



UNIVERSIDADE DO MINHO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM

Sylvie Barroso Pereira

O transporte inter-hospitalar do doente crítico: documentação e continuidade de cuidados

Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação do

Professor Mestre Rui Manuel Freitas Novais

Professora Doutora Cristina Araújo Martins

Junho de 2018



UNIVERSIDADE DO MINHO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM

Sylvie Barroso Pereira

O transporte inter-hospitalar do doente crítico: documentação e continuidade de cuidados

Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação do

Professor Mestre Rui Manuel Freitas Novais

Professora Doutora Cristina Araújo Martins

Junho de 2018

DECLARAÇÃO

Nome: Sylvie Barroso Pereira

Endereço eletrónico: pereirasylvieb@gmail.com Telefone: 937237408

Número do Cartão de Cidadão: 13781956

Título do Projeto de Intervenção em Serviço: O transporte inter-hospitalar do doente crítico: documentação e continuidade de cuidados

Orientadores: Professor Mestre Rui Manuel Freitas Novais e Professora Doutora Cristina Araújo Martins

Ano de conclusão: 2018

Designação do Mestrado: Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTE TRABALHO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 02 / 08 / 2018

Assinatura Sylvie Barroso Pereira

“Temos de nos tornar na mudança que queremos ver”

Mohandas Gandhi

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que sempre se mantêm a meu lado e, claro está, que nesta etapa não foram exceção. Os meus pais e a minha irmã, que me apoiam nas minhas escolhas e me motivam a ser mais e melhor. A vocês dedico todo este meu esforço. Obrigada por serem o meu pilar. Obrigada por tudo!

Ao meu namorado por toda a paciência e presença, sempre.

Aos meus tutores de estágio em Cuidados Intensivos e Emergência, obrigada pela partilha e ensinamentos, por me fazerem crescer a todos os níveis. Fico feliz por saber que existem enfermeiros como vocês.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pela força que me deram e sensibilidade que demonstraram ao longo de todos estes meses.

À enfermeira Rosa Olívia, pela preocupação e sensibilidade que sempre demonstra.

Ao meu orientador e coorientadora pela paciência.

A todos, o meu verdadeiro agradecimento.

RESUMO

O transporte inter-hospitalar do doente crítico é um procedimento frequente face à necessidade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica com elevado nível de diferenciação. Embora represente um risco adicional para o doente, o planeamento adequado é fundamental para a diminuição da ocorrência de complicações. Partindo de uma experiência profissional enquanto enfermeira envolvida no processo de transporte inter-hospitalar do doente crítico e de uma avaliação e reflexão enquanto estudante de mestrado em estágio num serviço de urgência, decidiu-se por estudar a documentação dos cuidados de enfermagem durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico, como garantia da continuidade dos cuidados. Optou-se pela metodologia de projeto, partindo de um diagnóstico de situação realizado através de um questionário para identificação de incidentes/ocorrências clínicos e técnicos mais frequentes durante o processo de transporte. Participaram no projeto de intervenção em serviço 64 enfermeiros do Serviço de Urgência e da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente de um Hospital da Região Norte (N=64). Os dados obtidos foram sujeitos a análise descritiva, sendo posteriormente apresentados aos enfermeiros-chefes e à equipa de enfermagem. De forma genérica, pode dizer-se que os incidentes/ocorrências clínicos mais reportados foram o aumento/diminuição da tensão arterial, a alteração do traçado eletrocardiográfico e a diminuição da saturação periférica de oxigénio, destacando-se a trepidação, a limitação do espaço para aceder ao doente e aos equipamentos e o desconhecimento dos materiais e dos equipamentos de transporte como os incidentes/ocorrências técnicas mais frequentes. Com base nestes dados, foi elaborado um documento que permite ao enfermeiro, envolvido no transporte do doente crítico, documentar o processo de tomada de decisão e garantir a continuidade de cuidados. Salienta-se, ainda, que a criação de uma equipa de transporte especializada, meios de transporte mais adequados, bem como a necessidade de documentação e registos, de melhoria no planeamento e formação na área, foram sugestões apresentadas pelos enfermeiros como importantes e necessárias para a melhoria do transporte inter-hospitalar do doente crítico. A possibilidade de registo das intervenções de enfermagem, aliadas às sugestões que os enfermeiros apresentaram, podem ser um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico durante o transporte inter-hospitalar.

Palavras-chave: “Continuidade de Cuidados”, “Cuidados de Enfermagem”, “Doente Crítico”, “Registos de Enfermagem”, “Transporte Inter-Hospitalar”

ABSTRACT

The interhospital transportation of the critical patient is a frequent procedure due to the need for complementary diagnostic and therapeutic means with a high level of differentiation. Although it poses an additional risk to the patient, adequate planning is critical to reducing the occurrence of complications. Starting from a professional experience as a nurse involved in the interhospital transportation process of the critically ill patient and an evaluation and reflection as a master's student in an emergency department, it was decided to study the documentation of nursing care during interhospital transportation of the critical patient, as a guarantee of continuity of care. We chose the project methodology, based on a situation diagnosis performed through a questionnaire to identify the most frequent clinical and technical incidents/occurrences during the transportation process. Sixty-four nurses from the Emergency Department and the Polyvalent Intermediate Care Unit of a Hospital in the Northern Region (N=64) participated in the project. The data were subjected to descriptive analysis and later presented to the head nurses and the nursing team. Generally, the most reported clinical incidents/occurrences were increased/decreased blood pressure, altered electrocardiographic tracing and decreased peripheral oxygen saturation, especially the vibration, limiting the access space and equipment and the lack of knowledge of materials and transportation equipment such as the most frequent technical incidents/occurrences. Based on these data, a document was developed that allows the nurse, involved in the transportation of the critical patient, to document the decision-making process and ensure continuity of care. It should also be noted that the creation of a specialized transport team, more adequate means of transport, and the need for documentation and records to improve planning and training in the area were suggestions presented by nurses as important and necessary for the improvement interhospital transport of the critical patient. The possibility of registration of nursing interventions combined with the suggestions that the nurses presented may be a contribution to the improvement of the nursing care provided to the critical patient in the interhospital transport.

Keywords: “Continuity of care”, “Critical patient”, “Nursing care”, “Nursing records”, “Secondary transport”

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
2. O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO	22
2.1 FASES DO TRANSPORTE	25
2.2 RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO	29
2.3 DIFICULDADES E VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO	35
2.3.1. Incidentes clínicos e técnicos identificados pelos enfermeiros	36
2.4 OS REGISTOS DE ENFERMAGEM COMO GARANTIA DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS	39
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	42
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	42
3.1.1 Amostra	47
3.1.2 Instrumento de recolha de dados e procedimentos de aplicação	47
3.1.3 Análise dos dados	48
3.1.4 Resultados	48
3.2 OBJETIVOS	55
3.3 PLANEAMENTO	56
3.4 EXECUÇÃO	57
3.5 AVALIAÇÃO	59
4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	61
4.1 CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA	62
4.2. DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTI-VÍTIMA, DA CONCEÇÃO À AÇÃO	66

4.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO 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	68
5. CONCLUSÃO	71
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	79
Anexo I - Avaliação para o transporte secundário	81
Anexo II - Fármacos à disposição da equipa de transporte	85
Anexo III - Lista de verificação para o transporte secundário	89
Anexo IV - Formulário para o transporte hospitalar	95
Anexo V - Parecer da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho	99
Anexo VI - Parecer da Comissão de Ética do Hospital da Região Norte	103
Anexo VII - Declaração de consentimento informado	107
Anexo VIII - Questionário de recolha de dados	111
Anexo IX - Cronograma de atividades	115
Anexo X - Folha de Registos de Enfermagem para o Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRRNEU	Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DC	Doente Crítico
EEEPSC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica
ET	Equipa de Transporte
HD	Hospital Destino
HO	Hospital de Origem
OE	Ordem dos Enfermeiros
OM	Ordem dos Médicos
PIS	Projeto de Intervenção em Serviço
RH	Recursos Humanos
RM	Recursos Materiais
RR	Rede de Referenciação
SE	Sala de Emergência
SPCI	Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SpO ₂	Saturação Periférica de Oxigénio
SU	Serviço de Urgência
TIH	Transporte Inter-Hospitalar
TIHDC	Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico
TS	Transporte Secundário
UCIP	Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Algoritmo de decisão para o transporte secundário	26
Figura 2 - Regulamento para o acompanhamento do doente crítico por médico e enfermeiro de um hospital da região norte	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Frequência de idades dos enfermeiros	48
Gráfico 2 - Género da amostra	49
Gráfico 3 - Habilitações académicas dos enfermeiros	49
Gráfico 4 - Experiência profissional dos enfermeiros	50
Gráfico 5 - Experiência profissional dos enfermeiros no serviço	51
Gráfico 6 - Tipologia da especialidade em enfermagem da amostra	51
Gráfico 7 - Incidentes/ocorrências clínicos reportados pelos enfermeiros	52
Gráfico 8 - Incidentes/ocorrências técnicos reportados pelos enfermeiros	53
Gráfico 9 - Outros incidentes/ocorrências reportados pelos enfermeiros	54

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular “*Estágio e Relatório Final*”, integrada no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em parceria com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

O transporte inter-hospitalar do doente crítico é um procedimento frequente pela impossibilidade da realização de uma intervenção diagnóstica ou com fins terapêuticos no hospital de origem ou pela necessidade de um nível de assistência superior (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). É caracterizado por um período de grande instabilidade e vulnerabilidade, conduzindo, por vezes, a complicações que podem ser previstas ou evitáveis.

A pessoa em situação crítica 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 do Enfermeiros, 2011, p. 2). Qualquer demora no reconhecimento da necessidade de transferência pode resultar em atrasos nas intervenções diagnósticas e terapêuticas. Este facto contribui para o aumento exponencial de potenciais problemas e complicações, uma vez que o doente crítico, já *per si* bastante fragilizado, estando fora de um ambiente altamente monitorizado vê a sua fragilidade aumentada durante o transporte (Alexopoulos, Kalyya, Merkoulias, & Niakas, 2015). Desta forma, o período de transporte do doente crítico não é isento de probabilidade de ocorrência de eventos que possam agravar o seu estado clínico ou mesmo provocar a morte. Contudo, independentemente da situação que origina o transporte, os benefícios devem ultrapassar os riscos.

De acordo com Bérubé et al. (2013), ocorrem incidentes em 70% dos transportes. O espaço diminuto que limita o acesso ao próprio doente, a sua instabilidade hemodinâmica, o ruído e a trepidação, que diminuem a capacidade de ouvir os alarmes dos equipamentos, são alguns dos fatores que podem contribuir direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica e consequente aumento dos riscos durante o transporte do doente.

Face à complexidade das situações de saúde que determinam o transporte inter-hospitalar do doente crítico, o enfermeiro especialista, envolvido neste processo, deve ser capaz de prestar cuidados

altamente qualificados, como resposta às necessidades afetadas, de forma a manter as funções básicas de vida da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica ou falência orgânica.

Durante o transporte, o nível de cuidados prestados não deve ser inferior ao que se verifica no serviço de origem e o enfermeiro, perante a necessidade de intervir, deve registar não só as intercorrências, mas também o processo de tomada de decisão, garantindo, assim, a continuidade dos cuidados (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008).

Para Martins et al. (2008), a importância dos registos de enfermagem é atualmente reconhecida e indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, realçando a sua função de comunicação dos aspetos resultantes do processo de cuidados. Os registos têm que traduzir a preocupação com a pessoa na sua globalidade familiar, social e cultural, pelo que a escrita sensível reveste-se de especial importância para o cuidar do doente crítico, uma vez que, “...é o modelo de escrita apontada para testemunhar a prática clínica do cuidar, a qual deve ser refletida em situação e ousada na criatividade. (...) pressupõe uma observação apurada e um conhecimento profundo e holístico do utente/família” (Martins et al., 2008, p. 53).

Os registos de enfermagem constituem, ainda, uma fonte de informação sobre os cuidados de enfermagem e permitem a comunicação entre os profissionais de saúde. São imprescindíveis para a continuidade de cuidados e, como tal, há que investir na criação de documentos que permitam efetuar registos que possam ser auditados. Só assim se pode investir na melhoria contínua e na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Considerando que a Ordem dos Enfermeiros (2011) preconiza a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, optou-se por desenvolver um projeto de intervenção em serviço sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico e a necessidade de documentação dos cuidados de enfermagem como garantia da continuidade dos cuidados, recorrendo, para o efeito, à metodologia de projeto, que contempla as fases diagnóstico de situação, objetivos, planeamento, execução e avaliação.

Com a realização deste trabalho pretende-se:

- ✓ Enquadrar teoricamente o objeto de estudo;

- ✓ Descrever a operacionalização do projeto de intervenção em serviço;
- ✓ Descrever a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica;
- ✓ Criar um documento para efetuar registos durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico, adaptado à realidade de um hospital da zona norte.

Este relatório de estágio está organizado em cinco capítulos. O primeiro, referente à presente introdução, onde se faz uma breve alusão ao transporte inter-hospitalar do doente crítico e aos registos de enfermagem como garantia da continuidade de cuidados, se definem objetivos e se explicita a metodologia usada na consecução do projeto e a estrutura do relatório. O segundo capítulo trata teoricamente o tema escolhido, fundamentando a importância do transporte inter-hospitalar do doente crítico, as responsabilidades e vivências dos enfermeiros durante o transporte e a necessidade de efetuar registos de enfermagem como garantia da continuidade dos cuidados. O terceiro capítulo reporta-se especificamente ao projeto de intervenção em serviço, onde se aborda o diagnóstico de situação, o planeamento e a execução do mesmo, bem como a sua operacionalização e análise dos dados obtidos. No quarto capítulo, tendo em atenção que a realização deste estágio visava a aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, procede-se à análise da aquisição destas competências e reflete-se sobre a aquisição de conhecimentos e de competências teórico-práticas. O quinto capítulo diz respeito à conclusão, onde se realiza uma síntese do trabalho desenvolvido, se reflete sobre o atingimento dos objetivos do relatório de estágio e se apresentam as dificuldades sentidas. A metodologia utilizada na realização deste projeto assenta fundamentalmente numa análise descritiva, crítica e reflexiva, ancorada na revisão bibliográfica, realizada em base de dados, que sustenta teórica e empiricamente o tema desenvolvido, e na metodologia de projeto.

2. O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO

O Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico (TIHDC) é uma necessidade crescente e, embora represente riscos acrescidos, justifica-se pela centralização dos meios de diagnóstico e terapêutica, com elevado nível de diferenciação (Mata, 2014), pela inexistência de recursos humanos (RH) e de recursos materiais (RM), não disponíveis na instituição de saúde onde o doente está internado, pela disponibilidade de perícia médica, pelas parcerias com outras instituições, por solicitação por parte do doente e, ainda, por questões financeiras (Mohr, Wong, Faine, Schlichting, Noack, & Ahmed, 2015).

