentação e esquema terapêutico. São situações como estas, que permitem demonstrar a importância da função do enfermeiro no contexto extra-hospitalar para a promoção do bem-estar através da educação para a saúde aos doentes e família. Este domínio foi desenvolvido ao longo do EC, com a reflexão não só das aprendizagens adquiridas, mas também com a consciencialização das minhas lacunas e limitações enquanto pessoa e enfermeira, ou seja, a consciencialização de todo o meu desenvolvimento.

Para a OE (2015, p. 14) "o aperfeiçoamento profissional, mais do que uma mera atualização de conhecimentos, com que se cumpre o dever de zelo, é o caminho da construção de competências". Refletir sobre os cuidados prestados à PSC nos diferentes contextos dos EC proporcionou-me crescimento pessoal e profissional, dando-me a possibilidade de adquirir e desenvolver esta competência. Através de pesquisa bibliográfica e dos conhecimentos

provenientes da minha experiência profissional e dos orientadores, adquiri e aprofundei conhecimentos na área da PSC, o que me facilitou na intervenção eficaz nos cuidados de enfermagem e na gestão dos mesmos. Perante a particularidades dos contextos onde os EC decorreram, exigiram uma prestação de cuidados tão complexos e específicos, tive oportunidade de adquirir e aplicar conhecimentos, desenvolver a capacidade de reflexão e raciocínio crítico perante as situações vivenciadas, bem como, partilhar experiências com todos os enfermeiros orientadores e restantes elementos da equipa de enfermagem, traduzindo-se isso em ganhos para todos.

A aprendizagem deve ser feita numa forma espontânea de acordo com os interesses e necessidades, tornando-se mais gratificante do que aquela que é imposta (Almeida, 2013).

Em suma, adquirir e sedimentar conhecimentos, identificar lacunas, refletir e partilhar experiências com os enfermeiros orientadores, contribuiu para a aquisição de competências especializadas nos cuidados à PSC nos diferentes contextos dos EC. Baseado nos conhecimentos adquiridos e na minha experiência profissional, este domínio nunca está concluído, pois a competência adquire-se com base nas aprendizagens profissionais que é um percurso contínuo e diversificado diariamente.

## 2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA ENFERMAGEM À PESSOA SITUAÇÃO CRÍTICA

As Competências específicas do Enfermeiro Especialista são:

“as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019, p.4745).

De seguida realiza-se uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas para a obtenção dos objetivos e a consolidação da aquisição das respetivas competências com base no Regulamento n.º 429 /2018.

### **2.2.1 Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica**

O enfermeiro possui competências científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidades (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Artigo 4.º, n.º 2). Pelas competências adquiridas, o EEEPSC é uma peça fundamental na resposta às necessidades específicas da pessoa em situação crítica, para uma prestação de cuidados seguros e qualificados.

“Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o EEEPSC mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2018, p.19363).

Para a OE:

“os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, p.19362).

Tornando-se desta forma a aquisição e desenvolvimento desta competência primordial.

A SE deve ser uma sala preparada para admitir utentes triados de emergentes, ou qualquer pessoa com descompensação das funções vitais em risco de vida (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019). No SU por ausência de espaço apropriado, a SE é utilizada muitas vezes para a realização de procedimentos invasivos. Destaco a prestação de cuidados à pessoa submetida a colocação de dreno torácico, onde dei ênfase ao estabelecimento de uma relação terapêutica com o utente, que permitiu que compreendesse o que estava a acontecer e a transmitir-lhe alguma tranquilidade.

A minha prestação de cuidados à PSC no SU não se concentrou apenas no espaço da SE, mas também nas restantes áreas do serviço. Os utentes com prioridade “Urgente” e “Muito Urgente” são acolhidos na “Sala de Tratamentos”, este espaço permite a vigilância contínua dos utentes pelos enfermeiros, de modo a prevenir e detetar o mais precocemente possível

uma deterioração do seu estado. Num turno, apercebi-me que uma utente tinha sofrido alteração do seu estado de consciência e que de imediato foi transferida para a sala SE. O EEPSC presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (OE,2018). No contexto extra-hospitalar esta antecipação é assegurada através da utilização da *National Early Warning Score*, que permite a estratificação da gravidade clínica das vítimas na abordagem inicial e durante o transporte. Diversos autores referem que as alterações fisiológicas que traduzem deterioração orgânica permitem detetar antecipadamente as pessoas em situação crítica, pelo que as escalas de alerta precoce são um instrumento valioso.

No SMI compreendi que tudo era antecipado e preparado para a receção do utente, segundo o protocolo existente, em que todos os profissionais sabiam o que tinham de fazer. Tive oportunidade de preparar a unidade para o utente, com a realização de todas as intervenções protocoladas, a sua estabilização inicial e registos. O Enfermeiro Especialista é parte integrante na realização destes procedimentos e da sua aplicação.

A monitorização hemodinâmica é utilizada para diagnóstico, terapêutica e até mesmo para fazer prognóstico de situações, de acordo com os dados obtidos. Nos SMI geralmente o utente está submetido a monitorização contínua invasiva, cuja finalidade não é apenas reconhecer e avaliar o estado hemodinâmico, mas também intervir habilmente e em tempo útil com terapia adequada, prevenindo maiores complicações (Machado, 2012).

Na prestação de cuidados verifiquei a existência de uma uniformização na sua execução por parte dos enfermeiros através do recurso a protocolos e instruções de trabalho. De entre as técnicas mais específicas que desenvolvi, destaco, a vigilância hemodinâmica contínua da PSC, nomeadamente monitorização invasiva. Tive oportunidade de adquirir competências na área das técnicas de substituição renal, nomeadamente técnicas dialíticas contínuas.

Desenvolvi competências na prestação de cuidados à PSC com necessidade de ventilação mecânica não invasiva e de ventilação mecânica invasiva, nomeadamente ajuste de modos ventilatórios de acordo com evolução clínica do utente e a realização e avaliação frequente de gasometria arterial e venosa. A prestação de cuidados à pessoa com entubação orotraqueal requer cuidados de enfermagem criteriosos, tais como: aspiração de secreções a nível traqueal, a monitorização da pressão do balão (*cuff*) do tubo, os posicionamentos e a elevação

da cabeceira. Estas ações previnem as complicações como pneumonia por aspiração ou associada à ventilação, úlceras de pressão, extubação acidental, barotrauma e pneumotórax (Smeltzer & Bare, 2009).

Destaco a extubação programada de um utente em que identifiquei a necessidade de planear estratégias de comunicação para que momento fosse vivenciado com tranquilidade e com a sua colaboração, adquirindo competências a nível da comunicação com doente ventilado e não sedado. Este caso foi momento de reflexão, o qual foi tema do trabalho realizado em linguagem CIPE elaborado durante este EC. Como parte da essência da enfermagem e do ser enfermeira, desenvolvi competências ao nível da relação terapêutica com os utentes, que se caracteriza pela relação estabelecida com o utente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização pessoal (OE, 2017).

Nos cuidados à PSC com pneumonia por COVID-19, realço o posicionamento destes em decúbito ventral. Nesta técnica, foquei os meus cuidados não apenas na técnica em si, mas na prevenção de complicações, nomeadamente, a exteriorização/ deslocação de dispositivos, vômito, aspiração de conteúdo gástrico, perda de acessos venosos, extubação acidental, deslocamento do tubo orotraqueal, lesão do plexo braquial, úlceras por pressão e edema facial (Ibarra, Rivera, Fernandez-Ibarburu, Lorca-García & Garcia-Ruano 2020). O Enfermeiro Especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Identifica, tão rápido quanto possível, os problemas potenciais da PSC, relativamente aos quais tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas e minimizar os efeitos indesejáveis (OE, 2017).

No contexto extra-hospitalar tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem em conjunto com diversos meios do SIEM à PSC, com diversas situações clínicas, nomeadamente em situações de Paragem Cardiorrespiratória, vítimas de acidente de viação, dor torácica, dispneia, alteração do estado de consciência, tendo sempre por base os protocolos que regem a atuação dos enfermeiros na ambulância de SIV.

A prestação de cuidados de enfermagem neste contexto deve ser realizada de forma fundamentada através de uma avaliação rápida e precisa, tendo por base essencialmente as evidências fisiológicas e as queixas do doente. Realizei a avaliação da PSC de acordo com a

abordagem ABCDE, uma vez que a utilização deste método permite priorizar e identificar problemas que coloquem em causa a vida (INEM, 2019).

Por considerar a família uma parte integrante nos cuidados prestados, inclui sempre na minha avaliação ABCDE, o F – Família, de modo a envolvê-la e empoderá-la nos mesmos. O que vai de encontro ao referido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros que define a enfermagem como “a profissão da área da saúde que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano sã ou doente ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado (...)” (n.º 1 do Artigo 4., do Decreto-Lei nº 161/96, p. 2960).

Sendo enfermeira num SU, a prestação de cuidados à PSC não se constituiu uma dificuldade, deste modo, foquei o desenvolvimento das minhas competências na assistência à família e comunicação nos diferentes contextos do EC. Conforme Benner *et al.* (2011) referem, a família deve ser vista como uma “extensão do doente” sendo que, na maioria das situações críticas, é a família que vivencia de forma muito intensa e emocional todas as horas e alterações subtis no estado clínico do seu familiar.

O EEEPSC assiste a pessoa e a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica, dimensão a que atendi ao longo EC, quer na vertente da PSC, quer na vertente da família (OE, 2017). Perante uma situação crítica, o Enfermeiro Especialista gere o impacto emocional imediato decorrente da mesma vivenciada pela pessoa/família (OE, 2017). Todo este turbilhão de emoções pode comprometer o quadro clínico, deteriorando o prognóstico da pessoa, pelo que cabe ao Enfermeiro Especialista ser capaz de gerir a ansiedade e medo destes utentes e da sua família e prepará-los para a transição que estão a vivenciar.

A família, constitui-se como um fator muito importante para a colaboração da PSC no seu processo de recuperação, devendo ser englobada em todos os momentos do mesmo. O Enfermeiro destaca-se como um elemento fundamental na comunicação com a família, possuindo capacidades para adequar a informação ao estado geral do doente e a transmitir esta mesma informação recorrendo a uma linguagem simples, clara e objetiva, evitando o uso de termos científicos e validando se a informação foi compreendida (Silva, 2012).

No SU o contacto com a PSC e a sua família, surge habitualmente durante os períodos transicionais de instabilidade provocados por mudanças de desenvolvimento, de situação ou de doença em que tais mudanças, podem causar modificações profundas na vida pessoal de cada um, bem como, nas pessoas que os rodeiam, tendo complicações no bem-estar e na saúde (Meleis, 2010).

No que concerne à família no SMI, esta constitui-se como um fator muito importante para a colaboração do utente no seu processo de recuperação, devendo ser englobada em todos os momentos. O Enfermeiro destaca-se como um elemento fundamental na comunicação com a família, possuindo capacidades para adequar a informação ao estado geral do doente e a transmitir esta mesma informação recorrendo a uma linguagem simples, clara e objetiva, evitando o uso de termos científicos e validando se a informação foi compreendida (Silva, 2012). Meleis (2012), realça a importância da comunicação com o utente e família devendo ter sempre como foco o envolvimento deste nos cuidados, identificando eventuais necessidades de modo a manter um plano de cuidados de enfermagem o mais atualizado e individualizado possível dirigido à PSC e sua família de forma a atingir os padrões de resposta definidos pela sua teoria.

O EEPSC “assiste demonstra conhecimentos e habilidades facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto” (OE, 2017, p. 19363). Durante o EC no contexto extra-hospitalar, fomos ativados para uma vítima do sexo masculino de 67 anos com alteração do estado de consciência. À chegada ao local, encontrava-se em Paragem Cardiorrespiratória, estando presente a sua esposa que se encontrava grávida e que esteve sempre presente enquanto fazíamos manobras de reanimação cardiopulmonar. Após transmissão de informação ao médico regulador e decisão de transporte para o hospital, informamos a esposa da gravidade situação e da necessidade de se dirigir ao hospital, no sentido de obter informações. A mesma respondeu que estava muito cansada e precisava de dormir.

Esta foi uma situação difícil de gerir, em que a comunicação não foi eficaz por aparente estado de negação do familiar. Segundo Cerqueira (2004) um acontecimento súbito e inesperado, normalmente desencadeia um luto intenso, muito doloroso e prolongado. A notícia surge sem que exista uma preparação prévia, sendo o choque e a negação mais morosa, sobressaindo o sentimento de incredulidade. Perante a dificuldade em passar a informação,

independentemente das estratégias de comunicação de más notícias utilizadas, pedimos a intervenção do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Catástrofe. Penso que em situações como a descrita, o Enfermeiro do extra-hospitalar deve estar munido de estratégias para ser bem-sucedido no apoio à família bem como ter a capacidade de pedir apoio especializado em situações mais delicadas, de modo a auxiliar positivamente a família neste processo de transição.

A comunicação de informação à família de uma PSC pode tornar-se difícil e complexa para o enfermeiro, pois este sabe que vai enfrentar as reações físicas e emocionais da mesma ao transmitir más notícias. O enfermeiro, ao fazê-lo, para além de ter de gerir esta situação, depara-se com os seus próprios medos e receios face à doença e à morte, sentindo a “sensação de espelho”, isto é, imagina-se a si próprio naquela situação (Fonseca, 2012). A comunicação terapêutica é um tipo de comunicação utilizada por profissionais de saúde para apoiar, informar, educar e capacitar as pessoas no processo de transição de saúde doença, e/ou na adaptação a dificuldades (Sequeira, 2014). Esta é orientada para um objetivo específico, tendo um propósito dirigido para a situação da pessoa e, requerendo determinadas competências do profissional.

A comunicação desempenha assim um papel fulcral no desenvolvimento da atividade profissional dos enfermeiros, sendo que a grande maioria das intervenções assentam na comunicação com o utente, alvo dos cuidados e com a sua família. O enfermeiro deve garantir o sucesso da comunicação que utiliza no âmbito da prestação de cuidados, uma vez que níveis de comunicação eficazes conduzem a resultados mais positivos (Gomes, Amendoeira & Martins, 2012).

O controlo e avaliação da dor é uma preocupação constante nos doentes internado nos cuidados intensivos. Neste serviço são várias as intervenções invasivas e dolorosas, pelo que há um cuidado em avaliar a presença de dor ou de a antever, mantendo medicação analgésica disponível (Batalha, Figueiredo, Marques & Bizarro, 2013), a maioria das vezes em modo contínuo. A avaliação da dor é realizada a cada duas horas ou sempre que necessário. Nas pessoas capazes de avaliar a sua dor, usa-se a Escala Numérica, em pessoas não capazes de especificar/avaliar a dor é usada a Escala Visual Analógica. A avaliação da dor e o alívio do desconforto através de métodos farmacológicos e não farmacológicos são uma mais-valia

neste sentido e onde considero ter desenvolvido competências. Kolcaba (2009), refere que o conforto é muito mais do que a ausência de dor ou de outros desconfortos físicos. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência.

Kolcaba (2003), define como intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades de conforto específicas das pessoas, são realizadas pelos Enfermeiros, diariamente, sem lhes darmos, a visibilidade merecida e sem darmos nome a essas intervenções que realizamos. Assumindo esta perspetiva, tentei proporcionar conforto em vários momentos, através do uso de técnicas não farmacológicas para o controlo da dor, massagens de conforto, recurso a música ambiente calma, regulação da luminosidade de acordo com as fases do dia e até mesmo dos momentos de visita da família.

No que diz respeito aos utentes sedados a escala de avaliação utilizada é a de *Richmond Agitation-Sedation Scale*, calculada uma vez por turno. Esta escala avalia o nível de consciência através da qualidade e profundidade da sedação, indicando um score de +4 quando agressivo ou de -5 quando não despertável.

### **2.2.2 Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação**

“Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o EEEPSC atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018, p. 19363).

Segundo a OE (2011), a emergência multivítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de urgência e a prestação dos cuidados de saúde. Situações destas exigem um conjunto de procedimentos com o propósito de salvar o maior número de vidas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo uso dos recursos disponíveis.

A Lei de bases da Proteção Civil - Lei nº 80/2015, segunda alteração à Lei nº 27/2006, define os conceitos de acidente grave e de catástrofe. Acidente grave é um acontecimento inusitado

com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente. A catástrofe, tem outra dimensão, é descrita como o acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.

As catástrofes podem ser classificadas em três grupos: catástrofes naturais, catástrofes tecnológicas e catástrofes sociais. Independentemente da definição de catástrofe utilizada, é consensual que em todas elas a destruição generalizada do ambiente, da economia, das infraestruturas sociais e de cuidados de saúde, bem como a perda de vidas, sobrecarrega a capacidade dos indivíduos e da comunidade para dar resposta, através dos seus próprios recursos (*International Council Of Nurses, 2009*).

A DGS elaborou a Orientação nº 007/2010, que recomenda a elaboração de um plano de emergência médico a todas as unidades de saúde, que defina regras ou normas gerais numa situação de crise. O Plano de Emergência das Unidades de Saúde é um plano de emergência adaptado a cada Unidade de Saúde, destinado a fazer face a um acontecimento com consequências sanitárias graves (crise), e em que estão ultrapassadas as capacidades imediatas de resposta (DGS, 2010).

O plano de emergência permite organizar, orientar, facilitar e uniformizar as ações necessárias a uma resposta adequada perante uma situação de exceção e catástrofe (Divisão de Planeamento de Proteção Civil, 2018). Pode também ser definido como um conjunto de regras, normas e procedimentos, com o objetivo de minimizar os efeitos dos desastres, de forma a gerir adequadamente os recursos humanos e materiais (Araújo, 2012).

O EEEPSC deve difundir o plano de emergência e catástrofe pela equipa, garantindo que o treino/exercício é realizado periodicamente (OE, 2018). Para que o Plano de Emergência das Unidades de Saúde seja cumprido de uma forma eficiente é necessário que cada profissional conheça a sua missão, o seu papel e a sua ação, de modo a desempenhar as suas funções de forma coordenada. Para serem eficazes, é necessário que os planos de preparação de catástrofes nas instituições sejam baseados em simulacros, o que aumenta significativamente o conhecimento, as habilidades e a comunicação durante as situações de alto risco que podem vir a ocorrer nestes serviços (Jung, Carman, Aga & Burnett, 2016).

Os simulacros devem ser cenários o mais realistas possível de prováveis desastres, que permitem o teste, treino e aperfeiçoamento das ações planeadas (Silva, Santos & Anderson, 2009). A realização de simulacros constitui um elemento essencial do processo de aprendizagem. Permite testar o plano de emergência de uma instituição, identificar as dificuldades e elaborar ações corretivas, com vista à criação de rotinas e comportamentos de atuação internos, conjuntamente com as autoridades externas (Moreira, 2014).

Durante os EC não foram experienciadas situações de catástrofe ou emergência multivítima, contudo, tal como objetivado em todos os EC, pretendia-se o conhecimento dos planos de emergência ou catástrofe.

No SU consultei o plano de emergência externo e tomei conhecimento da existência de vinte *Kit's* de Catástrofe que se encontram no posto de triagem. Estes são constituídos por um impresso de catástrofe numerado, quatro pulseiras com as respetivas cores de acordo com os algoritmos de avaliação primária e secundária da Triagem de Manchester, requisições de análises de sangue, ecografia e Raio-X numeradas, envelope e impresso de espólio numerado e oito etiquetas numeradas. Em reflexão com os Enfermeiros Orientadores apercebi-me que nenhum vivenciou até à data episódios prévios de ativação do plano de catástrofe. Pude partilhar a minha experiência durante a ativação do plano de catástrofe externo da unidade de saúde onde exerço funções, na sequência de um acidente de viação.

Exercendo funções na mesma unidade de saúde onde decorreu o EC no SMI, o conhecimento do plano de emergência externo foi facilitado, tal como o trabalho desenvolvido no mestrado na unidade curricular enfermagem situações de exceção e catástrofe onde foi realizada uma análise *Strengths, Weakness, Opportunities and Threats* (SWOT) sobre o mesmo. No Plano de Emergência Externo da instituição, o SMI tem lugar na receção de vítimas provenientes da zona vermelha. Quanto ao Plano de Emergência Interno, este estabelece os procedimentos a ter e os recursos a utilizar em caso de incêndio, explosão, fuga de gases, inundação, sismo, atentado e ameaça de bomba.

Uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis (INEM, 2012).

Sendo o contexto do EC opção o extra-hospitalar, no que toca à possibilidade de ocorrência de uma situação de exceção e/ou catástrofe, ambos os meios se encontram preparados para tal, existindo um *kit* de triagem multivítimas no interior das viaturas. Esta triagem é efetuada com o intuito de racionalizar os recursos médicos limitados, sempre que o número de vítimas excede os recursos disponíveis para as socorrer (INEM, 2012). A realização da triagem nestes contextos é dividida em dois momentos distintos, a triagem primária e a triagem secundária, que categorizam as vítimas em quatro graus de prioridade, sendo eles “vítima emergente”, “vítima grave”, “vítima não grave” e “morto”. A triagem primária, é baseada no *método simple triage and rapid treatment*, e consiste na utilização de discriminadores simples, tais como, se a vítima anda, se respira, qual a frequência respiratória e qual a frequência cardíaca, sendo que existem fluxogramas que asseguram a divisão das vítimas de forma grosseira, assim como uma triagem de forma célere. A triagem secundária é baseada no *triage revised trauma score*, que consiste na avaliação de variáveis fisiológicas, nomeadamente a frequência respiratória, o estado de consciência e a pressão arterial sistólica (INEM, 2012).

Em cenários de catástrofes ou emergências com multivítimas, o papel do EEEPC não se limita à prestação de cuidados diretos à PSC. Este deve atuar nas diferentes fases da catástrofe, seja no controlo de infeção, na participação em planos de contingência, na triagem, na imunização em massa ou na evacuação em massa e no tratamento em massa (Baack & Alfred, 2013).

Enquanto futura EEEPC foi importante ter conhecimento dos planos de emergência dos diferentes campos de EC, para que, se tal situação acontecesse, fosse capaz de perceber qual o conjunto de ações a realizar ordenadamente, definindo atuações e responsabilidades do pessoal, agindo em conformidade com o estabelecido. Para além de que me permitiu a análise crítica destes documentos, passíveis de melhorar o desenvolvimento da minha competência na dinamização da “resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018, p. 19359).

**2.2.3 Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

No Regulamento n.º 429/2018 a competência do EEPSC está descrita como:

“Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (OE,2018, p.19364).

A *World Health Organization* definiu em 2011 que toda a infeção que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente nem em incubação à data de admissão é uma infeção associada aos cuidados de saúde (IACS). Também se incluem neste conceito as infeções adquiridas no hospital que são detetadas após a alta, assim como as infeções ocupacionais nos profissionais de saúde. “A IACS é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.” (DGS, 2007, p. 4). Estas constituem um dos EA mais frequentes na prestação de cuidados e um importante problema de saúde pública com impacto na morbilidade, mortalidade e qualidade de vida (Cassini *et al.*, 2016).

As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde. Aumentam a pressão geradora da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos pelo maior uso de antibióticos, inviabilizam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos (DGS, 2017). Estas infeções constituem um problema considerável para a segurança do utente e o seu impacto pode resultar em internamentos hospitalares prolongados, incapacidade a longo prazo, altos custos para os doentes e suas famílias, provocando um encargo financeiro adicional para o sistema de saúde (*World Health Organization*, 2011).

A prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos em Portugal é regulada através do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) emanado pelo Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro.

Para prevenir as IACS, os profissionais de saúde devem adotar as medidas necessárias na prevenção da infeção e fazer uma atualização continua dos conhecimentos, num contexto de melhoria continua (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) são a base das boas práticas clínicas de modo a alcançar a prevenção das IACS (DGS, 2012). As PBCI têm como objetivo a prevenção da transmissão cruzada com origem em fontes de infeção que estas sejam conhecidas ou não, para além disso têm também como finalidade a preservação da segurança quer dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os utilizadores dos serviços de saúde (DGS, 2013). Estas contemplam: a colocação de doentes, a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de Equipamento de Proteção Individual, a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental, o manuseamento seguro da roupa, a recolha segura de resíduos, as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013).

Nos SU nem sempre é possível obedecer às práticas padronizadas e sistematizadas, podendo ocorrer a não obediência das normas de assepsia nos procedimentos necessários para garantir as funções vitais do doente, conduzindo muitas vezes à ocorrência de infeções hospitalares (Rocha, 2011). Ao longo do EC no SUMC, regulei a minha atuação pelo cumprimento das normas redigidas pelo PPCIRA. Também pude observar que esta é uma preocupação no SUMC, existem vários cartazes pelo serviço advertindo para a lavagem das mãos e com as precauções básicas do controlo de infeção. Considero que para a concretização deste objetivo neste contexto, foram fundamentais os conhecimentos prévios face a este tema, isto porque no SUMC onde exerço funções, muito se debate esta problemática, agravada pela sobrelotação diária de utentes, o que me permitiu estar já familiarizada com as normas e agir em conformidade.

Devido à pandemia, hoje mais do que nunca, o controlo de infeção está implícito no nosso quotidiano, mais ainda nas unidades de saúde. No SU existia uma área de isolamento para utentes de foro respiratório, em conformidade com a norma da Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19 elaborada pela DGS. Em reflexão com os Enfermeiros orientadores deparei-me com um problema que é comum à minha realidade, a inexistência de um quarto de isolamento para outros casos que não sejam suspeitos COVID-19. A

Administração Central do Sistema de Saúde (2015) contempla a existência de um quarto de isolamento no SU para utentes cujo estado exija segregação, motivada por imunodepressão ou por possibilidade de contágio, em particular por via aérea.

No SMI a entrada para a unidade COVID-19, é independente da de utentes não COVID-19, com circuitos limpos e contaminados bem definidos.

O *European Centre for Disease Prevention and Control* (2019) diz-nos que as UCI são as unidades de internamento hospitalar com maior prevalência de IACS. A maioria destas IACS está associada ao uso de dispositivos invasivos e, uma proporção significativa destas é considerada evitável.

Sendo o SMI um ambiente controlado, a prevenção da infeção está muito presente e onde se torna primordial cumpri-la. Cada unidade é individualizada, possuindo um carro com material para uso único do utente, também tem um balde do lixo com pedal para abertura. Existem várias zonas de lavagem das mãos com sensor automático e cada uma delas tem afixado na parede as orientações para uma correta lavagem das mãos, tal como inúmeras soluções alcoólicas disponíveis nas bancadas de trabalho e pelo serviço.

O rastreio séptico está associado a uma diminuição da taxa de mortalidade. As diretrizes da *Surviving Sepsis Campaign* enfatiza que deve ser realizada uma triagem de rotina de utentes potencialmente infetados para melhorar a identificação e o tratamento precoces da sepsis (Kim & Park, 2019). No SMI são efetuados rastreios sépticos a todos os utentes no dia de admissão. A pessoa é sujeita à realização colheita de exsudados, urocultura e dois pares de hemoculturas. Perante a situação de pandemia, a unidade de saúde do SMI preconiza a realização de teste de despiste à COVID-19 aos doentes internados no 1º dia e com retestagem prevista entre o 5º e o 7º dia. O intuito destas ações prende-se com a vigilância, monitorização e deteção precoces de focos de infeção no utente e serve de orientação à decisão da colocação do utente e/ou tipo de isolamento, se necessário (DGS, 2013).

Sempre que executei procedimentos invasivos no SMI, cumpro as normas de prevenção e controlo de infeção, como manipulação de cateter central, pensos cirúrgicos, aspiração de secreções. Como exemplo no “Feixe de Intervenções de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação” da DGS (2017), onde os cuidados passam pela elevação da cabeceira a 30º, a

lavagem da boca com clorhexidina três vezes ao dia e a substituição dos circuitos respiratórios apenas quando estes de encontram visivelmente sujos.

O INEM possui, desde 2014, uma comissão de controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos, a qual tem estado alinhada com a estratégia nacional e tem desenvolvido atividades em diversas áreas, nomeadamente na elaboração de conteúdos de formação, na elaboração de planos de ação e na realização de formações sobre as infeções associadas aos cuidados de saúde e as precauções básicas do controlo da infeção (Ministério da Saúde, 2017). Ao longo do EC de opção verifiquei que existe preocupação por parte da equipa do extra-hospitalar em aplicar as PBCI, tais como a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, o uso adequado dos equipamentos de proteção individual, assim como a descontaminação do material após cada utilização. Durante a minha intervenção, no que se refere ao controlo da infeção, tentei continuamente cumprir as PBCI, ainda que existam alguns constrangimentos nesse sentido, uma vez que no extra-hospitalar não existem tantos recursos e nem sempre é fácil, devido às situações geradoras de stress, ao ambiente e aos recursos encontrados no local da ocorrência, tal como a falta de locais para lavagem das mãos.

No SU e no SMI foram realizados trabalhos no âmbito da melhoria contínua da qualidade, que colmataram necessidades existentes nos serviços ao nível da prevenção e controlo das infeções e das resistências aos antimicrobianos, ajudando também na aquisição desta competência.