Em 1992, a Sociedade Americana de Cuidados Intensivos foi a primeira entidade a divulgar Normas de Boa Prática Clínica para o Transporte Secundário de Doentes. Em Portugal, nesse mesmo ano, foi publicado o Decreto-Lei n.º 38/92, relativo ao Enquadramento Legal do Transporte de Doentes.

Com o decorrer dos anos, diversa literatura e legislação foi surgindo, tanto a nível nacional como internacional. Em Portugal, em 1997, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) apresentou o Guia de Transporte do Doente Crítico. Posteriormente, em 2001, a Administração Regional de Saúde do Norte, em parceria com o Grupo de Trabalho de Urgências, publicou as Normas de Transporte Secundário de Doentes. Em 2012, a Rede Nacional de Emergência e Urgência, através do relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), remete-nos para a Rede de Referência (RR). Recentemente, em 2014, foi publicado em Diário da República o Despacho n.º 10319/2014, que veio definir a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica a nível hospitalar e pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência e os padrões mínimos, quanto à estrutura, RH, formação, critérios e indicadores de qualidade, processo de monitorização e avaliação. A nível internacional, a Intensive Care Society lançou, em 2002, um documento de referência, referente às *Guidelines* para o Transporte do Doente Crítico Adulto.

Em 2008, a Ordem dos Médicos (OM) e a SPCI, previram o aumento do TIHDC devido à requalificação das urgências, das redes de referência cardiovascular, vias verdes de enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Os objetivos da RR, apresentados pela CRRNEU (2012, p. 38) passam por “*sistematizar e planear a capacidade de acompanhamento e transporte*

pré e inter-unidades de saúde” e “diminuir o número de transportes secundários que não implicam benefício para o doente”. Sabe-se, porém, que a maioria dos hospitais não dispõe de RH suficientes para criar uma equipa que assegure os transportes. Isto porque, a equipa que acompanha o Doente Crítico (DC) deve ser composta pela tripulação habitual da ambulância, por um médico e um enfermeiro com experiência no DC e no manuseamento dos equipamentos que suportam as suas funções vitais.

Ainda acerca da RR, importa referir que o Serviço de Urgência (SU) assume a responsabilidade de efetuar o transporte de um doente se não tiver capacidades para o seu tratamento, devendo este ocorrer atempadamente e em segurança para um SU de nível superior e mais próximo. No entanto, se:

“(…) for impossível ao serviço de urgência adequado mais próximo receber o doente, uma de três situações deve ocorrer: ou o serviço de urgência adequado mais próximo arranja capacidade dentro de tempo útil; ou o serviço de urgência adequado mais próximo ajuda o serviço de urgência que tem o doente a encontrar alternativa e essa iniciativa tem rápido sucesso; ou se estas duas soluções anteriores falharem, o serviço de urgência adequado mais próximo recebe o doente ativando o seu plano de catástrofe/contingência” (Despacho n.º 10319/2014, 2014, p. 20678).

São várias as denominações encontradas na literatura para fazer referência ao transporte inter-hospitalar (TIH) ou Transporte Secundário (TS), também designado por transferência inter-hospitalar ou secundária. O termo secundário refere-se à classificação dos transportes. De acordo com o local de origem, existem dois tipos de transportes: o primário, que diz respeito ao transporte de vítimas de um local de acidente para uma unidade de saúde, e o secundário, aquele que ocorre entre duas unidades de saúde (Intensive Care Society, 2011; Nunes, 2009). Ambos podem ser realizados por via terrestre, marítima e aérea. Há que atender, ainda, ao transporte intra-hospitalar que se refere ao transporte de um doente entre dois serviços do mesmo hospital, seja pela necessidade de ser internado numa unidade de maior nível de diferenciação ou pela necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica no mesmo hospital (Nunes, 2009).

Na realização do TIHDC há que ter em conta que estes doentes estão a vivenciar uma situação de falência multiorgânica ou em risco de a desenvolver, pelo que qualquer alteração súbita durante o

transporte terá um efeito multiplicativo no agravamento do seu estado clínico, dado que a sua capacidade de adaptação é inexistente (OM & SPCI, 2008).

Para Martins e Martins (2010, p. 113), a vulnerabilidade de um DC, seja por doença aguda ou trauma, vê-se aumentada aquando do TIH. Assim, “(...) *durante as horas que se seguem à reanimação e estabilização, pode surgir novo episódio de paragem ou peri-paragem, por vezes, em consequência da própria terapêutica*”.

De acordo com esta perspetiva, numa situação de TIH o doente vê os seus riscos aumentados, pois, para além dos riscos da doença e da terapêutica, podem também surgir os do transporte. Desta forma, qualquer que seja a intercorrência que possa vir a ocorrer, a equipa de transporte (ET) deve ser capaz de a antever, de forma a diminuir a incidência de complicações e aumentar a capacidade de lidar com as mesmas. A Intensive Care Society (2011) faz referência à vibração e à aceleração/desaceleração como aspetos associados ao momento do transporte, que podem afetar a hemodinâmica e a monitorização do doente.

Importa referir, também, que estes doentes apresentam uma maior probabilidade de morbilidade e mortalidade. No Reino Unido, cerca de 15% dos doentes que foram sujeitos a uma transferência apresentaram hipotensão e hipóxia, problemas estes que poderiam ter sido evitados ou minimizados se o planeamento fosse realizado de forma mais minuciosa, se existisse uma equipa treinada e os meios e os recursos fossem mais adequados (Nunes, 2009).

Rua (1999) sugere sete princípios de segurança para o transporte do DC, que constituem a base para a qualidade do transporte:

1. Os gestos e procedimentos de tratamento são, na sua maioria, impossíveis numa ambulância em movimento;
2. A estabilização do doente antes do transporte é fundamental para a prevenção das complicações durante a viagem. Tudo o que é essencial deve ser realizado antes de iniciar o transporte;
3. O objetivo é o transporte do doente, que deve ocorrer, independentemente da distância, com o menor número possível de alterações terapêuticas;
4. A estabilização começa com uma avaliação exaustiva do doente;

5. A monitorização é iniciada e mantida durante todo o transporte;
6. A equipa de transporte deve possuir treino específico e deve conhecer bem o equipamento que vai utilizar;
7. Quando se reconhece essa necessidade, o transporte deve ser efetuado o mais precocemente possível.

O transporte do DC é assumido como “*parte integrante do seu tratamento*” (OM & SPCI, 2008, p. 7). Por isso, o nível e a qualidade dos cuidados nunca devem, em momento algum, ser inferiores aos observados no Hospital de Origem (HO). Pelo contrário, devem ser sempre iguais ou superiores, sugerindo-se, ainda, que cada instituição crie uma política formal sobre o transporte destes doentes, uma ET com experiência e programas que permitam auditar o transporte, assim como disponibilize formação na área.

A formação e a experiência clínica revestem-se de grande importância, dado que vão permitir a promoção de maior segurança durante o transporte. Assim, cursos como o de Suporte Avançado de Vida e o de Suporte Avançado de Vida em Trauma são imprescindíveis, ou deveriam sê-lo, para todos aqueles que efetuam transportes.

2.1. FASES DO TRANSPORTE

Quando se toma a decisão de realizar o transporte de um doente, este deve ser efetuado o mais breve possível. Segundo a OM e a SPCI (2008), o transporte do DC é composto por 3 fases: decisão, planeamento e efetivação. Esta divisão por fases ocorre na tentativa de se minimizarem os riscos que lhe estão associados, como forma de seguir passos e zelar pelo transporte seguro:

✓ A *decisão* de transferência e o conseqüente transporte do doente é de âmbito médico e sabe-se que riscos e benefícios devem ser ponderados, pelo risco clínico, que “(...) *depende dos fatores que afetam a fisiologia cardio-respiratória e a fiabilidade da monitorização* (...) e o risco da deslocação, que incorpora “*aceleração-desaceleração, risco de colisão, (...) a velocidade*” (OM & SPCI, 2008, p. 16).

A Intensive Care Society (2011) apresenta alguns aspetos a ter em consideração na avaliação do

risco de transportar um DC, como, por exemplo, a condição clínica atual do doente, os riscos específicos relatados acerca do transporte de um doente em determinada condição, os riscos associados ao movimento/transferência, a probabilidade de deterioração durante o transporte, a eventual potencialidade do doente necessitar de monitorização/intervenções adicionais e, por fim, a duração e o modo de transporte. Atendendo a esta ponderação, as competências da equipa, necessárias para acompanhar o doente, podem ser determinadas recorrendo ao uso de um algoritmo, o *Risk assessment/Stratification prior to transfer*.

Por seu lado, a OM e a SPCI (2008) aconselham o recurso ao algoritmo de decisão para transporte secundário, para auxiliar a tomada de decisão (Figura 1).

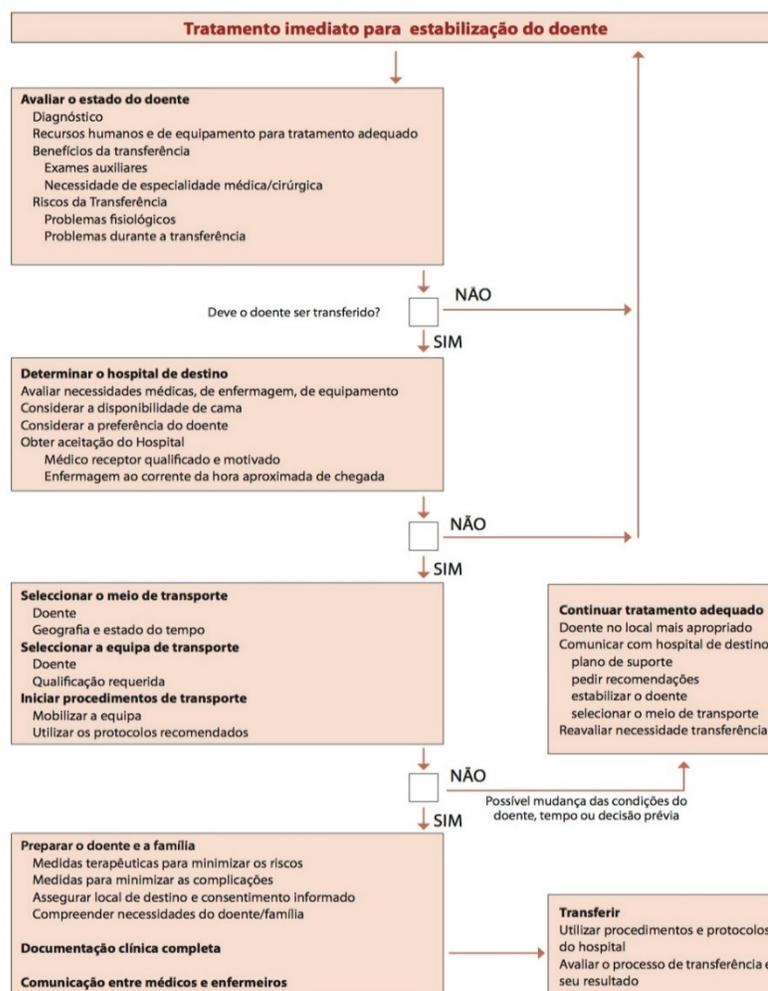


Figura 1 – Algoritmo de decisão para o transporte secundário (OM & SPCI, 2008)

De referir, mais uma vez, que, apesar da decisão do transporte ser um ato médico, a responsabilidade pelo transporte é partilhada pelos elementos que constituem a ET. Esta deve certificar-se de que estão garantidas todas as condições para se efetuar o transporte, podendo recusá-lo caso tal não se verifique.

✓ O *planeamento* é efetuado tanto pela equipa médica como pela de enfermagem. Antes do transporte, o doente ou seu representante legal deve ser informado e esclarecido quanto à necessidade do mesmo, o serviço do Hospital Destino (HD) e, sempre que se justifique, deve obter-se o seu consentimento expresso (OM & SPCI, 2008).

A escolha do meio de transporte deve ser realizada com base na situação clínica do doente (emergente, urgente ou eletivo), as intervenções médicas para o transporte, a disponibilidade de RH e RM, a duração do transporte, as condições meteorológicas, alternativas e custos, não colocando em risco o doente (OM & SPCI, 2008).

Segundo a OM e a SPCI (2008), a definição dos meios e dos RH e RM necessários é facilitada pela determinação de um *score*, de acordo com a gravidade do doente, recorrendo ao uso do algoritmo de Avaliação para o transporte secundário (Anexo I). Existem outros documentos, relativos aos Fármacos à disposição da equipa de transporte (Anexo II) e à Lista de verificação para o transporte secundário (Anexo III), que também são contemplados nesta definição.

Após a decisão de proceder ao transporte, e antes da saída do doente do HO, deve efetuar-se um contacto com o serviço de destino; escolher a ET, atendendo às características do doente, bem como o meio de transporte, os meios de monitorização, equipamentos e terapêutica; definir-se os objetivos fisiológicos recomendados para o doente e anteverem-se possíveis complicações. O serviço de destino deve estar a par da situação clínica do doente, para que possa disponibilizar todos os meios necessários para dar continuidade ao tratamento. É, ainda, importante estar definida uma hora para a receção do doente, assim como o nome e os contactos dos intervenientes em todo o processo estarem disponíveis (OM & SPCI, 2008).

Os primeiros 5 minutos do transporte, a passagem do doente (entre maca/cama do HO e maca de transporte e entre maca de transporte e maca/cama do (HD)) e o transporte prolongado (com mais de 30 minutos) constituem as fases de maior risco de complicações. Como forma de os minimizar,

deve proceder-se à estabilização do doente no HO e prevenir-se possíveis complicações durante o transporte. Além disso, qualquer alteração de tratamento antes do transporte deve garantir o tempo necessário para compreender qual a resposta do doente a essas mesmas alterações, dado que constitui, por si mesma, um fator promotor de instabilidade. Devem, ainda, ser tomadas medidas que evitem riscos como a extubação endotraqueal, a perda de acessos venosos, a reserva inadequada de oxigénio, a avaria de ventilador de transporte, a exteriorização ou “clampagem” inadvertida de dreno torácico e/ou a falta de bateria/carga elétrica de equipamentos (OM & SPCI, 2008).

A Intensive Care Society (2011) refere que uma ressuscitação e uma estabilização meticolosas, antes do transporte, reduzem as alterações fisiológicas associadas ao movimento e o risco de deterioração durante o transporte.

✓ *A efetivação* corresponde ao momento do transporte até à “*entrega*” do doente ao médico do serviço de destino, ou no regresso ao HO, caso a transferência seja apenas para a realização de um exame ou execução de um ato terapêutico (OM & SPCI, 2008).

No início da efetivação do transporte, há a considerar o período de tempo relativo ao trajeto até à ambulância, onde a vigilância do doente deve continuar a ser assegurada. Para esta fase, a OM e a SPCI criaram, também, um documento de suporte - Formulário para o transporte hospitalar (Anexo IV), que permite o registo de toda informação clínica do doente, desde a saída do HO até à chegada ao HD.

De modo a garantir que as condições de acolhimento sejam semelhantes às do HO, as normas de boas práticas devem ser cumpridas. O transporte deve, assim, ser considerado como uma extensão de cuidados do hospital (OM & SPCI, 2008).

Para Lopes e Frias (2011), a preparação e a organização do TIHDC são passos de elevada importância, que ditam o prognóstico do doente a curto/médio prazo. Nas duas primeiras fases do transporte, as responsabilidades técnica e legal são do serviço de origem, ao passo que na efetivação são da equipa que assegura o transporte (OM & SPCI, 2008).

A deterioração do doente não deve ocorrer por outras questões que não sejam as clínicas, diretamente relacionadas com o seu estado clínico (Ibidem) e a segurança do doente e dos

profissionais deve ser sempre a maior prioridade em qualquer uma das fases do transporte.

2.2. RESPONSABILIDADES DO ENFERMEIRO NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

O enfermeiro exerce um papel fulcral na garantia da qualidade e da eficácia do TIHDC, uma vez que deve assegurar todas as condições para que o transporte ocorra de forma calma e segura, permitindo manter a vigilância do doente de forma continuada, como forma de prevenir possíveis complicações e atuar de imediato, em caso de necessidade. Deve, ainda, certificar-se que todo o material e equipamento está funcionando, não só aquele que já o acompanha, mas também o da mala de transporte e da ambulância. Sabemos, porém, que, quando o TIHDC é emergente, o tempo para a sua preparação escasseia. Mesmo assim, não devem ser ultrapassadas fases que contribuem para a “poupança de tempo” na fase seguinte.

Os documentos de transferência, médicos e de enfermagem, devem acompanhar o doente e o enfermeiro deve certificar-se disso (Mata, 2014). Os registos que se realizam durante o TIHDC também são identificados como necessários, contudo constituem uma grande lacuna na atualidade, uma vez que não se efetuam quaisquer tipos de registos.

De acordo com a OM e a SPCI (2008), na preparação para o transporte deve haver: uma passagem formal do doente, uma observação segundo a metodologia ABCDE e o seu registo em local apropriado. Também se deve proceder à fixação de todos os acessos vasculares, tubos, sondas, entre outros, para prevenir a sua exteriorização; uma maior atenção para o momento da passagem do doente da maca/cama para a maca de transporte, onde o doente deve continuar monitorizado.

Após a passagem, tudo deve voltar a ser revisto, utilizando novamente a metodologia ABCDE. Neste momento, pode-se, então, proceder à mudança dos equipamentos para os de transporte, promovendo a estabilidade do doente e dos equipamentos; uma certificação de que os familiares foram avisados, de que os contactos do serviço de destino estão disponíveis e o funcionamento dos equipamentos de comunicação está assegurado.

Na ambulância, deve colocar-se o doente de forma segura na célula e fixar os equipamentos de

monitorização e perfusão, para que se evitem acidentes ao longo do percurso. Antes de se iniciar o transporte, deve proceder-se, uma vez mais, à avaliação do doente segundo a metodologia ABCDE, bem como à verificação dos equipamentos.

Na chegada ao hospital/serviço destino, não são aceitáveis tempos de espera adicionais, dado que o compromisso da existência de uma vaga deve ser assumido antes do transporte. No que diz respeito à passagem do doente pela ET, esta também deve ser formal e a equipa recetora deve observar o doente segundo a metodologia ABCDE. A ET procede à entrega de toda a documentação proveniente do HO. A sua responsabilidade pelo doente só termina quando se substituírem os equipamentos pelos do serviço de destino.

No regresso ao hospital, é necessário verificar-se o equipamento à chegada, adicionar-se a hora de regresso ao registo de transporte e colocar-se em local próprio para poder ser analisado pela instituição.

Segundo a OM e a SPCI (2008), há que atender a outras indicações, tais como:

- A avaliação inicial do doente vai ditar a sua assistência, dado que permite compreender o doente e antecipar problemas, preparando terapêutica e equipamentos adequados para o transporte;
- A estabilização hemodinâmica é fundamental para o sucesso do transporte. Será, assim, importante proceder-se ao suporte transfusional ou levar algumas unidades, caso haja essa necessidade;
- A permeabilidade da via aérea deve ser garantida e, se dúvidas existirem, o mais indicado é proceder-se à entubação no serviço de origem, uma vez que o procedimento pode ser efetuado com maior segurança. Em seguida, deve permitir-se tempo para que haja a estabilidade hemodinâmica e ventilatória. A entubação gástrica deve ser também ponderada nestes casos. Os doentes entubados devem ser sedados e, se possível, curarizados para minimizar riscos;
- A possível existência de pneumotórax/hemotórax deve ser descartada antes do transporte e a sua drenagem antecipada. Os drenos torácicos não devem ser clampados durante o transporte;
- Os acessos vasculares devem ser no mínimo 2 e de grande calibre;

- Os equipamentos de monitorização devem ser conhecidos pela equipa de transporte, a qual deve preparar os alarmes antes do transporte;
- A fluidoterapia deve ser efetuada através de bombas e seringas perfusoras, para uma maior estabilidade do doente e uma melhor monitorização do volume administrado;
- Os fármacos devem estar presentes numa mala de transporte, por grupos farmacêuticos e de forma a que o seu acesso seja rápido. Uma vez que nem sempre é fácil preparar terapêutica num transporte, os fármacos que se perspetivem poderem vir a ser utilizados (sedação e analgesia ou fármacos de reanimação) devem ser preparados antes do transporte ser iniciado;
- A agitação constitui uma contraindicação para o transporte, pelo que se aconselha uma sedação prévia, imobilizadores de tórax e membros. Também a terapêutica para as agudizações deve ser preparada previamente.

Perante este contexto, o enfermeiro deve assumir um papel atento e ativo ao longo de todo o processo de transporte. Para Coelho (2015, p. 213), o enfermeiro deve:

- Acompanhar os doentes nível B e C;
- Adquirir toda a informação de enfermagem acerca do doente;
- Assegurar os meios adequados de monitorização;
- Antecipar possíveis complicações;
- Acrescentar material à mala de transporte, de acordo com a especificidade de cada doente;
- Acompanhar sempre o doente durante o transporte inter-hospitalar;
- Registrar as ocorrências em local apropriado;
- Preencher o “Formulário de Transporte Inter-Hospitalar”;
- Rever a “Lista de Verificação para o Transporte Inter-Hospitalar” com o elemento da equipa médica;
- Arquivar todos os documentos em local próprio;
- Rever o material da mala de transporte e mantê-la apta para a próxima utilização, tendo em conta as *checklists* para o efeito.

Ainda de acordo com o mesmo autor, no serviço de origem, a equipa de enfermagem deve:

- Validar junto do doente a informação da necessidade de transporte, no sentido de promover o direito à autonomia;

- Validar que a família/cuidador informal foi informada, para promover o direito à autonomia;
- Determinar com a equipa médica qual a equipa de transporte necessária para dar resposta às necessidades do doente, bem como o meio de transporte adequado, no sentido de promover a segurança e qualidade nos cuidados prestados;
- Preencher o “Formulário de Transporte Inter-Hospitalar”, para ficar a par da informação clínica do doente;
- Preencher a “Lista de Verificação para o Transporte Inter-Hospitalar”, prevenindo erros e complicações;
- Verificar a presença de selo na mala de transporte, para se certificar de que o material que a compõe está de acordo com o esperado;
- Arquivar os documentos do transporte inter-hospitalar em local apropriado, no sentido de garantir um armazenamento correto da informação.

Durante o TIH, a equipa de enfermagem deve ainda (Ibidem):

- Apresentar-se ao doente, promovendo relações de empatia e, conseqüentemente, terapêuticas;
- Receber toda a informação de enfermagem que diga respeito ao doente, promovendo a colaboração entre os elementos;
- Verificar se os meios complementares de diagnóstico e terapêutica acompanham o doente, garantindo, assim, que toda a informação necessária está disponível;
- Garantir que a mala de transporte acompanha o doente, para promover a sua segurança;
- Permanecer junto do doente em todos os momentos, para promover a sua segurança;
- Verificar que o doente está confortável e devidamente acondicionado, bem como os equipamentos e materiais, no sentido de prevenir complicações e garantir a segurança desejada;
- Verificar e registar a hora de saída do hospital de origem, para garantir o registo de dados;
- Avaliar e registar os sinais vitais à saída do hospital de origem, durante todo o transporte, de acordo com a periodicidade desejada para cada doente, e à chegada ao hospital destino, no sentido de monitorizar a evolução hemodinâmica;
- Prever possíveis complicações, no sentido de antecipar a ação e prevenir complicações, atendendo sempre à segurança aquando da prestação de cuidados;

- Efetuar o registo das ocorrências, no sentido de promover a qualidade e a continuidade dos cuidados;
- Registrar a hora de chegada ao hospital de origem;
- No regresso ao hospital de origem, caso o doente permaneça no hospital destino, transmitir toda a informação clínica, promovendo a continuidade de cuidados e a qualidade dos mesmos; se o doente regressar ao hospital de origem, fazer o seu acompanhamento e vigilância até à chegada ao serviço de origem, promovendo a continuidade dos cuidados.

De referir, ainda, que a metodologia ABCDE é utilizada como forma de avaliar o DC: A (*Airway*) – Via aérea (com controlo da cervical), B (*Breathing*) – Ventilação, C – Circulação (*Circulation* - com controlo da hemorragia), D (*Disability*) – Disfunção Neurológica e E – Exposição (*Exposition* - com controlo da temperatura). Deste modo, segue-se uma sequência lógica, segundo as prioridades, permitindo a identificação de problemas, a definição de atitudes a tomar e a manutenção e avaliação do doente.

Compete ao enfermeiro, na fase de decisão, aconselhar, na do planeamento, prestar os cuidados necessários e, na de efetivação, garantir a vigilância do doente.

O papel de aconselhamento prende-se com o trabalho em equipa, cujo fim último é o bem-estar do doente (Machado, 2010). Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 1.0, esta ação visa “*Capacitar alguém para tomar a sua própria decisão, através do diálogo*” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2005, p. 137).

No planeamento, o enfermeiro assume o papel de prestar cuidados de forma a estabilizar o doente antes da efetivação do transporte.

Durante a efetivação, o enfermeiro deve vigiar o estado do doente, isto é, “*Averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo*” (OE, 2005, p. 136), sem que haja a necessidade de se intervir. Por isso mesmo, se justifica o investimento na estabilização do doente antes da saída para o transporte, dado que as condições não serão as mesmas das existentes no HO.

Ao enfermeiro que presta cuidados ao DC é exigido uma panóplia de competências, gerais e especializadas, onde a necessidade de avaliação, intervenção e tratamento coexistem. Os cuidados

mínimos ou medidas de reanimação, ensino e encaminhamento a nível intra e inter-hospitalar devem melhorar ou manter a qualidade de vida, integrando informação competente, construindo julgamentos e estabelecendo prioridades (Fernandes, 2010).

O enfermeiro deve possuir variadíssimas habilidades e competências, entre as quais as de caráter humano, técnico e científico, assumindo-as de forma autónoma ou interdependente, no seio da multidisciplinariedade de uma equipa. A busca pelo conhecimento e a sua integração permitem o atingimento do “*Saber-Saber*”, “*Saber-Fazer*” e “*Saber-Ser*”. Desta forma, o saber da enfermagem consiste em “*prestar cuidados ao outro, para o outro e com o outro*” (Fernandes, 2010, p. 38), portanto, o cuidar em enfermagem é um cuidar holístico, que se baseia em princípios éticos e deontológicos, em que a humanidade que o distingue nunca poderá ser descurada.

O TIHDC exige ao enfermeiro a tomada de um variado número de decisões, pelo que se o enfermeiro for detentor de conhecimentos de TIHDC e conhecedor das leis que regulam, quer a sua prática, quer o próprio TIHDC, tem capacidade para poder tomar decisões no que aos cuidados autónomos e interdependentes diz respeito (Nunes, 2009; OE, 2009).

A tomada de decisão é de responsabilidade individual, mas o enfermeiro especialista é reconhecido como o elemento chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica (OE, 2011).

O Parecer n.º 157 do Conselho Jurisdicional da OE (2009, p. 2) também refere que:

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

Em suma, a tomada de decisão deve ser feita com racionalidade, consciência e competência para que se escolha a alternativa que resulte no objetivo esperado ou o mais próximo dele, ou seja, no sentido do bem presumido para as pessoas. Não podemos assumir que o enfermeiro age por indicação de outrem, mas antes, que a interdependência se refere apenas ao início do ato prescritor

por parte de outro profissional, sendo que o enfermeiro assume a responsabilidade pelos seus próprios atos.

2.3. DIFICULDADES E VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO

O processo de cuidar do DC e aquando de um TIH é complexo e exige inúmeras responsabilidades, pelo que se torna pertinente abordar as dificuldades e vivências dos enfermeiros, à luz da evidência científica disponível.

Podemos afirmar que são inúmeros os fatores que influenciam a forma como os enfermeiros vivenciam este momento. Para Martins e Martins (2010), existem fatores contextuais (características dos doentes e especificidades do TIH) e fatores mediadores (planeamento e organização, situação clínica/estabilidade do doente, formação da equipa/experiência profissional e equipamento) que podem facilitar ou dificultar as experiências vividas. A tipologia do doente e as especificidades do transporte contribuem para que os enfermeiros se possam sentir mais ou menos preparados para realizar o transporte inter-hospitalar do DC; por seu lado, um planeamento e organização adequados, a prévia estabilização do doente e uma equipa experiente contribuem para diminuir ou mitigar as experiências negativas.

Para além dos fatores que influenciam o transporte, os enfermeiros vivenciam experiências marcantes, umas consideradas positivas e outras negativas. De entre as experiências positivas, destacam-se ajudar o doente e a reflexão sobre a ação; de entre as negativas, os sentimentos de medo, ansiedade, *stress*, insegurança, sofrimento e frustração. Estas experiências marcantes negativas surgem devido aos imprevistos, ao meio de transporte, ao risco da estrada e ao medo da morte.

Mata (2014), referindo-se ao estudo de Rodrigues e Martins (2012), apresenta a angústia, a ansiedade, a aflição, o *stress*, o nervosismo, o medo, a impotência, a insegurança, a apreensão e a preocupação, face ao perigo e à ameaça do desconhecido, como sentimentos e emoções mais enumerados pelos enfermeiros aquando do TIHDC. Na base destes sentimentos/emoções estão a falta de planeamento, de formação em urgência e emergência, e de recursos, assim como o espaço,

os ruídos, as condições atmosféricas, as oscilações, as náuseas e as alterações gastrointestinais experienciadas.