No SU elaborámos um procedimento para monitorizar a pressão do *cuff* do tubo endotraqueal, visto que a mesma se insere nas intervenções consideradas no “Feixe de Intervenções de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação” da DGS (2017).

A DGS definiu um Feixe de Intervenções para a prevenção desta complicação. Na Norma 021/2015 na p. 1 as intervenções definidas são:

- Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação;
- Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ ou extubação;
- Manter cabeceira do leito em ângulo superior ou igual a 30º, evitando momentos de posição supina;

- Realizar higiene oral com clorhexidina a 0,2%, pelo menos três vezes ao dia, se idade superior a dois meses;
- Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando sujos ou disfuncionantes;
- Manter a pressão do balão do tubo endotraqueal (cuff) entre 20 e 30 cm de H<sub>2</sub>O.

A pressão do *cuff* é transmitida de forma direta às paredes da traqueia, o que pode causar lesões desta estrutura e estar associada ao aparecimento de pneumonias associadas à intubação. Com a elaboração deste procedimento pretende-se definir a metodologia de manutenção da pressão do *cuff* em utentes intubados traquealmente, de modo a minimizar lesões e prevenir pneumonias associadas à intubação, através da utilização do dispositivo de controlo de pressão manual.

Dada a importância do rastreio séptico no SMI, foi elaborado um procedimento sobre a Fase Pré-Analítica das Hemoculturas, no sentido de diminuir a contaminação das mesmas e a taxa das infeções nosocomial da corrente sanguínea (INCS).

A infeção da corrente sanguínea é uma das infeções hospitalares mais graves pela sua morbidade, mortalidade e custos associados, PPCIRA integrou o Programa de Vigilância Epidemiológica das INCS na Rede Nacional de Vigilância das Infeções (DGS, 2015). As hemoculturas são um importante instrumento diagnóstico e de planeamento terapêutico na presença das INCS.

A hemocultura é uma prova analítica que consiste na colheita e inoculação de sangue num meio de cultura com o objetivo de determinar se existe crescimento de bactérias ou fungos patogénicos que sejam responsáveis pela situação clínica do doente (Ntusi, Aubin, Oliver, Whitelaw & Mendelson, 2010).

Para um resultado fidedigno é necessário garantir uma Fase Pré-Analítica das hemoculturas com elevada qualidade, Dargère, Cormier e Verdon (2018) estimam que cerca de 50% das hemoculturas positivas sejam resultado de contaminações. Os mesmos autores referem que uma contaminação se define pela presença de um microrganismo que foi introduzido na cultura durante a colheita ou no seu processamento que não é patogénico para o doente

Para assegurar a precisão e fiabilidade das hemoculturas é necessário minimizar o risco de contaminação das mesmas. Deste modo, a fase pré-analítica deve ser executada do modo mais correto possível e de acordo com os estudos atualizados. Para que tal aconteça é necessário sensibilizar e disponibilizar informação adequada a quem realiza esta fase, os enfermeiros, neste sentido foram elaborados um procedimento e um cartaz sobre a temática.

A pertinência da elaboração destes trabalhos no âmbito deste mestrado relaciona-se com o papel do enfermeiro na maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante PSC e/ ou falência orgânica, passando uma das suas competências por criar planos de prevenção, com base em diagnósticos das necessidades do serviço e estabelecimento das estratégias proativas a implementar no serviço que visem a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos (OE, 2018).

O controlo de infeção e prevenção de resistência antimicrobiana é uma das preocupações indispensáveis no seio dos nossos cuidados como profissionais de saúde em qualquer serviço, realçando que o alvo dos nossos cuidados está numa posição vulnerável, o que obriga da nossa parte a um exercício exímio. Os EC realizados permitiram a consolidação e aquisição de novos conhecimentos na área da prevenção, controlo e intervenção na infeção. Apesar dos conhecimentos prévios acerca desta temática, a especificidade dos contextos de EC proporcionou aprendizagens muito significativas.

**PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE  
INVESTIGAÇÃO – AÇÃO: PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM  
SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DURANTE O TRANSPORTE  
INTRA-HOSPITALAR**

## RESUMO

**Introdução:** O TIH é definido por vários autores, como a transferência temporária ou definitiva de pessoas dentro de uma unidade hospitalar, para fins diagnósticos, terapêuticos ou para outro serviço para continuidade de cuidados. O TIH da PSC está associado a EA que podem causar instabilidade. Este estudo tem como principais objetivos compreender a pertinência da implementação de um procedimento e impresso com *checklist* para o TIH, bem como o nível de concordância da amostra sobre as medidas de segurança para um TIH seguro.

**Métodos:** Realizou-se um estudo longitudinal prospetivo, a enfermeiros num SU, através do preenchimento de um questionário anónimo acerca da temática, em dois momentos diferentes: antes momento 1 (M1) e após o momento 2 (M2) a formação.

**Resultados:** Ao questionário responderam sessenta e um enfermeiros do SU. Foi possível aferir que 59% da amostra desconhecia as orientações da OM e SPCI. Os resultados demonstram que houve mudanças significativas ( $P \leq 0,05$ ) e com médias mais altas, a nível da concordância, nomeadamente no que diz respeito à pertinência da implementação de um procedimento, de um impresso e *checklist* para o TIH, bem como na caracterização do transporte seguro ser planeado e executado por uma equipa treinada e com formação específica em PSC.

**Conclusão:** Após a formação e comparando os resultados obtidos no M1 e M2, ficou evidente a pertinência da implementação de um procedimento, bem como de um impresso para avaliação da PSC com inclusão de *checklist*, de modo a aumentar a segurança do doente e consequentemente diminuição da ocorrência de eventos adversos. Também ficou evidente que a formação específica, uma equipa treinada e um planeamento do TIH são cruciais para garantir a segurança da PSC durante o mesmo.

**Palavra-Chave:** Pessoa em Situação Crítica; Transporte Intra-Hospitalar; Segurança do Doente; Eventos Adversos; Procedimento; Impresso; *Checklist*;

## ABSTRACT

**Background:** The In-Hospital Transport is defined by several authors, such as the temporary or definitive transfer of patients within a hospital unit, for diagnostic, therapeutic or to another service for continuity of care. The Person's in Critical Situation In-Hospital Transport is associated with Adverse Events that can cause instability. The main objectives of this study are to understand the relevance of implementing a procedure and a printed with a checklist for the In-Hospital Transport, as well as the level of agreement of the sample on the required security measures for a safe In-Hospital Transport.

**Methods:** A prospective longitudinal study was conducted to nurses in Emergency Department, by completing an anonymous questionnaire about the theme, at two different moments: before moment 1 (M1) and after moment 2 (M2) training.

**Results:** Sixty-one nurses from the Emergency Department answered the questionnaire. It was possible to assess that 59% of the sample was unaware of the OM and SPCI guidelines. The results show that there have been significant changes ( $P \leq 0.05$ ) and with higher averages, in terms of agreement, particularly regarding the relevance of the implementation of a procedure, a form and checklist for the In-Hospital Transport, as well as in the characterization of safe transport being planned and executed by a trained team with specific training regarding Person in Critical Situation.

**Conclusions:** After training and comparing the results obtained in M1 and M2, it was evident the relevance of the implementation of a procedure, as well as a form for evaluation of the Person in Critical Situation with the inclusion of checklist, to increase the patient's safety and reduce the occurrence of adverse events. It was also evident that specific training, trained staffing, and In-Hospital Training planning are crucial to ensuring the Person in Critical Situation security during it.

**Keywords:** Person in Critical Situation; In-Hospital Transport; Patient's Safety; Adverse Events; Procedure; Form; Checklist.

## INTRODUÇÃO

O TIH é descrito como a transferência do utente para a realização de exames complementares de diagnóstico ou terapêutica, ou transferência do utente para serviços especializados do mesmo hospital (Alamanou & Brokalaki 2014).

O TIH por ser um procedimento comum e por acontecer dentro das instalações do hospital, é com frequência desvalorizado, porém deslocar um utente pelos corredores de um hospital pode causar incómodo e insegurança no profissional de saúde (Morais & Almeida, 2013).

O TIH do utente acontece quando há necessidade de cuidados adicionais, não disponíveis no serviço onde o mesmo se encontra com o objetivo a ser submetido a meios complementares de diagnóstico e intervenções terapêuticas, tais como transferências para o serviço de Imagiologia, Bloco Operatório ou Unidade de Cuidados Intensivos (Fernandes, Rodrigues, Haddad, & Silva, 2017).

A aplicação de uma *checklist* durante o TIH segundo a literatura é descrita como uma prática simples para a diminuição de EA e ganhos na segurança do utente. Nesta perspetiva, justifica-se abordar a *checklist* do TIH, uma vez que a literatura a descreve como uma forma prática e simples de aumentar a segurança (Hales & Pronovost, 2006).

Knight *et al.* (2015), referem que o TIH está associado a complicações significativas. Para diminuir o risco de complicações para o utente, esses transportes devem ser bem organizados, eficientes e acompanhados pela monitorização, equipamento e recursos humanos adequados. A revisão da bibliografia realizada revela que existem estudos que revelaram que o TIH foi relatado como um procedimento arriscado, especialmente para a PSC.

A segurança do utente depende do reconhecimento de que os incidentes e os EA podem acontecer, sendo na maioria dos casos evitáveis. Esta é definida como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. (*World Health Organization*, 2011). Conhecer os riscos associados ao TIH é importante para melhorar a segurança do mesmo.

O Ministério da Saúde através do PNSD 2015- 2020 estabeleceu vários objetivos estratégicos para aumentar a segurança dos doentes entre os quais: " Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno" e "aumentar a segurança da comunicação". O Ministério da Saúde 2015 reforçou que "a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade da equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades" (Ministério da Saúde, 2015, p. 3882).

A implementação de procedimentos e/ou normas para transferências dos utentes devem ser utilizados universalmente em todos os estabelecimentos de saúde. Sendo assim, é da responsabilidade do Enfermeiro Especialista desenvolver estratégias para melhoria da segurança do utente no meio em que se insere.

Os riscos do TIH são minimizados quando o planeamento é cuidadosamente realizado, para isto é fundamental que todas as fases sejam cumpridas. A Fase preparatória, engloba as intervenções que devem ser realizadas antes do início do transporte e a análise do risco/benefício, o tempo estimado do transporte, a avaliação da gravidade do estado clínico da pessoa, equipamento e profissionais de saúde envolvidos no mesmo e o tempo estimado do transporte. A fase de transferência tem como objetivo de manter a estabilidade. E, por fim, a fase de estabilidade pós transporte (Fernandes *et al.*, 2017).

Em Portugal as recomendações para o TIH são enunciadas pela OM e SPCI (2008). Estes autores fazem considerações sobre a coordenação do transporte, profissionais e equipamento que acompanha a PSC durante o TIH e ao nível da monitorização do utente durante o transporte segundo a classificação: nível 1 – obrigatório; nível 2 – fortemente recomendado e nível 3 – ideal. Os mesmos autores definem que o TIH tem três fases: Decisão, Planeamento e Efetivação.

A fase da decisão é da responsabilidade do médico responsável pelo utente, como também do chefe de equipa. É nesta fase que devem ser pensados em todos os riscos intrínsecos ao utente e ao transporte em si, devendo existir uma particular atenção aos utentes com: hipoxia, hiper/hipocapnia, instabilidade hemodinâmica; hipertensão intracraniana e agravamento de lesão vertebro-medular e sempre que a deslocação contribua direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica, sem nenhuma mais-valia (OM & SPCI, 2008)

Para cada utente que necessite de TIH, devem existir critérios para determinar o tipo de acompanhamento, monitorização e equipamento desejável durante o mesmo. Para isso, deve preencher-se a grelha, recomendada pela OM & SPCI, para obtenção da pontuação, que se traduzirá no nível “A”, “B” ou “C” (ANEXO I) (OM & SPCI, 2008).

O presente estudo enquadra-se nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem “Satisfação dos clientes”, “Prevenção de Complicações”, “Organização dos cuidados de saúde”.

Este estudo permitirá implementar um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da prevenção de EA durante o TIH no SU onde exerce funções, indo de encontro aos pilares do PNSD 2021-2026 e tem como principais objetivos compreender a pertinência da implementação de um procedimento e impresso com *checklist* para o TIH, bem como o nível de concordância da amostra sobre as medidas de segurança para um TIH seguro.

O desenvolvimento e implementação do mesmo contribuirão para a aquisição e sedimentação das competências do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade, através do desenvolvimento de práticas de qualidade em programas de melhoria contínua e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais pela implementação de uma prática profissional especializada baseada na evidência clínica.

## 1. METODOLOGIA

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A metodologia de projeto tem como objetivo:

“centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidade e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.3).

A prática baseada na evidência consiste num “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar” (Fineout-Overholt, Melnyk & Schultz, 2005, p. 335)

Esta definição vai de encontro à de Sackett (2003), para o qual a prática baseada na evidência incorpora a habilidade clínica, isto é, capacidade para utilizar conhecimentos clínicos e experiências prévias na identificação do estado de saúde e diagnóstico, bem como os riscos individuais e os benefícios possíveis das intervenções propostas.

Os estudos relacionados com o TIH são realizados desde a década de 1970, o número de análises descritivas e de riscos durante o transporte está em constante aumento (Veiga *et al.*, 2019). Estes mostram que os EA ocorrem em seis a mais de 70% dos TIH realizados e, que quando se restringe a definição de EA, a alteração dos sinais vitais, extubações não programadas ou paragens cardiorrespiratórias, esta taxa se aproxima dos 8% (Kue, Brow, Ness & Scheulen, 2011). Pedreira *et al.* (2014), definem como principais EA do TIH a alteração de sinais vitais, extubação não programada ou paragens cardiorrespiratórias. A definição clinicamente mais útil de EA é aquela que leva a uma mudança de terapêutica durante o transporte. Foram descritos os EA associados ao TIH, para que fosse possível a correlação da identificação dos fatores de risco relacionados ao utente, à organização do transporte, aos fatores técnicos e humanos.

Estão descritas elevadas prevalências de EA no TIH, num estudo 33% dos doentes foram afetados por EA no transporte (Farnoosh, Hossein-Nejad, Beigmohammadi & Davarani, 2018).

Brunsveld-Reinders, Arbous, Kuiper e de Jonge (2015), relatam uma incidência de 38% dos EA na fase pré-transporte, 47% na fase de transporte e 15% na pós-transporte. No entanto, os mesmos autores referem, que na literatura, a fase pré-transporte é a mais extensamente abordada. No estudo realizado por Jia, Wang, Gao e Liu (2016), após a implementação de um protocolo de transporte, a ocorrência de EA reduziu para 10,8%. A OM e SPCI (2008), referem que os eventos com maior incidência são a extubação endotraqueal, a exteriorização de acessos venosos, o aporte de oxigénio insuficiente e a avaria e falha de bateria de equipamentos. Também acresce a isto que muitas vezes os eventos adversos apenas são detetados no serviço de destino e não durante o transporte. Os mesmos autores referem que a tomada de decisão é da responsabilidade dos profissionais de saúde responsáveis pelo utente. Os enfermeiros e/ou médico assumem o compromisso de manter a qualidade dos cuidados e a segurança do utente durante o TIH. Nas *guidelines* elaboradas pela *Intensive Care Society (ICS)* e *Faculty of Intensive Care Medicine (2019)*, as *checklists* devem ser usadas de forma a garantir a execução de todos os preparativos necessários a cada fase da transferência de qualquer utente a nível intra-hospitalar.

A revisão da bibliografia realizada revela que existem estudos que revelaram que o TIH foi relatado como um procedimento arriscado, especialmente para pessoa em situação crítica.

A problemática reside na inexistência de um procedimento relativo ao TIH. A uniformização dos procedimentos tem impacto na melhoria dos cuidados de enfermagem, para a satisfação dos clientes, para a prevenção de complicações e para a organização dos cuidados de saúde.

Para perceber as verdadeiras causas do problema é importante para além da revisão bibliográfica realizada, identificar qual é o impacto do mesmo no serviço. Desta forma foi importante envolver a equipa na identificação do mesmo, tendo questionado a mesma durante conversas informais e a chefia do serviço em reunião. Foi identificado pela maioria da equipa como um problema, sendo para os enfermeiros os EA no TIH uma grande preocupação, tal como a falta de um procedimento uniformizado uma lacuna do serviço que a equipa demonstrou que seria uma mais-valia na redução dos mesmos. De seguida foi realizada uma análise SWOT. Deste modo, foi possível compreender que não existe uma uniformização na decisão, planeamento e efetivação do TIH. A análise SWOT é uma das técnicas mais utilizadas em investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer na análise organizacional ou

elaboração de planos (Ruivo *et al.*, 2010). Segue-se uma análise SWOT para de uma forma sucinta e reflexiva patentear esta problemática na sua essência.

Quadro 1 – Análise SWOT sobre o TIH na SUMC

Análise SWOT		
Fatores Internos	Forças	Fraquezas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de mala para TIH na sala de emergência;</li> <li>- Equipa de enfermagem receptiva à implementação de projetos de melhoria continua no serviço;</li> <li>- Boa relação entre equipa de enfermagem e equipa médica, trabalho equipa;</li> <li>- Existência de plataforma informática para notificação de eventos adversos;</li> <li>- Reconhecimento da Chefia a cerca da pertinência da temática.</li> <li>- Incentivo à formação em serviço potenciando o desenvolvimento pessoal e profissional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inexistência de procedimento sobre TIH no SUMC;</li> <li>- Ausência de notificação de eventos adversos relativos ao TIH;</li> <li>- Elevado número de TIH para realização de exames no SUMC.</li> </ul>
Fatores Externos	Oportunidades	Ameaças
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de recomendações de TIH pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008);</li> <li>- Existência de procedimentos de TIH noutros serviços/hospitais;</li> <li>- PNS 2015-2020, Ministério da Saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inexistência de obrigatórias para o TIH.</li> </ul>

Desta forma e, posteriormente, à identificação do problema foi decidido

- a) Proceder à elaboração de um procedimento sobre o TIH (APÊNDICE VII) no SU e de um impresso para avaliação, monitorização do utente (APÊNDICE VIII) com *checklist* para o TIH no SU e conseqüente realização de ação para sensibiliza a equipa para a temática e dar conhecimento sobre os documentos elaborados. A primeira versão do procedimento e do impresso para o TIH foram validados por dois profissionais peritos no assunto.
- b) Elaborado um questionário (APÊNDICE IX), com base nas recomendações emanadas pela OM e SPCI, pela Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA) e pela ICS. Esta última publicação surge com novas linhas orientadoras baseada na evidência científica mais recente. Para elaboração da *checklist* optou-se por uma divisão em três momentos, antes, durante e após o transporte, tal como a apresentada por Brunsveld-Reinders *et al.* (2015). Também foram tidas em conta as fases do transporte (decisão, planeamento e efetivação), os recursos humanos, os equipamentos e a monitorização adequados a cada pessoa (ANZCA, 2015; ICS, 2019; OM & SPCI, 2008). Após a recolha de dados através do questionário, foi realizada a ação de sensibilização

(APENDICE X) que se denominou “Ação de Sensibilização - Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência durante o Transporte Intra-Hospitalar” na plataforma *online Microsoft Teams* com os seguintes objetivos: definir o TIH, definir fases do TIH, identificar eventos adversos relacionados com o TIH, promover a segurança durante o transporte e divulgar o procedimento para o TIH. Uma semana após a mesma, foi aplicado novamente o questionário à amostra.

## 1.2 OBJETIVOS

- Caracterizar a amostra quanto aos dados sociodemográficos.
- Identificar se a amostra tem formação específica em cuidar da pessoa em situação crítica.
- Desenvolver um procedimento sobre o TIH no SU e um impresso para avaliação, monitorização do utente com *checklist* para o TIH no SU e avaliar a sua pertinência junto dos enfermeiros.
- Avaliar o nível de concordância da amostra sobre que tipo de formação específica em PSC devem ter os enfermeiros antes e depois da formação.
- Avaliar o nível de concordância da amostra sobre quais os aspetos que deve ter o projeto de melhoria no âmbito do TIH por enfermeiros antes e depois da formação
- Avaliar o nível de concordância da amostra sobre os aspetos da segurança a ter presente para assegurar a segurança da PSC durante o TIH antes e depois da formação
- Avaliar o nível de concordância da amostra quanto a forma como devem ser efetuadas as fases do processo do TIH antes e depois da formação

## 1.3 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

- Qual é a formação que a amostra tem sobre cuidar da PSC?
- A formação melhora o nível de concordância da amostra quanto ao tipo de formação específica em PSC?
- A formação melhora o nível de concordância da amostra quanto aos aspetos que deve ter o projeto de melhoria no âmbito do TIH por enfermeiros?

- A formação melhora o nível de concordância da amostra quanto aos aspetos da segurança a ter presente para assegurar a segurança da PSC durante o TIH?
- A formação melhora o nível de concordância da amostra e quanto à forma como devem ser efetuadas as fases do processo do TIH?

#### 1.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é um conjunto de pessoas ou elementos que partilham alguma característica em comum (Polit *et al.*, 2004; Coutinho, 2015). A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (Fortin, 2009).

A População alvo foram os enfermeiros em funções no SU com exceção dos elementos em funções de chefia e enfermeiros com ausência superior a um mês, gravidez e licença de maternidade. Da totalidade de uma amostra de oitenta e cinco enfermeiros participaram no presente estudo sessenta e um, traduzindo-se numa percentagem de 71,7%.

#### 1.5 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Para este trabalho foi elaborado um questionário *online* de preenchimento voluntário. O questionário era composto por cinco partes.

Parte I: Dados sociodemográficos e profissionais da amostra, contendo 10 questões;

Parte II: Formação específica em PSC, contendo 8 questões;

Parte III: pertinência da implementação do projeto de melhoria contínua, contem 5 questões, utilizando a escala de *Lickert* de concordância (1- Discordo totalmente; 2- Discordo parcialmente; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo parcialmente e 5- Concordo totalmente);

Parte IV: Segurança da PSC durante o TIH, contem 8 questões, utilizando a escala de *Lickert* de concordância (1- Discordo totalmente; 2- Discordo parcialmente; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo parcialmente e 5- Concordo totalmente);

Parte V: fases do processo do TIH: decisão, planeamento e efetivação do transporte intra-hospitalar, contem 10 perguntas, utilizando a escala de *Lickert* de concordância (1- Discordo totalmente; 2- Discordo parcialmente; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo parcialmente e 5- Concordo totalmente).

## 1.6 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para a aplicação do projeto de melhoria continua proposto no SU, foi formalizado um pedido de autorização à Comissão de Ética, para a implementação do mesmo, tendo-se obtido o parecer favorável nº 52/DE/C.

Para efeitos deste trabalho, as informações relativamente aos objetivos, enquadramento, ao anonimato, voluntariedade foi apresentado antes do início do questionário. Foi elaborado um consentimento informado, para aceitação livre e esclarecida no questionário, de acordo com a norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo). O instrumento de colheita de dados foi enviado pela investigadora, através *e-mail* institucional.

## 1.7 ANÁLISE DOS DADOS

Após a colheita dos dados, estes foram colocados numa base de dados em Microsoft Excel e posteriormente realizado o seu tratamento estatístico através do programa de análise estatística *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 28. Coutinho (2015, p. 180) refere que o “SPSS é uma poderosa ferramenta informática que permite realizar cálculos estatísticos complexos e visualizar os seus resultados em instantes”.

Para caracterizar a distribuição das variáveis, foi utilizada a estatística descritiva, recorrendo a frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas e medianas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, coeficiente de variação). Para o teste de hipóteses foi utilizado o t de *student* emparelhado. Foi utilizado o teste estatístico paramétrico em virtude do tamanho da amostra ser superior a 30 (teorema do limite central).

## 2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo é realizada uma descrição dos resultados obtidos no estudo com a aplicação dos questionários e são apresentados e analisados os resultados relativos à análise estatística, antes e depois da formação *online* sobre “Promoção da PSC no SU durante o TIH”.

### 2.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

No total de 122 questionários, 61 no M1 e 61 no M2. Da amostra em estudo, a maioria são do feminino (91,8%). A média de idades é de  $35,92 \pm 8,96$  anos.

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto à idade e sexo

		N	%	Media	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Sexo	Masculino	5	8,2					
	Feminino	56	91,8					
Idade		61		35,92	33	9,28	25	62

Ao nível da escolaridade, 14,8% possuem mestrado sendo que 13,1% são Enfermeiros Especialista em Médico-cirúrgica e trabalham há  $12,49 \pm 9,37$  anos (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto aos dados profissionais

		N	%	Média	DP	Mediana	Max.	Min.
<b>Grau Académico</b>								
	Licenciatura	52	85,2					
	Mestrado	9	14,8					
<b>Especialização em Enfermagem</b>								
	Sim	52	85,2					
	Não	9	14,8					
<b>Área de Especialização em Enfermagem</b>								
	Médico-Cirúrgica	8	13,1					
	Saúde Infantil e Pediatria	1	1,6					
	Reabilitação	2	3,3					
	Comunitária	1	1,6					
<b>Tempo de Experiência Profissional</b>				12,49	9,372	8	38	1
<b>Tempo de Experiência Profissional com PSC</b>				8,93	8,862	6,00	36	0
<b>Tempo de Experiência Profissional no SU</b>				8,23	8,591	6,00		0

Quando questionada se já acompanhou utentes durante o TIH, 90,2% da amostra no M1 respondeu positivamente e no M2 91,8%. Na questão relativa ao conhecimento sobre as orientações emanadas pela OM e a SPCI sobre o TIH, embora a última recomendação seja de 2008, antes da formação apenas 59% detinha conhecimento sobre as mesmas e após a mesma 98,4% referiram conhecer as mesmas.

Tabela 3 – Distribuição da amostra quanto ao acompanhamento e conhecimento da orientação da OM e SOCI antes e depois da formação

	M1		M2	
	N	%	N	%
<b>Já acompanhou doente em TIH</b>				
Sim	55	90,2	56	91,8
Não	6	9,8	5	8,2
<b>Conhecimento Orientações pela OM e SPCI sobre TIH da PSC</b>				
Sim	36	59	60	98,4
Não	25	41	1	1,6

## 2.2 FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

De acordo com os dados obtidos apenas 31,1% da amostra possui formação específica em PSC. Dos 31,1% que tem formação específica verifica-se que o maior percentual detém a pós-graduação em PSC (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da amostra quanto à formação específica em pessoa em situação crítica

	N	%
<b>Formação específica em PSC</b>		
Sim	19	31,1
Não	42	68,9
<b>Tipo de Formação Específica em PSC</b>		
Mestrado em PSC	4	6,6
Mestrado em PSC e Curso VMER	2	3,3
Pós-Graduação em Cuidados Intensivos	1	1,6
Pós-Graduação em Trauma, Emergência e Catástrofe	5	8,2
Pós-Graduação em Urgência e Emergência	1	1,6
Pós-Graduação à PSC	6	9,8

Constata-se pelos resultados que 100% da amostra possui formação em SBV, 67,2% possui formação e SAV, 24,6% possui formação em SAVP, 68,9 % da equipa possui curso de formação avançada em Trauma e 36,1% possui curso de transporte de PSC.

Quanto às formações que devem estar incluídas num programa sobre o TIH da PSC pode constatar-se através da Tabela 5, que a amostra dá maior importância à inclusão do SBV (M1 83,6% e M2 90,2%), SAV (M1 70,5% e M2 85,5) e formação em transporte de doente crítico (M1 83,6% e M2 90,2%).

Tabela 5 – Distribuição da amostra quanto à inclusão de SBV, SAV, SAVP, Formação em Trauma e Formação em TDC antes e depois da formação

	M1		M2	
	N	%	N	%
<b>Inclusão de SBV num Programa Formativo sobre TIH da PSC</b>				
Discordo totalmente	2	3,3	0	0
Discordo	2	3,3	0	0
Não concordo nem discordo	2	3,3	2	3,3
Concordo	4	6,6	4	6,6
Concordo totalmente	51	83,6	55	90,2
<b>Inclusão de SAV num Programa Formativo sobre TIH da PSC</b>				
Discordo totalmente	2	3,3	0	0

	Discordo	2	3,3	0	0
	Não concordo nem discordo	3	4,9	2	3,3
	Concordo	11	18	5	8,2
	Concordo totalmente	43	70,5	54	85,5
<b>Inclusão de SAVP num Programa Formativo sobre TIH da PSC</b>					
	Discordo totalmente	3	4,9	0	0
	Discordo	0	0	0	0
	Não concordo nem discordo	8	13,1	7	11,5
	Concordo	16	26,2	15	24,6
	Concordo totalmente	34	55,7	39	63,9
<b>Inclusão de Formação Avançada em Trauma num Programa Formativo sobre TIH da PSC</b>					
	Discordo totalmente	2	3,2	0	0
	Discordo	2	3,2	0	0
	Não concordo nem discordo	3	4,9	1	1,6
	Concordo	11	18	8	13,1
	Concordo totalmente	43	70,5	52	85,2
<b>Inclusão de Formação TDC num Programa Formativo sobre TIH da PSC</b>					
	Discordo totalmente	2	3,3	0	0
	Discordo	1	1,6	0	0
	Não concordo nem discordo	1	1,6	1	1,6
	Concordo	6	9,8	5	8,5
	Concordo totalmente	51	83,6	55	90,2

### 2.3 PERTINÊNCIA DO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA SOBRE O TIH

Através da análise da Tabela 6, podemos verificar que alguns elementos alteraram o seu grau de concordância antes e após a formação, relativamente à questão “sente-se confortável durante a realização do TIH”. Num estudo sobre a perceção dos enfermeiros sobre o TIH da PSC, os enfermeiros relatam que a realização do mesmo é um processo stressante, embora identificassem poucos EA, e quando estes ocorriam a equipa tinha conseguido resolvê-los (Ringdal, Chaboyer & Stomberg, 2015).