As dificuldades no TIHDC apontadas pelos enfermeiros, por ordem crescente de importância, foram os recursos e a instabilidade do doente, a morte do doente, o planeamento do TS e os sintomas fisiológicos vivenciados pelos profissionais. Realça-se, contudo, que o ganho de experiência profissional contribui para a diminuição desta perceção de dificuldade por parte dos enfermeiros (Mata, 2014).

Num estudo de Lopes e Frias (2011) foi evidente que os participantes viram o TIHDC como um momento de grande instabilidade, onde muitas vezes as complicações são imprevisíveis. Assim, parece-nos relevante reforçar, uma vez mais, que, face à imprevisibilidade associada ao transporte, se deve planear o melhor possível este momento, antevendo intercorrências.

Por sua vez, Machado (2010) refere existirem fatores positivos e constrangedores que influenciam o TIHDC. Como positivos, destaca o acompanhamento médico adequado, a experiência do enfermeiro e a segurança emocional; como constrangedores, a indisposição gastrointestinal, a ansiedade, a insegurança e a disfuncionalidade no trabalho em equipa.

Facilmente se depreende, por tudo isto, que cuidar de um DC durante o TIH impute uma enorme responsabilidade ao enfermeiro, dada toda a sua instabilidade, traduzida pela sua clínica e por todo o equipamento e monitorização a ele associado.

A forma como os enfermeiros vivenciam o transporte do DC pode interferir na qualidade dos cuidados prestados, de forma mais ou menos negativa.

2.3.1. Incidentes clínicos e técnicos identificados pelos enfermeiros

A terminologia usada pelos vários autores, como forma de descrever o que acontece durante o TIHDC, é feita de forma muito variada. Assim, termos como “incidentes”, “ocorrências”, “eventos adversos” e “problemas” são usados pela Intensive Care Society (2011), Coelho (2015), Lopes e Frias (2011) e Berubé et al. (2013), respetivamente.

Assim sendo, a Intensive Care Society (2011) refere que, numa auditoria na região norte de Inglaterra, 114 transportes foram auditados e em 20% deles ocorreram incidentes críticos. Foram apontadas deficiências nos equipamentos, nos monitores, no treino da equipa e na documentação do transporte. Segundo esta sociedade, estes dados foram também verificados na Austrália e na Holanda, onde 91% e 70% dos incidentes podiam ter sido evitados.

Para Mata (2014), e referindo-se a dois estudos, o de Partmentier-Decrucq et al. (2013) e o de Ligtenberg et al. (2005), os eventos adversos mais comuns estão sobretudo relacionados com o equipamento e, em seguida, com o doente – hipóxia e instabilidade hemodinâmica, sendo cerca de 70% dos eventos evitáveis com um melhor planeamento e comunicação entre a equipa.

Na perspetiva de Lopes e Frias (2011), os eventos adversos mais percecionados são a falta de fornecimento de oxigénio, a falha do equipamento de ventilação e a falha do equipamento de monitorização, respetivamente.

Para Fanara, Manzon, Barbot, Desmettre e Capellier (2010), os principais eventos adversos identificados foram os cardiovasculares, onde se incluem a hipotensão severa ou hipertensão, as arritmias e o enfarte agudo do miocárdio; os respiratórios, onde se incluem a hipóxia severa, o broncospasmo, o pneumotórax, a extubação, a entubação seletiva e as dessincronias entre o doente e o ventilador; os relacionados com a hipotermia; os neurológicos, onde se incluem a agitação e a hipertensão craniana; os ligados ao mau funcionamento dos equipamentos, em que havia falha elétrica ou de oxigénio e, por fim, os associados ao erro humano, pela inadaptação do tratamento de emergência. Os mesmos autores descrevem os eventos adversos como “*minor*” quando ocorre o declínio fisiológico e “*sério*”, ou quando ocorre uma situação crítica que requer uma intervenção terapêutica urgente.

Bérubé et al. (2013) referiram que as falhas no equipamento, a deterioração clínica, a monitorização inadequada e as comunicações ineficazes são os problemas que mais ocorrem em 70% dos transportes, o que demonstra que há muito ainda a melhorar a este nível.

Para Jonah e Asa (2013), a ET também deve estar bem preparada para o espaço diminuto das células dos meios de transporte, onde as condições para atuação são reduzidas, o ruído inerente ao voo dificulta a comunicação entre os elementos da equipa e entre estes e o próprio doente. Por

outro lado, ouvir os alarmes dos equipamentos também se torna complicado. Assim, com o objetivo de melhorar a comunicação entre os elementos da ET, outras técnicas vão sendo aprimoradas, como seja a observação e a comunicação não-verbal. Um exemplo disso é o de visualizar o número de vezes em que se forma uma névoa nas máscaras de oxigênio, que corresponde ao número de ciclos respiratórios (Ibidem).

Torna-se imprescindível que, num ambiente de *stress* e inúmeras exigências como o das transferências inter-hospitalares, haja uma boa cooperação entre os vários elementos da equipa, o que, conseqüentemente, irá melhorar a qualidade do atendimento e a segurança dos doentes (Jonah & Asa, 2013).

Como forma de prevenir a ocorrência de incidentes durante o TIHDC, Bérubé et al. (2013) implementaram um programa preventivo que passava pelo preenchimento de formulários antes do transporte - *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* e o *Therapeutic Intervention Scoring System*, no sentido de identificarem riscos que pudessem prever a ocorrência de incidentes. A cada um desses fatores de risco estavam associadas um conjunto de intervenções interdisciplinares a implementar antes e durante o transporte.

O estudo demonstrou que a aplicação de um programa preventivo para o transporte está associada a resultados positivos, promovendo a melhoria contínua da segurança no TIHDC. Confirmou-se uma redução de 20% na ocorrência total de incidentes entre o pré e o pós implementação do programa. A redução ocorreu em todas as categorias de incidentes, sendo que, para os problemas técnicos e para os relacionados com a mobilização do doente, os resultados foram bastante significativos. No que reporta à deterioração clínica e ao atraso antes da realização dos exames, a diminuição não foi estatisticamente significativa. O aumento da consciência dos profissionais de saúde face ao transporte seguro pode ter sido um fator decisivo para a obtenção destes resultados.

Assim, e face às exigências associadas ao transporte, é de extrema importância um plano de transporte com seleção dos cuidados de enfermagem a prestar durante o mesmo (Jonah & Asa, 2013). Deste modo, é possível equacionar medidas preventivas a adotar para a evicção ou, pelo menos, minimização de incidentes/ocorrências clínicos e técnicos.

2.4. OS REGISTOS DE ENFERMAGEM COMO GARANTIA DA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Em 1850, Nightingale considerava os registos de enfermagem como essenciais e imprescindíveis, ao anotar as suas observações e ao utilizar as informações que colhia como forma de melhoria dos serviços. No fundo, considerava-os como o testemunho da prática de enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros (2003) define os registos de enfermagem como o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro na prática clínica, nas quais compila as informações resultantes quer das intervenções autónomas, quer das intervenções interdependentes, bem como toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados.

Os registos evidenciam a autonomia, a tomada de decisão e a responsabilidade profissional, assumindo-se que só os cuidados registados foram realizados. Assim, os registos de enfermagem são indispensáveis para a continuidade de cuidados e devem conter uma linguagem centrada no ser humano, ou seja, devem enquadrar-se numa “escrita sensível”, tal como referido por Martins et al. (2008). Os autores pressupõem, ainda, que os registos não se devam cingir aos aspetos técnicos, devem conter “(...) o significado do cuidado, a vertente da comunicação, o estabelecimento da relação do cliente/família, a demonstração da empatia, a escuta, a resposta do enfermeiro às questões verbais e não verbais, por forma a construir um pensamento inerente ao cuidar” (p. 55).

Para Abreu, Almeida, Costa, Santos e Sousa (2011), os registos permitem conhecer as observações, decisões, intervenções e resultados esperados das ações de enfermagem, o que, por sua vez, permite assegurar a continuidade de cuidados. Costa (2014) também descreve os registos de enfermagem como uma fonte de informação essencial para a continuidade dos mesmos.

O TIHDC, ao ser considerado como uma extensão do tratamento, que pressupõe a existência de uma continuidade de cuidados, deve ser alvo de acompanhamento e auditoria, pelo que dados objetivos resultantes do uso de documentos *standard* – escalas e documentos de suporte para registos clínicos - permitem o controlo da qualidade do mesmo (OM & SPCI, 2008).

Na opinião de Fanara et al. (2010), a cultura de implementação de procedimentos *standard* resulta em sistemas de trabalho *standard* e homogênea as modalidades implementadas no transporte. Ou seja, o recurso a *checklists*, para gerir o cuidado ao DC, permite prevenir complicações durante o

transporte.

Cada instituição é responsável por definir políticas claras para o transporte do DC, passíveis de auditoria. A criação de documentos que integrem detalhes do contacto médico, data e hora da decisão de transferência, estado clínico do doente, parâmetros vitais antes, durante e após a transferência, e intervenções médicas e de enfermagem durante a transferência seriam de igual utilidade. A Intensive Care Society (2011) refere que todos os hospitais devem nomear algum responsável pela garantia da aplicação de *guidelines* para o transporte do DC e pelo seu treino. Documentos *standards* devem ser desenvolvidos e usados pela ET, com dados que permitam ser auditados, e serem efetuados em duplicado.

Os registos escritos das observações e dos eventos devem ser mantidos durante o transporte e com a periodicidade necessária para cada doente, bem como as alterações e a terapêutica administrada. Os últimos parâmetros fisiológicos, após a receção pelo serviço de destino, também devem ser registados, uma vez que permitem minimizar o risco de se detetarem alterações numa fase mais tardia (OM & SPCI, 2008).

Coelho (2015) e a Intensive Care Society (2011) defendem o registo da hora de saída do HO; objetivo de transporte; sinais vitais à saída do HO, durante o percurso (o número de vezes necessárias, de acordo com a necessidade do estado do doente) e à chegada ao HD; terapêutica/fluídos administrados, dose, via, hora e motivo; reações/complicações; intercorrências; hora da chegada ao HD; se o doente fica no HD ou se, por sua vez, regressa ao HO, e a hora de regresso ao HO.

Para Fernandes (2010), os registos dos cuidados de enfermagem representam as reais necessidades dos doentes. Se queremos melhorar a qualidade do TIHDC, parece-nos fundamental valorizar e efetuar registos de enfermagem para a continuidade de cuidados.

Conforme refere Martins et al. (2008), o processo de enfermagem constitui uma metodologia científica, onde os enfermeiros reconhecem os registos como essenciais para a continuidade de cuidados. Costa (2014) refere que a maioria dos enfermeiros considera os registos de enfermagem de especial importância, vendo-os como uma ferramenta de trabalho de enorme utilidade para a prática de enfermagem.

Para a Intensive Care Society (2011), devia ser desenvolvido um mecanismo de aglomeração de registo de dados acerca do número dos transportes a nível nacional, das suas indicações, dos incidentes e dos seus resultados, onde, por exemplo, se pudesse usar a linguagem CIPE, conhecida por todos os enfermeiros. Isto porque, a CIPE:

“...permite representar mundialmente a realidade da prática de enfermagem, na medida em que suporta a recolha e análise dos dados ajudando os enfermeiros a descrever, analisar e comparar práticas de enfermagem aos níveis local, regional, nacional e internacional, produzindo informação fiável e válida para a tomada de decisão em saúde” (Abreu et al., 2011, p. 24).

Fanara et al. (2010) defendem que devia ser criada uma base de dados para o transporte do DC, onde os problemas ocorridos pudessem ser mensurados, uma vez que nem todos os eventos adversos estão atualmente a ser notificados.

Os registos devem ser escritos de forma clara e completa, de forma a que possam ser utilizados por todos os profissionais, ao constituírem-se como fontes de informação sobre o estado do doente. Para além disto, os registos servem de suporte legal para o enfermeiro e expressam a qualidade dos cuidados prestados.

Podemos, então, afirmar que os registos são deveras relevantes, não só para o doente, mas também para os profissionais de saúde e para as próprias instituições (Costa, 2014).

Outro aspeto de especial relevo diz respeito à importância dos registos para a investigação e para o ensino. Os registos são indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem (Ibidem).

Assim, percebe-se a pertinência dos registos e, ainda mais, aquando de um TIHDC, onde se está fora do ambiente hospitalar e a tipologia de doente requer um maior nível de decisão para a ação de enfermagem.

De referir ainda que, em março de 2018, a Entidade Reguladora da Saúde lançou um documento, que ainda se encontra em discussão pública, relativo ao Regulamento das Transferências de Utentes entre Estabelecimentos Prestadores de Cuidados de Saúde. Neste documento existe um grande enfoque na documentação e registos inerentes ao momento do transporte, o que denota, uma vez mais, a sua importância.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Neste capítulo percorre-se as fases do Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), começando pela descrição de como se procedeu à elaboração do diagnóstico de situação, fazendo uma abordagem ao instrumento de recolha de dados utilizado, à constituição da amostra e à análise dos dados. Posteriormente, apresentam-se os objetivos do PIS e planeiam-se as atividades e estratégias que permitam a concretização dos mesmos. Finalmente, descreve-se a implementação das atividades e faz-se uma análise destas, completando, assim, as cinco fases de metodologia de projeto descritas por Ruivo e Ferrito (2010), ou seja, diagnóstico de situação, objetivos, planeamento, execução e avaliação.

A metodologia de projeto visa a identificação de um problema real e sua resolução, tendo por base a implementação de estratégias que, ao mesmo tempo, permitam a aquisição de conhecimentos e competências. Basicamente, segundo esta metodologia, estabelece-se uma ligação entre a teoria e a prática (Ruivo & Ferrito, 2010).

O PIS contém, por isso, uma vertente teórica e prática, o que constitui uma mais-valia por serem duas etapas que se complementam e são indissociáveis, ou seja, permite um maior contacto com o saber e a sua aplicação prática.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O estágio final decorreu num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região Norte, sendo este o segundo nível de acolhimento das situações de urgência.

Um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, de acordo com o preconizado pela CRRNEU (2012), deve existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de Serviços de Urgência Básica existentes a montante, satelizando com Serviços de Urgência Polivalente para onde referencia situações específicas.

Este SU dá respostas específicas nas valências de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Imuno-hemoterapia, Anestesiologia, Bloco Operatório (24 horas), Imagiologia (radiologia

convencional, ecografia simples, tomografia axial computadorizada) e Patologia Clínica (24 horas), e conta, ainda, com o apoio das especialidades de Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Nefrologia (com diálise para situações agudas) e Medicina Intensiva (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente), de acordo com o definido nas respectivas RR. Possui uma viatura médica de emergência e reanimação em gestão integrada, que participa na prestação de cuidados ao DC do SU e colabora no seu transporte, e dispõe, também, de um heliporto.

No que reporta à estrutura física, o SU do adulto apresenta uma sala de espera com atendimento administrativo; uma sala de triagem de prioridades com dois postos de triagem; uma sala de admissão com espaço para 3 macas e 4 cadeirões; uma sala de triagem geral composta por um espaço para 4 boxes e um pequeno gabinete para colheitas de sangue, urina e outros espécimes; uma sala de pequena cirurgia com 2 boxes; uma sala de trauma, com espaço para várias macas; uma unidade de decisão clínica com 20 camas e uma Sala de Emergência (SE) com 3 boxes.

A Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP), apesar de fisicamente se encontrar na urgência e ter sido uma antiga sala de observações, neste momento é uma unidade isolada com capacidade para 13 doentes (12 camas com monitorização e 1 não monitorizada). Recebe doentes críticos de âmbito médico e cirúrgico, onde se pressupõe que continue a haver uma vigilância e monitorização contínuas. Nesta unidade pretende-se estabilizar clinicamente o doente, de modo a que possa ser transferido para um serviço de internamento mais prolongado. Aqui é espectável que o doente permaneça o menor tempo possível.

Em termos de RH, na categoria de enfermagem, o SU e a UCIP têm uma equipa de 64 enfermeiros, que asseguram os turnos de manhã, tarde e noite, sendo os profissionais destes serviços responsáveis pelo transporte do DC.

A escolha do tema surgiu durante a realização do estágio no SU, no âmbito da Unidade Curricular “Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica e Emergência”, do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, e da experiência profissional enquanto enfermeira da UCIP envolvida no TIHDC.

No hospital onde decorreu o estágio, em 2012 foi emitida uma comunicação interna, elaborada pela

Comissão Hospitalar de Transporte do DC acerca do “Acompanhamento do doente crítico por médico e enfermeiro”, que estabeleceu que o acompanhamento pelo médico deve ocorrer quando a pontuação for igual ou superior a 7 pontos ou sempre que a pontuação seja de 2 pontos em qualquer uma das alíneas que compõem o algoritmo de avaliação para o transporte secundário, segundo a clínica do doente, de acordo com o definido pela OM & SPCI (2008). Este documento define, também, o tipo de especialidade médica que deve acompanhar o doente, bem como a forma como se devem organizar os serviços quando a equipa de enfermagem fica reduzida devido à necessidade do enfermeiro acompanhar o doente durante o transporte (Figura 2).

De acordo com o hospital da região norte, seguindo as indicações da OM e a SPCI, em vigor desde 2008, o acompanhamento médico acontece sempre que, aquando do preenchimento da avaliação para o transporte secundário, se obtiver:

- uma pontuação igual ou superior a 7 pontos;
- uma pontuação de 2 pontos em qualquer uma das alíneas.

A decisão última será sempre do chefe de equipa.

Assim:

- Sempre que a pontuação seja igual ao supracitado, o acompanhamento médico é efetuado pelo Médico do Reanima (médico de cuidados intensivos pertencente à equipa de emergência intra-hospitalar), com exceção do doente com risco de arritmia (ponto número 7 do documento);
- Para utentes com síndromes coronárias agudas sem supradesnivelamento de ST e com necessidade de transporte, deve-se contactar o centro de orientação de doentes urgentes, no sentido de ativar a ambulância de transporte e a tripulação da viatura de emergência médica, se disponível. Se tal não for possível, o utente deve ser acompanhado pelo médico especialista de medicina ou cirurgia, ou outro médico designado pelos respetivos diretores de serviço;
- Para o utente em idade pediátrica deve ser ativado o transporte inter-hospitalar, desde que não seja emergente. Sempre que o serviço não possa efetuar o transporte ou este seja emergente, o médico especialista em pediatria deve transportá-lo. Contudo, nos casos emergentes com pontuação igual ou superior a 7 pontos, deve ser o médico do Reanima a fazê-lo;
- Sempre que tudo isto não se verifique, o chefe de equipa deve decidir o acompanhamento médico, tendo em conta os médicos escalados na urgência, excetuando os da triagem médica;
- Sempre que o médico do Reanima iniciar um transporte, deve entregar o seu rádio (para comunicações intra-hospitalares) ao médico que ficará responsável pela emergência intra-hospitalar. No caso do transporte ocorrer entre as 08 horas e as 23 horas deve efetuar-se contacto com os profissionais da viatura de emergência médica para assumirem funções na área de emergência;
- O referido no ponto anterior também se aplica ao enfermeiro da urgência que vá efetuar um transporte. Este deve contactar o enfermeiro da viatura de emergência médica para assumir funções na área de emergência.

Figura 2 – Regulamento para o acompanhamento do doente crítico por médico e enfermeiro de um hospital da região norte (adaptado de um hospital da região do norte)

Além deste, o hospital também possui um outro documento onde se define a composição do “Saco de Transferência – UCIP”, composto por material e fármacos de emergência para uso no TIHDC, segundo a metodologia do ABCDE, pronto a ser usado, o qual vai de encontro às normas emanadas pela OM e SPCI, com pequenas nuances, nomeadamente em termos de fármacos e respetivas quantidades, de acordo com as suas especificidades.

De referir que a verificação da funcionalidade dos equipamentos de emergência, tais como o monitor-desfibrilhador do serviço e o de transporte, o carro de emergência e o saco de transferência, é efetuada diariamente pelo enfermeiro. Já no que respeita às datas de validade dos materiais e dos fármacos, a verificação é efetuada em datas específicas de cada mês. Efetivamente, ficam a faltar normas e procedimentos internos para o TIHDC, bem como uma folha de registos de enfermagem.

O estágio no SU permitiu constatar que os elementos da equipa de enfermagem que eram envolvidos no TIHDC faziam referência à necessidade de elaboração de registos de enfermagem relativos às intercorrências do transporte e às intervenções de enfermagem implementadas face às necessidades dos doentes, mas que para este fim não dispunham de um documento.

Recorrendo à nossa experiência profissional como enfermeira da UCIP, constatámos que os documentos de enfermagem que acompanham o TIHDC são: a avaliação inicial do doente, realizada na admissão ao serviço; a folha de vigilância das últimas 24h; a prescrição farmacológica; os dados relativos aos sinais vitais e a carta de alta/transferência de enfermagem em texto livre. Nas situações em que o doente é transferido da SE, apenas acompanham o doente a “folha de vigilância” e uma nota livre de enfermagem.

Da nossa prática diária e da auscultação informal dos enfermeiros e do tutor de estágio, foi possível verificar que, por um lado, pelo facto de não existir um documento que permita efetuar registos de enfermagem durante o TIHDC, há perda de muita informação importante para a continuidade dos cuidados e, por outro, no decurso do processo de transporte de um doente não é possível proceder à documentação do processo de tomada de decisão do enfermeiro.

No que reporta aos registos em enfermagem, Abreu et al. (2011, p. 21) consideram que:

“Pelos informações que apresentam, os registos de enfermagem revestem-se de importância fundamental, pois permitem dar a conhecer as observações,

decisões, intervenção e resultados esperados das ações de enfermagem, assim como assegurar a continuidade e individualização dos cuidados”.

Ora, não havendo registos escritos relativos a todas as fases inerentes ao TIHDC, nomeadamente no que diz respeito às ocorrências e ao processo de tomada de decisão dos enfermeiros, não se consegue refletir acerca deste momento, de forma a compreender como decorreu e aquilo que pode e deve ser melhorado. Não há, também, forma de ser auditado, pois não existem dados específicos. Do mesmo modo, o hospital não consegue ter a plena noção de dados relevantes para a gestão de RH e RM.

Com esta perspetiva, e atendendo ao preconizado por Ruivo e Ferrito (2010), procedeu-se à formulação do diagnóstico de situação relativamente à necessidade de documentar as ocorrências e as intervenções de enfermagem implementadas no TIHDC.

Desta forma, deu-se resposta à primeira etapa da metodologia de projeto, que *“visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”* (Ruivo & Ferrito, 2010, p. 10).

Para a concretização deste PIS, pediu-se parecer à Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho (Anexo V) e à Comissão de Ética do Hospital da Região Norte (Anexo VI).

Assim, este diagnóstico de situação pretendeu especificamente:

- ✓ Explorar os incidentes/ocorrências clínicos e técnicos que sucedem com maior frequência durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico;
- ✓ Descrever os incidentes/ocorrências clínicos e técnicos que sucedem com maior frequência durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico.

3.1.1 Amostra

Para a aplicação do instrumento de recolha de dados, utilizou-se uma amostra de conveniência, que “*é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos*” (Fortin, 2009, p. 321). Definiram-se como critérios de elegibilidade: (i) ser enfermeiro no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região Norte ou na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente; (ii) aceitar de forma livre e esclarecida responder ao questionário.

Tendo em vista o cumprimento das obrigatoriedades éticas, elaborou-se uma declaração de consentimento informado para os enfermeiros do SU e UCIP (Anexo VII). Após explicação do PIS, objetivos e procedimentos através dos quais se procederia à recolha de dados, foi solicitado que cada participante, mediante a sua concordância, após a leitura do documento, procedesse à assinatura do mesmo. Todos os enfermeiros foram esclarecidos de que a participação era livre e voluntária e que, a qualquer momento, poderiam desistir da sua participação sem que nenhum prejuízo adviesse do facto.

3.1.2 Instrumento de recolha de dados e procedimentos de aplicação

Para a recolha de informação construiu-se um questionário, dividido em duas partes: (i) primeira parte composta por 6 questões - idade, género, habilitações académicas e tempo de experiência profissional, experiência profissional no serviço e título profissional, com o objetivo de caracterizar o perfil biográfico e social do enfermeiro do Serviço de Urgência e da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente; (ii) segunda parte constituída por 20 questões, para identificação de incidentes/ocorrências técnicos e clínicos mais comuns durante o TIHDC e 1 questão aberta para sugestões de melhoria relativamente ao transporte do DC (Anexo VIII).

A cada questionário aplicado foi atribuído um código alfanumérico, que permitiu a organização e a análise dos dados, salvaguardando o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados.

3.1.3 Análise dos dados

A aplicação dos questionários decorreu durante os meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018, fruto dos sucessivos atrasos na avaliação dos pedidos por parte da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho e da Comissão de Ética do Hospital da Região Norte.

Posteriormente, procedeu-se à análise dos resultados, com recurso à estatística descritiva, de forma a resumir a informação recolhida, sem distorção nem perda da mesma (Vilelas, 2009), sendo os dados numéricos apresentados sob a forma de gráficos. Os dados que resultaram da questão aberta são descritos por ordem decrescente de frequência de respostas.

3.1.4 Resultados

No que reporta aos resultados da aplicação do questionário, pode-se constatar que a amostra dos enfermeiros foi constituída por 64 enfermeiros do SU e da UCIP de um hospital da região norte.

Quanto à idade, constata-se que 8 enfermeiros apresentam uma idade inferior a 30 anos, 30 enfermeiros uma idade compreendida entre 31 e 40 anos, 18 enfermeiros uma idade compreendida entre 41 e 50 anos, 7 enfermeiros uma idade compreendida entre 51 e 60 anos e 1 enfermeiro apresenta uma idade superior a 60 anos. A média de idades dos participantes é de 39,25 anos (Gráfico 1).

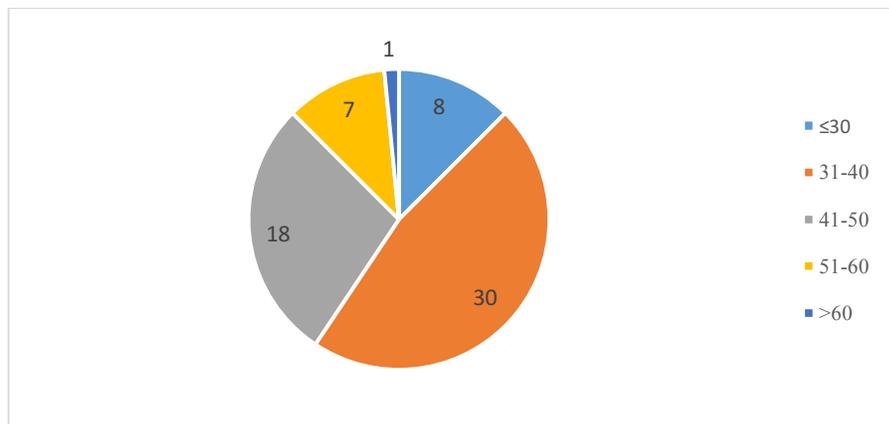


Gráfico 1 – Frequência de idades dos enfermeiros

Relativamente ao género, 41 enfermeiros são do sexo feminino e 23 do masculino (Gráfico 2).

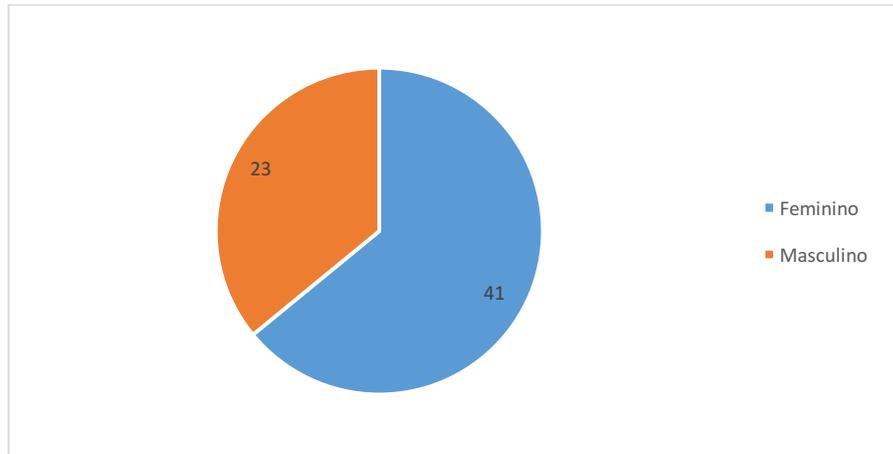


Gráfico 2 – Género da amostra

Maioritariamente, os enfermeiros são detentores do grau de licenciado (58). A amostra é constituída, ainda, por 3 enfermeiros com habilitações académicas de mestrado e 3 de bacharelato (Gráfico 3).