Tabela 6– Distribuição da amostra sobre a confiança durante o TIH antes e depois da formação.

Sente-se confortável durante o TIH	M1		M2	
	N	%	N	%
Discordo totalmente	2	3,3	2	3,3
Discordo	6	9,8	4	6,6
Não concordo nem discordo	12	19,7	12	19,7
Concordo	19	37,3	22	36,1
Concordo totalmente	18	29,5	21	34,4

A partir da análise da Tabela 7, pode-se concluir que não há diferenças significativas na perceção da amostra sobre a pertinência da formação do TIH antes e depois da formação, visto que  $p > 0,05$ . Contudo, verifica-se que a quase totalidade da amostra concorda totalmente com a pertinência da formação. Já no que diz respeito às variáveis “pertinência da implementação de um procedimento para a realização do TIH”, “implementação de uma *checklist* para a preparação do utente para o TIH” e “implementação de um impresso de

avaliação do utente para o TIH”, constatamos que houve uma mudança significativa nos dois momentos, visto que o  $p \leq 0,05$  (tabela 7).

Quanto à pertinência da implementação de um procedimento para a realização do TIH, diversos autores referem ser basilar a implementação de orientações claras, objetivas e bem definidas em procedimentos hospitalares, de modo a minimizar a ocorrência de EA relacionados com o TIH (ANZCA, 2015; ICS, 2011; OM & SPCI, 2008). Também no artigo sobre “a segurança no transporte do paciente crítico em ambiente intra-hospitalar: uma revisão integrativa”, os autores concluem que é necessária a criação de protocolos institucionais para auxílio, uniformização e padronização do transporte, melhorando a comunicação, a adequação de equipamentos e a identificação e resolução de possíveis intercorrências (Santos, Bueno, Bizinelli & Ribeiro, 2019). Raizer e Cruz (2016) sugerem que ao seguir um protocolo os profissionais que realizam o transporte estarão mais aptos e terão mais autonomia para tomar decisões rápidas de forma a garantir a segurança da pessoa.

Quanto à pertinência da implementação de uma *ckecklist* e de um impresso para a preparação e avaliação da PSC durante o TIH, os autores referem que as mesmas e os instrumentos de registos surgem como ferramentas recomendadas para a diminuição EA durante o TIH (ICS, 2011; OM & SPCI, 2008; Warren, 2004). O TIH da PSC é um procedimento no qual as *checklists* são preconizadas por segurança e em que vários autores publicaram suas ferramentas. A utilização de *checklists* permite a uniformização dos procedimentos, a promoção do cuidado baseado na evidência, a melhoria da comunicação, o uso apropriado dos equipamentos, a minimização dos erros e a mitigação da falta de fiabilidade da memória (Comeau, Armendariz-Batiste & Woodby, 2015), o que as torna uma ferramenta muito útil durante as diversas fases do processo de transferência (Karlsson, Eriksson, Lindahl & Fridh, 2019). Williams *et al.* (2019) demonstraram que a introdução de uma *checklist* de transporte aumenta a conformidade com as *guidelines* disponíveis. A implementação de procedimentos e uso de *checklists*, constitui-se como uma ferramenta viável utilizada para melhorar a segurança da PSC, prevenindo desta forma possíveis EA, criando de forma simples um conhecimento mais eficiente, efetivo e prático. Estudos mostram, que após a implementação deste tipo de estratégia houve uma redução dos EA decorrentes do transporte (Bérubé *et al.*, 2013; Geldenhuys, Wise & Rodseth, 2020; Nespereira., Cabadas, Leal Ruiloba, Rodríguez Pérez & Broullón, 2020). Os enfermeiros

desempenham um papel importante na implementação da *checklist* (Williams, Karuppiah, Greentree, & Darvall 2019).

Tabela 7 – Resultados da aplicação do teste t de student à pertinência da formação do TIH antes de depois da formação

Variáveis	M1		M2		T	p
	Média*	DP	Média*	DP		
Pertinência da Formação no âmbito do TIH	4,93	0,252	4,95	0,22	-0,444	0,659
Pertinência da implementação de um procedimento para a realização do TIH	4,8	0,401	4,95	0,218	-2,613	0,011
Pertinência da implementação de uma checklist para a preparação do utente para o TIH	4,72	0,521	4,95	0,218	-3,203	0,002
Pertinência da implementação de um impresso de avaliação do utente para o TIH	4,67	0,572	4,97	0,181	-3,933	0,000

\*valor mais elevado corresponde a maior nível de concordância

## 2.4 SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO TIH

Relativamente à análise dos dados da tabela 8 conclui-se que não há diferenças significativas na perceção da amostra sobre a implementação de medidas que garantam a segurança durante o TIH para prevenir os EA antes e depois da formação, visto que  $p > 0,05$ . Contudo, verifica-se através das médias obtidas nos dois momentos, que a amostra já detinha a perceção antes da formação sobre a importância da implementação destas medidas.

Quanto às restantes variáveis apresentadas na tabela 8, após a análise dos dados constatamos que houve uma mudança significativa, visto que  $p \leq 0,05$ . Após a formação a amostra ficou mais sensibilizada quanto ao transporte seguro, principalmente quanto ao TIH ser realizado por uma equipa treinada e com formação específica em PSC.

A formação específica da equipa que realiza o TIH é um pilar na segurança do mesmo. É fundamental que os profissionais que realizam o TIH da PSC, para além de experiência profissional, que obtenham formação específica, por forma a adquirir competências para garantir a segurança durante o TIH (ANZCA, 2015; ICS, 2011; OM & SPCI, 2008). Os mesmos autores referem que os profissionais com vasta experiência em transporte de PSC devem obter formação específica nesta área, sendo que seria desejável que esses profissionais se formassem em SAV e Suporte Avançado em Trauma (OM & SPCI, 2008). Estes também devem estar acostumados com o equipamento utilizado e ter conhecimentos relacionados com a proteção da via aérea, ventilação, reanimação cardiopulmonar e outros procedimentos de emergência (ANZCA, 2015). A formação e a experiência dos profissionais é fundamental para a realização do TIH com a eficiência e a eficácia desejadas (Elli et al, 2013; Meneguín, Alegre & Luppi, 2014; Lucchini et al., 2012). Desta forma é importante que a equipa multidisciplinar

conheça os riscos relacionados ao transporte e realize a tomada de decisão para um transporte seguro (Hendrich & Lee, 2005).

Acerca da formação específica das equipas os autores Kim *et al.*, (2020), realizaram um estudo confrontando transportes realizados por equipas especializadas com não especializadas, tendo obtido como resultados uma menor taxa de mortalidade hospitalar nas 24h seguintes 4,6% contra 6,6%; menor taxa de mortalidade no serviço de urgência 1,7% contra 4,1%, o que nos dá uma perspetiva de qualidade dos cuidados. De Almeida *et al.*, (2012) defendem que a presença de enfermeiro durante o TIH é fundamental porque diminui a incidência de EA, por estes serem precocemente detetados. A presença de médicos mais experientes também está associada a menor incidência de EA (Papson, Russell & Taylor, 2007).

Tabela 8 – Resultados da aplicação do teste t de student à segurança da PSC no TIH antes e depois da formação

Variáveis	M1		M2		T	P
	Média*	DP	Média*	DP		
<b>Importância da implementação de medidas que garantam a segurança do utente durante o TIH para prevenir EA</b>	4,9	0,3	4,93	0,25	-0,814	0,419
<b>O transporte seguro caracteriza-se por ser realizado por uma equipa treinada em PSC</b>	4,67	0,539	4,9	0,3	-3,389	0,001
<b>O transporte seguro caracteriza-se por uma equipa com formação específica em PSC</b>	4,54	0,562	4,9	0,3	-5,048	0,000
<b>O transporte seguro caracteriza-se por não haver uma deterioração do quadro clínico da PSC</b>	3,9	0,995	4,54	0,697	-5,827	0,000
<b>O transporte seguro caracteriza-se por ter sempre em todo o seu processo o acompanhamento do Médico</b>	3,78	1,166	4,23	0,909	-4,189	0,000
<b>O transporte seguro caracteriza-se por ter sempre em todo o seu processo o acompanhamento do Enfermeiro</b>	4,28	1,002	4,54	0,787	-2,729	0,008

\*valor mais elevado corresponde maior nível de concordância

Após análise dos dados da tabela 9 referente à classificação dos EA no TIH constata-se que houve uma mudança significativa relativamente a todas as variáveis descritas, antes e depois da formação, visto que o  $p \leq 0,05$ .

Quanto à classificação dos EA durante o TIH, é importante que se tenha uma via aérea segura, um acesso endovenoso e segurança reforçada de todos os dispositivos invasivos (OM & SPCI, 2008). Estudos mostram que, aproximadamente, 32 a 45% dos EA durante o TIH, se devem a falhas nos equipamentos e dispositivos utilizados (Almeida *et al.*, 2012; Silva, Amante, Chiodelli, Martins & Werner, 2016). Entre os principais incidentes com dispositivos e equipamentos, destacam-se a perda da leitura do eletrocardiograma, falhas de bateria do monitor e de bombas de infusão intravenosa (Pedreira *et al.*, 2014), perdas de cateteres,

desconexão de sondas, tubo endotraqueal, dispositivos de oxigénio e da sonda vesical (Silva & Amante, 2015; Silva, 2013; Parmentier-Decrucq *et al.*, 2013).

Num estudo sobre EA durante o TIH, Veiga *et al.* (2019), listaram a instabilidade hemodinâmica, instabilidade respiratória, agitação, crise convulsiva ou alteração do estado de consciência. O mesmo estudo refere que os EA não clínicos se relacionam com problemas de comunicação e equipamentos. No estudo de Brunsveld-Reinsders *et al.* (2015), os EA mais frequentes durante o TIH foram o mau funcionamento do equipamento e a preparação do transporte, sendo que do ponto de vista fisiológico os EA clínicos mais recorrentes foram a hipotensão e hipoxia.

A segurança no TIH é um desafio que deve ser alcançado por todos os profissionais que participam neste processo, sendo uma medida simples, que pode ser alcançada através da verificação do funcionamento dos aparelhos, dispositivos e equipamentos antes de sua execução, com a elaboração de fluxogramas, *checklists* e protocolos e a formação da equipa (Silva, Amante & Salum, 2018). Para além da implementação de procedimentos para prevenção de EA no TIH é importante ter uma equipa treinada, um planeamento do transporte bem definido, um plano de avaliação atualizado que obedeça aos padrões de melhoria de qualidade (Jones, Zychowicz, Champagne & Thornlow, 2016).

Em todas as fases do transporte, o principal objetivo deverá ser a segurança do utente e dos profissionais que o acompanham, pelo que será inaceitável a deterioração do estado de saúde da PSC relacionada com o transporte (OM & SPCI, 2008).

Tabela 9 – Resultados da aplicação do teste t de student à classificação dos EA no TIH, antes e depois da formação

Classificação dos EA no TIH

Variáveis	M1		M2		T	P
	Média*	DP	Média*	DP		
Perda de Via Aérea	3,92	1,055	4,34	0,822	-3,243	0,002
Falha de Equipamentos	4,2	0,906	4,49	0,728	-2,805	0,007
Degradação da Condição Clínica da PSC	4,07	0,856	4,47	0,799	-4,038	0,000
Perda de Acessos venosos e/ou drenos	4,07	0,814	4,52	0,599	-4,679	0,000

\*valor mais elevado corresponde maior nível de concordância

Relativamente a análise dos dados da Tabela 10, observamos que houve uma mudança significativa, antes e depois da formação, visto que o  $p \leq 0,05$ . Nas variáveis “comunicação eficaz na transição dos cuidados de enfermagem no TIH” e “pertinência da notificação de EA” a quase totalidade da amostra concorda com as mesmas após a formação.

No que concerne à variável “organização, coordenação e comunicação multidisciplinar e inter-serviços eficazes do TIH previne a ocorrência de EA”, num artigo sobre “a segurança no transporte do paciente crítico em ambiente intra-hospitalar: uma revisão integrativa”, os autores, referem que os EA durante ou após o TIH na maioria das vezes, estão relacionadas à fase de planeamento, falha ou ausência de equipamentos e à dificuldade na comunicação entre as equipas do serviço de origem e destino (Santos, Bueno, Bizinelli & Ribeiro, 2019). Os EA estão frequentemente associados a falhas no planeamento, sendo associados a problemas com falta de organização (Carneiro *et al.*, 2017). Estudos apontam para percentagens entre os 20% e os 79,8% de TIH em que ocorreram EA, dos quais entre 4,2% e 8,9% foram EA graves requerendo intervenção terapêutica (Kwack *et al.*, 2018).

Segundo a norma nº001/2017 da DGS “a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” (DGS, 2017,p.1) Toda a equipa tem o dever de “assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado” (DGS, 2017, p.5).

Quanto à “pertinência de notificação de EA”, o PNSD 2021-2026, tem como objetivo “aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA”. Tendo o mesmo como ação “incentivar a notificação de incidentes de segurança do doente, no sistema NOTIFICA, recorrendo a ações de formação e disponibilização de instrumentos facilitadores” (Despacho n.º 9390/2021, p.101).

Tabela 10 – Resultados da aplicação do teste t de student à organização, coordenação e comunicação de EA, antes e depois da formação

Variáveis	M1		M2		T	P
	Média*	DP	Média*	DP		
A organização, coordenação e comunicação multidisciplinar e inter-serviços eficazes do TIH previne a ocorrência de EA	4,68	0,537	4,88	0,372	-2,836	0,006
A comunicação eficaz na transição de cuidados aumenta a segurança dos cuidados de enfermagem no TIH	4,8	0,401	4,93	0,25	-2,652	0,01
Existência de um sistema interno de notificação de EA	3,85	1,147	4,38	0,666	-4,843	0,000
Pertinência da notificação de EA	4,68	0,504	4,92	0,279	-3,891	0,000

\*valor mais elevado corresponde a maior nível de concordância

## 2.5 FASES DO PROCESSO DO TIH: DECISÃO, PLANEAMENTO E EFETIVAÇÃO

Após análise dos dados da tabela 11 concluímos que não existem diferenças significativas na perceção da amostra sobre o reconhecimento e decisão de acompanhar a PSC deve ser do médico e/ou enfermeiro, visto que  $p > 0,05$ . Porém, ao analisar as médias antes e depois da formação, a maioria da amostra já demonstrava concordância com reconhecimento e decisão do acompanhamento seja responsabilidade do médico e/ou enfermeiro.

Quanto às restantes variáveis apresentadas na tabela 11, podemos observar que houve uma mudança significativa, pois  $p \leq 0,05$ , porém as médias destas antes e depois da formação são menores do que as médias da variável do “reconhecimento e decisão de acompanhar o utente durante o TIH deve ser da responsabilidade do Médico e/ou Enfermeiro”.

Segundo a OM e SPCI (2008), enquanto a decisão é da competência exclusiva do médico, no planeamento e na efetivação, a responsabilidade é partilhada entre o médico e o enfermeiro.

Tabela 11– Resultados da aplicação do teste t de student ao reconhecimento e decisão de acompanhamento do TIH, antes e depois da formação

Variáveis	M1		M2		T	P
	Média*	DP	Média*	DP		
O reconhecimento e decisão de acompanhar o utente durante o TIH deve ser da responsabilidade do Enfermeiro	4,02	1,11	4,61	0,579	-4,032	0,000
O reconhecimento e decisão de acompanhar o utente durante o TIH deve ser da responsabilidade do Médico	4,18	1,007	4,67	0,522	-3,892	0,000
O reconhecimento e decisão de acompanhar o utente durante o TIH deve ser da responsabilidade do Médico e/ou Enfermeiro	4,76	0,536	4,83	0,497	-0,8511	0,398

\*valor mais elevado corresponde a maior nível de concordância

Através da análise dos dados da tabela 12, constata-se que houve uma mudança significativa em todas as variáveis, antes e depois da formação, visto que  $p \leq 0,05$ .

No que diz respeito à variável “o planeamento adequando do TIH é crucial para evitar EA”, um número suficiente de profissionais deve ser assegurado, bem como os recursos materiais necessários para a monitorização adequada (Carneiro, da Paixão Duarte & da Silva Magro, 2017). Nesta fase, tanto o médico quanto o enfermeiro do serviço de origem da PSC são intervenientes, devendo existir enfoque nos seguintes aspetos: “coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação” (OM & SPCI, 2008, p.9).

Durante esta fase, é essencial escolher a equipa que irá acompanhar a PSC durante TIH, assim como os meios de monitorização mais apropriados, definir os objetivos fisiológicos do utente, seleccionar os equipamentos e a terapêutica mais adequados e prever as possíveis complicações (OM & SPCI, 2008).

No que concerne à variável “o planeamento do TIH compreende a coordenação” os autores sustentam que a correta coordenação e preparação do processo de transferência da PSC é uma estratégia para antecipar e acautelar os riscos associados ao mesmo (Knigth et al., 2015, e Rigndal, Chaboyer, Warrén & Stomberg, 2016). Desta forma os riscos devem ser ponderados juntamente com os benefícios, de forma a obter conclusões em relação à necessidade de transportar a pessoa (Blakeman & Branson, 2013; OM & SPCI, 2008).

Quanto à variável “o planeamento do TIH compreende a comunicação” diversos autores são da opinião que EA não clínicos mais descritos estão relacionados à comunicação, que pode chegar até aos 60% durante TIH (Kue, 2011). Também no estudo de Veiga *et. al.*, (2019) a comunicação foi o principal evento não clínico evidenciado, com 99 ocorrências. A falha de comunicação da equipa interveniente no TIH é considerada um dos EA não clínicos mais comumente descritos, principalmente durante a transição dos cuidados do serviço de origem para o serviço de recetor, ocasionando transferência desnecessária da PSC e, conseqüentemente, exposição a possíveis EA (Meneguín et al., 2014; Pedreira *et al.*, 2014; Veiga *et al.*, 2019). Os autores referem ainda que a comunicação como um dos pontos principais para um transporte eficaz, minimizando erros e aumentando a segurança da PSC e da equipa interveniente (De Almeida *et al.*, 2012).

Quanto ao “planeamento do TIH compreende a estabilização” os autores referem que o sucesso do TIH, garante a segurança da pessoa e a qualidade do cuidado, depende diretamente do planeamento, de uma equipa organizada e a avaliação pré e pós-transporte da PSC (Almeida 2012; Silva 2019; Teles 2018). Com o intuito de evitar EA durante o TIH, deve estabilizar-se o a PSC no local de origem e realizar todas as intervenções necessárias (OM & SPCI, 2008).

No que refere às variáveis “o planeamento do TIH compreende a equipa interveniente e o equipamento”, os profissionais que integram a equipa de transporte da PSC, devem estar sujeitos a formação específica, treino regular, a fim de ficarem qualificados para o transporte destas pessoas (ICS, 2011; SPCI e OM, 2008). Todo o equipamento deverá ser devidamente verificado antes do transporte, de forma a evitar riscos e falhas durante o mesmo (ICS, 2019). Os mesmos autores também recomendam a utilização de malas de transferência

normalizadas com a finalidade de promover a segurança e qualidade de cuidados no transporte (ICS, 2019).

No que concerne à variável “o planeamento do TIH compreende o transporte” os autores referem que é essencial que exista um bom planeamento do transporte e concomitantemente uma otimização da pessoa para que o transporte decorra da melhor forma possível. Previamente ao transporte, a PSC deve ser reavaliada, com principal enfoque depois de ser conectado ao ventilador e ao equipamento de monitorização de transporte. A pessoa deverá estar hemodinamicamente estável antes do transporte, sendo este fator essencial para evitar complicações, salvo se essa estabilização apenas for possível no serviço recetor, por necessidade de uma intervenção especializada (ICS, 2011; OM & SPCI, 2008).

Quanto à variável o “planeamento do TIH compreende a documentação”, os autores referem que toda documentação relevante deve ser entregue a quem o acompanha a PSC do serviço de origem. Os registos devem ser realizados desde o momento da saída da PSC até ao seu regresso ou após receção no serviço de destino, tal como o preconizado nas *guidelines* consultadas (ANZCA, 2015; ICS, 2011; OM & SPCI, 2008). Tanto os registos médicos como os de enfermagem e os exames complementares de diagnóstico devem ser preparados, para acompanhar a PSC durante o TIH (OM & SPCI, 2008).

Tabela 12 – Resultados da aplicação do teste t de student quanto ao planeamento do TIH, antes e depois da formação

Variáveis	M1		M2		T	P
	Média*	DP	Média*	DP		
<b>O planeamento adequado do TIH é crucial para evitar EA</b>	4,84	0,373	4,97	0,18	-2,652	0,01
<b>O planeamento do TIH é efetuado pela equipa multidisciplinar do serviço de origem</b>	4,3	0,889	4,92	0,279	-5,938	0,000
<b>O planeamento do TIH compreende a Coordenação</b>	4,66	0,602	4,95	0,218	-4,658	0,000
<b>O planeamento do TIH compreende a Comunicação</b>	4,7	0,558	4,95	0,218	-4,077	0,000
<b>O planeamento do TIH compreende a estabilização</b>	4,7	0,591	4,93	0,252	-3,617	0,001
<b>O planeamento do TIH compreende a Equipa Interveniante</b>	4,7	0,558	4,95	0,218	-3,802	0,000
<b>O planeamento do TIH compreende o Equipamento</b>	4,73	0,548	4,95	0,22	-3,423	0,001
<b>O planeamento do TIH compreende o transporte</b>	4,68	0,567	4,93	0,252	-3,809	0,000
<b>O planeamento do TIH compreende a documentação</b>	4,61	0,616	4,92	0,281	-4,392	0,000

\*valor mais elevado corresponde a maior nível de concordância

Após análise dos dados da tabela 13 conclui-se que só houve uma mudança significativa quanto à confirmação prévia de que o serviço para onde o utente vai ser transportado está pronto para o receber é primordial na fase do planeamento do TIH, quanto à efetivação durante o TIH, o nível de cuidados não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem e

quanto PSC deve ser reavaliada após conexão ao equipamento de transporte antes de abandonar o serviço de origem, antes e depois da formação, visto que  $p \leq 0,05$ . Contudo verifica-se que a quase totalidade da amostra, antes e depois da formação demonstra relevância perante as variáveis apresentadas.

A fase da efetivação é da responsabilidade da equipa do serviço que acompanhará a PSC durante o TIH, e que só termina quando a pessoa é devidamente entregue no serviço recetor, ou, no caso de deslocação para exames de diagnóstico ou outros atos terapêuticos, quando a pessoa retorna ao serviço de origem (OM & SPCI, 2008).

Relativamente à variável “a confirmação prévia de que o serviço para onde o utente vai ser transportado está pronta para o receber é primordial na fase do planeamento do TIH”, os autores referem que após tomada a decisão de transferir o utente, o médico, deve contactar o serviço de destino e confirmar que o mesmo dispõe dos meios necessários para a continuidade dos cuidados. Com este primeiro contacto, pretende-se que sejam transmitidas todas as informações pertinentes, referentes à situação clínica, intervenções previsíveis e provável hora de chegada do utente (SPCI & OM, 2008), percebendo desta forma o se o serviço está pronto para a receção do mesmo.

“Durante a efetivação do TIH, o nível de cuidados não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem”, os autores corroboram com esta afirmação, devendo ter-se sempre presente que os cuidados durante o transporte nunca devem diminuir em relação aos cuidados prestados no serviço de origem (OM & SPCI, 2008). Pedreira *et al.* (2014), refere ainda que durante o procedimento é essencial a avaliação contínua do estado clínico do utente. O nível dos cuidados durante o transporte requer o mesmo nível de monitorização das funções fisiológicas recebida na unidade de origem (Warren, Robert, Orr, Rotello & Horst, 2004). Também para a ICS (2019) e para Pedreira *et al.* (2014) durante o TIH, o nível de monitorização deve estar ao mesmo nível daquele que existe no serviço de origem. As orientações principais de monitorização são: monitorização contínua do ritmo cardíaco, tensão arterial não invasiva, oximetria, frequência, respiratória e capnografia, no caso de doente submetidos a ventilação mecânica invasiva.

Referente à variável “deve ser efetuada uma reavaliação do utente durante o TIH e antes de entregar no serviço de destino, é recomendado a monitorização contínua e registo frequente dos sinais vitais, em intervalos fixos, com recurso a um monitor com capacidade de memória

(ANZCA, 2015; ICS, 2011;). Outros autores referem que na fase pós-transporte, a equipa do serviço recetor deve reavaliar a PSC à chegada, observar se ocorreu alguma mudança em relação à monitorização (Hendrich & Lee, 2005). Nesse sentido, um estudo demonstrou que 67,2% dos utentes após o TIH apresentaram alterações cardiorrespiratórias e naqueles submetidos à ventilação invasiva, estas alterações ocorreram em 75,7% (Zuchelo & Chiavone, 2005).

Tabela 13 – Resultados da aplicação do teste de student estabilização e efetividade do TIH, antes e depois da formação

Variáveis	M1		M2		T	P
	Média*	DP	Média*	DP		
A confirmação prévia de que o serviço para onde o utente vai ser transportado está pronto para o receber é primordial na fase do planeamento do TIH	4,87	0,34	4,97	0,18	-2,186	<b>0,033</b>
A estabilização prévia do utente é fundamental para evitar a ocorrência de EA	4,9	0,3	4,98	0,128	-1,923	0,058
Durante a efetivação do TIH, o nível de cuidados não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem	4,66	0,704	4,93	0,25	-3,423	0,001
A PSC deve ser reavaliada após conexão ao equipamento de transporte antes de abandonar o serviço de origem	4,89	0,321	4,98	0,128	-2,186	0,033
Deve ser efetuada uma reavaliação do utente durante o TIH e antes de entregar o utente no serviço de destino	4,87	0,343	4,95	0,22	-1,692	0,096
Após entregar o utente deve-se garantir a manutenção e limpeza dos dispositivos e equipamento	4,85	0,358	4,9	0,351	-0,903	0,37
Após entregar o utente deve-se garantir a reposição do material da mala de transporte	4,87	0,34	4,9	0,351	-0,629	0,532
Após entregar o utente deve-se realizar os registos e possíveis ocorrências	4,8	0,401	4,9	0,396	-1,426	0,159

\*valor mais elevado corresponde a maior nível de concordância

### 3. CONCLUSÕES DO ESTUDO

O papel do enfermeiro durante o TIH é fundamental porque diminui a incidência de EA, tanto porque são menos desencadeados, como porque são mais precocemente detetados e resolvidos (De Almeida *et al.*, 2012).

Ter conhecimento dos riscos associados ao TIH é essencial para melhorar a segurança do mesmo. Uma equipa de profissionais treinados envolvida no transporte, bem como a padronização das ações, equipamentos de monitorização do utente e a preparação do TIH levam à prevenção ou diminuição dos EA, obtendo uma qualidade e excelência nos cuidados prestados ao utente (De Almeida *et al.*, 2012).

Em Portugal, as últimas recomendações acerca do transporte da PSC são as publicadas pela OM e SPCI no ano 2008, no entanto a sua fraca divulgação reflete-se no seu desconhecimento por parte da amostra, embora já tenham decorrido mais de dez anos após a sua elaboração.

Embora a amostra já revelasse um elevado grau de concordância na pertinência da implementação de um procedimento que vise a uniformização do TIH, a formação foi significativa na alteração da sua perceção.

Com os resultados obtidos, verifica-se que na maioria das questões em que não houve uma mudança significativa antes e depois da formação, constata-se que a amostra na sua maioria já concordava totalmente com as questões colocadas. Após a formação a amostra reconhece a pertinência na implementação de um procedimento e de um impresso com *checklist* para a preparação e acompanhamento para o TIH. A amostra também ficou mais sensibilizada quanto ao transporte seguro, principalmente quanto ao TIH ser realizado por uma equipa treinada e com formação específica em PSC, visto que a percentagem da amostra que detém formação específica em PSC é baixa.