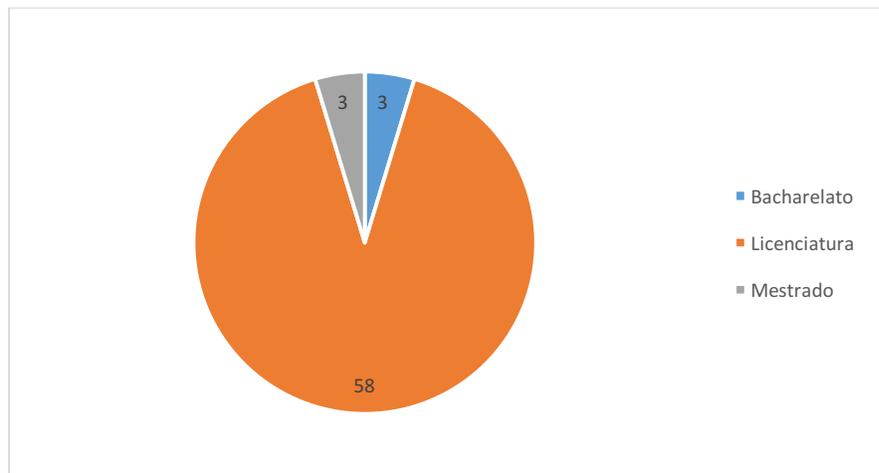


Gráfico 3 – Habilitações académicas dos enfermeiros

Quanto à experiência profissional, 5 enfermeiros têm experiência profissional entre 0 e 5 anos, 17 enfermeiros entre 6 e 10 anos, 9 enfermeiros entre 11 e 15 anos, 10 enfermeiros entre 16 e 20 anos,

15 enfermeiros entre 21 e 25 anos, 6 enfermeiros entre 26 e 30 anos, 1 enfermeiro entre 31 e 35 anos e 1 enfermeiro entre 36 a 40 anos (Gráfico 4).

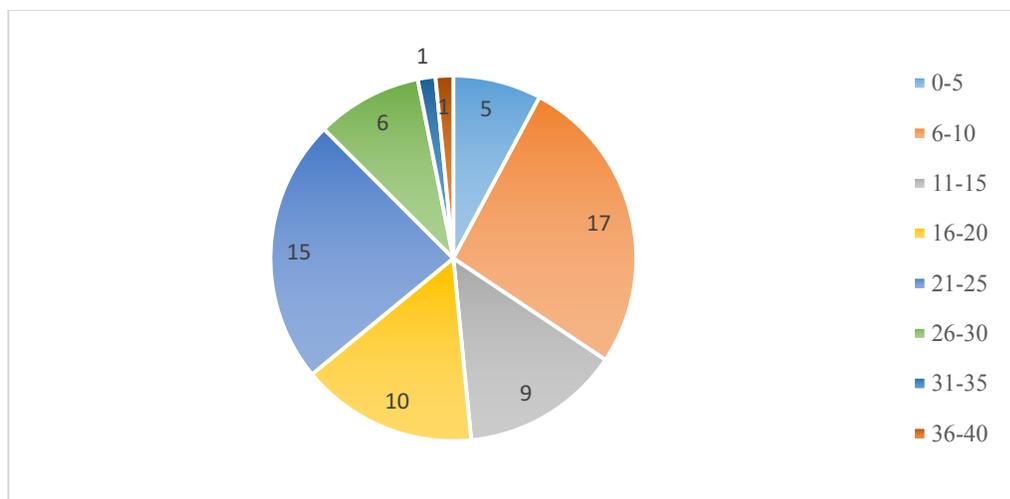


Gráfico 4 – Experiência profissional dos enfermeiros

Relativamente à experiência profissional dos enfermeiros no serviço, seja UCIP ou SU, 14 enfermeiros possuem menos de 1 ano, 13 enfermeiros possuem entre 2 e 5 anos, 18 enfermeiros possuem entre 6 e 10 anos, 3 enfermeiros possuem entre 11 e 15 anos, 10 enfermeiros possuem entre 16 e 20 anos, 4 enfermeiros possuem entre 21 e 25 anos, nenhum enfermeiro possui entre 26 e 30 anos, 1 enfermeiro apresenta entre 31 e 35 anos e 1 enfermeiro possui entre 36 a 40 anos de experiência (Gráfico 5).

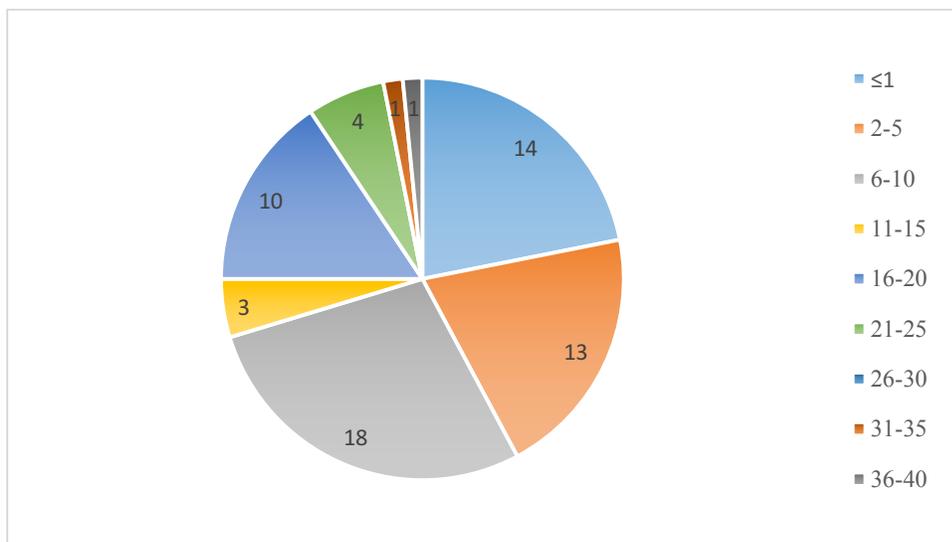


Gráfico 5 – Experiência profissional dos enfermeiros no serviço

Vinte e três participantes são detentores do título profissional de enfermeiro especialista, dos quais: 13 em enfermagem médico-cirúrgica, 5 em enfermagem de reabilitação, 2 em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, 1 em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, saúde comunitária e saúde infantil e pediátrica, respectivamente (Gráfico 6).

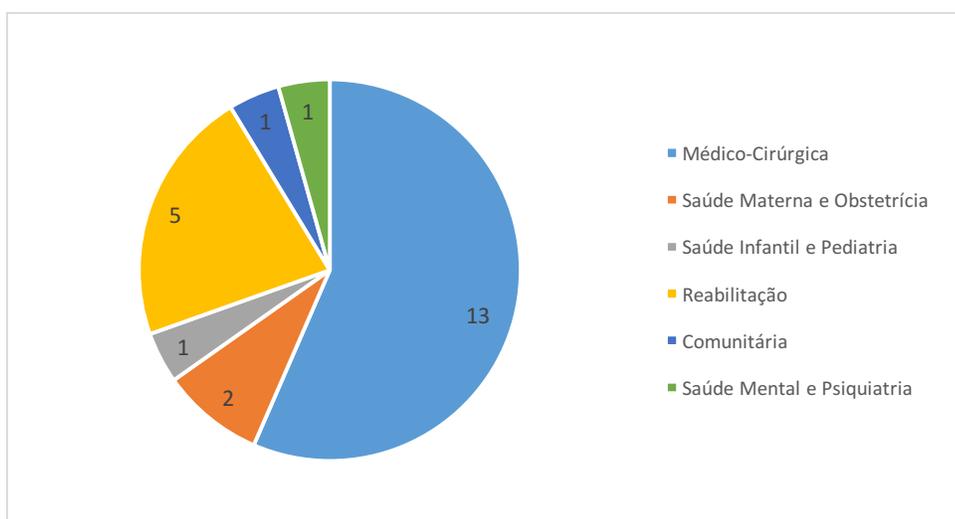


Gráfico 6 – Tipologia da especialidade em enfermagem da amostra

No que toca aos incidentes/ocorrências clínicos referenciados pelos enfermeiros, destacam-se: aumento/diminuição da tensão arterial (28 enfermeiros), alteração do traçado eletrocardiográfico (27 enfermeiros), diminuição da Saturação Periférica da Oxigênio (SpO₂) (26 enfermeiros), aumento/diminuição da frequência cardíaca (23 enfermeiros), alteração do estado de consciência (16 enfermeiros), hemorragia (11 enfermeiros), aumento/diminuição da frequência respiratória (9 enfermeiros), necessidade de entubação traqueal e ventilação mecânica (8 enfermeiros), convulsão (7 enfermeiros), desfibrilhação (4 enfermeiros) e cardioversão (2 enfermeiros) (Gráfico 7).

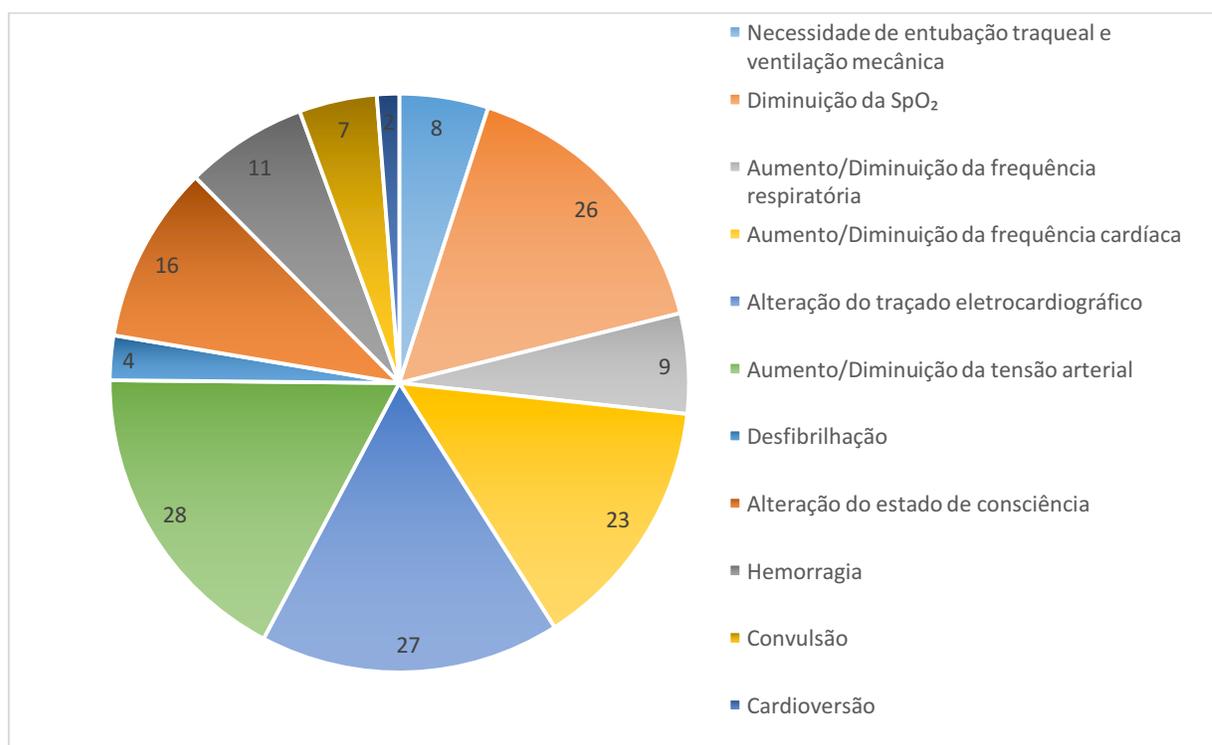


Gráfico 7 – Incidentes/ocorrências clínicos reportados pelos enfermeiros

Os incidentes/ocorrências técnicos mais assinalados pelos enfermeiros foram: a trepidação (41), a limitação do espaço para aceder ao doente e aos equipamentos (36), o desconhecimento dos materiais e dos equipamentos de transporte (16), as falhas na comunicação entre a equipa de transporte (10), a diminuição da possibilidade de ouvir os alarmes dos equipamentos (7), a remoção acidental de sondas (nasogástrica, vesical, outras) e/ou drenos (7) e a extubação/diminuição da pressão do *cuff* (2) (Gráfico 8).

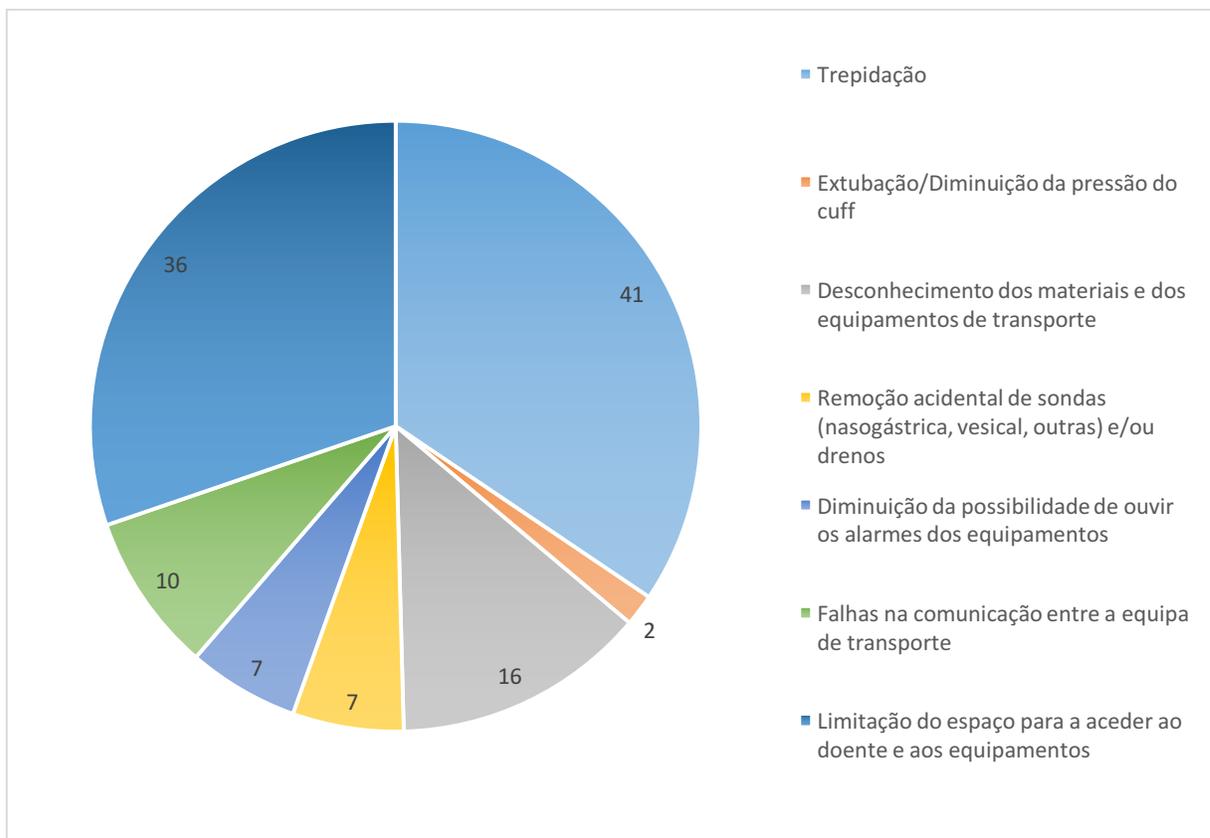


Gráfico 8 – Incidentes/ocorrências técnicos reportados pelos enfermeiros

Relativamente a outros incidentes/ocorrências relatados pelos enfermeiros, os vómitos/náuseas do doente foram referidos por 4 enfermeiros; a temperatura da ambulância por 3 enfermeiros e a agitação psicomotora do doente, a incapacidade de fixação segura dos equipamentos de transporte na ambulância, a diminuição da fiabilidade da avaliação das pressões arteriais não invasivas, o acidente de viação com a ambulância, a inexistência de material para a eliminação urinária e intestinal do doente, o contacto inadequado com o hospital destino, assim como o mau funcionamento dos equipamentos, por 1 enfermeiro cada (Gráfico 9).