No final do estudo fica patente que deverão continuar a ser desenvolvidas ações de formação relativas à promoção da segurança da PSC no SU sobre o TIH, bem como a equipa deve continuar a investir em formação específica, nomeadamente SAV, curso avançado de trauma e transporte de PSC.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, no que concerne ao instrumento da recolha dos dados, sendo que este foi formulado pela investigadora e não foi validado por

peritos. Este foi elaborado tendo como base as recomendações já supracitadas, na busca de avaliar a perceção e concordância da amostra sobre a temática. Apesar desta limitação, os resultados obtidos a partir deste, vão de encontro à literatura consultada, bem como com os resultados de outros estudos, que referem a importância de um planeamento aprimorado, formação específica e treino da equipa, ações de sensibilização aos profissionais por forma a aumentar a segurança da PSC durante o TIH.

Outra limitação encontrada está relaciona-se com o fator temporal, na medida em que não foi testada a fiabilidade e praticabilidade dos documentos elaborados, não tendo sido implementados no SU. Considero que esta limitação, será uma oportunidade para dar continuidade a este projeto.

## SÍNTESE DO RELATÓRIO

O processo de aquisição de competências é algo que ocorre ao longo do tempo, mediante diversos fatores, não sendo inerente a qualquer mecanismo, mas sim algo passível de desenvolvimento (Benner, 2001). Pelo que todos os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos em contexto profissional ou formativo contribuem de forma relevante para a aquisição das competências especializadas.

Este relatório assentou numa reflexão crítica construtiva, dando realce às atividades desenvolvidas para dar resposta aos objetivos traçados. Adquirir e sedimentar conhecimentos, refletir e partilhar experiências contribuiu para a aquisição das competências especializadas nos cuidados à PSC.

Durante os EC foi possível adquirir e desenvolver competências que proporcionassem dar uma resposta adequada e rápida num momento de instabilidade. O enfermeiro que presta cuidados à PSC assume um papel fundamental na fase aguda da doença, onde rápida e sistematicamente identifica problemas de saúde, desde os mais graves aos menos graves, em todo o ciclo vital. Planeia e implementa intervenções, tendo como linha orientadora as teorias de enfermagem, antecipando focos de instabilidade e os resultados. Em ambiente de relação terapêutica, procura manter comunicação clara e transparente, permitindo à pessoa ou familiares expressar os seus medos e preocupações.

Foi possível ainda, executar uma prática baseada na evidência científica de forma crítica e reflexiva, mantendo o raciocínio crítico, estabelecendo uma comunicação interpessoal adequada e gestão da relação terapêutica com a PSC e família. Reconhecer metodologias e áreas determinantes na gestão de cuidados e dos recursos, bem como desenvolver capacidade de adequar os métodos de gestão em saúde às especificidades nos diversos contextos dos EC. Também foram desenvolvidos Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem direcionados às necessidades identificadas em cada contexto. A análise e identificação de oportunidades de melhoria com a planeamento e execução destes, foram sem dúvida uma mais-valia como ferramenta que me permitiu alcançar novas competências e contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Nesse sentido, os EC fomentaram a aquisição de competências, podendo estas ser comuns a todos os Enfermeiros Especialistas, ou ter um carácter específico em cada área da PSC.

A componente de investigação foi o projeto mais desafiante deste percurso. A temática da “Promoção da segurança da PSC no SU durante o TIH” constitui-se como fundamental na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e requer desenvolvimento de modo que se traduza em ganhos em saúde para a PSC. Foi um projeto que ficou inacabado, pela escassez de tempo e alguns contratemplos, mas que no futuro gostaria de dar continuidade.

Após o *términus* deste percurso, concluo que esta foi uma experiência gratificante, com um contributo positivo para a aquisição competências e conhecimentos, assim como para o desenvolvimento do pensamento crítico. Foi um desafio constante, na gestão do tempo quer a nível profissional, quer a nível pessoal. Contudo, estas adversidades fizeram crescer em mim uma capacidade de adaptação que tenho vindo a desenvolver e que terão impacto enquanto futura Enfermeira Especialista.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. *Retrieved from:* <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-deEmergencia.pdf>
- Alamanou, D. G. & Brokalaki, H. (2014). Intrahospital transport policies: The contribution of the nurse. *Health Science Journal*, (8) 166-178. *Retrieved from:* <https://www.hsj.gr/medicine/intrahospital-transport-policies-thecontribution-of-the-nurse.php%20?aid%20=2749>
- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. Referência. Vol. 6, 54-59.
- Almeida, C. (2013). Rumo à especialização em Enfermagem. (Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a obtenção de grau de Mestre com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica) *Retrieved from:* <https://repositorioucp.pre.rcaap.pt/handle/10400.14/13702>
- ANZCA. (2015). *Guideline for transport of critically ill patients*. 52(Cicm), 1–12 *Retrieved from:* <https://www.anzca.edu.au/getattachment/bd5938d2-d3ab-4546-a6b0-014b11b99b2f/PS52-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients>
- Araújo, S. (2012). Administração de Desastres - Conceito e Tecnologias. *Retrieved from:* [http://www.defesacivil.pr.gov.br/sites/defesa-civil/arquivos\\_restritos/files/documento/2018-12/AdministracaodeDesastres.pdf](http://www.defesacivil.pr.gov.br/sites/defesa-civil/arquivos_restritos/files/documento/2018-12/AdministracaodeDesastres.pdf)
- Assembleia da República. (2021). Despacho nº 9390/2021. *Diário Da República, 2ª Série*, 96–103. *Retrieved from:* <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Ahtisham, Y. & Jacoline, S., (2015). Integrating nursing theory and process into practice; Virginia's Henderson need theory. Case study. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443-450
- Baack, S., & Alfred, D. (2013). Nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), 281–287. *Retrieved from:* <https://doi.org/10.1111/jnu.12029>
- Baker, G. R. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678–1686. *Retrieved from:* <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040498>
- Banning, M. (2008). A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 187-195. *Retrieved from:* <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01791.x>
- Barbosa, M. C. S. (2015). Fatores que influenciam a supervisão de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem em ensino clínico: perspetiva do enfermeiro tutor (Tese para obtenção do grau de mestra em Supervisão Clínica em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural propriedades psicométricas da versão Portuguesa da Escala Behavioral Pain Scale Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 7-16.
- Benner, P. (2001) De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Edição Comemorativa. Coimbra; Quarteto Editora

- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care. A Thinking-in-action approach* (2ª ed.). Springer publishing company.
- Bermejo, J. (2005). *Inteligência emocional. La sabedoria del corazón en la salud y en la acción social*. Sal Terrae.
- Bérubé, M., Bernard, F., Marion, H., Parent, J., Thibault, M., Williamson, D. R., & Albert, M. (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(1), 9–19. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.07.001>
- Bettinelli, L., Pomatti, D., & Brock, J. (2010). Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais. *Rev Bioethicos-Centro ...*, 4(1), 44–50. Retrieved from: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/73/44a50.pdf>
- Blakeman TC, Branson RD. (2013). Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. *Respir Care*
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G., & de Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care (London, England)*, 19(1), 214. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0938-1>
- Carneiro, T., da Paixão Duarte, T. T., & da Silva Magro, M. C. (2017). Critical Patient Transport: a Challenge for the 21st Century. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(1), 70–76. Retrieved from: <https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201709>
- Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Abu Sin, M., Blank, H., Ducombe, T., Haller, S., Harder, T., Klingeberg, A., Sixtensson, M., Velasco, E., Weiß, B., Kramarz, P., Monnet, D. L., Kretzschmar, M. E., & Suetens, C. (2016). Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLOS Medicine*, 13(10), e1002150. Retrieved from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002150>
- Cerqueira, M.M.A. (2004). Luto na Família- Cuidar dos que ficam. *Nursing*, nº194, 28- 30.
- Costa, J. (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu.
- Comeau, O. Y., Armendariz-Batiste, J., & Woodby, S. A. (2015). Safety first! using a checklist for intrafacility transport of adult intensive care patients. *Critical Care Nurse*, 35(5), 16–25. Retrieved from: <https://doi.org/10.4037/ccn2015991>
- Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª edição). Coimbra. Almedina.
- Da Silva, R. (2015). *Incidentes e Eventos adversos relacionados ao transporte intra-hospitalar de pacientes internados em unidade de terapia intensiva*. 3(April), 49–58. Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2013.
- Da Silva, R., Amante, L. N., Salum, N. C., Martins, T., & Werner, J. (2016). Eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem UFPE online* 10(12), 4459–4465. Retrieved from: <https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201604>
- Da Silva Martins T, Pádua V. (2019). Transporte do paciente crítico no ambiente intra hospitalar: uma revisão de literatura. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*.11(7):e608– e608.

- Dargère, S., Cormier, H., & Verdon, R. (2018). Contaminants in blood cultures: importance, implications, interpretation and prevention. *Clinical Microbiology and Infection*, 24(9), 964–969. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2018.03.030>
- De Almeida, A. C. G. de, Neves, A. L. D., Souza, C. L. B. de, Garcia, J. H., Lopes, J. de L., & Barros, A. L. B. L. de. (2012). Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 471–476. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/s0103-21002012000300024>
- Deodato, S. (2008) – Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade, Coimbra, Edições Almedina, SA.. ISBN: 978-972-40-3401-0
- Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Emergência / Urgência. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu Desenvolvimento*. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Orientação nº 007/2010. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de06102010.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação 008/2011 - Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. *Orientação Da DGS*, 1(1), 1–11. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0082011-de-28032011-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente -Orientação da Direção -Geral da Saúde 021/2011. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–4. Retrieved from : <https://www.dgs.pt>
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*;3.3 Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde. Lisboa
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 02/2013: Cirurgia Segura, Salva Vidas*. 1–8. Retrieved from: [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-norma\\_002\\_2013\\_cssv-revisao-junho2013.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-norma_002_2013_cssv-revisao-junho2013.aspx)
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Norma 29/2012 de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de28122012.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. *Norma Nº 015/2013 de 03/10/2013 Revista a 04/11/2015*, 16. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Estratégia Nacional para a qualidade na saúde 2015-2020. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.asp>

- Direção-Geral da Saúde. (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma No021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 30/05/2017. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma DGS Norma n.º 001/2017.: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral Da Saúde, 8. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 8 Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Norma n° 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços Urgência e Referência Interna Imediata. *Norma N° 002/2018 de 09/01/2018*, 1–23. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Norma 004/2020, de 23/03/2020, atualizada a 06/07/2022*. 19, 1–25 Retrieved from: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042020-de-230320201.aspx>
- Divisão de Planeamento de Proteção Civil. (2018). Manual de apoio à elaboração de planos de emergência externos. Autoridade Nacional de Proteção Civil / Direção Nacional de Planeamento de Emergência ISBN: 978-989-96121-3-6. Retrieved from: [http://www.proxiv.pt/bk/EDICOES/CADERNOSTECNICOS/Documents/CT\\_7\\_Manual\\_PlanosEmergencia-Externos\\_2Edicao-JAN2018.pdf](http://www.proxiv.pt/bk/EDICOES/CADERNOSTECNICOS/Documents/CT_7_Manual_PlanosEmergencia-Externos_2Edicao-JAN2018.pdf)
- Elli, S., Gariboldi, R., Tundo, P., Ospedaliera, A., Gerardo, S., Mascheroni, V., Infermieristiche, S., Intensiva, R. T., Ospedaliera, A., Civile, O., Bambi, S., Infermieristiche, S., Intensiva, T., Dea, D. A. I., Ospedaliero, A., Careggi, U., Lucchini, A., Infermieristico, C., Ospedaliera, A., ... Emergenza-urgen-, D. (2013). *Il trasporto intraospedaliero del paziente critico: creazione di una check list di pianificazione*. 30(3), 21–25.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). Healthcare-associated infections in intensive care units. In *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960)* (Vol. 72, Issue 5 cz 2). Retrieved from: <https://doi.org/10.36740/wlek201905201>
- Faria, B. D., Paula, A., Teixeira, A., Faria, I. D., Filho, L., & Rodrigues, R. G. (2019). *Protocolo de extubação: teste do cartão branco como importante preditor de falha em unidade de terapia intensiva* *Extubation*. 20(December 2016), 162–171. Retrieved from: <https://doi.org/https://doi.org/10.33233/fb.v20i2.2329>
- Farnoosh, L., Hossein-Nejad, H., Beigmohammadi, M.-T., & Davarani, S.-H. (2018). Preparation and Implementation of Intrahospital Transfer Protocol for Emergency Department Patients to Decrease Unexpected Events. *Advanced Journal of Emergency Medicine*, 2(3), e29. Retrieved from: <https://doi.org/10.22114/AJEM.v0i0.5>
- Fernandes, M. M. M., Rodrigues, A. H., Haddad, J. G. V., & Silva, J. V. da. (2017). Significados e procedimentos adotados no transporte intra-hospitalar de pacientes críticos: o discurso do sujeito coletivo. *Enfermagem Brasil*, 16(2), 69–79. Retrieved from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=123551382&site=ehost-live>
- Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., & Schultz, A. (2005). Transforming health care from the inside out: Advancing evidence-based practice in the 21st century. *Journal of Professional Nursing*, 21(6), 335–344. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.10.005>

- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. Dossier: erro médico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26 (6), p. 564-70.
- Fonseca, R. R. J. A. (2012). Comunicação de más notícias em contexto de urgência (Tese para obtenção de grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação (1ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Geldenhuis, L., Wise, R., & Rodseth, R. (2020). The impact of a bundled intrahospital transfer protocol on the safety of critically ill patients in a South African metropolitan hospital system. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 26(3), 139–148. Retrieved from: <https://doi.org/10.36303/SAJAA.2020.26.3.2343>
- Gomes, F., Amendoeira, J., & Martins, M.M. (2012). A Comunicação no Processo Terapêutico das Famílias de Doentes Mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 54-60. Retrieved from: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0080>
- Hales BM, Pronovost PJ. (2006) The checklist-a tool for error management and performance improvement. *Journal Critical Care*.
- Hendrich A, Lee N. Intra-unit patient transports: time, motion and cost impact on hospital efficiency. *Nurs Econ*. 2005; 23: 157-64.
- Ibarra, G., Rivera, A., Fernandez-Ibarburu, B., Lorca-García, C., & Garcia-Ruano, A. (2020). Prone position pressure sores in the COVID-19 pandemic: The Madrid experience. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 74(9), 2141–2148. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2020.12.057>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). Situação de exceção – manual de TAS. Retrieved from: Situação-Exceção.pdf (inem.pt)
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Sistema Integrado de Emergência Médica*. 1–20. Retrieved from: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emergência-Médica.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica, I. N. E. M. (2017). INEM: História do INEM. Retrieved from: <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Carteira de Serviços do INEM*. Retrieved from: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/12/Carteira-de-Serviços-do-INEM.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. 244. Retrieved from: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2019.pdf>
- International Council of Nurses. (2019). *Core Competencies in Disaster Nursing Version 2.0*. 1–16. Retrieved from: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN\\_Disaster-Comp-Report\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf)
- Intensive Care Society. Guidelines for the transport of the critically ill adult. 3 ed. (2011): Retrieved from: <http://www.ics.ac.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=482&>
- Intensive Care Society. (2019). Guidance On: The Transfer Of The Critically Ill Adult. *The Faculty of Intensive Care Medicine*, 1–40. Retrieved from: [https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer\\_critically\\_ill\\_adult\\_2019.pdf](https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf)

- Jia L, Wang H, Gao Y, Liu H, Yu K. (2016). High incidence of adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients and new related risk factors: A prospective, multicenter study in China. *Critical Care*.
- Jones, H. M., Zychowicz, M. E., Champagne, M., & Thornlow, D. K. (2016). Intrahospital transport of the critically ill adult: A standardized evaluation plan. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(3), 133–146 Retrieved from: <https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000176>
- Jung, D., Carman, M., Aga, R., & Burnett, A. (2016). Disaster Preparedness in the Emergency Department Using In Situ Simulation. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 38(1), 56–68. Retrieved from: <https://doi.org/10.1097/tme.000000000000091>
- Karlsson, J., Eriksson, T., Lindahl, B., & Fridh, I. (2019). The Patient's Situation During Interhospital Intensive Care Unit-to-Unit Transfers: A Hermeneutical Observational Study. Retrieved from: doi: <http://doi.org/10.1177/1049732319831664>
- Kim, H., & Park, S. (2019). Sepsis: Early Recognition and Optimized Treatment. *Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 82(1), 6. Retrieved from: <https://doi.org/10.4046/trd.2018.0041>
- Kim, T. H., Song, K. J., Shin, S. Do, Ro, Y. S., Hong, K. J., & Park, J. H. (2020). Effect of Specialized Critical Care Transport Unit on Short-Term Mortality of Critically ILL Patients Undergoing Interhospital Transport. *Pre-hospital Emergency Care*, 24(1), 46–54. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/10903127.2019.1607959>
- Klim, S., Kelly, A., Kerr, D., Wood, S., & Mccann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: An individualised and systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2233-2243. <https://doi.org/10.1111/jocn.12274>
- Knight, P. H., Maheshwari, N., Hussain, J., Scholl, M., Hughes, M., Papadimos, T. J., ... Latchana, N. (2015). Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 5(4), 256–264. Retrieved from: <https://doi.org/10.4103/2229-5151.170840>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Kolcaba, K. (2009). *Comfort*. In PETERSON, Sandra J.; BREDOW, Timothy S. - *Middle Range Theories. Application to Nursing Research*. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Inc.
- Kue R, Brow P, Ness C, Scheulen J. (2011). Adverse clinical events during intrahospital transport by a specialized team: a preliminary report. *Am J Crit Care*.
- Kwack, W. G., Yun, M., Lee, D. S., Min, H., Choi, Y. Y., Lim, S. Y., ... & Cho, Y. J. (2018). Effectiveness of intrahospital transportation of mechanically ventilated patients in medical intensive care unit by the rapid response team: A cohort study. *Medicine*, 97(48). Retrieved from: doi: <http://doi.org/10.1097/MD.000000000013490>
- Lei nº 161/1996 de 16 de (1996). Lei nº 161/96. *DR, I Série-A, Nº 205*, 2959–2962. Retrieved from: [http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/saudelgis/cns/1996/res0196\\_10\\_10\\_1996.html](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/saudelgis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html) [http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- Lei nº 80/2015 de 3 de Agosto: Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, de 3 de julho., que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Assembleia da República. *Diário da República: 1ª série, Nº149 (03/08/2015)*, p. 5311-5326. Retrieved from: <https://www.dre.pt>

- Lucchini A., Elli S., Gariboldi R., Tundo P., Doni V., Felippis C., & Matteo G. (2012). Standardizzazione delle procedure di trasporto del paziente critico ricoverato in terapia intensiva. *Official Italian Journal of ANIARTI*, 29(3),15-20 Retrieved from: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/83147116/standardizzazione-delle-procedure-di-trasporto-del-paziente-critico-ricoverato-terapia-intensiva-studio-osservazionale-su-68-trasporti-intraospedalieri>
- Macedo, R. P. A. (2017). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa.228. Retrieved from: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4428/1/TeseFinal Inácio.pdf?fbclid=IwAR3TyQoFw2uz3ubypv6iO23-oamCwllD7lkOwacDLw7OGKniG4E1I0MqzB4](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4428/1/TeseFinal%20In%C3%A1cio.pdf?fbclid=IwAR3TyQoFw2uz3ubypv6iO23-oamCwllD7lkOwacDLw7OGKniG4E1I0MqzB4)
- Machado, Fernanda (2012).Monitorização hemodinâmica invasiva. Retrieved from: <http://www.enfermagemvirtual.com.br/enfermagem/principal/conteudo.asp?id=7602>
- Martins, A., Pinto, A., Lourenço, C.M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M.J., Almeida, M.P.P, Mendes, O.S., & Santos, R.M. (2008). Qual o Lugar da Escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar em Enfermagem*, vol.12 (2), Retrieved from: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_52-61.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf)
- Marquis, B. L., Huston, C. J. (2015). Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. 8. ed. Porto Alegre, Artmed
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. Retrieved from: <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress*. (5ª Edição). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Meneguim, S., Helena, P., Alegre, C., Helena, C., Luppi, B., Correspondente, A., De, D., & Junior, R. (2014). Artigo Original Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar Characterization of the intrahospital transport of critically ill patients. *Acta Paul Enferm*, 27(2), 115–124. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982->
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 2902/2013 de 22 de fevereiro de 2013. *Diário Da República*, 38, 7179–7180. Retrieved from: <https://dre.pt/application/file/1937273>
- Ministério da Saúde. (2014). São definidas a estrutura física, logística e de recursos humanos dos Serviços de Urgência. *Diário Da República*, 2.ª Série - n.º 153 (11-08-2014), 8174–8175.
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário Da República*, 2.ª série(28), 3882(2)-(10). Retrieved from: <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&dreId=66463210%5Cnhttps://dre.pt/application/file/66457154>
- Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, PPCIRA (2015). Programa de Vigilância Epidemiológica Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea Protocolo. pp8
- Ministério da Saúde. (2017). INEM renova e completa equipa de comissão de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos. Retrieved from: INEM renova e completa equipa de Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos – INEM
- Ministério da Saúde (2021). Despacho n.º 9390/2021. Gabinete do Secretário de estado Adjunto e da Saúde - Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). *Diário Da República*,

*II Série — N.º 187 — 24 de Setembro de 2021, 96–103. Retrieved from:*  
<https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

- Morais, S. A., & Almeida, L. F. (2013). Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)*, 12(3), 138–146 *Retrieved from:* <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7541>
- Moreira, F. J. C. (2014). *Análise da emergência em estabelecimentos hospitalares*.
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C., & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista De Enfermagem*, 30(3), 323–332. *Retrieved from:* <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Morgado, T., Seabra, S., Ferreira, F., Mendes, A., Mateus, F., Pereira, F., & Morais, M. E. (2014). A tomada de decisão ético-deontológica dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Bioética*, 20, 112–129.
- Nespereira, G. P., Cabadas, A. R., Leal Ruiloba, M. S., Rodríguez Pérez, J., Broullón, D. A., R. G. A. (2020). Estudio retrospectivo de la seguridad en el traslado de los pacientes críticos tras aplicación de la metodología para la gestión de riesgo. In *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*, 67(3), 119-129. *Retrieved from:* <https://doi.org/10.1016/j.redar.2019.10.003>
- Nora, C., Deodato, S., Vieira, M. & Zoboli, E. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 25(2), 1-9. *Retrieved from:* <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Ntusi, N., Aubin, L., Oliver, S., Whitelaw, A., & Mendelson, M. (2010). Guideline for the optimal use of blood cultures. *South African Medical Journal*, 100(12), 839–843. *Retrieved from:* <https://doi.org/10.7196/samj.4217>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias - Parecer CJ/20 – 2001. *Ordem Dos Enfermeiros*, 3. *Retrieved from:* [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer\\_CJ\\_20-2001.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. *Retrieved from:* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho Jurisdicional. (2007). Delegação - Tomada de posição. In *Ordem dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–9 *Retrieved from:* [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Divulgar.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. *Retrieved from:* [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. *Retrieved from:* [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros, C. de E. e M. do C. da E. de E. M.-C. (2017). *Parecer Conjunto nº. 01/2017: atribuição do responsável de turno* (p. 3) Retrieved from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE\\_MCEEMC\\_01-2017\\_AtribuicaoResponsavelTurno\\_.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica Retrieved from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer N.º 15/2018: Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva. *Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018*, 1–4 Retrieved from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%BA15\\_2018-fun%EF%F5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%BA15_2018-fun%EF%F5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer nº14/2018 Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala de Reanimação – Posto de Trabalho nos Serviços de Urgência/Emergência. *Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2016*, 1–3. Retrieved from: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº-14\\_2018\\_rectificado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº-14_2018_rectificado.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à. *Diário Da República, 2ª Série, nº 135, 19359–19370*. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2a Série, nº 26, 4744–4750*. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário Da República, II Série (Nº 184 de 25-09-2019)*, 128–155. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos, Recomendações. (Comissão da Competência em Emergência Médica)*, 1–30. Retrieved from: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Miguel, J., José, R., Nóbrega, J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação - Medicina Intensiva. *República Portuguesa - Saúde*, 6–10. Retrieved from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work methods for nursing care delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–17. Retrieved from : <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Parmentier-Decrucq, E., 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(1), 1–10. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/2110-5820-3-10>
- Papson, J. P. N., Russell, K. L., & Taylor, D. M. D. (2007). Unexpected Events during the Intrahospital Transport of Critically Ill Patients. *Academic Emergency Medicine*, 14(6), 574–577. Retrieved from: <https://doi.org/10.1197/j.aem.2007.02.034>

- Pedreira, L. C., Santos, I. de M., Farias, M. A., Sampaio, E. e. S., Barros, C. S. M. A., & Coelho, A. C. C. (2014). Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra-hospitalar do paciente crítico. *Revista Enfermagem*, 22(4), 533–539.
- Perrin, K., & MacLeod, C. (2018). *Understanding the essentials of critical care nursing* (3ª ed.). Pearson.
- Peterson, S. (2009). Introduction to the Nature of Nursing Knowledge. In S. Peterson, & T. Bredow, *Midle Range Theories - Application to the Nursing Research* (p. 3-45). Estados Unidos da América: Wolters Kluwer.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Temático(10), 27–39. Retrieved from: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Pinheiro, M. F. R. (1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*, 42 (6) Nov. Dez, 319-331.
- Pinto, P. S. (2013). Entre a teoria e a prática: Desenvolvimento de competências no ensino clínico de integração à vida profissional. *Nursing Digital Magazine*, 289. Retrieved from: <http://www.nursing.pt/entre-a-teoria-e-a-pratica-desenvolvimento-decompetencias-no-ensino-clinico-deintegracao-a-vida-profissional/>
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e procedimentos* (5aed) Loures: Lusociência.
- Polit, D.F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre RS Brasil, Armed.
- Raizer CN, Cruz ICF da. (2016) Transporte intra-hospitalar dos clientes criticos: revisao sistematizada da literatura para um protocolo clinico. *Journal of Specialized Nursing Care*;8,No1
- Regulamento n.º 76/2018. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário Da República*, 2ª Série (Nº 21 de 30 de Janeiro de 2018), 3478–3487. Retrieved from: <https://dre.pt/application/file/a/114591764%0Ahttps://dre.pt/application/conteudo/114599547>
- Ringdal, M., Chaboyer, W., & Warrén Stomberg, M. (2016). Intrahospital transports of critically ill patients: critical care nurses' perceptions. *Nursing in critical care*, 21(3), 178- 184. Retrieved from: doi: <http://doi.org/10.1111/nicc.12229>
- Rocha (2011). *Manual de Infeção hospitalar: Prevenção e Controlo de Infeção em Unidade de Emergência*. 2ª Ed. Brazil. Rio de Janeiro
- Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes 7º Curso Licenciatura Enfermagem. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1-37. Retrieved from: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Sackett, David L. - *Medicina baseada em evidências: prática e ensino*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. XII, 270 p. ISBN 853630071x
- Santos, B. S. dos, Bueno, C. K. S., Bizinelli, T. S. Q., & Ribeiro, E. R. (2019). a Segurança No Transporte Do Paciente Crítico Em Ambiente Intra-Hospitalar: Uma Revisão Integrativa. *Espaço Para a Saúde - Revista de Saúde Pública Do Paraná*, 20(2), 90–101. Retrieved from: <https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n2p90>

- Sapeta, P. (2013). Desenvolvimento de competências: os saberes teóricos e os saberes práticos. *Revista do Instituto Politécnico de Castelo Branco* 3(4), 4-9. Retrieved from: [https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/3079/1/R\\_IPCB4\\_1.pdf](https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/3079/1/R_IPCB4_1.pdf)
- Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 12, 6-8. Retrieved from: n12a01.pdf (scielo.pt)
- Silva A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Seruir*.55(1-2):21-31.
- Silva, A. M. da. (2009). Triagem de Prioridades na Urgência. Sistema de Manchester. 1–232. Retrieved from: <https://pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triagem-Manchester>
- Silva, M. C., Santos, A. & Anderson, M. (2009). Glossário de Proteção Civil. Unidade de Previsão de Riscos e Alerta e Núcleo de Certificação e Fiscalização. Retrieved from: [http://www.prociv.pt/bk/EDICOES/OUTRASEDIC/OES/Documents/GLOSSARIO-31\\_Mar\\_09.pdf](http://www.prociv.pt/bk/EDICOES/OUTRASEDIC/OES/Documents/GLOSSARIO-31_Mar_09.pdf)
- Silva, M.A.T.C.P. (2011). Intenções Dominantes nas Conceções de Enfermagem (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8685>
- Silva, A. G. da. (2012). A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos - vivências da família. 107. Retrieved from: <http://repositorio.ipvc.pt/handle/123456789/1200%5Cn>
- Silva, R., & Amante, L. N. (2015). Checklist Para O Transporte Intra-Hospitalar De Pacientes Checklist for the Intra-hospital Transport of Patients Admitted To the Intensive Care Unit. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(2), 539–547.
- Silva, M. (2017). Método de trabalho de Enfermeiro Responsável: Melhoria da Qualidade (Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20881>
- Silva R, Amante LN, Salum NC, et al. Incidentes e Eventos Adversos no Transporte Intra-Hospitalar em Terapia Intensiva. (2018);8:e2805. Retrieved from: doi <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.280>
- Simões, J. F., Alarcão, I. & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Referência*, 2 (6), 91-108.
- Simões, J., Sa-Couto, P., Simões, C., Oliveira, C., Santos, N., Mateus, J...Martins, M. (2020). Nursing workload assessment in na intensive unit: A 5-year retrospective analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 30 (3-4), 528-540. Retrieved from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/23035>
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2009). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (11ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan
- Soares, C. (2004). *Supervisão e Formação Profissional - um estudo em contexto de trabalho*. Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Sousa, J., Meneses, D., Alves, D., Machado, L., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Content of information exchanged by emergency room nurses during shift handover. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2019(21), 151–158. Retrieved from: <https://doi.org/10.12707/RIV19014>
- Tavares, F. J. M. (2020). Extubação orotraqueal eletiva: uniformizar cuidados de enfermagem em cuidados intensivos

- Teles MA, Neto JS, Puster RA, Beltrão BA, Araújo VN, Farias JLM, et al. (2018) Protocolo para transporte intrahospitalar de pacientes da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Walter Cantídio. *Rev Med da UFC*.58(4):83–9.
- Vieira, S. (2018). Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem: Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Braga: Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem. Dissertação de Mestrado
- Veiga, V. C., Postalli, N. F., Alvarisa, T. K., Travassos, P. P., Vale, R. T. da S., Oliveira, C. Z. de, & Rojas, S. S. O. (2019). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 31(1), 15–20. Retrieved from: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>
- Warren, J., Fromm, R. E., Orr, R. A., Rotello, L. C., & Mathilda Horst, H. (2004). Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 32(1), 256–262. Retrieved from: <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000104917.39204.0A>
- Williams, P., Karuppiyah, S., Greentree, K., & Darvall, J. (2019). A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with transportation safety guidelines. *Australian Critical Care*. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.02.004>
- World Health Organization. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. *Relatório Técnico Final*, 142. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- World Health Organization. (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care Associated Infection Worldwide. World Health Organization. Retrieved from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf)
- Zuchelo LTS, Chiavone PT. Transporte intra-hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardi-respiratórias e eventos adversos. *J Bras Pneumol* (2009) Retrieved from: [http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n4/v35\\_n4a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n4/v35_n4a11.pdf)

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – PROCEDIMENTO PARA A MANUTENÇÃO DA PRESSÃO DO *CUFF***

## **Procedimento para a Manutenção da Pressão do *Cuff***

### **Siglas e Abreviaturas**

cmH<sub>2</sub>O – centímetros de água

DGS – Direção Geral da Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

SU – Serviço de Urgência

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

### **Introdução**

O SU é uma porta de entrada para doentes críticos, que muitas vezes necessitam de VMI. Para além dos doentes que são intubados na sala de emergência, o SU tem quatro camas de cuidados intensivos, onde permanecem doentes que necessitam deste suporte ventilatório.

A VMI tem várias complicações possíveis, sendo a mais comum a Pneumonia Associada à Intubação. A PAI está diretamente relacionada com o aumento da mortalidade, dos dias de internamento e dos custos durante a VMI (Rouzé & Nseir, 2013).

A DGS definiu um Feixe de Intervenções para a prevenção desta complicação. Na Norma 021/2015 p.1 as intervenções definidas são:

- Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação;
- Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ ou extubação;
- Manter cabeceira do leito em ângulo superior ou igual a 30º, evitando momentos de posição supina;
- Realizar higiene oral com clorhexidina a 0,2%, pelo menos três vezes ao dia, se idade superior a dois meses;
- Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando sujos ou disfuncionantes;
- Manter a pressão do balão do tubo endotraqueal (*cuff*) entre 20 e 30 cm de H<sub>2</sub>O.

A pressão do *cuff* é transmitida de forma direta às paredes da traqueia, o que pode causar lesões desta estrutura e estar associada ao aparecimento da PAI.

Com a elaboração deste procedimento pretende-se definir a metodologia de manutenção da pressão do *cuff* em utentes intubados traquealmente, de modo a minimizar lesões e prevenir a PAI, através da utilização do dispositivo de controlo de pressão manual.

### **Fundamentação Teórica**

No doente crítico há, muitas vezes, a necessidade de manter uma via aérea artificial para manutenção da sua permeabilidade e da segurança da ventilação (*European Resuscitation Council*, 2015). O método utilizado para estabelecer uma via aérea é a introdução de um tubo na traqueia por via oral, nasal ou através de traqueostomia temporária ou definitiva (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

O tubo endotraqueal permite uma ventilação eficaz, o *cuff* existente na sua extremidade distal possibilita a selagem entre as vias aéreas superiores e inferiores (DGS, 2015a). Considera-se uma selagem eficaz quando o *cuff* exerce uma pressão suficiente na parede interna da traqueia de modo a impedir a microaspiração de secreções potencialmente contaminadas, a entrada de corpos estranhos e a aspiração de conteúdo gástrico (DGS, 2017).

Se por um lado a pressão do *cuff* tem de ser suficiente para permitir uma selagem eficaz, por outro o valor da pressão tem de permitir a perfusão capilar adequada da parede da traqueia de forma a evitar lesões resultantes da isquémia. A presença prolongada do tubo endotraqueal causa danos nas vias aéreas por alteração das células epiteliais, o que favorece a colonização bacteriana traqueal (Lima Aires Gomes, Barbosa Rezende, Silva, Almeida, & Beresford, 2009).

São vários os fatores que influenciam a pressão do *cuff*, pelo que a sua monitorização deve ser realizada regularmente. Sole *et al.*, (2009) referem que esta diminui espontaneamente ao longo do tempo. Outros fatores a considerar são a posição do corpo e cabeça do utente, temperatura corporal, uso de sedativos e bloqueadores neuromusculares, pressão da via aérea, aspiração de secreções e tosse (Nseir *et al.*, 2009; Nseir, Zerimech, Jaillette, Artru, & Balduyck, 2012; Sole *et al.*, 2009).

A pressão da perfusão capilar da traqueia é de 32 cmH<sub>2</sub>O, pelo que a pressão do *cuff* deve ser mantida nos 25 cmH<sub>2</sub>O. A manutenção deste valor é justificada pela ocorrência de

microaspiração quando a pressão do *cuff* se encontra abaixo dos 20 cmH<sub>2</sub>O (Castilho *et al.*, 2003). Quando aplicada uma pressão do *cuff* superior a 30 cmH<sub>2</sub>O existe uma diminuição da irrigação sanguínea da mucosa da traqueia (Seegobin & Van Hasselt, 1984; Touat *et al.*, 2013).

As complicações mais frequentes de uma pressão do balão elevada são a formação de fístulas traqueoesofágicas, traqueomalácia, estenose e hemorragia (Lizy & Labeau, 2011).

Não existem recomendações consensuais para o método e a frequência de avaliação da pressão do *cuff*. O recurso a dispositivos manuais de medição intermitente da pressão revela-se eficaz na deteção de hipo ou hiperinsuflação do *cuff* (Rouzé & Nseir, 2013). Esta também pode ser monitorizada através de dispositivos automáticos de monitorização contínua. A palpação manual é considerada um método inadequado para monitorização da pressão do *cuff* (Giusti, Rogari, Gili, & Nisi, 2017).

Tendo em conta as variações das práticas clínicas, Kumar *et al* (2021) sugerem que a pressão do *cuff* seja avaliada três vezes por dia, para manter os valores dentro da faixa desejada. A frequência de avaliação com recurso a dispositivo manual não deve exceder o recomendado, uma vez que as monitorizações frequentes da pressão do *cuff* contribuem para um aumento da probabilidade da aspiração de secreções acumuladas junto ao *cuff* (Letvin *et al.*, 2018).

Seja qual for o método de monitorização, os enfermeiros devem estar sensibilizados para a probabilidade de variações da pressão do *cuff*, conhecer os riscos para a segurança do doente e a necessidade de existirem procedimentos baseados na evidência clínica, normalizados e uniformizados para garantir a qualidade dos cuidados e a segurança do doente.

## **Procedimento**

Âmbito – aplica-se ao SU

Responsável pela Execução – Enfermeiro responsável pelo utente

Horário – Após a entubação e, posteriormente, uma vez por turno ou em SOS

Material e Equipamento – manómetro de pressão manual

### Orientações para o Procedimento

Compete ao Enfermeiro a Monitorização do *cuff* no utente ventilado

- Insuflar o *cuff* com uma pressão mínima, suficiente para vedar a traqueia, não permitindo a fuga de ar durante a ventilação, sem ultrapassar os 25 cmH<sub>2</sub>O, de modo a permitir a perfusão adequada da mucosa traqueal;
- Evitar uma pressão do *cuff* inferior a 20 cmH<sub>2</sub>O, incapaz de vedar a via aérea, por aumento do risco de microaspiração;
- Monitorizar a pressão do *cuff*, com recurso ao manómetro de pressão manual.

Limpeza – de acordo com as instruções do fabricante.

Registos – Para os utentes na SE, realizar o registo no aplicativo *SClinico* nas notas de enfermagem, escrevendo que foi verificada e qual a pressão do *cuff*.

Nos utentes em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, realizar o registo do valor da pressão do *cuff* no aplicativo informático *B-Simple - ICU®*, uma vez por turno através da intervenção de enfermagem “Monitorizar a pressão do *cuff*”.

## Referências Bibliográficas

- Castilho, E. C., Braz, J. R. C., Catâneo, A. J. M., Martins, R. H. G., Gregório, E. A., & Monteiro, E. R. (2003). Effects of tracheal tube cuff limit pressure (25 cmH<sub>2</sub>O) and 'seal' pressure on tracheal mucosa of dogs. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 53(6), 743–755.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. *Norma N°021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 30/05/2017*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. *Norma N°011/2016 de 28/10/2016 Atualizada a 03/03/2017*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112016-de-28102016-pdf.aspx>
- European Resuscitation Council. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Niel. European Resuscitation Council.
- Giusti, G. D., Rogari, C., Gili, A., & Nisi, F. (2017). Cuff pressure monitoring by manual palpation in intubated patients: How accurate is it? A manikin simulation study. *Australian Critical Care*, 30(4), 234–238. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.10.001>
- Kumar, C. M., Seet, E., & Van Zundert, T. C. R. V. (2021). Measuring endotracheal tube intracuff pressure: no room for complacency. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*, 35(1), 3–10. <https://doi.org/10.1007/s10877-020-00501-2>
- Letvin, A., Kremer, P., Silver, P. C., Samih, N., Reed-Watts, P., & Kollef, M. H. (2018). Frequent versus infrequent monitoring of endotracheal tube cuff pressures. *Respiratory Care*, 63(5), 495. <https://doi.org/10.4187/respcare.05926>
- Lima Aires Gomes, G. P., Barbosa Rezende, A. A., Silva, Í. L., Almeida, J. D. P. de A. P. de, & Beresford, H. (2009). Cuidados de enfermagem dispensados aos pacientes com tubo orotraqueal: avaliação realizada em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 3(4), 808. <https://doi.org/10.5205/reuol.581-3802-1-rv.0304200903>
- Lizy, C., & Labeau, S. (2011). Deviations in Endotracheal Cuff Pressure During Intensive Care. *AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE*, 20(6), 1763–1764. <https://doi.org/10.1136/bmj.288.6432.1763-d>
- Nseir, S., Brisson, H., Marquette, C. H., Chaud, P., Pompeo, C. Di, Diarra, M., & Durocher, A. (2009). Variations in endotracheal cuff pressure in intubated critically ill patients: Prevalence and risk factors. *European Journal of Anaesthesiology*, 26(3), 229–234. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e3283222b6e>
- Nseir, S., Zerimech, F., Jaillette, E., Artru, F., & Balduyck, M. (2012). Microaspiration in Intubated Critically Ill Patients: Diagnosis and Prevention. *Infectious Disorders - Drug Targets*, 11(4), 413–423. <https://doi.org/10.2174/187152611796504827>
- Phipps, W. J., Sands, J. K., & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6th ed.). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Rouzé, A., & Nseir, S. (2013). Continuous control of tracheal cuff pressure for the prevention of ventilator-Associated pneumonia in critically ill patients: Where is the evidence? *Current Opinion in Critical Care*, 19(5), 440–447. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e3283636b71>
- Seegobin, R. D., & Van Hasselt, G. L. (1984). Endotracheal cuff pressure and tracheal mucosal blood flow: endoscopic study of effects of four large volume cuffs. *British Medical Journal*, 288(6422), 965–968. <https://doi.org/10.1136/bmj.288.6422.965>
- Sole, M. Lou, Penoyer, D. A., Su, X. G., Jimenez, E., Kalita, S. J., Poalillo, E., ... Ludy, J. E. (2009). Assessment of endotracheal cuff pressure by continuous monitoring: A pilot study. *American Journal of Critical Care*,

18(2), 133–143. <https://doi.org/10.4037/ajcc2009441>

Touat, L., Fournier, C., Ramon, P., Salleron, J., Durocher, A., & Nseir, S. (2013). Intubation-related tracheal ischemic lesions: Incidence, risk factors, and outcome. *Intensive Care Medicine*, 39(4), 575–582. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2750-6>

## **APÊNDICE II– FASE PRÉ-ANALÍTICA DAS HEMOCULTURAS**

## **PROCEDIMENTO PARA A FASE PRÉ-ANALÍTICA DAS HEMOCULTURAS**

### **1. OBJETIVO**

Sistematizar e uniformizar os procedimentos a executar na fase pré-analítica das Hemoculturas.

### **2. ÂMBITO**

Aplica-se aos serviços de internamento e de urgência de adultos da instituição.

### **3. SIGLAS E ABREVIATURAS**

DGS – Direção-Geral da Saúde

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

ICS – Infecção da Corrente Sanguínea

### **4. DEFINIÇÕES**

Hemocultura: prova analítica que consiste na colheita e inoculação de sangue num meio de cultura, com o objetivo de determinar se existe crescimento de bactérias ou fungos patogénicos que sejam responsáveis pela situação clínica do utente. (1)

Contaminação: presença de um microrganismo que foi introduzido na cultura durante a colheita ou no seu processamento que não é patogénico para o utente. (2)

### **5. DESCRIÇÃO**

As ICS devem-se a causas multifatoriais e apresentam fisiopatologia, critérios de diagnóstico, implicações terapêuticas, prognósticas e preventivas distintas. Particularmente do ponto de vista de tratamento, são importantes a presença ou ausência de foco primário de origem, presença ou ausência de acesso vascular, tipo de acesso, envolvimento e possibilidade de remoção do mesmo, sinais locais de infecção do cateter. (3)

Os critérios de diagnóstico de ICS com confirmação laboratorial, baseiam-se em 2 critérios, sendo suficiente a presença de um deles.

- Critério 1 - Uma ou mais hemoculturas positivas para um microrganismo reconhecidamente patogénico, sem relação com qualquer outro foco infeccioso
- Critério 2 - O utente apresenta pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas: febre (> 38°C), calafrios ou hipotensão, e pelo menos duas hemoculturas (colhidas em ocasiões distintas, usualmente num período de 48 horas), com isolamento do mesmo microrganismo contaminante habitual da pele. (4)

As hemoculturas têm um impacto importante no tratamento da bacteriémia, uma vez que a hemocultura positiva para microrganismos patogénicos é um indicador altamente específico da ICS, permitindo que a identificação do agente e o antibiograma auxiliem na orientação terapêutica. (5) Para um resultado fidedigno é necessário garantir uma fase pré-analítica com elevada qualidade. A contaminação das hemoculturas é uma ocorrência comum e que pode levar à confusão na interpretação dos seus resultados. As contaminações deste meio diagnóstico levam ao aumento do número de dias de internamento, à administração de antibioterapia desnecessária, repetição e conseqüente aumento dos testes laboratoriais. (6)

As amostras de sangue obtidas de acessos intravasculares previamente inseridos têm altas taxas de contaminação e devem ser evitadas, pelo que deve ser dada preferência à venopunção periférica (7). As colheitas de cateter intravascular só devem ser realizadas quando existe suspeita de infeção relacionada com o dispositivo, neste caso a amostra obtida através do cateter deve ser acompanhada por uma ou duas amostras de veia periférica. (8)

## 5.1 RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Enfermeiros que exercem funções nos serviços de internamento e de Urgência dedicados a cuidados a adultos da instituição, sendo da sua responsabilidade a execução correta da fase pré-analítica das hemoculturas.

## 5.2 HORÁRIO

Sempre que seja necessário realizar colheita de sangue para hemoculturas.

### 5.3 PROCEDIMENTO

- Passo 1: Preparar o material necessário

4 Frascos de Hemoculturas (2 frascos para anaeróbios e 2 frascos para aeróbios), caso haja requisição adicionar 2 frascos para micobactérias e/ou fungos;

2 Seringas de 20 ml;

2 Agulhas de 22G;

Luvas esterilizadas ou luvas de nitrilo se recurso a técnica *non touch*;

Compressas esterilizadas;

Garrote, de preferência descartável;

Álcool a 70%;

Clorohexidina 2% em solução alcoólica em spray;

SABA;

Pensos;

Contentor de corto-perfurantes.

- Passo 2: Higienizar as mãos com SABA.

Justificação: De acordo com o preconizado na norma nº 007/2019 da DGS – Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. (9)

- Passo 3: Confirmar a identificação do utente (com o próprio, com a pulseira de identificação e com as requisições).

- Passo 4: Explicar o procedimento ao utente.

- Passo 5: Remover as tampas dos frascos de culturas e desinfetar a borracha com álcool a 70%, deixando-a protegida com uma compressa esterilizada durante o procedimento.

Justificação: a borracha no topo dos frascos de hemocultura não é estéril. (10)

- Passo 6: Aplicar a clorhexidina 2% em solução alcoólica em spray no local de venopunção e esperar 30 segundos. Caso a pessoa seja alérgica, usar álcool a 70%.

Justificação: A desinfecção deficitária ou inapropriada da pele é uma das fontes mais comuns de contaminação das hemoculturas, sendo o *Staphylococcus* coagulase negativo o microrganismo mais detetado. (11) (12)

- Passo 7: Higienizar as mãos com SABA.

- Passo 8: Calçar as luvas esterilizadas ou luvas de nitrilo, caso se execute a técnica assética *non touch*.

- Passo 9: Proceder à colheita de sangue, aspirando 20ml.

Justificação: Quanto maior o volume de sangue colhido, maior a possibilidade de positividade fiável. O frasco de hemoculturas contém no seu caldo um anticoagulante que inativa lisozimas, alguns antibióticos e parte de alguns complementos da cascata de coagulação, porém este anticoagulante pode ser tóxico para alguns microrganismos, pelo que a diluição do sangue no caldo de cultura deve cumprir o rácio de 1:5. (13) (14)

- Passo 10: Retirar a compressa do topo dos frascos de cultura, inocular o sangue, primeiro no frasco para anaeróbios seguido do frasco para aeróbios, mantendo-os na vertical e sem trocar a agulha.

Justificação: O frasco anaeróbio deve ser preenchido primeiro para evitar a entrada de ar. (15)  
O risco de picada acidental do profissional de saúde quando se recorre à técnica de troca de agulhas na inoculação, é superior ao risco de contaminação da hemocultura usando apenas uma agulha. (16)

- Passo 11: Agitar os frascos por inversão.

Justificação: Para misturar o sangue com o caldo de cultura. (17)

- Passo 12: Retirar as luvas e higienizar as mãos.

- Passo 13: Identificar os frascos com as etiquetas da requisição, o local de punção e número de ordem das colheitas e hora, sem tapar o código de barras.

- Passo 14: Repetir os passos 6-13 para colheita da segunda amostra, num local anatómico diferente.

- Passo 15: Proceder ao envio dos frascos de imediato para o laboratório. Se não for possível o transporte imediato, os frascos devem ser mantidos à temperatura ambiente, num máximo até 12 horas. (18)

Justificação: As amostras devem ser enviadas de imediato para o laboratório para que seja dissipado um crescimento microbiano anterior à colocação das hemoculturas no aparelho de deteção de microrganismos, uma vez que este assume sempre o valor de entrada como o zero de crescimento, se a hemocultura for colocada dentro do aparelho já com crescimento, este vai assumir esse valor como negativo. (19)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ntusi, N., Aubin, L., Oliver, S., Whitelaw, A., & Mendelson, M. (2010). Guideline for the optimal use of blood cultures. *South African Medical Journal*, 100(12), pp839. <https://doi.org/10.7196/samj.4217>
- (2) Dargère, S., Cormier, H., & Verdon, R. (2018). Contaminants in blood cultures: importance, implications, interpretation and prevention. *Clinical Microbiology and Infection*, 24(9), pp964. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2018.03.030>
- (3) Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, PPCIRA (2015). Programa de Vigilância Epidemiológica Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea Protocolo. pp97
- (4) Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, PPCIRA (2015). Programa de Vigilância Epidemiológica Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea Protocolo. pp8
- (5) Araújo, M. R. E. de. (2012). Hemocultura: recomendações de coleta, processamento e interpretação dos resultados. pp8
- (6) Gonsalves, W. I., Cornish, N., Moore, M., Chen, A., & Varman, M. (2009). Effects of volume and site of blood draw on blood culture results. *Journal of Clinical Microbiology*, 47(11), pp3482. <https://doi.org/10.1128/JCM.02107-08>
- (7) Kirn, T. J., & Weinstein, M. P. (2013). Update on blood cultures: How to obtain, process, report, and interpret. *Clinical Microbiology and Infection*, 19(6), pp514. <https://doi.org/10.1111/1469-0691.12180>
- (8) Araújo, M. R. E. de. (2012). Hemocultura: recomendações de coleta, processamento e interpretação dos resultados. pp11
- (9) Direção-Geral da Saúde. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Direção-Geral Da Saúde, CDC*, 46. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- (10) Hall, K. K., & Lyman, J. A. (2006). Updated review of blood culture contamination. *Clinical Microbiology Reviews*, 19(4), pp 796. <https://doi.org/10.1128/CMR.00062-05>
- (11) Hall, K. K., & Lyman, J. A. (2006). Updated review of blood culture contamination. *Clinical Microbiology Reviews*, 19(4), pp 795. <https://doi.org/10.1128/CMR.00062-05>
- (12) Dargère, S., Cormier, H., & Verdon, R. (2018). Contaminants in blood cultures: importance, implications, interpretation and prevention. *Clinical Microbiology and Infection*, 24(9), pp964. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2018.03.030>
- (13) Araújo, M. R. E. de. (2012). Hemocultura: recomendações de coleta, processamento e interpretação dos resultados. pp11
- (14) Towns, M. L., Jarvis, W. R., & Hsueh, P. R. (2010). Guidelines on Blood Cultures. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 43(4), pp348. [https://doi.org/10.1016/S1684-1182\(10\)60054-0](https://doi.org/10.1016/S1684-1182(10)60054-0)
- (15) BioMérieux. (2018). *Blood Culture - A key investigation for diagnosis of bloodstrem infections* (Vol. 0, Issue 0). [https://www.biomerieux-usa.com/sites/subsidiary\\_us/files/blood culture booklet - prn 16 0097a 00 mk approved13jul161.pdf](https://www.biomerieux-usa.com/sites/subsidiary_us/files/blood%20culture%20booklet_-_prn_16_0097a_00_mk_approved13jul161.pdf)
- (16) Hall, K. K., & Lyman, J. A. (2006). Updated review of blood culture contamination. *Clinical Microbiology Reviews*, 19(4), pp 796. <https://doi.org/10.1128/CMR.00062-05>

(17) Ntusi, N., Aubin, L., Oliver, S., Whitelaw, A., & Mendelson, M. (2010). Guideline for the optimal use of blood cultures. *South African Medical Journal*, 100(12), pp842. <https://doi.org/10.7196/samj.4217>

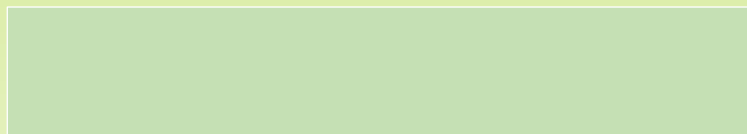
(18) Kirn, T. J., & Weinstein, M. P. (2013). Update on blood cultures: How to obtain, process, report, and interpret. *Clinical Microbiology and Infection*, 19(6), pp514. <https://doi.org/10.1111/1469-0691.12180>

(19) Garcez, A. C. L. (2012). Perfil Microbiológico e Resistência Bacteriana das Hemoculturas da Unidade de Cuidados Intensivos da Unidade Local de Saúde do Alto-Minho. pp 27 Retrieved from [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10509/1/Tese Catarina%20Garcez.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10509/1/Tese%20Catarina%20Garcez.pdf)



## Colheita de Hemoculturas

- 1º Preparar o material necessário; de cultura;
- 2º Higienizar as mãos com SABA; 11º Inocular o sangue nos frascos de cultura, mantendo-os na vertical (1º **Anaeróbio** e 2º **Aeróbio**), sem trocar a agulha;
- 3º Confirmar identificação do utente; 12º Agitar os frascos por inversão;
- 4º Explicar o procedimento ao utente; 13º Retirar luvas e higienizar as mãos;
- 5º Remover as tampas dos frascos de cultura e desinfectar a borracha com Álcool a 70%, deixando-os protegidos com uma compressa esterilizada; 14º Identificar os frascos com as etiquetas de requisição, local de punção, número de ordem da colheita e a hora. Sem tapar o código de barras;
- 6º Aplicar Clorhexidina 2% Alcoólica em Spray\*. Esperar 30 segundos; 15º Repetir os passos anteriores de 6º a 14º para colheita da 2ª Amostra, num local anatómico diferente;
- 7º Higienizar as mãos com SABA; 16º Proceder ao envio dos frascos de imediato para o laboratório.
- 8º Calçar as luvas esterilizadas ou luvas de nitrilo se recorrer a técnica assética non touch;
- 9º Proceder à colheita de 20 ml de sangue; \*caso a pessoa seja alérgica usar álcool a 70%.
- 10º Retirar a compressa do topo dos frascos



**APÊNDICE III -  
A IMPORTÂNCIA DO APOIO À FAMÍLIA NO CONTEXTO DO EXTRA-  
HOSPITALAR**

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório, integrado no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Leiria em parceria com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), nos meios Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

A escolha do tema recaiu sobre o apoio à família no contexto extra-hospitalar, visto ser uma área de interesse pessoal e após reflexão com enfermeiro orientador, chegamos à conclusão que esta é uma temática pouco explorada neste contexto.

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica [Ordem dos Enfermeiros (OE),2018].

A PSC no contexto do extra-hospitalar não pode ser considerada isoladamente, uma vez que integra uma dinâmica familiar, que é o seu núcleo essencial, onde vive, cresce e socializa. Estes vivenciam alterações decorrentes da transição saúde-doença, pelo que a família também deve ser foco dos cuidados dos enfermeiros neste meio.

A prestação de cuidados de enfermagem em contexto extra-hospitalar deve ter em consideração as necessidades das famílias, não só pela situação de vulnerabilidade acrescida que vivenciam, mas também pelo fato destes serem muitas vezes prestados no próprio ambiente familiar.

Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma continua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018).

De acordo com o regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista à PSC, este é responsável pela prestação de cuidados à PSC, bem como à sua família, uma vez que “assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica” (OE, 2018, p.19363).

A família define-se como um “grupo: unidade social ou todo o coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou um todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes”. (*International Council of Nurses [ICN], 2016, p.143*).

Segundo o ICN, 2016 (p.113) “Apoiar” consiste em “assistir: ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem-sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar o peso, a manter-se em posição e a aguentar”.

Uma crise familiar é designada: “Crise: desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz” (ICN, 2016, p.51).

A OE (2018, p.10759) refere que “o exercício de enfermagem em emergência extra-hospitalar é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência, até à unidade de referência assegurando a continuidade dos cuidados”.

Independentemente do local onde se encontra a PSC, é dever dos profissionais de saúde, respeitar, proporcionando-lhe cuidados de qualidade, bem como à sua família.

Este trabalho tem como objetivos:

- Compreender a importância do apoio à família no contexto extra-hospitalar;
- Conhecer estratégias de comunicação para preparar a família para o possível luto.

Este trabalho, para além desta introdução onde se pretende contextualizar de uma forma generalizada a temática do mesmo, é composto por uma reflexão crítica, um plano de cuidados recorrendo à Classificação para a Prática Internacional de Enfermagem (CIPE) e uma conclusão.

## 1. A IMPORTÂNCIA DO APOIO À FAMÍLIA NO CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define família como qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum colocando a substância principal no eixo relacional e sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais (OMS, 1994).

A Constituição da República Portuguesa no seu artigo 67, define “Família” como um elemento fundamental da sociedade, com direito à proteção por parte desta e do estado e à efetivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros.

O conceito de família tem sido ampliado nas últimas décadas, permitindo novas conceções de família e da organização de vida dos seus membros, sendo valorizada por algumas famílias o aspeto mais clássico e por outras, um sentido mais moderno. São inúmeras as definições de família, sendo que é um conceito pessoal e subjetivo para cada um.