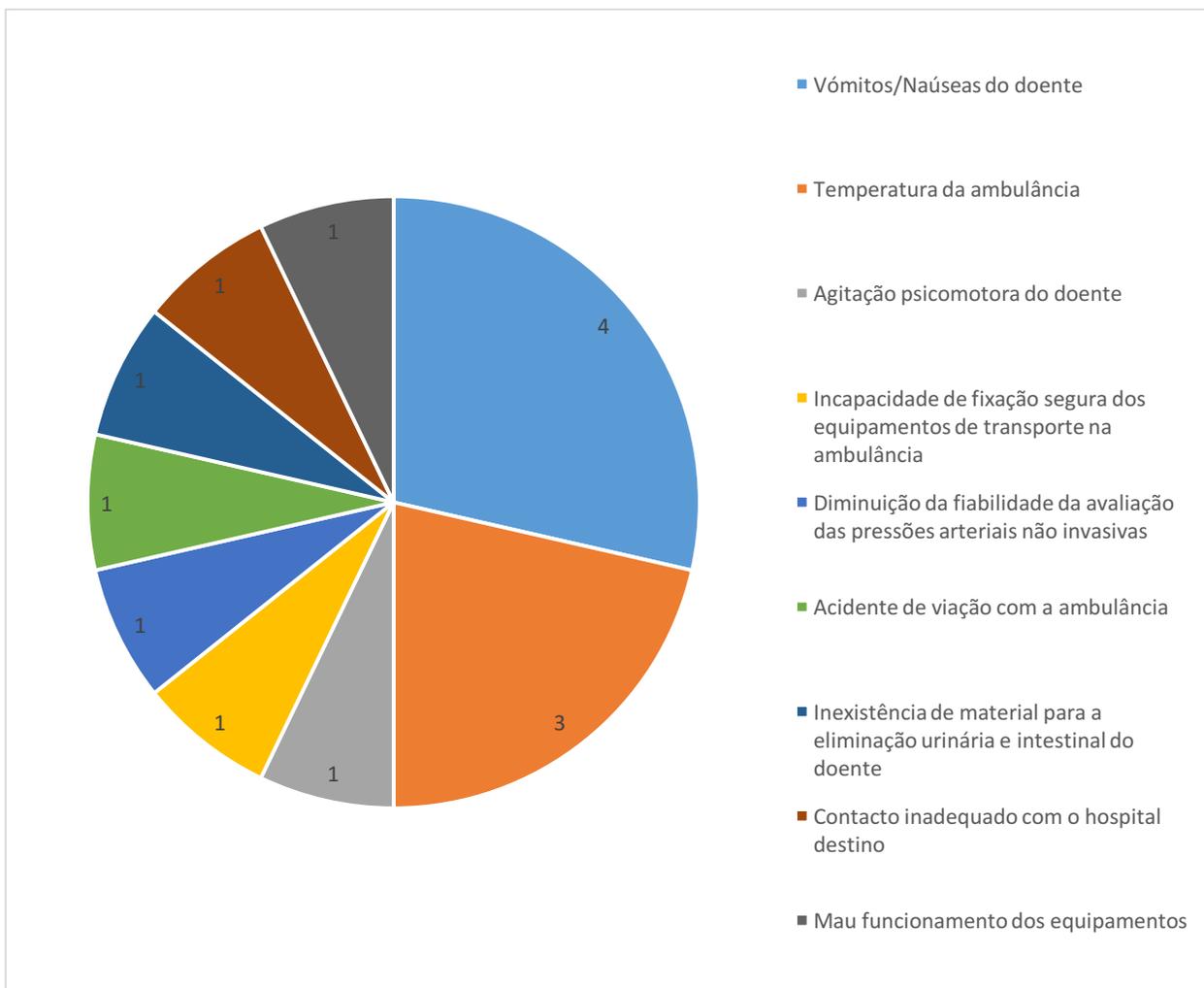


Gráfico 9 – Outros incidentes/ocorrências reportados pelos enfermeiros

Como forma de completar a informação solicitada, foi pedido aos enfermeiros sugestões que pudessem vir a ser implementadas para a melhoria do TIHDC, traduzindo-se de seguida os resultados:

- Necessidade de existência de uma equipa de transporte especializada (Q3, Q4, Q6, Q7, Q8, Q15, Q24, Q26, Q27, Q31, Q39, Q41, Q42, Q43, Q44, Q47, Q50, Q52, Q55, Q56, Q57, Q59, Q60, Q62, Q64, Q65);
- Necessidade de formação (Q5, Q7, Q11, Q13, Q15, Q21, Q30, Q41, Q44, Q47, Q60, Q64);
- Necessidade de meios de transportes mais adequados (Q11, Q28, Q31, Q48, Q50, Q53);

- Necessidade de documentação e registos (Q4, Q6, Q25, Q47, Q31, Q45);
- Necessidade de melhoria no planeamento das várias fases (Q4, Q13, Q19, Q62, Q63);
- Necessidade de melhoria na comunicação (Q21, Q45, Q47, Q52);
- Necessidade de maior adequação das malas de transporte (Q30, Q33, Q48);
- Necessidade de existência de uma *checklist* (Q2, Q7, Q58);
- Necessidade de uniformização dos materiais (Q28, Q29);
- Necessidade de uma maior envolvimento da família/doente (Q19, Q39);
- Necessidade de assegurar a dotação segura de enfermeiros (Q6, Q55);
- Necessidade de uniformização de procedimentos (Q28, Q47);
- Necessidade de melhoria na passagem de informação (Q63);
- Necessidade de *debriefing* da equipa (Q5);
- Necessidade de um maior conforto do doente (Q19);
- Necessidade de transporte pelo enfermeiro cuidador (Q27);
- Necessidade de melhoria na articulação entre entidades (Q15);
- Necessidade de acompanhamento por enfermeiro especialista (Q25);
- Necessidade de conhecimento dos equipamentos (Q4);
- Necessidade de existência de equipamentos mais adequados (Q31);
- Necessidade de apresentação da ambulância aquando da integração no serviço (Q52);
- Necessidade de existência de ambulâncias exclusivas e auditadas pela unidade hospitalar (Q39).

3.2 OBJETIVOS

De forma a concluir o PIS, após a escolha do tema e definição do diagnóstico de situação, é necessário delinear os objetivos gerais e específicos que sirvam de fio condutor para a sua operacionalização.

Para Ruivo e Ferrito (2010, p. 18) “*Os objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico*”.

Face ao exposto, o objetivo geral deste PIS é:

- Promover práticas de qualidade que permitam a continuidade dos cuidados de enfermagem no transporte inter-hospitalar do doente crítico.

Constituem-se como objetivos específicos:

- Divulgar os resultados do diagnóstico de situação à equipa de enfermagem;
- Elaborar um documento de registo de incidentes/ocorrências clínicos e técnicos que permita documentar a tomada de decisão do enfermeiro no transporte inter-hospitalar do doente crítico, como forma de garantia da continuidade dos cuidados de enfermagem.

3.3 PLANEAMENTO

Na fase de planeamento, desenvolve-se um plano de gestão do projeto, identificando-se as atividades e estratégias que permitam proceder à plena concretização dos objetivos (Ruivo & Ferrito, 2010).

Aquando da integração no estágio final, assumimos, desde logo, uma postura mais atenta, crítica e reflexiva acerca do momento do TIHDC, o que nos permitiu planejar e definir as etapas seguintes, tendo sido elaborado um cronograma de atividades (Anexo IX) onde estão estabelecidos os vários momentos em que se desenrola este projeto. O cronograma sofreu vários reajustes consoante a realização do PIS, devido a atrasos nas autorizações concedidas pelas Comissões de Ética, que levaram a atrasos posteriores na aplicação do instrumento de recolha de dados, na análise de resultados e na divulgação dos mesmos, factos já anteriormente relatados.

De seguida, para cada objetivo específico delineado, são enumeradas as atividades/estratégias definidas para o seu atingimento com sucesso.

- Divulgar os resultados do diagnóstico de situação à equipa de enfermagem
 1. Reunir com os orientadores do projeto;
 2. Analisar os resultados obtidos;
 3. Dialogar com os enfermeiros-chefes sobre o diagnóstico de situação;
 4. Dialogar com os enfermeiros sobre o diagnóstico de situação.

- Elaborar documento de registo de incidentes/ocorrências clínicos e técnicos que permita documentar a tomada de decisão do enfermeiro no transporte inter-hospitalar do doente crítico, como forma de garantia da continuidade dos cuidados de enfermagem

1. Realizar pesquisa bibliográfica;
2. Construir documento de registo de incidentes/ocorrências clínicos e técnicos;
3. Apresentar o documento de registo de incidentes/ocorrências clínicos e técnicos aos enfermeiros-chefes.

3.4 EXECUÇÃO

A execução deste projeto centrou-se na elaboração de um documento de registo de incidentes/ocorrências clínicos e técnicos que permita documentar a tomada de decisão do enfermeiro no TIHDC e garanta a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Em função dos resultados que obtivemos através do instrumento de recolha de dados e após a sua análise e reflexão, continuámos a realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados para nos suportar a construção do documento, tendo a preocupação que este fosse, simultaneamente, adaptado às especificidades dos serviços e da instituição. Os protótipos do documento foram sendo apresentados e discutidos com os orientadores do projeto e tutores de estágio, bem como com o responsável pela formação em TIHDC. O documento - Folha de Registos de Enfermagem para o Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico - tornou-se definitivo quando foi obtido um consenso entre o descrito na literatura e os dados recolhidos através do instrumento de recolha de dados, que refletem as necessidades específicas dos enfermeiros que realizam o TIHDC (Anexo X).

A Folha de Registos de Enfermagem para o Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico é um documento em triplicado, em que um exemplar será entregue no HD, para garantir a transmissão de informação e a continuidade dos cuidados ao doente; outro exemplar será arquivado no processo do doente no HO, no sentido de permitir auditorias posteriores; e o terceiro exemplar permanecerá no serviço responsável pela realização do transporte, como forma de registo do mesmo, e com dados que permitam a análise e reflexão para implementação de possíveis estratégias de melhoria.

A folha de registos será composta por 8 campos. O primeiro compreende a compilação de dados relativos à identificação do doente, contacto de referência, antecedentes pessoais, diagnóstico real ou provável e alergias. O segundo refere-se ao transporte, isto é, permite registar a causa do transporte, o serviço de origem, a equipa de transporte envolvida, as horas de saída e de chegada ao HO. Permite, ainda, registar os dados relativos à equipa que recebe o doente, contacto de referência no HD e hora de chegada ao mesmo. No terceiro campo caracteriza-se o estado clínico do doente através da metodologia ABCDE, onde olhando para a tabela percebemos rapidamente como o doente se encontrava na saída do HO e a forma que se encontra à chegada ao HD. Existe, ainda, um espaço livre para descrever as intervenções de enfermagem implementadas, o que permite identificar as alterações que ocorreram ao longo do transporte e a ação dos enfermeiros sobre as mesmas. Por exemplo, no que reporta ao B (oxigenação), se o doente saiu do HO com uma máscara de venturi a 40% (percentagem relativa à fração inspirada de oxigénio), mas durante o transporte ocorreu uma diminuição da SpO₂ e à chegada ao HD apresentava uma máscara de venturi a 60%, significa que a ação de enfermagem foi titular a fração inspirada de oxigénio. Neste campo, encontram-se, ainda, os incidentes/ocorrências mais comuns enumerados pelos enfermeiros do SU e da UCIP, como forma de compreender se estes aspetos específicos da vivência dos enfermeiros ainda se perpetuam ou surgem outros não contemplados. No quarto campo podem-se registar os sinais vitais, a saturação periférica de oxigénio e a glicemia capilar do doente, aquando da saída do HO. O quinto campo é relativo ao registo dos sinais vitais, da saturação periférica de oxigénio e da glicemia capilar do doente, de acordo com a periodicidade desejada e específica de cada doente. O sexto campo relativo ao registo das entradas e saídas de fluídos como forma de verificar o balanço hídrico. Deste modo, existe um espaço para registo dos fluídos e/ou fármacos administrados, dizendo respeito às entradas, e um outro para registo da monitorização diurese, da drenagem gástrica e de outro tipo de drenos, como, por exemplo, os torácicos, correspondendo às saídas. O sétimo campo diz respeito ao momento da chegada ao HD, onde se podem registar os sinais vitais, a saturação periférica de oxigénio e glicemia capilar do doente. O oitavo campo refere-se ao registo da presença de eventuais incidentes/ocorrências técnicos e sua especificação.

3.5 AVALIAÇÃO

A avaliação constitui a última etapa do PIS e *“deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados)”* (Ruivo & Ferrito, 2010, p. 24).

Após terminar este PIS, a satisfação surge do facto de perceber que o documento criado é considerado um documento de referência para os profissionais do SU e UCIP do hospital da região norte.

Nem tudo ocorreu como inicialmente planeado. Foram algumas as adaptações efetuadas ao planeamento inicial, redefinição de objetivos, atividades e estratégias, e formato final do documento em si. As alterações realizadas no documento deveram-se à necessidade de o tornar o mais específico, prático, de fácil utilização e adaptado à realidade da instituição onde decorreu o estágio, respeitando as normas, protocolos e indicações em vigor.

Em forma de avaliação final do projeto realizado, considera-se que este conseguiu responder ao desafio colocado inicialmente. Considerando que a avaliação tem um papel preponderante e deve ser globalizante, procedemos à mesma de forma contínua e permanente, o que nos permitiu analisar e refletir sobre os passos que íamos dando. Desta forma, podemos compreender que:

- O instrumento utilizado e as estratégias foram adequadas;
- Os objetivos definidos foram concretizados;
- A gestão do PIS foi uma tarefa árdua, dada a nossa inexperiência na metodologia de projeto, os atrasos das Comissões de Ética e a necessidade de conciliar o estágio com a nossa atividade profissional;
- O tema escolhido foi considerado pertinente pelos enfermeiros-chefes do SU e UCIP, bem como pelo Diretor do Departamento de Medicina Crítica.