Para Silva (2012) família é a principal forma de organização dos seres humanos, um agrupamento social que se baseia em laços de parentesco. Já Bezerra *et al.* (2013), definem família como uma unidade básica da sociedade, centrando-se no processo de desenvolvimento individual e social do ser humano, desempenhando um papel importante na saúde e contribuindo para o bem-estar dos diferentes elementos que compõem a estrutura familiar.

A enfermagem é uma atividade centrada no cuidado humano, com carácter social e natureza específica. Trata-se de um recurso efetivo da sociedade para responder às necessidades de saúde das populações (Silva, 2007).

É urgente a preocupação e o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, com vista a promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar. Estes cuidados são mais que um alongamento da esfera de intervenção de enfermagem. São o desenvolvimento lógico de uma abordagem holística de cuidados, tornando assim a família como foco de cuidados (Sá, Botelho & Henriques, 2015).

Os cuidados de enfermagem à PSC exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação

da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2018).

São os enfermeiros que vivenciam com as pessoas e famílias momentos de transição relacionados com a saúde, o bem-estar e com a capacidade de se auto-cuidarem. Lidam com os ambientes que apoiam ou dificultam as transições pessoais, comunitárias, familiares ou populacionais (Meleis, 2010).

Uma Transição consiste, de acordo com Meleis (2010), em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoa(s) a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do *self* através de processos e os resultados.

São as mudanças na saúde e doença das pessoas que criam um processo de transição. São estas pessoas que, ao vivenciarem um processo de transição se encontram mais vulneráveis a riscos que, por si só, podem afetar o seu estado de completo bem-estar (Meleis *et al.*, 2000).

A experiência de viver uma situação associada ao risco de vida, quer pela PSC, quer pela sua família, é vivida de forma única. A PSC, muitas vezes inconsciente, só consegue ter a perceção da transição que vivencia e da sua gravidade, já numa fase de recuperação. Neste sentido, a família vivencia de forma muito intensa e emocional todos os momentos e pequenas alterações no estado clínico do seu ente querido (Sá *et al.*, 2015).

Neste sentido, a Teoria das Transições de Meleis (2010) permite ao enfermeiro uma melhor compreensão do processo de transição. Este modelo teórico permite aprofundar o conhecimento sobre o processo de transição, de forma a beneficiar a qualidade dos cuidados, resultando em ganhos na saúde. Esta perceção possibilita o estabelecimento de orientações para o exercício profissional, permitindo implementar estratégias de prevenção, promoção e orientação terapêutica face à transição que a PSC e a sua família vivenciam (Meleis, 2010).

Os enfermeiros em contexto extra-hospitalar enfrentam desafios diários no cuidar da PSC e da sua família, os mesmos estão associados à própria apresentação aos familiares, ao cuidar de famílias de diferentes culturas e ao permitir a presença da família em situação de cuidados críticos (Paavilainen, Mikkola, Salminen-Tuomaala & Leikkola, 2017).

Neste contexto os enfermeiros devem mobilizar todas as suas competências, nos vários domínios de conhecimentos e técnico, bem como a capacidade de gestão de procedimentos e emoções, pois as suas intervenções vão muito para além do tratamento sintomático do doente, ao englobar a vertente humana e a dimensão ética implícita no cuidar não só ao doente, mas também à sua família, isto é, cuidar numa vertente holística (Oliveira & Martins, 2013).

Segundo Holmberg, Forslund, Wahlberg e Fagerberg (2016), o enfermeiro em contexto extra-hospitalar deve envolver-se como pessoa sempre com a capacidade de se manter profissional. Também Smart, Kranz, Carmona, Lindner e Newton (2015) referem a importância do escutar, dialogar e apresentar sentido de humor, estar envolvido com a PSC e a sua família. Paavilainen *et al.* (2017), suportam esta teoria quando fazem referência à necessidade do enfermeiro se colocar no lugar da família, de forma a garantir o acompanhamento e o direito à informação por parte destes.

O enfermeiro deve ser o elo de ligação, preparando e criando condições para os cuidados de enfermagem à PSC e família, estar presente para os mesmos, criando-lhes conforto (Holmberg & Fagerberg, 2010).

O envolvimento das famílias no cuidado à PSC aumenta significativamente o grau de satisfação destas em relação ao não acompanhamento (Ekwall, Gerdtz & Manias, 2008). É necessário proporcionar apoio emocional, estabelecer uma relação empática e empoderar as famílias para que estas se sintam envolvidas nos cuidados, sempre com um comportamento calmo por parte dos enfermeiros (Ayub, Sampayo, Shah & Doughty, 2017). Os enfermeiros devem estar preparados para prestar suporte emocional à PSC e família sempre que necessário (Brown, 2016).

Os enfermeiros no extra-hospitalar são diariamente confrontados com obstáculos e desafios como o próprio contexto, recursos humanos limitados e a prestação de múltiplos cuidados simultâneos (Ayub *et al.*, 2017).

Tal é suportado por Sá *et al.* (2015), quando referem a falta de tempo, a ausência de recursos e a priorização constante dos cuidados à PSC e família como dificuldades encontradas pelos enfermeiros. Estes autores descrevem estratégias que garantem cuidados de enfermagem de

excelência neste âmbito: a promoção da presença da família junto da pessoa doente, o apoio em situações de luto, a comunicação eficaz de informações sobre o estado do seu ente querido e a promoção do seu envolvimento na participação dos cuidados à PSC.

A presença e participação da família em situação aguda de cuidados em contexto extra-hospitalar é essencial para os cuidados de enfermagem de excelência em emergência extra-hospitalar (Paavilainen *et al.*, 2017).

Existem vários estudos que demonstram o benefício em manter a família da PSC presente durante a abordagem e tratamento das mesmas. Entre eles a possibilidade de as famílias poderem ter a perceção que tudo está a ser feito pelo seu familiar, sentirem-se úteis para ajudar a pessoa e a equipa, partilharem informação sobre o seu familiar, manter as relações familiares e promover o luto em caso de perda (Leske *et al.*, 2017).

Segundo o definido pelo ICN (2016, p.65) o luto é “experienciado pela família após a perda de um ente querido ou de algum bem material ou imaterial, com manifestação de sofrimento acompanhado por sintomas físicos e emocionais em mais do que um membro da família, ambiente familiar de luto e sofrimento, tristeza partilhada e desorganização temporária das rotinas familiares”.

O enfermeiro, como *team-leader* na emergência extra-hospitalar, assume um papel crucial na sensibilização dos restantes profissionais, bem como no acompanhamento e apoio emocional da família durante os cuidados prestados à vítima. Este deve promover uma comunicação eficaz e ter a capacidade de prestar apoio emocional sempre que necessário, não desprovendo as famílias de informação sobre a PSC.

Segundo o ICN (2016, p.47) a comunicação é definida como “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”.

É de extrema importância estabelecer estratégias eficazes de comunicação fundamentais para o cuidado centrado na pessoa e família, tais como: designar um familiar de referência, antecipar e explicar ações, falar em termos leigos, resumir a situação e transmitir uma primeira impressão, apoio emocional, comunicação eficaz (Sá *et al.*, 2015).

A comunicação é um elemento base para a prática diária do enfermeiro, sendo assim para Barbosa & Neto (2010 p.462), “a comunicação é um processo que permite às pessoas trocar informação sobre si mesmas e sobre o que as rodeia”.

A morte súbita é um acontecimento inesperado e para o qual não existe preparação prévia, o que exige aos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, competência na abordagem e estabilização destas situações, assim como na gestão do processo de morrer e do luto familiar (Sousa, 2013).

É importante existir a consciencialização que o processo complexo de comunicar notícias negativas deve ser adaptado a cada pessoa e a cada situação, tantos de vítimas em idade pediátrica, como vítimas em idade adulta. Deste modo, o enfermeiro de extra-hospitalar deve estar munido de competências na área do apoio emocional e da comunicação.

Para Phaneuf (2005), existem diversos comportamentos e maneiras de ser do profissional de saúde que podem prejudicar ou favorecer a comunicação, são eles: a postura e as atitudes corporais, os gestos, a distância, o contato visual, a expressão facial, a voz, a respiração, o silêncio, a aparência geral e o tocar.

Já Bastera *et al.* (2007), reforça que o enfermeiro ajuda a fortalecer a confiança da família na equipa de saúde, a diminuir dúvidas e incertezas, possibilidade de resolver assunto pessoais e familiares pendentes, enfrentar a conspiração do silêncio, atenuar o efeito de possíveis ameaças, reduzir a ansiedade e aumenta a cooperação, facilitando o alcance de uma morte digna.

A forma como se transmite uma má notícia pode ter um grande impacto na experiência do processo de doença e morte. Se essas notícias forem comunicadas de uma forma incorreta, podem causar equívocos, sofrimento prolongado e ressentimentos. Mas se a comunicação for adequada e bem realizada, pode existir compreensão, aceitação e adaptação (Fallowfield & Jenkins, 2004).

Segundo a bibliografia consultada, tanto na idade pediátrica como na idade adulta a forma de preparar a família para a eventual má notícia deve ser realizada através de procedimentos e/ou protocolos.

No contexto extra-hospitalar o tempo disponível para informar a família sobre o estado de saúde da vítima é breve, mas se o Enfermeiro tiver o que dizer sistematizado será facilitador para a comunicação.

Como referem Serra & Albuquerque (2006, p.76), “a comunicação não deve ser um ato improvisado e o profissional de saúde deve ter conhecimentos sobre a abordagem comunicacional e todas as formas de expressão”. É neste contexto que surgem os protocolos ou guias orientadores, que se tornam fundamentais, pois descrevem considerações importantes, no sentido de aliviar os sentimentos mencionados anteriormente, para a pessoa e família que recebem a notícia, bem como para os profissionais de saúde que a transmitem (Pereira, Fortes & Mendes, 2013).

O protocolo mais amplamente usado na comunicação de más notícias, é o protocolo *SPIKES* elaborado por Buckman em 1994. Cada letra corresponde a uma das seis etapas do protocolo: *S- Setting*, postura do profissional; *P-Perception*, percepção do doente/família; *Invitation*, troca de informação; *K-Knowledge*, conhecimento; *E- Explore emotions*, explorar emoções; *S- Strategy and summary*, estratégias e síntese (Baile *et al.*,2000).

A primeira etapa é a preparação e escolha do local adequado, as más notícias devem ser dadas em locais privados, sem interrupções por terceiros e poderá ser útil a pessoa não estar sozinha. A segunda etapa é perceber o que é que a pessoa, família já sabem - o profissional pede-lhes para descrever o que está a acontecer e assim apercebe-se do seu nível de conhecimentos. A terceira etapa é saber o que é que a pessoa, famílias querem saber – o profissional pesquisa até que ponto estes querem ter conhecimentos acerca da situação ou problema. A quarta etapa é dar a notícia – o profissional chama a atenção da pessoa, família com um aviso prévio, posteriormente dá a informação sem eufemismos e frases longas e de interpretação menos clara. A quinta etapa é reservada para que os doentes, famílias possam exprimir as reações, preocupações e expressões de sentimentos ainda – o medo e a angústia são dois dos sentimentos presentes quando a pessoa recebe uma má notícia, pelo que é importante demonstrar apoio e compreensão (toque), bem como o choro e o silêncio devem ser respeitados. Por último a sexta etapa consiste em propor um plano de acompanhamento para o futuro (Ferreira, Araújo, & Madeira, 2018).

Este protocolo permite-nos transmitir as más notícias de forma sensível, de modo que o destinatário as compreenda evitando que o profissional informe a todo o custo, ou seja, a informação é transmitida se a pessoa quiser e se o profissional se aperceber que a pessoa assim o deseja e acabando na etapa que a pessoa deseja. Para tal, o enfermeiro deve responder adequada e honestamente, comunicando com uma linguagem simples, não banalizando o momento e não retirando a esperança (Pereira, 2008).

Embora nem sempre seja possível aplicar na íntegra o protocolo SPIKES em contexto extra-hospitalar, este demonstra ser uma boa escolha para a transmissão de más notícias neste contexto (Jesus, 2020).

## **2. TRABALHO CIPE**

Segundo Garcia (2016), a CIPE tem demonstrado ser uma tecnologia de informação que, durante a execução do processo de enfermagem, facilita o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado ao utente pelo profissional de enfermagem. Os dados e as informações resultantes dessa documentação podem ser usados na elaboração de políticas de saúde e de educação em enfermagem, no planeamento e gestão do cuidado de enfermagem e na análise do impacto que as ações de enfermagem exercem sobre as condições de saúde e bem-estar das pessoas e das suas famílias.

Desta forma elaborei um plano de cuidados sobre a temática abordada, recorrendo à CIPE. Constituiu-se como um guia orientador de intervenções para abordagem da família no contexto extra-hospitalar, sendo uma mais-valia como futura enfermeira especialista, enaltecendo o quadro de competências do Regulamento nº 429/2018 da OE.

### **Foco: Apoio da Família**

#### **Diagnostico: Apoio da Família Positivo (10045702)**

#### **Intervenções:**

- Avaliar cuidador (10030562);
- Colaborar com a família (10035887);
- Estabelecer confiança (10024396);

- Promover apoio da família (10036078);
- Providenciar apoio emocional (10027501);
- Informar (10010162) o cliente (10014132) família (10007554);
- Demonstrar (10003713) disponibilidade (10016414) para com cliente (10014132) família (10007554);
- Promover processo familiar efetivo (10036084);
- Providenciar orientação antecipada à família (10026375).

**Foco: Comunicação**

**Diagnostico: Comunicação comprometida (10023370)**

**Intervenções:**

- Otimizar (10013712) comunicação (10004705);
- Avaliar (10002673) comunicação (10004705);
- Promover comunicação familiar efetiva (10036066);
- Dar (10008441) momento ou intervalo de tempo (10019721) ao cliente (10014132);
- Gerir (10011625) comunicação (10004705);
- Ensinar (10019502) sobre estratégias adaptativas (10023717) da comunicação (10004705).

**Foco: Luto Familiar:**

**Diagnostico: Luto por antecipação (10000726)**

**Intervenções:**

- Apoiar processo de luto (10026489);
- Preparar (10015478) para processamento de informação (10010158);
- Apoiar processo de luto familiar (10026470);
- Facilitar o luto (10035958);
- Avaliar luto (10026103);
- Gerir emoção negativa (10031851);
- Gerir resposta negativa à situação (10031867).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As famílias devem ser envolvidas nos cuidados e ser consideradas um foco de cuidados no contexto extra-hospitalar, sendo o enfermeiro o principal elo de ligação entre estas famílias, a PSC e a restante equipa.

O enfermeiro no contexto extra-hospitalar deve promover uma comunicação eficaz e ter a capacidade de prestar apoio emocional sempre que necessário, não desprovido as famílias de informação sobre a PSC.

A presença da família da PSC numa situação de emergência extra-hospitalar assume extrema importância, na medida que são os enfermeiros a deslocar-se ao próprio contexto destas, são elas que muitas das vezes realizam o contacto telefónico a solicitar ajuda e, são estas que se encontram numa posição privilegiada para ajudar na prestação de cuidados de emergência em contexto extra-hospitalar à PSC.

A vivência da doença é um processo que afeta todo o núcleo familiar, sendo crucial que os cuidados de enfermagem não se limitem à interação entre o enfermeiro e o doente, mas que seja englobada a família na assistência de enfermagem (Cabete *et al.*, 2019).

Considero uma mais-valia a utilização do protocolo SPIKES na comunicação de más notícias, pois a abordagem sistemática permite criar um ambiente de empoderamento ao doente, família e condicionantes facilitadores de transição/processo de *coping* por que estão a passar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIA

- Ayub, E. M., Sampayo, E. M., Shah, M. I., & Doughty, C. B. (2017). Prehospital Providers' Perceptions on Providing Patient and Family Centered Care. *Prehospital Emergency Care*, 21(2), 233–241. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/10903127.2016.1241326>.
- Baile, W.F., Buckman, R.;Lenzi,R., Glober,G., Beale, E.A., Kudelka, A.P. (2000) *SPIKES-A Six-Step Protocol for delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer*. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- Barbosa, A. & Neto, I.G. (2010). Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Basterra, F.J.E., Martinez, S.U., Gutiérrez, J.B., Rosselló, F.T., Garcia, M.V., Higuera, J.C.B., et al. (2007). 10 palabras clave ante el final de la vida (1.ª edición). Navarra: Editorial Verbo Divino
- Bezerra, S. T. F., Lemos, A. M., Sousa, S. M. C. de, Carvalho, C. M. de L., Carvalho, A. F. F., & Alves, M. D. S. (2013). Promoção da saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem. *Enfermeria Global*, 32, 270–279. Retrieved from: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt\\_ensayos2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_ensayos2.pdf).
- Brown, N. (2016). Pre-hospital resuscitation: what shall we tell the family? *Journal of Paramedic Practice*, 8(2), 86–89. Retrieved from: <https://doi.org/10.12968/jpar.2016.8.2.86>.
- Cabete, D., Fonte, C. S., Matos, M. M., Patrica, H. M., Silva, A. R., & Silva, V. F. (2019). *Emotional Support to the Family of the Critically Ill Patient: Nursing Interventions*. *Revista de Enfermagem*, 4(20), pp 129–138. Retrieved from: <https://doi.org/10.12707/RIV18062>.
- Ekwall, A., Gerdtz, M., & Manias, E. (2008). *The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: Perspectives of family, friends and carers*. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 800–809. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02052>
- Fallowfield, L. & Jenkins, V.(2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. In *Lancet*, 363 (9405), 312–319. Retrieved from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673603153925>
- Ferreira, S. R., Araújo, A. I, & Madeira, N. (2018). Comunicação de más notícias. In: «Psicologia na Medicina». Macedo A, Pereira AT, Madeira N (Editores). LIDEL Edições Técnicas, pp. 527-538, ISBN 978-989-752-348-9.
- Garcia, T. R. (2016). CIPE®: uma terminologia padronizada para descrever a prática profissional da enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 50(3), 376–381. Retrieved from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000300376&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300376&lng=en&tlng=en)
- Holmberg, M., & Fagerberg, I. (2010). *The encounter with the unknown: Nurses lived experiences of their responsibility for the care of the patient in the Swedish ambulance service*. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 5(2), 1– 10. Retrieved from: <https://doi.org/10.3402/qhw.v5i2.5098>.
- Holmberg, M., Forslund, K., Wahlberg, A. C., & Fagerberg, I. (2016). *The relationship with the ambulance clinicians as experienced by significant others*. *Nursing in Critical Care*, 21(4), e1–e8. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/nicc.12144>.
- Internacional Council of Nurses (2016). CIPE, Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

- Jesus, C. P. C. (2020). CONSTRUINDO UM PERFIL DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS: do pré-hospitalar às unidades diferenciadas. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. Leske, J. S., McAndrew, N. S., Brasel, K. J., & Feetham, S. (2017). *Family presence during resuscitation after trauma*. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 85–96. Retrieved from: <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000271>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York. New York: Springer Publishing Company. Retrieved from: [http://doi.org/10.1300/J018v25n03\\_05](http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05)
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions : An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. Retrieved from: <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Organização Mundial de Saúde. (2005). Relatório Mundial de Saúde - Financiamento Dos Sistemas De Saúde. Relatório Mundial Da Saúde, 1–119. Retrieved from: <https://doi.org/0-309-06837-1>
- Oliveira, A. S. S., & Martins, J. C. A. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: significado das experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, (9), pp.115-124. Retrieved from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn9/serlIn9a12.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.o 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à. *Diário Da República*, 2o Série, n o 135, 19359– 19370. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 2a Série, n o26, 4744–4750. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-hospitalar. *Diário Da República* n.º 74/2018, Série II de 2018-04-16, 0, 10758/10764.
- Paavilainen, E., Mikkola, R., Salminen-Tuomaala, M., & Leikkola, P. (2017). Counseling patients and family members in out-of-hospital emergency situations: A survey for emergency staff. *BMC Nursing*, 16(1), 1–8. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0205-7>
- Pereira, M. (2008). Comunicação de más notícias e a Gestão do luto. Coimbra: Formasau.
- Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação De Más Notícias: Artigo Revisão Sistemática Da Literatura. In *Revista de Enfermagem UFPE online*, 7 (1), 227–235. Retrieved from: <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta
- Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19, 31–46. Retrieved from: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE\\_19\\_1sem2015\\_31\\_46.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf).
- Serra, J. & Albuquerque, E. (2006). A transmissão de más notícias: uma reflexão. In *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 75-82
- Silva A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Ser-vir*.55(1-2):21-31.

Silva, A. M. F. (2007). O direito à privacidade do doente no serviço de urgência. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina: Universidade do Porto.

Silva M. (2012). Comunicação de más notícias. *O mundo da saúde*. 36(1):49-53.

Sousa, D. (2013). Competências e Saberes em Enfermagem. In *Ordem dos Enfermeiros*. Retrieved from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/Search/results.aspx?k=competencias&start1=31>

Smart, J. R., Kranz, K., Carmona, F., Lindner, T. W., & Newton, A. (2015). *Does real-time objective feedback and competition improve performance and quality in manikin CPR training - a prospective observational study from several European EMS*. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(1). Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s13049-015-0160-9>

**APÊNDICE IV – AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO APOIO  
À FAMÍLIA NO CONTEXTO DO EXTRA-HOSPITALAR**



FORMAÇÃO CONTÍNUA ENFERMEIROS  
Delegação Regional do Sul



## OBJETIVOS FORMAÇÃO

Compreender a importância do apoio à família no contexto extra-hospitalar;

Conhecer estratégias de comunicação para preparar a família para o possível luto;

Sensibilizar os Enfermeiros das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida da importância da família da pessoa em situação crítica no contexto extra-hospitalar.



## Estrutura da formação

A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

Considerações Finais

Bibliografia

3



4



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

Família é a principal forma de organização dos seres humanos, um agrupamento social que se baseia em laços de parentesco.

(Silva, 2012)

5



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

Família é uma unidade básica da sociedade, centrando-se no processo de desenvolvimento individual e social do ser humano, desempenhando um papel importante na saúde e contribuindo para o bem-estar dos diferentes elementos que compõem a estrutura familiar.

(Bezerra *et al.*, 2013)

6



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

“Grupo: unidade social ou todo o coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou um todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes”.

(International Council of Nurses , 2016, p.143)

7



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

A experiência de viver uma situação associada ao risco de vida, quer pela pessoa, quer pela sua família, é vivida de forma única.

A família vivencia de forma muito intensa e emocional todos os momentos e pequenas alterações no estado clínico do seu familiar.

(Sá et al., 2015)

8



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

Enfermeiros devem mobilizar todas as suas competências, nos vários domínios de conhecimentos e técnico, bem como a capacidade de gestão de procedimentos e emoções.

As suas intervenções vão muito para além do tratamento sintomático do doente, ao englobar a vertente humana e a dimensão ética implícita no cuidar não só ao doente, mas também à sua família, isto é, cuidar numa vertente holística .

(Oliveira & Martins, 2013)

9



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

A presença e participação da família em situação aguda de doença é essencial para os cuidados de enfermagem de excelência em emergência extra-hospitalar.

(Paavilainen et al., 2017).

10



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

É necessário proporcionar apoio emocional, estabelecer uma relação empática e empoderar as famílias para que estas se sintam envolvidas nos cuidados.

(Ayub et al., 2017).



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

O enfermeiro em contexto extra-hospital deve:

- promover a presença da família junto da pessoa;
- comunicar de forma eficaz a informações sobre o estado da pessoa;
- promover o envolvimento na participação dos cuidados à pessoa.
- apoiar em situações de luto;

(Sá et al. 2015)



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

Benefício em manter a família presente durante a abordagem à pessoa:

- possibilidade de as famílias poderem ter a perceção que tudo está a ser feito pelo seu familiar;
- sentirem-se úteis para ajudar a pessoa e a equipa, partilharem informação sobre o seu familiar;
- manter as relações familiares ;
- promover o luto em caso de perda.

(Leske et al., 2017)



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

O luto é “experienciado pela família após a perda de um ente querido ou de algum bem material ou imaterial, com manifestação de sofrimento acompanhado por sintomas físicos e emocionais em mais do que um membro da família, ambiente familiar de luto e sofrimento, tristeza partilhada e desorganização temporária das rotinas familiares”.

(International Council of Nurses ,2016, p.65)



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

O enfermeiro como *team-leader* na emergência extra-hospitalar, assume um papel crucial na sensibilização dos restantes profissionais, bem como no acompanhamento e apoio emocional da família durante os cuidados prestados à pessoa.

Este deve promover uma comunicação eficaz e ter a capacidade de transmitir a informação à família e prestar apoio emocional sempre que necessário.

15



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

A comunicação é definida como “comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”.

(International Council of Nurses 2016, p.47)

16



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

A comunicação é um elemento base para a prática diária do enfermeiro, sendo assim “a comunicação é um processo que permite às pessoas trocar informação sobre si mesmas e sobre o que as rodeia”.

(Barbosa & Neto,2010, p.462)



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

É de extrema importância estabelecer estratégias eficazes de comunicação fundamentais para o cuidado centrado na pessoa e família.



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

- designar um familiar de referência;
- antecipar e explicar ações;
- falar em termos leigos;
- resumir a situação e transmitir uma primeira impressão;
- apoio emocional;
- comunicação eficaz.

(Sá et al., 2015)



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

Existem diversos comportamentos e maneiras de ser do profissional de saúde que podem prejudicar ou favorecer a comunicação.



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

- postura e as atitudes corporais;
- gestos;
- distância;
- contato visual;
- expressão facial;
- voz;
- respiração;
- silêncio;
- aparência geral;
- o tocar.

(Phaneuf, 2005)



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

No contexto extra-hospitalar o tempo disponível para informar a família sobre o estado de saúde da pessoa é breve, o Enfermeiro deve ter sistematizado o que dizer para facilitar a comunicação.



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

“A comunicação não deve ser um ato improvisado e o profissional de saúde deve ter conhecimentos sobre a abordagem comunicacional e todas as formas de expressão”.

(Serra & Albuquerque, 2006, p. 76)

Comunicação assertiva diminui a ansiedade e conflitos de emoções, o que faz dela uma ferramenta terapêutica importante para a relação profissional de saúde e pessoa e família.

(Serra & Albuquerque, 2006).



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

É neste contexto que surgem os protocolos ou guias de orientação, que se tornam fundamentais, pois descrevem considerações importantes, no sentido de aliviar os sentimentos para a família/pessoa que recebem a notícia, como para os profissionais de saúde que a transmitem.

(Pereira et al., 2013).



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

O protocolo mais amplamente usado na comunicação de más notícias, é o protocolo SPIKES elaborado por Buckman em 1994.

Este protocolo representa “uma sequência racional e fácil de incorporar na prática clínica”.

(Ferreira, Araújo & Madeira,2018 p. 9)

25



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

- S- *Setting*, preparar;
- P-*Perception*, perceção da família;
- I - *Invitation*, troca de informação;
- K-*Knowledge*, transmitir as informações;
- E- *Explore* emotions, explorar emoções;
- S-*Strategy and summary*, estratégias e síntese .

(Baile et al.,2000).

26



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

Embora nem sempre seja possível aplicar na íntegra o protocolo SPIKES em contexto extra-hospitalar, este demonstra ser uma boa escolha para a transmissão de más notícias neste contexto.

(Jesus, 2020)

27



A aplicação do protocolo SPIKES sistematiza a abordagem e permite criar um ambiente de empoderamento ao doente, família e condicionantes facilitadores de transição/processo de *coping* por que estão a passar.

28



## A Importância do Apoio à Família No Contexto Extra-Hospitalar

### CIPE - FOCOS

Apoio da Família

Comunicação

Luto Familiar

29



### CIPE - INTERVENÇÕES

- Colaborar com a família;
- Estabelecer confiança;
- Promover apoio da família;
- Providenciar apoio emocional;
- Informar o cliente e família ;
- Demonstrar disponibilidade para com cliente e família;
- Providenciar orientação antecipada à família
- Preparar para processamento de informação;
- Apoiar processo de luto familiar;
- Facilitar o luto ;
- Gerir emoção negativa;
- Gerir resposta negativa à situação;
- Promover comunicação familiar efetiva;
- Dar momento ou intervalo de tempo ao cliente ;
- Gerir comunicação;

30



FORMAÇÃO CONTÍNUA ENFERMEIROS  
Delegação Regional do Sul



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro no contexto extra-hospitalar deve promover uma comunicação eficaz e ter a capacidade de prestar apoio emocional sempre que necessário às famílias.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência da doença é um processo que afeta todo o núcleo familiar, sendo crucial que os cuidados de enfermagem não se limitem à interação entre o enfermeiro e o doente, mas que seja englobada a família na assistência de enfermagem.

(Cabete et al., 2019)

33



## CONSIDERAÇÕES FINAIS – SUGESTÃO

Pertinência da elaboração de um protocolo de apoio à família no contexto extra-hospitalar.

Adaptar o protocolo SPIKES para o contexto extra-hospitalar.

34



## BIBLIOGRAFIA

Ayub, E. M., Sampayo, E. M., Shah, M. I., & Doughty, C. B. (2017). Prehospital Providers' Perceptions on Providing Patient and Family Centered Care. *Prehospital Emergency Care*, 21(2), 233–241. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/10903127.2016.1241326>.

Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Guber, G., Beale, E.A., Kudelka, A.P. (2000) SPIKES-A Six-Step Protocol for delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.

Barbosa, A. & Neto, I.G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Bezerra, S. T. F., Lemos, A. M., Sousa, S. M. C. de, Carvalho, C. M. de L., Carvalho, A. F. F., & Alves, M. D. S. (2013). Promoção da saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem. *Enfermeria Global*, 32, 270–279. Retrieved from: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt\\_ensayos2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_ensayos2.pdf)

Cabete, D., Fonte, C. S., Matos, M. M., Patrica, H. M., Silva, A. R., & Silva, V. F. (2019). Emotional Support to the Family of the Critically Ill Patient: Nursing Interventions. *Revista de Enfermagem*, 4(20), pp 129–138. Retrieved from: <https://doi.org/10.12707/RIV18062>.

Ekwall, A., Gerdtz, M., & Manias, E. (2008). The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: Perspectives of family, friends and carers. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 800–809. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02052>



## BIBLIOGRAFIA

Fallowfield, L. & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. In *Lancet*, 363 (9405), 312–319. Retrieved from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673603153925>

Ferreira, S. R., Araújo, A. I., & Madeira, N. (2018). Comunicação de más notícias. In: «Psicologia na Medicina». Macedo A, Pereira AT, Madeira N (Editores). LIDEL Edições Técnicas, pp. 527-538, ISBN 978-989-752-348-9.

CIPE, Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Jesus, C. P. C. (2020). *CONSTRUINDO UM PERFIL DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS: do pré-hospitalar às unidades diferenciadas*. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

Leske, J. S., McAndrew, N. S., Brasel, K. J., & Feetham, S. (2017). Family presence during resuscitation after trauma. *Journal of Trauma Nursing*. 24(2), 85–96. Retrieved from: <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000271>

Oliveira, A. S. S., & Martins, J. C. A. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: significado das experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, (9), pp.115-124. Retrieved from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIn9/serIIn9a12.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à. *Diário Da República*, 2o Série, n o 135, 19359– 19370. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>



## BIBLIOGRAFIA

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2a Série, n o26, 4744–4750. Retrieved from: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195> Ordem dos Enfermeiros. (2018).

Paavilainen, E., Mikkola, R., Salminen-Tuomaala, M., & Leikkola, P. (2017). Counseling patients and family members in out-of-hospital emergency situations: A survey for emergency staff. *BMC Nursing*, 16(1), 1–8. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0205-7>

Pereira, M. (2008). Comunicação de más notícias e a Gestão do luto. Coimbra: Formasau. Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação De Más Notícias: Artigo Revisão Sistemática Da Literatura. In *Revista de Enfermagem UFPE online*, 7 (1), 227–235. Retrieved from: <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta

Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19, 31–46. Retrieved from: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE\\_19\\_1sem2015\\_31\\_46.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf)

Serra, J. & Albuquerque, E. (2006). A transmissão de más notícias: uma reflexão. In *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 75- 82

Silva M. (2012). Comunicação de más notícias. *O mundo da saúde*. 36(1):49-53.





data  
DEPARTAMENTO

**APÊNDICE V – PROCEDIMENTO PARA O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR NO  
SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA**

## **I – DEFINIÇÃO**

Conjunto de procedimentos que visam a segurança do utente e da equipa durante o transporte intra-hospitalar.

## **II – OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral:**

- Melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao utente durante o transporte intra-hospitalar no serviço de urgência médico-cirúrgica.

### **Objetivos Específicos:**

- Manter o mesmo nível de cuidados e monitorização das funções fisiológicas durante o transporte intra-hospitalar idêntico ao da unidade de origem;
- Garantir a continuidade dos cuidados;
- Garantir a estabilidade do utente durante o transporte intra-hospitalar;
- Garantir a segurança do utente e da equipa que o acompanha;
- Manter a qualidade da vigilância e intervenção durante o transporte intra-hospitalar;
- Prevenir a perda de informação do utente;
- Assegurar a informação aos familiares.

## **III – Âmbito**

Aplica-se ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgica, sempre que seja necessário deslocar ou transferir os utentes para realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica ou outros serviços da mesma unidade hospitalar.

## **IV– INFORMAÇÕES GERAIS**

A – Quem executa?

- O Assistente Operacional
- O Enfermeiro em colaboração com o Assistente Operacional
- O Médico em colaboração com o Enfermeiro e com o Assistente Operacional

## B – Horário

- Sempre que ocorra a necessidade de um transporte intra-hospitalar

## C – Orientações Quanto À Execução

### 1. Descrição

O transporte intra-hospitalar é descrito como a transferência do utente para a realização de exames complementares de diagnóstico ou terapêutica, ou transferência do utente para serviços especializados do mesmo hospital (Alamanou, 2014).

O transporte intra-hospitalar do utente acontece quando há necessidade de cuidados adicionais, não disponíveis no serviço onde o mesmo se encontra com o objetivo de ser submetido a meios complementares de diagnóstico e intervenções terapêuticas, tais como transferências para o serviço de Imagiologia, Bloco Operatório ou Unidade de Cuidados Intensivos (Fernandes *et al.*, 2017).

Knight *et al.* (2015) referem que o transporte intra-hospitalar está associado a complicações significativas. Para diminuir o risco de complicações para o utente, esses transportes devem ser bem organizados, eficientes e acompanhados pela monitorização, equipamento e recursos humanos adequados.

### 2. Fases do transporte intra-hospitalar

Em Portugal, as recomendações para o transporte intra-hospitalar são enunciadas pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), que definem que o transporte intra-hospitalar se desenvolve em três fases: Decisão, Planeamento e Efetivação.

#### Fase da Decisão

A decisão de transportar um utente em estado crítico é, em Portugal e de acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, um ato médico.

A fase da decisão é da responsabilidade não só do médico responsável pelo utente, como também do chefe de equipa. É nesta fase que devem ser pensados em todos os riscos intrínsecos ao utente e ao transporte em si, devendo existir uma particular atenção aos utentes com:

- Hipoxia;
- Híper/hipocapnia;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Hipertensão intracraniana e agravamento de lesão vertebro-medular;
- Sempre que a deslocação contribua direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica, sem nenhuma mais-valia.

#### Fase do Planeamento

Na fase do planeamento tanto o médico, como os enfermeiros do serviço de origem do utente são intervenientes, devendo existir particular importância para os seguintes aspetos: coordenação, comunicação, estabilização, equipa, equipamento, transporte e documentação. Esta fase contempla vários aspetos, todos importantes, sendo eles:

- Escolher e contatar o serviço de destino, avaliando o tempo de trajeto estimado;
- Escolher a equipa de transporte (após aplicação e preenchimento da grelha), de acordo com os locais referentes e as características do utente;
- Selecionar os meios adequados de monitorização, caso necessite;
- Recomendar objetivos fisiológicos a manter durante o transporte;
- Selecionar adequadamente o equipamento e a terapêutica;
- Prevenir possíveis complicações.

#### Avaliação para o transporte intra-hospitalar

Para cada utente que necessite de transporte intra-hospitalar, devem existir critérios para determinar o tipo de acompanhamento, monitorização e equipamento desejável durante o mesmo. Para isso, deve preencher-se a tabela seguinte, recomendada pela Ordem dos

Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, para obtenção da pontuação, que se traduzirá no nível “A”, “B” ou “C”.

<b>1. VIA AÉREA ARTIFICIAL</b>		<b>8. PACEMAKER</b>	
Não	0	Não	0
Sim (tubo de Gudel)	1	Sim, definitivo	1
Sim (se entubado ou com traqueostomia recente)	2	Sim, provisório	2
<b>2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA</b>		<b>9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b>	
FR entre 10 e 14 ciclos/min	0	SCG = 15	0
FR entre 15 e 35 ciclos/min	1	SCG entre 9 e 14	1
Apneia ou FR < 10 ou >35 ciclos/min ou respiração Irregular	2	SCG <= 8	2
<b>3. SUPORTE RESPIRATÓRIO</b>		<b>10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO</b>	
Não	0	Nenhum dos abaixo indicados	0
Sim (Oxigenoterapia)	1	Grupo I	1
Sim (Ventilação Mecânica)	2	Naloxona	
<b>4. ACESSOS VENOSOS</b>		Corticosteróides	
Não	0	Manitol a 20%	
Cateter periférico	1	Analgésicos	
Cateter central em doente instável	2	Grupo II	2
<b>5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA</b>		Inotrópicos	
Estável	0	Vasodilatadores	
Moderadamente estável (O2 < 15L/min)	1	Antiarrítmicos	
Instável (Inotrópicos no sangue)	2	Bicarbonatos	
<b>6. MONITORIZAÇÃO DO ECG</b>		Trombolíticos	
Não	0	Anticonvulsivantes	
Sim (desejável)	1	Anestésicos Gerais	
Sim (em doente instável)	2	Dreno torácico	
<b>7. RISCO DE ARRITMIAS</b>		<b>TOTAL</b>	
Não	0		
Sim, baixo risco* (e EAM > 48h)	1		
Sim, alto risco* (e EAM < 48h)	2		

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	SpO2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual, Máscara, Tubo orofaríngeo
>=7 ou <7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	SpO2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador de transporte, Material para via aérea avançada

### Fase da Efetivação

A fase da efetivação será da responsabilidade da equipa que acompanhará o utente durante o transporte intra-hospitalar, sendo que esta só termina quando o utente é devidamente entregue ao serviço recetor, ou no caso de deslocação para exames complementares de diagnóstico ou outros atos terapêuticos, quando o utente retorna ao serviço de origem.

### **IV – Formação da Equipa**

As equipas de transporte deveram ter formação em suporte avançado de vida, suporte avançado em trauma, conhecimentos de ventilação mecânica e, em alguns casos, formação específica em transporte de pessoa em situação crítica.

## **V – MATERIAL E EQUIPAMENTO**

O equipamento depende da situação do utente, não devendo a qualidade da vigilância e da intervenção terapêutica durante o transporte intra-hospitalar ser inferior à verificada no serviço de origem. Após o preenchimento da tabela de avaliação para o transporte intra-hospitalar é possível perceber que tipo de material e equipamento o utente necessita. Por forma a fazer uma melhor avaliação do utente, minimizar eventos adversos relacionados com o transporte intra-hospitalar e otimizar os recursos humanos e materiais, deverá ser preenchido o documento de avaliação do utente e lista de verificação para o transporte intra-hospitalar.

### **Equipamento que acompanha o utente**

- Monitor de transporte - Com alarmes, em conformidade com as exigências de monitorização;
- Material de intubação endotraqueal – Tubos traqueais (de vários tamanhos) e insuflador manual (com válvula PEEP) - Colocados dentro da mala de transporte;
- Fonte de oxigénio – Com capacidade previsível para todo o tempo de transporte com reserva adicional para 30 minutos. Utilizar a seguinte fórmula:  $((20 + V_{min}) \times FiO_2 \times \text{tempo de transporte em minutos}) + 50\%$
- Ventilador de transporte - com possibilidade de monitorização do volume/minuto e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e  $FiO_2$  reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea;
- Fármacos de ressuscitação;
- Perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria – por forma a não interromper nenhuma das medicações já em curso;
- Medicações adicionais que possam ser administradas, intermitentemente, de acordo com prescrição médica;
- Aspirador e carro de emergência - Em qualquer ponto do trajeto, devem estar disponíveis um aspirador e um carro de emergência com desfibrilhador, num tempo médio de quatro minutos;

- Mala de transporte – Composta por material previsível consumível que possa ser utilizado durante o transporte. Deve ser colocada no local onde se realiza o maior número de transportes intra-hospitalar e deve estar sempre em condições de ser utilizada.

#### Monitorização durante o transporte

A Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), emanam considerações ao nível da coordenação do transporte, profissionais que acompanham o utente, equipamento que acompanha o utente e níveis de monitorização durante o transporte segundo a classificação: nível 1 – obrigatório; nível 2 – fortemente recomendado e nível 3 – ideal.

<p><b><u>Nível 1</u></b> Obrigatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização contínua com registo periódico</li> <li>• Frequência respiratória</li> <li>• FiO<sup>2</sup></li> <li>• Oximetria de pulso</li> <li>• ECG contínuo</li> <li>• Frequência cardíaca</li> <li>• Pressão arterial (não invasiva)</li> <li>• Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente)</li> <li>• Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente).</li> </ul>
<p><b><u>Nível 2</u></b> Fortemente recomendado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes potencialmente instáveis)</li> <li>• ECG com deteção de arritmias</li> </ul>
<p><b><u>Nível 3</u></b> Ideal (em doentes selecionados pelo seu estado clínico)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central</li> <li>• Medição da pressão da artéria pulmonar</li> <li>• Medição da pressão intracraniana</li> </ul>

## VI – PROCEDIMENTO

Quando o Médico Responsável decide que o utente tem de ser transferido, o Enfermeiro Responsável deve:

#### Transferência de serviço

- Efetuar contacto telefónico prévio com a unidade de destino, com o objetivo de organizar a transferência do utente;
- Informar o serviço recetor caso exista risco de transmissão de microrganismos,
- Reunir o processo clínico e exames para enviar conjuntamente com o utente;

- Recolher os pertences do utente, que devem seguir juntamente com este caso sejam transferidos para os serviços de internamente. Os utentes que vão para o Serviço de Medicina Intensiva e Bloco Operatório o espólio fica no serviço de urgência.
- Reforçar a segurança dos dispositivos invasivos (cateteres periféricos, tubo endotraqueal, sonda vesical, entre outros);
- Esvaziar os sacos de drenagem existentes no utente;
- Preparar antecipadamente a medicação que possa ser necessária durante o transporte intra-hospitalar;
- Acompanhar o utente até ao serviço de destino com o assistente operacional, e/ou médico de acordo com a avaliação do transporte intra-hospitalar;
- Transmitir a informação, oral e escrita ao enfermeiro do serviço destinatário acerca da situação do utente.

#### Realização de exames complementares de diagnóstico

- Efetuar contacto telefónico prévio com a área para realização do exame pretendido, com o objetivo de conhecer a disponibilidade deste para receber o utente;
- Informar o serviço, caso exista risco de transmissão de microrganismos;
- Preparar o utente de acordo com o procedimento/exame que vai realizar;
- Reforçar a segurança dos dispositivos invasivos (cateteres periféricos, tubo endotraqueal, sonda vesical, entre outros);
- Esvaziar os sacos de drenagem existentes no utente;
- Preparar antecipadamente a medicação que possa ser necessária durante o transporte intra-hospitalar;
- Acompanhar o utente até ao serviço de destino, de acordo com a avaliação do transporte intra-hospitalar.

#### **Assistente Operacional**

#### Realização de exames complementares de diagnóstico

- Acompanhar o utente até ao serviço de destino, caso seja necessário, sozinho ou acompanhado por enfermeiro ou enfermeiro e médico, de acordo com a avaliação do transporte intra-hospitalar.

## VII – REGISTOS DE ENFERMAGEM

- Data e hora da transferência;
- Situação do utente antes, durante e depois do transporte intra-hospitalar;
- Eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar;
- Medicação administrada;
- Procedimentos realizados;
- Identificar o médico e o enfermeiro que acompanharam o utente durante o transporte intra-hospitalar.

## VII – BIBLIOGRAFIA

ANZCA. (2015). *Guideline for transport of critically ill patients*. 52(Cicm), 1–12. Retrieved from: <https://www.anzca.edu.au/getattachment/bd5938d2-d3ab-4546-a6b0-014b11b99b2f/PS52-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients>

Alamanou, D. G. & Brokalaki, H. (2014). Intrahospital transport policies: The contribution of the nurse. *Health Science Journal*, (8) 166-178. Retrieved from: <https://www.hsj.gr/medicine/intrahospital-transport-policies-thecontribution-of-the-nurse.php%20?aid%20=2749>

Fernandes, M. M. M., Rodrigues, A. H., Haddad, J. G. V., & Silva, J. V. da. (2017). Significados e procedimentos adotados no transporte intra-hospitalar de pacientes críticos: o discurso do sujeito coletivo. *Enfermagem Brasil*, 16(2), 69–79. Retrieved from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=123551382&site=ehost-live>

Intensive Care Society. (2019). Guidance On: The Transfer Of The Critically Ill Adult. *The Faculty of Intensive Care Medicine*, 1–40. Retrieved from: [https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer\\_critically\\_ill\\_adult\\_2019.pdf](https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf)

Knight, P. H., Maheshwari, N., Hussain, J., Scholl, M., Hughes, M., Papadimos, T. J., ... Latchana, N. (2015). Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 5(4), 256–264. <https://doi.org/10.4103/2229-5151.170840>

INEM. (2012). Transporte do Doente Crítico. Lisboa

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações.

## **Material recomendado para Mala de Transporte Intra-Hospitalar**

### **1. Material para Via Área e Ventilação (A e B)**

- Estetoscópio;
- Máscaras de oxigênio (pelo menos uma simples e uma de alto débito);
- Adjuvantes básicos da via aérea (tubos orofaríngeos e tubos nasofaríngeos, um de cada tamanho);
- Máscaras laríngeas;
- Tubos endotraqueais;
- Câmara expansora para fármacos inalados;
- Insuflador manual com válvula de PEEP e saco reservatório para O<sub>2</sub>;
- Máscaras para insuflador manual (uma de cada tamanho);
- Equipamento de aspiração: sondas Yankauer e sondas de aspiração flexíveis;
- Conjunto de laringoscopia (cabo e lâminas de laringoscopia, condutor, sonda tipo Frova e pinça Maguil);
- Kit de cricotiroidotomia;
- Equipamento de drenagem pleural emergente;
- Válvula de Heimlich;
- Filtros para circuito de ventilação mecânica.

### **2. Material de Circulação (C) e administração de fármacos e fluidoterapia**

- Catéteres venosos periféricos;
- Catéteres venosos centrais;
- Catéteres arteriais;
- Soros (NaCl 0,9%, NaCl 0,45%, Soro Polielectrolítico, Lactato de Ringer, Dextrose 10% e a 30%);
- Sistemas de soros e prolongamentos;
- Sistemas arteriais;
- Seringas para infusão contínua de fármacos (50-60 ml);

- Prolongamentos para seringas de infusão contínua;
- Torneiras de 3 vias;
- Seringas e agulhas;
- Agulha intraóssea;
- Pensos de fixação;
- Manga de pressão;
- Adesivo;
- Solução de desinfecção cutânea.

### **3. Material de Entubação gástrica**

- Sondas gástricas;
- Sacos de drenagem;
- Seringa;
- Adesivo de fixação.

### **4. Material de cateterismo vesical**

- Sondas vesicais;
- Saco coletores.

### **5. Outro material**

- Gel lubrificante (preferencialmente com Lidocaína);
- Campos esterilizados (com e sem orifício);
- Pensos adesivos;
- Compressas esterilizadas (tamanhos diversos);
- Ligaduras;
- Luvas de exame;
- Luvas esterilizadas;
- Manta térmica;
- Kit de sutura (para técnicas invasivas como inserção de cateter venoso central ou de drenagem pleural/dreno torácico);

- Suturas;
- Lâminas de bisturi;
- Tesoura;
- Lanterna pupilar;
- Máquina de avaliação de glicemia capilar;
- Máscaras faciais de proteção;
- Adesivos;
- Garrote.

**Os fármacos recomendados para mala de transporte intra-hospitalar são:**

- Ácido Acetilsalicílico 100mg (cp);
- Adenosina 6mg (amp);
- Adrenalina 1mg (amp);
- Água Bidestilada 20cc (amp);
- Amiodarona 150mg (amp);
- Atropina 0,5mg (amp);
- Bicarbonato de Sódio 8,4%, 10 MEq (amp);
- Captopril 25mg cp);
- Cloreto de Potássio 7,45% (amp);
- Cloreto de Sódio 20cc (amp);
- Glucose 30% 20cc (amp);
- Diazepam 10mg (amp);
- Digoxina 0,5mg (amp);
- Dopamina 200mg (amp);
- Flumazenil 5mg (amp);
- Furosemida 20mg (amp);
- Cloreto de Cálcio 10% (amp);
- Hidrocortisona 100mg (amp);
- Lidocaína a 1 % 10mg (amp);
- Sulfato de Magnésio 20% (amp);

- Midazolam 15mg (amp);
- Naloxona 400micg (amp);
- Nitroglicerina 0,5mg (cp);
- Noradrenalina 10 mg (amp);
- Prednisolona 1gr (amp);
- Propofol 1% (amp).

Poderá ser útil ter também disponível os seguintes fármacos:

- Alfentanilo 1 mg (amp);
- Brometo de Vecurónio 10 mg (amp) (ou outro relaxante muscular);
- Brometo de Ipatrópio 250 µg (neb);
- Cetamina 500 mg (amp);
- Dinitrato de Isossorbido 50 mg (amp);
- Fenitoina 250 mg (amp);
- Labetalol 100 mg (amp);
- Morfina 10 mg (amp);
- Salbutamol 5 mg/ml (neb);
- Valproato de Sódio 400 mg (amp).

As quantidades devem ser definidas e divulgadas através de normas internas à instituição ou serviço. A mala de transporte é fundamental no transporte do doente crítico. A sua composição deve ser adequada e realista, contendo as quantidades corretas de materiais para ser facilmente transportada e utilizada.

**ANEXO VI - IMPRESSO PARA O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR:  
AVALIAÇÃO, MONITORIZAÇÃO DO UTENTE E CHECKLIST**



## MONITORIZAÇÃO DO UTENTE

Registo de Sinais Vitais				
Hora	TA	FC	FR	SpO2

Medicação		
Hora	Fármaco	Dosagem

## CHECKLIST PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

Ações	Validação		
	Conforme	Não conforme	Não Aplicável
<b>Antes do Transporte</b>			
Verificar a identificação do utente - pulseira			
Preencher a <i>checklist</i> da constituição da equipa			
Contatar o serviço de destino e confirmar transporte			
Preparar equipamento, dispositivos e material necessário			
Preparar garrafa de oxigénio cheia; ((20+Vmin) xFiO2xtempo de transporte em minutos) +50%			
Insuflador manual			
Ventilador de transporte			
Baterias suficientes			
Desfibrilhador presente			
Monitor de sinais vitais			
Mala de transporte			
Verificar a maca e equipamento anexado e posição das grades			
Verificar tubo endotraqueal e/ou drenos, SNG, sonda vesical			
Cateter venoso periférico			
Cateter venoso central			
Preparar antecipadamente medicação que possa ser necessária durante o transporte			
Trocar medicação ou fluidoterapia que esteja quase a acabar			
Avaliar os sinais vitais antes da saída do doente			
<b>Durante o Transporte</b>			
Avaliar sinais vitais			
Monitorização do doente			
Avaliar os dispositivos e equipamentos			
Avaliar e gerir medicamentos e fluidoterapia			
<b>Após transporte</b>			
Avaliar sinais vitais			
Garantir o tratamento de dispositivos e equipamentos			
Repor material na mala de transporte			
Realizar registos do transporte e ocorrências			

## BIBLIOGRAFIA

- ANZCA. (2015). *Guideline for transport of critically ill patients*. 52(Cicm), 1–12. Retrieved from: <https://www.anzca.edu.au/getattachment/bd5938d2-d3ab-4546-a6b0-014b11b99b2f/PS52-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients>
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G., & de Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care (London, England)*, 19(1), 214. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0938-1>
- Intensive Care Society. (2019). Guidance On: The Transfer Of The Critically Ill Adult. *The Faculty of Intensive Care Medicine*, 1–40. Retrieved from: [https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer\\_critically\\_ill\\_adult\\_2019.pdf](https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf)
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos – Recomendações.

**APÊNDICE VII – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO E  
QUESTIONÁRIO**

## Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

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

Eu, Joana Margarida Magalhães Lopes, no âmbito do 2º ano do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Leiria, integrado na Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório estou a desenvolver um trabalho na promoção da segurança da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência durante o Transporte Intra-Hospitalar no Serviço de Urgência Médico-cirúrgica. Com o desenvolvimento deste projeto pretende-se implementar práticas seguras relativas ao transporte intra-hospitalar de modo a evitar eventos adversos e, conseqüentemente, garantir a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica.

Desta forma, venho pedir a sua colaboração no preenchimento de um questionário com o intuito de reunir informação relativa à temática do projeto, ainda que voluntária, a sua participação é fundamental para a continuidade do mesmo. Todas as informações obtidas neste questionário são anónimas e confidenciais e serão utilizadas apenas para fins da investigação, estando em todos os momentos assegurada a sua privacidade. Poderá desistir em qualquer momento sem ter que dar qualquer tipo de justificação.

O questionário é composto por cinco partes: a primeira parte servirá para caracterizar os participantes no estudo, a segunda parte é relativa à formação específica da equipa em pessoa em situação crítica, a terceira parte que atenderá à avaliação, pelos enfermeiros, da pertinência deste projeto de melhoria contínua, a quarta parte é referente a uma avaliação sobre a segurança da pessoa em situação crítica durante o transporte intra-hospitalar, a quinta parte é referente à decisão, planeamento e efetivação do transporte intra-hospitalar. Prevê-se uma duração de cerca de 20 minutos para o seu preenchimento.

Qualquer esclarecimento pode ser feito através do endereço eletrónico: [joana.lopes@chmt.min-saude.pt](mailto:joana.lopes@chmt.min-saude.pt) ou telemóvel: 924228750

Muito obrigada pelo seu contributo! Agradeço que leia a seguinte informação. Se algo lhe parecer incorreto ou pouco claro, não hesite em solicitar mais informações. Caso concorde com a proposta feita, por favor responda sim a pergunta abaixo.

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência durante o transporte intra-hospitalar” sem qualquer tipo de conseqüências. Compreendo que sou livre de a qualquer momento desistir de participar neste estudo. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador. \*

Sim

Não

# Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência durante o Transporte Intra-Hospitalar

 joanita.lp@gmail.com (não partilhado) [Mudar de conta](#)



## Parte I – Caracterização da equipa de enfermagem do SUMC

### 1. Idade

A sua resposta

---

### 2. Género

- Masculino
- Femenino

### 3. Grau Académico

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

### 4. Possui alguma especialização em Enfermagem?

- Sim
- Não

#### 4.1. Se sim, qual?

A sua resposta

---

5. Tempo de experiência profissional

A sua resposta

---

6. Tempo de Experiência profissional com a pessoa em situação crítica

A sua resposta

---

7. Experiência profissional no SUMC da sua instituição.

A sua resposta

---

8. Já acompanhou utentes durante o transporte intra-hospitalar?

Sim

Não

9. Tem conhecimento das orientações enunciadas pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos sobre o transporte da pessoa em situação crítica?

Sim

Não

## Parte II - Formação Específica em Pessoa Situação Crítica

1. Tem formação específica em pessoa em situação crítica?

Sim

Não

1.1. Se sim qual?

A sua resposta

---

2. Possui formação em Suporte Básico de Vida?

Sim

Não

3. Possui formação em Suporte Avançado de Vida?

Sim

Não

4. Possui formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico?

Sim

Não

5. Possui formação avançada em Trauma?

Sim

Não

6. Possui formação específica em Transporte de Pessoa em Situação Crítica?

Sim

Não

## Parte II.a - Formação Específica em Pessoa Situação Crítica

Numa escala de Lickert de Concordância, classifique as seguintes afirmações.

1-Discorda totalmente

2-Discorda

3-Não concordo nem discordo

4-Concordo

5-Concordo totalmente

1. Num programa formativo sobre o transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica, devem estar incluídas estas formações.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Suporte Básico de Vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suporte Avançado de Vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suporte Avançado de Vida Pediátrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formação Avançado em Trauma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transporte Doente Crítico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Parte IV - Segurança do Utente no Transporte Intra-Hospitalar

Numa escala de Lickert de Concordância, classifique as seguintes afirmações.

- 1-Discorda totalmente
- 2-Discorda
- 3-Não concordo nem discordo
- 4-Concordo
- 5-Concordo totalmente

1. A implementação de medidas que garantam a segurança do utente durante o transporte intra-hospitalar, é importante para a prevenção da ocorrência de eventos adversos.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

2. Um Transporte Intra-Hospitalar seguro caracteriza-se por.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Ser realizado por uma equipa treinada em pessoa em situação crítica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma equipa com formação específica em transporte de pessoa em situação crítica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aquele em que não existe deterioração do quadro clínico da pessoa em situação crítica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deve ter sempre em todo o seu processo o acompanhamento do Médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deve ter sempre em todo o seu processo o acompanhamento do Enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. De acordo com a sua experiência, avalie os eventos adversos no Transporte Intra-Hospitalar.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Perda de via aérea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falha de equipamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Degradação da condição clínica do utente por má avaliação prévia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perda de acessos venosos e/ou drenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.1. Para além dos eventos adversos acima listados, já vivenciou outros? Se sim, quais?

A sua resposta

---

4. A organização, coordenação e comunicação multidisciplinar e inter-serviços eficazes do transporte intra-hospitalar previne a ocorrência de eventos adversos

Discordo totalmente      1      2      3      4      5      Concordo totalmente



## Parte V- Fases do processo do Transporte Intra-Hospitalar: Decisão, Planeamento e Efetivação.

Numa escala de Lickert de Concordância, classifique as seguintes afirmações.

- 1-Discorda totalmente
- 2-Discorda
- 3-Não concordo nem discordo
- 4-Concordo
- 5-Concordo totalmente

1. O reconhecimento e decisão de acompanhar o utente durante o Transporte Intra-Hospitalar deve ser da responsabilidade de:

	1 - Discordo Totalmente	2 - Discordo	3 - Não concordo nem discordo	4 - Concordo	5 - Concordo plenamente
Enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médico e/ou Enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. O planeamento adequado do Transporte Intra-Hospitalar é crucial para evitar eventos adversos.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

3. O planeamento do transporte intra-hospitalar é efetuado pela equipa multidisciplinar do serviço de origem.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

4. O planeamento do transporte intra-hospitalar compreende os seguintes aspetos.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Coordenação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estabilização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipa interveniente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Documentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. A confirmação prévia de que o serviço para onde o utente vai ser transportado está pronto para o receber é primordial na fase do planeamento do Transporte Intra-Hospitalar.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente



10. Após entregar o utente devem ser realizadas as seguintes ações.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Garantir a manutenção e limpeza dos dispositivos e equipamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Repor o material da mala de transporte intra-hospitalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizar os registos de transporte e possíveis ocorrências	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**APÊNDICE VIII – AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE “PROMOÇÃO DA  
SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA  
DURANTE O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR”**

2º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

**Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência durante o Transporte Intra-Hospitalar**

**Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade a desenvolver no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica**

Nome da Investigadora: Joana Magalhães Lopes

Professora Orientadora: Susana Sobral Mendonça

Agosto, 2022

1

## Objetivos

Definir Transporte Intra-Hospitalar

Definir Fases do Transporte Intra-Hospitalar

Identificar eventos adversos relacionados com o transporte intra-hospitalar

Promover a Segurança durante o Transporte Intra-Hospitalar

Divulgar Procedimento para o Transporte Intra-Hospitalar

Agosto, 2022

2

## Definição de Transporte Intra-Hospitalar

Transferência do utente para a realização de exames complementares de diagnóstico ou terapêutica, ou transferência do utente para serviços especializados do mesmo hospital.

(Alamanou, 2014)

Acontece quando há necessidade de cuidados adicionais, não disponíveis no serviço onde o mesmo se encontra com o objetivo a ser submetido a meios complementares de diagnóstico e intervenções terapêuticas, tais como transferências para o serviço de Imagiologia, Bloco Operatório ou Unidade de Cuidados Intensivos.

(Fernandes *et al.*, 2017)

Agosto, 2022

3

## Fases do Transporte Intra-Hospitalar



(OM e SPCI, 2008)

Agosto, 2022

4

## Decisão

O primeiro passo no transporte intra-hospitalar é decidir se o transporte é ou não necessário para o utente ou se os riscos associados ao mesmo são superiores ao benefício que dele o utente poderá extrair.

Ponderar sempre se a deslocação contribui direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica, sem nenhuma mais-valia.

Nesta fase que devem ser pensados em todos os riscos intrínsecos ao utente e ao transporte em si, devendo existir uma particular atenção aos utentes com:

Hipoxia

Híper/hipocapnia

Instabilidade hemodinâmica

Hipertensão intracraniana

Agravamento de lesão vertebro-medular

(OM e SPCI, 2008)

Agosto, 2022

5

## Planeamento

Crucial para evitar possíveis instabilidades. Portanto, um número suficiente de profissionais deve ser assegurado, bem como os recursos materiais necessários para a monitorização adequada.

(Carneiro et al, 2012)

Coordenação

Comunicação

Estabilização

Equipa

Equipamento

Transporte

Documentação.

(OM e SPCI, 2008)

Agosto, 2022

6

## Planeamento

Escolher e contactar o serviço de destino, avaliando o tempo de trajeto estimado

Escolher a equipa de transporte

Selecionar os meios adequados de monitorização, caso necessite

Recomendar objetivos fisiológicos a manter durante o transporte

Selecionar adequadamente o equipamento e a terapêutica

Prevenir possíveis complicações.

Agosto, 2022

(OM e SPC), 2008)

7

## Avaliação para Transporte Intra-Hospitalar

<b>1. VIA AÉREA ARTIFICIAL</b>		<b>8. PACEMAKER</b>	
Não	0	Não	0
Sim (tubo de Gudel)	1	Sim, definitivo	1
Sim (se entubado ou com traqueostomia recente)	2	Sim, provisório	2
<b>2. FREQUÊNCIA RESPIRATORIA</b>		<b>9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA</b>	
FR entre 10 e 14 ciclos/min	0	SCG = 15	0
FR entre 15 e 35 ciclos/min	1	SCG entre 9 e 14	1
Apneia ou FR < 10 ou > 35 ciclos/min ou respiração irregular	2	SCG ≤ 8	2
<b>3. SUPORTE RESPIRATORIO</b>		<b>10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO</b>	
Não	0	Nenhum dos abaixo indicados	0
Sim (Oxigenoterapia)	1	Grupo I	1
Sim (Ventilação Mecânica)	2	Naloxona	
<b>4. ACESSOS VENOSOS</b>		Corticosteróides	
Não	0	Manitol a 20%	
Cateter periférico	1	Analgésicos	
Cateter central em doente instável	2	Grupo II	2
<b>5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA</b>		Inotrópicos	
Estável	0	Vasodilatadores	
Moderadamente estável (O <sub>2</sub> < 15L/min)	1	Antiarrítmicos	
Instável (inotrópicos no sangue)	2	Bicarbonatos	
<b>6. MONITORIZAÇÃO DO ECG</b>		Trombolíticos	
Não	0	Anticonvulsivantes	
Sim (desejável)	1	Anestésicos Gerais	
Sim (em doente instável)	2	Dreno torácico	
<b>7. RISCO DE ARRITMIAS</b>		<b>TOTAL</b>	
Não	0		
Sim, baixo risco* (e EAM > 48h)	1		
Sim, alto risco* (e EAM < 48h)	2		

Agosto, 2022

(OM e SPC), 2008)

8

## Efetivação

A fase da efetivação será da responsabilidade da equipa que acompanhará o utente durante o transporte intra-hospitalar, sendo que esta só termina quando o utente é devidamente entregue ao serviço recetor, ou no caso de deslocação para exames de diagnóstico ou outros atos terapêuticos, quando o utente retorna ao serviço de origem.

Agosto, 2022

(OM e SPCI, 2008)

9

## Equipa

Treino e competência

Familiarizados com o material e equipamento

Conhecimentos relacionados com via aérea, ventilação, reanimação cardiopulmonar e outros procedimentos de emergência

Equipas dedicadas ao transporte (treino específico e experiência regular)

Formação em Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado em Trauma

(OM e SPCI, 2008, ANZCA, 2015, Intensive Care Society, 2019)

Agosto, 2022

10

## Equipamento

Monitor de transporte

Material de entubação endotraqueal

Fonte de oxigénio :  $((20 + V_{min}) \times FiO_2 \times \text{tempo de transporte em minutos}) + 50\%$  ----> reserva para mais 30 minutos

Ventilador de transporte

Fármacos de ressuscitação;

Perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria

Medicações adicionais que possam ser administradas, intermitentemente, de acordo com prescrição médica;

Aspirador e carro de emergência - Em qualquer ponto do trajeto, devem estar disponíveis um aspirador e um carro de emergência com desfibrilhador, num tempo médio de quatro minutos;

Mala de transporte

Agosto, 2022

11

(OM e SPC, 2008)

## Monitorização

<p><b>Nível 1</b> Obrigatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização contínua com registo periódico</li> <li>• Frequência respiratória</li> <li>• <math>FiO_2</math></li> <li>• Oximetria de pulso</li> <li>• ECG contínuo</li> <li>• Frequência cardíaca</li> <li>• Pressão arterial (não invasiva)</li> <li>• Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente)</li> <li>• Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente).</li> </ul>
<p><b>Nível 2</b> Fortemente recomendado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes potencialmente instáveis)</li> <li>• ECG com deteção de arritmias</li> </ul>
<p><b>Nível 3</b> Ideal (em doentes selecionados pelo seu estado clínico)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central</li> <li>• Medição da pressão da artéria pulmonar</li> <li>• Medição da pressão intracraniana</li> </ul>

Agosto, 2022

12

(OM e SPC, 2008)

## Eventos Adversos no Transporte Intra-Hospitalar



(Meneguín, Alegre e Luppi, 2014)

Agosto, 2022

13

## Eventos Adversos no Transporte Intra-Hospitalar

- ▶ Evento Adverso: ocorrência que aconteceu a ou que afeta um utente.
- ▶ Incidente de Segurança do Utente: É um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o utente.
- ▶ A segurança do utente depende do reconhecimento de que os incidentes e os eventos adversos podem acontecer, sendo na maioria dos casos evitáveis. Esta é definida como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

(Direção Geral da Saúde, 2011)

Agosto, 2022

14

## Eventos Adversos no Transporte Intra-Hospitalar



Agosto, 2022

15

## Eventos Adversos no Transporte Intra-Hospitalar

- Num estudo sobre os eventos adversos do Transporte Intra-Hospitalar 38% dos eventos adversos acontecem na fase pré-transporte, 47% na fase de transporte e 15% na pós-transporte.

(Brunsveld-Reinders *et al.*, 2015)

- Os Eventos Adversos com maior incidência

Extubação endotraqueal  
 Exteriorização de acessos venosos  
 Aporte de oxigénio insuficiente  
 Avaria e falha da bateria de equipamentos

Na maioria das vezes os eventos adversos apenas são detetados no serviço de destino e não durante o transporte.

Agosto, 2022

16

(OM e SPCI, 2008)

## Eventos Adversos no Transporte Intra-Hospitalar

- ▶ O Transporte Intra-Hospitalar está associado a complicações significativas.

Para diminuir o risco de complicações para o utente, esses transportes devem ser bem organizados, eficientes e acompanhados pela monitorização, equipamento e recursos humanos adequados.

(Krimm et al., 2013)

- ▶ Nas *guidelines* elaboradas pela *Intensive Care Society & Faculty of Intensive Care Medicine* (2019), as *checklists* devem ser usadas de forma a garantir a execução de todos os preparativos necessários a cada fase do transporte de qualquer doente a nível intra-hospitalar.

- ▶ Num estudo após a implementação de um protocolo de transporte intra-hospitalar, a ocorrência de eventos adversos reduziu para 10,8%.

(Jia et al 2016)

Agosto, 2022

17

## Eventos Adversos no Transporte Intra-Hospitalar

- ▶ A aplicação de uma *checklist* durante o Transporte Intra-Hospitalar segundo a literatura é descrita como uma prática simples para a diminuição de eventos adversos e ganhos na segurança do utente, logo uma forma prática e simples de aumentar a segurança.

(Hales & Pronovost, 2006).

- ▶ Benefícios das *checklist*

Padronização

Promoção de cuidados baseados em evidências

Comunicação aprimorada

Equipamento apropriado

Minimização de erros e mitigação da falta de confiabilidade da memória

(Comau et al, 2015)

Agosto, 2022

18

## Procedimento para o Transporte Intra-Hospitalar no SUMC

### I – DEFINIÇÃO

Conjunto de procedimentos que visam a segurança do utente e da equipa durante o transporte intra-hospitalar.

### II – OBJETIVOS

#### Objetivo Geral:

- Melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao utente durante o transporte intra-hospitalar no serviço de urgência médico-cirúrgica.

#### Objetivos Específicos:

- Manter o mesmo nível de cuidados e monitorização das funções fisiológicas durante o transporte intra-hospitalar idêntico ao da unidade de origem;
- Garantir a continuidade dos cuidados;
- Garantir a estabilidade do utente durante o transporte intra-hospitalar;
- Garantir a segurança do utente e da equipa que o acompanha;
- Manter a qualidade da vigilância e intervenção durante o transporte intra-hospitalar;
- Prevenir a perda de informação do utente;
- Assegurar a informação aos familiares.

### III – Âmbito

Aplica-se ao Serviço de Urgência Médico-cirúrgica, sempre que seja necessário deslocar ou transferir os utentes para realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica ou outros serviços da mesma unidade hospitalar.

### IV – INFORMAÇÕES GERAIS

#### A – Quem executa?

Agosto, 2022

19

## Procedimento para o Transporte Intra-Hospitalar no SUMC

- O Assistente Operacional
- O Enfermeiro em colaboração com o Assistente Operacional
- O Médico em colaboração com o Enfermeiro e com o Assistente Operacional

#### B – Horário

- Sempre que ocorra a necessidade de um transporte intra-hospitalar

#### C – Orientações Quanto À Execução

##### 1. Descrição

O transporte intra-hospitalar é descrito como a transferência do utente para a realização de exames complementares de diagnóstico ou terapêutica, ou transferência do utente para serviços especializados do mesmo hospital (Alamanou, 2014).

O transporte intra-hospitalar do utente acontece quando há necessidade de cuidados adicionais, não disponíveis no serviço onde o mesmo se encontra com o objetivo de ser submetido a meios complementares de diagnóstico e intervenções terapêuticas, tais como transferências para o serviço de Imagiologia, Bloco Operatório ou Unidade de Cuidados Intensivos (Fernandes et al., 2017).

Knight et al. (2015) referem que o transporte intra-hospitalar está associado a complicações significativas. Para diminuir o risco de complicações para o utente, esses transportes devem ser bem organizados, eficientes e acompanhados pela monitorização, equipamento e recursos humanos adequados.

##### 2. Fases do transporte intra-hospitalar

Em Portugal, as recomendações para o transporte intra-hospitalar são enunciadas pela Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), que definem que o transporte intra-hospitalar se desenvolve em três fases: Decisão, Planeamento e Efetivação.

#### Fase da Decisão

A decisão de transportar um utente em estado crítico é, em Portugal e de acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, um ato médico,

Agosto, 2022

20



## Procedimento para o Transporte Intra-Hospitalar no SUMC

### V – MATERIAL E EQUIPAMENTO

O equipamento depende da situação do utente, não devendo a qualidade da vigilância e da intervenção terapêutica durante o transporte intra-hospitalar ser inferior à verificada no serviço de origem. Após o preenchimento da tabela de avaliação para o transporte intra-hospitalar é possível perceber que tipo de material e equipamento o utente necessita. Por forma a fazer uma melhor avaliação do utente, minimizar eventos adversos relacionados com o transporte intra-hospitalar e otimizar os recursos humanos e materiais, deverá ser preenchido o documento de avaliação do utente e lista de verificação para o transporte intra-hospitalar.

#### Equipamento que acompanha o utente

- Monitor de transporte - Com alarmes, em conformidade com as exigências de monitorização;
- Material de intubação endotraqueal – Tubos traqueais (de vários tamanhos) e insuflador manual (com válvula PEEP) - Colocados dentro da mala de transporte;
- Fonte de oxigénio – Com capacidade previsível para todo o tempo de transporte com reserva adicional para 30 minutos. Utilizar a seguinte fórmula:  $((20 + V_{min}) \times FIO_2 \times \text{tempo de transporte em minutos}) + 50\%$
- Ventilador de transporte - com possibilidade de monitorização do volume/minuto e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e FIO<sub>2</sub> reguláveis de forma flável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea;
- Fármacos de ressuscitação;
- Perfusões administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria – por forma a não interromper nenhuma das medicações já em curso;
- Medicações adicionais que possam ser administradas, intermitentemente, de acordo com prescrição médica;
- Aspirador e carro de emergência - Em qualquer ponto do trajeto, devem estar disponíveis um aspirador e um carro de emergência com desfibrilhador, num tempo médio de quatro minutos;

## Procedimento para o Transporte Intra-Hospitalar no SUMC

- Mala de transporte – Composta por material previsível consumível que possa ser utilizado durante o transporte. Deve ser colocada no local onde se realiza o maior número de transportes intra-hospitalar e deve estar sempre em condições de ser utilizada.

#### Monitorização durante o transporte

A Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), emanam considerações ao nível da coordenação do transporte, profissionais que acompanham o utente, equipamento que acompanha o utente e níveis de monitorização durante o transporte segundo a classificação: nível 1 – obrigatório; nível 2 – fortemente recomendado e nível 3 – ideal.

<b>Nível 1</b> Obrigatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização contínua com registo periódico</li> <li>• Frequência respiratória</li> <li>• FIO<sub>2</sub></li> <li>• Oximetria de pulso</li> <li>• ECG contínuo</li> <li>• Frequência cardíaca</li> <li>• Pressão arterial (não invasiva)</li> <li>• Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente)</li> <li>• Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente)</li> </ul>
<b>Nível 2</b> Fortemente recomendado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes potencialmente instáveis)</li> <li>• ECG com deteção de arritmias</li> </ul>
<b>Nível 3</b> Ideal (em doentes selecionados pelo seu estado clínico)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central</li> <li>• Medição da pressão da artéria pulmonar</li> <li>• Medição da pressão intracraniana</li> </ul>

### VI – PROCEDIMENTO

Quando o Médico Responsável decide que o utente tem de ser transferido, o Enfermeiro Responsável deve:

#### Transferência de serviço

- Efetuar contacto telefónico prévio com a unidade de destino, com o objetivo de organizar a transferência do utente;
- Informar o serviço recetor caso exista risco de transmissão de microrganismos,
- Reunir o processo clínico e exames para enviar conjuntamente com o utente;

## Procedimento para o Transporte Intra-Hospitalar no SUMC

- Recolher os pertences do utente, que devem seguir juntamente com este caso sejam transferidos para os serviços de internamente. Os utentes que vão para o Serviço de Medicina Intensiva e Bloco Operatório o espólio fica no serviço de urgência.
- Reforçar a segurança dos dispositivos invasivos (cateteres periféricos, tubo endotraqueal, sonda vesical, entre outros);
- Esvaziar os sacos de drenagem existentes no utente;
- Preparar antecipadamente a medicação que possa ser necessária durante o transporte intra-hospitalar;
- Acompanhar o utente até ao serviço de destino com o assistente operacional, e/ou médico de acordo com a avaliação do transporte intra-hospitalar;
- Transmitir a informação, oral e escrita ao enfermeiro do serviço destinatário acerca da situação do utente.

### Realização de exames complementares de diagnóstico

- Efetuar contacto telefónico prévio com a área para realização do exame pretendido, com o objetivo de conhecer a disponibilidade deste para receber o utente;
- Informar o serviço, caso exista risco de transmissão de microrganismos;
- Preparar o utente de acordo com o procedimento/exame que vai realizar;
- Reforçar a segurança dos dispositivos invasivos (cateteres periféricos, tubo endotraqueal, sonda vesical, entre outros);
- Esvaziar os sacos de drenagem existentes no utente;
- Preparar antecipadamente a medicação que possa ser necessária durante o transporte intra-hospitalar;
- Acompanhar o utente até ao serviço de destino, de acordo com a avaliação do transporte intra-hospitalar.

### **Assistente Operacional**

### Realização de exames complementares de diagnóstico

- Acompanhar o utente até ao serviço de destino, caso seja necessário, sozinho ou acompanhado por enfermeiro ou enfermeiro e médico, de acordo com a avaliação do transporte intra-hospitalar.

## Procedimento para o Transporte Intra-Hospitalar no SUMC

### VII – REGISTOS DE ENFERMAGEM

- Data e hora da transferência;
- Situação do utente antes, durante e depois do transporte intra-hospitalar;
- Eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar;
- Medicação administrada;
- Procedimentos realizados;
- Identificar o médico e o enfermeiro que acompanharam o utente durante o transporte intra-hospitalar.

## Impresso para o Transporte Intra- Hospitalar AVALIAÇÃO, MONITORIZAÇÃO DO UTENTE E CHECKLIST

**Identificação do Utente**

**TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR** DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**AVALIAÇÃO DO UTENTE PARA O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

\* Resposta correta = sempre (exceto quando indicado, onde não serão considerados) as intervenções terapêuticas intervenções.  
\* Além disso, o risco associado ao utente ou circunstâncias de risco serão do transportista responsável.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

**AVALIAÇÃO DO UTENTE**

A	B	C	D	E
Tubo Oesofágico em nível: SpO2: _____	Máscara Laríngea: Verificação Mensural: VEM: _____ VEM: _____	Transporte em: VEM: _____ FIO2: _____	Modo Ventilatório: _____ Freq: _____ FIO2: _____	Modo: _____ PFI: _____ VCI: _____
Ocultor Nasal: _____ L/min	TA: _____ mmHg FC: _____ bpm	Localização: _____	Localização: _____	
ADAD: _____	Cateter venoso periférico: _____	Lumena: _____	Localização: _____	
	Cateter Central: _____	Localização: _____		
	Labirinto: _____			
	Escala de Coma de Glasgow: _____	Abertura Ocular: _____	Resposta Verbal: _____	Resposta Motora: _____
	Pupilas: _____	Reflexos: _____	Arteriais: _____	Métricas: _____
	Temperatura: _____	DSP: _____	CPAP: _____	CPAP: _____

Agosto, 2022

27

## Impresso para o Transporte Intra- Hospitalar AVALIAÇÃO, MONITORIZAÇÃO DO UTENTE E CHECKLIST

**MONITORIZAÇÃO DO UTENTE**

Registo de Sinais Vitais					Medicação		
hora	TA	FC	FR	SpO2	hora	Fármaco	Doseagem

**CHECKLIST PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR**

Ações	Validação		
	Confirma	Não conforme	Não Aplicar
<b>Antes do Transporte</b>			
Verificar a identificação do utente - pulsoira			
Desenvolver a checklist de monitorização de apoio			
Constar o serviço de destino e confirmar transporte			
Preparar equipamento, dispositivos e material necessário			
Preparar garrafa de oxigénio cheia (EDV-Ventil) #100tempo de transporte em minutos) +50%			
Insulador manual			
Ventilador de transporte			
Baterias suficientes			
Defibrilador presente			
Monitor de sinais vitais			
Nota de transporte			
Verificar a marca e equipamento anexado e posição das grades			
Verificar todos sinais vitais (TA, FC, FR, SpO2, sinais vitais)			
Cateter venoso periférico			
Cateter venoso central			
Preparar antecipadamente medicação que possa ser necessária durante o transporte			
Tomar medicação ou fluoroterapia que esteja quente a tocar			
Avaliar os sinais vitais antes da saída do doente			
<b>Durante o Transporte</b>			
Avaliar sinais vitais			
Monitorização do doente			
Avaliar os dispositivos e equipamentos			
Avaliar e gerir medicamentos e fluoroterapia			
<b>Após transporte</b>			
Avaliar sinais vitais			
Garantir o tratamento de dispositivos e equipamentos			
Repor material na sala de transporte			
Realizar registos de transporte e ocorrências			

Agosto, 2022

28

## Promover a Segurança durante o Transporte Intra-Hospitalar

### Antes do Transporte Intra-Hospitalar

- Confirmar a identificação do utente
- Preencher a *ckecklist* para avaliação do utente e constituição da equipa
- Confirmar previamente que a área para onde o utente vai ser transportado está disponível
- Reunir o processo clínico e os exames que sejam necessários enviar com o utente
- Confirmar se existe consentimento assinado (no caso de realização de exame ou procedimento)
- Confirmar que a equipa está disponível para acompanhar o utente
- Confirmar que o utente tem a via aérea permeável
- Preparar insuflador manual com máscara
- Verificar a necessidade do ventilador de transporte acompanhar o utente
- Preparar garrafa de oxigénio cheia;  $((20+V_{min}) \times FiO_2 \times tempo \text{ de transporte em minutos}) + 50\%$
- Preparar os equipamentos que vão a acompanhar o utente e verificar se todos funcionam só com bateria
- Confirmar correta colocação de todos os dispositivos invasivos e reforçar a sua segurança

Agosto, 2022

OM e SPCI, 2008; ANZCA, 2015; Intensive Care Society, 2019)

## Promover a Segurança durante o Transporte Intra-Hospitalar

### Antes do Transporte Intra-Hospitalar

- Preparar antecipadamente medicação que possa ser necessária durante o transporte intra-hospitalar
- Trocar medicação ou fluidoterapia que esteja quase a acabar
- Esvaziar os sacos de drenagem existentes no utente
- Confirmar a permeabilidade dos cateteres venosos periféricos (recomendado pelo menos 2 de grande calibre)
- Obter mala de transporte intra-hospitalar
- Avaliar os sinais vitais antes da saída do utente
- Mudar o utente para o ventilador de transporte (se for o caso)
- Retirar equipamentos da energia e colocar junto do utente
- Tapar o utente

Agosto, 2022

OM e SPCI, 2008; ANZCA, 2015; Intensive Care Society, 2019)

30

## Promover a Segurança durante o Transporte Intra-Hospitalar

### Durante o transporte

- Vigiar o utente / sinais vitais
- Monitorização contínua
- Avaliar e gerir fluidoterapia e medicação

### Após o transporte

- Avaliar sinais vitais
- Ligar os equipamentos à corrente
- Repor material da mala de transporte
- Registar todas as ocorrências com o transporte intra-hospitalar

## Registos de Enfermagem

Data e hora da transferência;

Situação do utente antes, durante e depois do transporte intra-hospitalar;

Eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar;

Medicação administrada;

Procedimentos realizados;

Identificar o médico e o enfermeiro que acompanharam o utente durante o transporte intra-hospitalar.

## Considerações Finais

- Implementação de procedimento hospitalar sobre o transporte intra-hospitalar
- Uniformização do procedimento para o transporte intra-hospitalar
- Implementação de impresso para o transporte intra-hospitalar: avaliação, monitorização e *checklist*
- Existência de mala de acompanhamento do utente para o transporte intra-hospitalar
- Formação da equipa
- É importante identificar os eventos adversos
- Ainda mais importante é promover a segurança dos utentes durante o transporte intra-hospitalar

Agosto, 2022

33

## Bibliografia

- ANZCA. (2015). *Guideline for transport of critically ill patients*. 52(Cicm), 1–12. Retrieved from <https://www.anzca.edu.au/getattachment/bd5938d2-d3ab-4546-a6b0-014b11b99b2f/P552-Guideline-for-transport-of-critically-ill-patients>
- Alamanou, D. G. & Brokalaki, H. (2014). Intra-hospital transport policies: The contribution of the nurse. *Health Science Journal*, (8) 166-178. Retrieved from <https://www.hsj.gr/medicine/intra-hospital-transport-policies-the-contribution-of-the-nurse.php?202aid%20=2749>
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kulper, S. G. & de Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care* (London, England), 19(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0938-1>
- Comeau, O. Y., Armendariz-Batiste, J., & Woodby, S. A. (2015). Safety First! Using a Checklist for Intrafacility Transport of Adult Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse*. <https://doi.org/10.4037/ccn2015091>
- Direção Geral da Saúde. (2011). Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. *Relatório Técnico Final*, 142. Retrieved from <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2021). Cultura de Segurança Liderança e Governança Comunicação Consolidar e promover a segurança na Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente.
- Direção Geral da Saúde. (2021). Gabinete do Secretário de estado Adjunto e da Saúde - Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). *Diário Da República, II Série - N.º 187 - 24 de Setembro de 2021*, 96–103. Retrieved from <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Fernandes, M. M. M., Rodrigues, A. H., Haddad, J. G. V., & Silva, J. V. da. (2017). Significados e procedimentos adotados no transporte intra-hospitalar de pacientes críticos: o discurso do sujeito coletivo. *Enfermagem Brasil*, 16(2), 69–79. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sccm&AN=123551382&site=ehost-live>
- Hales BM, Pronovost PJ. (2006) The checklist-a tool for error management and performance improvement. *Journal Critical Care*.
- Intensive Care Society. (2019). Guidance On: The Transfer Of The Critically Ill Adult. *The Faculty of Intensive Care Medicine*, 1–40. Retrieved from [https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer\\_critically\\_ill\\_adult\\_2019.pdf](https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf)
- Jia L, Wang H, Gao Y, Liu H, Yu K. (2016). High incidence of adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients and new related risk factors: A prospective, multicenter study in China. *Critical Care*.
- Knight, P. H., Maheshwari, N., Hussain, J., Schell, M., Hughes, M., Papadimos, T. J., ... Latchana, N. (2015). Complications during intra-hospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 5(4), 256–264. <https://doi.org/10.4103/2229-5151.179840>
- Meneguim, S., Helena, P., Alegre, C., Helena, C., Luppi, B., Correspondente, A., De, D., & Junior, R. (2014). Artigo Original Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar/ Characterization of the intra-hospital transport of critically ill patients. *Acta Paul Enferm*, 27(2), 115–124. <http://dx.doi.org/10.1590/1982->
- Morais, S. A., & Almeida, L. F. (2013). Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto* (TÍTULO NÃO CORRENTE), 12(3), 138–146. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7541>
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações.

Agosto, 2022

34

## **ANEXOS**

**ANEXO I – GRELHA DE AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR**

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com 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	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	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

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

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