O documento criado, após avaliação por parte dos enfermeiros-chefes e diretor de serviço, terá que ser posteriormente submetido à avaliação pelo Diretor do Departamento de Medicina Crítica. Este processo envolve também o Gabinete da Qualidade para certificação de que as normas de qualidade

estão incorporadas no mesmo. Só depois de cumpridos estes requisitos será submetido à aprovação pelo Conselho de Administração, que, no fundo, assume a responsabilidade legal pelo documento. Importa salientar, ainda, que todos os documentos da instituição são revistos a cada 3 anos, sendo todo este processo repetido. O documento pode ou não ser alterado por quem o criou, dependendo de haver ou não necessidade de se proceder a alterações. De qualquer modo, mesmo que não existam alterações, o documento tem que ser revisto, homologado e aprovado.

Atendendo à pertinência do tema, a realização deste PIS serviu de mote para a reflexão sobre a necessidade de realização de registos de enfermagem e a forma como se processa o TIHDC.

4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A longevidade constitui a grande conquista da humanidade, mas viver mais tempo é também significado de crescimento exponencial das doenças crônicas e incapacitantes. Por outro lado, no nosso país, constata-se um aumento e complexidade dos acidentes, bem como da violência urbana. Estes fatores contribuem para o crescimento do número de pessoas que vivenciam processos de saúde-doença críticos e que necessitam de cuidados de enfermagem altamente diferenciados e de qualidade, obviamente prestados por enfermeiros especialistas em enfermagem da pessoa em situação crítica, ou seja, a especialização apresenta-se como uma estratégia indispensável na promoção e na defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, o enfermeiro especialista é:

“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (p. 3).

O enfermeiro especialista deve ter conhecimentos aprofundados num domínio específico de enfermagem, tendo em consideração as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2011).

O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC) está definido pela OE e integra, juntamente com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que constituem o enquadramento regulador para a certificação de competências. Visa, simultaneamente, informar os cidadãos daquilo que podem “esperar” destes enfermeiros. As competências específicas do EEEPSC são três: i) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou

falência orgânica; ii) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima da conceção à ação; iii) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção 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.

O EEEPSC é o enfermeiro mais capacitado para uma avaliação diagnóstica e uma monitorização constante, de modo a conhecer a situação do doente, prever e antecipar possíveis alterações, atuando de forma eficaz, conforme refere a OE (2017).

Assim, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica:

“são obrigatoriamente cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou várias funções vitais em risco imediato, permitindo assim manter as funções vitais, prevenindo complicações, limitando incapacidades futuras, potenciando uma recuperação máxima da pessoa. Estes cuidados exigem uma observação contínua da pessoa, de forma a detetar precocemente complicações, intervindo de forma precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2011, p. 3).

4.1 CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E/OU FALÊNCIA ORGÂNICA

O cuidar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica reveste-se de inúmeras exigências, desafiando o EEEPSC a identificar atempadamente situações de potencial gravidade, planear cuidados, implementá-los e avaliar os seus resultados.

“Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e a sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE, 2010, p. 3).

O SU onde foi realizado o estágio de mestrado é uma unidade de referência no que se refere à prestação de cuidados ao doente em situação crítica, devido à gravidade da situação que apresenta. Este doente apresenta risco de instabilidade hemodinâmica, risco ou falência orgânica presente,

aos quais é inerente a necessidade de acompanhamento e monitorização permanentes, o que envolve cuidados de enfermagem que exigem conhecimentos diferenciados.

Desta forma, a prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica ou falência orgânica e na antecipação da instabilidade implica a mobilização de conhecimentos e o desenvolvimento de competências para a execução de cuidados técnicos de alta complexidade. Durante o estágio, tivemos a oportunidade de vivenciar situações que, através da observação atempada da pessoa, foi possível prever situações de falência orgânica ou atuar perante a mesma, de modo a evitar ou minimizar os seus efeitos e/ou sequelas, e intervir de acordo com as necessidades identificadas, em conjunto com a equipa multidisciplinar. Foi, ainda, possível aprimorarmos a capacidade de observar o doente, aplicar rapidamente a metodologia ABCDE e atuar de modo a dar resposta a determinada necessidade emergente. Depois, com o doente mais estabilizado, conseguimos refletir na possível causa da sua instabilidade e adequar as intervenções subsequentes. A monitorização hemodinâmica foi fundamental para avaliarmos a evolução e adequação das medidas implementadas.

O enfermeiro especialista deve ser capaz de executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica. Foram inúmeras as técnicas que pudemos colocar em prática, como colaboração na entubação endotraqueal, manutenção da ventilação mecânica invasiva e não invasiva, manutenção de linha arterial e de cateter venoso central, manuseio do *Pulse Contour Cardiac Output*, realização de termodiluição, colaboração na pericardiocentese, realização de lavagem gástrica e administração de carvão ativado, manuseio do colar cervical, aranha, imobilizadores dos membros, cinta pélvica, entre outras. Sendo certo que, no serviço onde trabalhamos, a UCIP, já tínhamos tido oportunidade de colocar em prática estas técnicas, no estágio em SU, pela sua maior frequência, pudemos consolidar a nossa intervenção e melhorar a segurança nos cuidados.

Estas práticas foram complementadas pela pesquisa e estudo em casa, bem como pela discussão com os colegas de trabalho e tutores. Sem dúvida que o estágio foi uma excelente opção, pois aproveitámos cada experiência de aprendizagem para colmatar algumas fragilidades e evoluir enquanto enfermeira especialista nesta área.

O desenvolvimento destas competências permitiu atuar com maior segurança na antecipação de alguns acontecimentos, como são os casos de enfarte, acidente vascular cerebral, edema agudo do pulmão, etc. Esta foi, sem dúvida, a competência mais desenvolvida desde o início do estágio até ao seu término.

É também da competência do enfermeiro especialista gerir protocolos terapêuticos complexos, onde a necessidade de possuir conhecimentos, quer ao nível das complicações, quer das respostas esperadas, é enorme, exigindo o desenvolvimento de capacidades de monitorização, avaliação, implementação e adequação das respostas de enfermagem face às complicações e problemas identificados.

Relativamente à gestão de protocolos terapêuticos complexos, foi uma das áreas em que a evolução foi mais marcada, sobretudo porque eram muitos e havia da nossa parte o desconhecimento dos mesmos. Protocolos de atuação em caso de Acidente Vascular Cerebral (vertente isquémico ou hemorrágico), Enfarte Agudo do Miocárdio, Sepsis, Cetoacidose Metabólica, Trauma (com especificidades alusivas ao local do trauma, como o trauma vertebro-medular, entre outros), Intoxicação (de várias ordens e com atuações específicas), Nutrição Parentérica, entre tantos outros. Com o decorrer do tempo de estágio, tivemos oportunidade de lidar com a maioria deles e, a cada passo, sentimo-nos mais autónomos e confiantes, com melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A dor, já definida como o quinto sinal vital, é um fenómeno fisiológico de grande importância para a integridade física do indivíduo, pelo desconforto físico e psicológico que causa ao doente, mas também à sua família, e deve ser olhado como uma prioridade na prestação de cuidados. Tendo isto em perspetiva, foi importante discutir as intervenções de enfermagem mais adequadas nos diferentes tipos de dor para conseguir cuidar o doente de forma eficaz. A monitorização da dor constituiu uma preocupação nossa constante, para além de promovermos o seu alívio com medidas farmacológicas e não farmacológicas, tais como a gestão do ambiente físico e o acompanhamento por parte do familiar, entre outras. Importa, no entanto, ressaltar que em certas situações, como, por exemplo, no caso de um doente sedado, nem sempre é fácil avaliar a dor. Contudo, existem outros sinais sugestivos de que algo possa não estar bem, como, por exemplo, a agitação, a “luta” contra o ventilador e o aumento da frequência cardíaca. A identificação e compreensão destes sinais foram uma aquisição importante no nosso percurso.

A experiência de saúde/doença crítica gera perturbações emocionais, como sejam o medo e a ansiedade vividos tanto pelo doente como pela sua família, uma vez que a linha que separa a vida e a morte se esbatem de forma muito acentuada e, se não forem atempadamente diagnosticadas e alvo de intervenção personalizada, podem conduzir a problemas graves que colocam em causa a evolução favorável do processo saúde/doença. Numa situação de doença crítica, o EEEPSIC deve proporcionar apoio emocional, sendo necessário estabelecer uma relação de ajuda com o doente e família, através da comunicação interpessoal, auxiliando, assim, o doente e a família a gerir toda a complexidade inerente à situação crítica.

No decorrer do estágio, tivemos oportunidade de cuidar de doentes com necessidades emocionais marcadas, pelo que mantivemos uma relação baseada no apoio, empatia, disponibilidade e escuta ativa, e demonstrámos disponibilidade para atuar de forma a responder às necessidades expressas ou percebidas.

A comunicação com o doente em situação crítica, através da expressão verbal, não é muito fácil, uma vez que, em alguns dos casos, os doentes apresentam alteração da consciência. Para que a comunicação seja eficaz, isto é, para que a pessoa com quem interagimos perceba o que lhe queremos transmitir, é necessário adaptar a comunicação (verbal ou não verbal), de modo a que a mensagem seja bem transmitida e percebida corretamente pelo outro.

Neste domínio, desenvolvemos competências de comunicação não verbal, como, por exemplo, através do toque. Comunicar com a família de um doente em situação crítica exige uma atenção acrescida a tudo aquilo que se diz e como se diz, quer através da linguagem verbal, como da linguagem não verbal, uma vez que nesse momento os familiares estão sob um enorme *stress* e perturbados do ponto de vista emocional. Os doentes e os seus familiares confrontam muitas vezes os enfermeiros com questões para as quais as respostas são difíceis de encontrar. No entanto, não devem ficar sem resposta ou então não se podem dar respostas que não tenham fundamento. Por vezes, basta “um olhar” para que as pessoas entendam o que lhes queremos transmitir. Devemos orientar as pessoas para a realidade e não incutir falsas esperanças. Sempre que possível, aproveitámos as oportunidades para estar com o doente e família, tentando responder às suas questões e dúvidas, dentro do que se encontrava ao nosso alcance, de forma a tranquilizá-los um pouco mais. Esta é uma área que trabalhámos ao longo do estágio e que, com o decorrer do tempo, sentimo-nos mais competentes, inclusive a dar más notícias. Contudo, consideramos que esta

competência vai sendo melhorada à medida que nos deparamos com as situações e que ao longo da vida profissional devemos continuar a investir para sermos cada vez mais competentes.

O EEEPSC deve demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto e, num contexto de emergência, este é um aspeto que se reveste de extrema importância. A SE é um espaço limitado, que à partida não permite a permanência de familiares, e onde as ações que se desenvolvem são direcionadas no sentido de salvar vidas, mais do que dignificar os últimos instantes da vida. Relativamente a este aspeto, durante o estágio pudemos promover a humanização e dignificação dos cuidados pós-morte e do processo de apoio à família no luto. Desta forma, tivemos a oportunidade de acompanhar uma família que vivenciou a perda de um familiar e, da nossa parte, conseguimos gerir o espaço, por um lado, para dar a má notícia e, por outro, criámos condições para que a família permanecesse junto do seu ente querido, de forma a que se proporcionasse um acompanhamento mais personalizado nesta fase derradeira da vida. Foram, ainda, promovidos todos os cuidados para que aquela família chegasse em segurança a casa, depois de abandonar a SE. Esta foi, sem dúvida, uma experiência marcante e que nos faz sentir que, mesmo em contexto de emergência, a humanização dos cuidados é possível.

4.2. DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE OU EMERGÊNCIA MULTI-VÍTIMA, DA CONCEPÇÃO À AÇÃO

O EEEPSC, face ao número crescente de catástrofes registado na sociedade atual,

“Intervém na concepção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e/ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta” (OE, 2010, p. 4)

Nas situações de catástrofe, são várias as pessoas em situação crítica e os meios e os recursos são mais reduzidos do que as necessidades requeridas.

A nível nacional, a entidade responsável por organizar e gerir estas situações é a Autoridade Nacional de Proteção Civil. As vítimas que possam daí resultar são atendidas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica e os demais serviços de saúde.

Numa catástrofe há que minimizar os prejuízos e as perdas de vida, bem como promover o restabelecimento da normalidade. O EEEPSC constitui uma grande ajuda nestas situações de emergência, onde a sua atuação deve ser imediata e segura, baseada num sistema de triagem promotor do atendimento sustentado em prioridades clínicas, utilizando metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em pessoas em situação crítica (OE, 2010).

Durante o estágio, não foi possível vivenciar nenhuma situação de multi-vítimas ou catástrofe. No entanto, este facto não foi impeditivo de trocar conhecimentos com os colegas e os tutores acerca do Plano Nacional de Catástrofe e Emergência. Tivemos oportunidade de conhecer o Plano de Emergência e Catástrofe da Instituição e do SU e de toda a logística que envolve, o que permitiu perceber como se organiza uma resposta em situação de emergência e catástrofe no que reporta à articulação entre as diferentes entidades, preparando-nos para uma eventual situação de catástrofe.

Perante uma catástrofe, invertem-se as prioridades, isto é, enquanto que numa situação normal num SU o doente em estado crítico é aquele que carece de maior atenção por parte da equipa de profissionais de saúde, numa situação de catástrofe, em que os recursos são menores do que as necessidades, tal não acontece. Nestes casos, a maior atenção é dirigida àqueles que têm maior probabilidade de sobrevivência, ou seja, aos doentes em situações de menor gravidade.

As catástrofes podem ser de diversa tipologia, nomeadamente de origem natural (sismos, vulcões, tempestades tropicais, *tsunamis*, inundações, secas) ou humana (guerras, poluição, terrorismo). Atualmente, verifica-se um aumento do número destas situações, pelo que o papel do EEEPSC se reveste ainda de maior importância, dado que deve sistematizar as ações a desenvolver, liderar equipas, avaliar o trabalho desenvolvido pelas mesmas e introduzir medidas corretivas nas situações em que se verifiquem inconformidades de atuação, num cenário onde reina o *stress*, o caos e a dificuldade.

Todas as ideias trocadas sobre esta competência específica do EEEPSC foram de grande importância, o que tornou possível adquirirmos mais conhecimentos relativamente aos tipos de catástrofe e aos princípios de atuação nessas situações, relacionando-as com as implicações para a saúde dos envolvidos.

4.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO 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

A prevenção e o controlo da infeção constituem a base da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, traduzindo-se na evicção ou redução de consequências nefastas para o doente e profissionais de saúde e acrescidos gastos em saúde. O EEEPSC,

“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 e controlo de infeção” (OE, 2010, p. 4).

A necessidade de recorrer a múltiplas medidas invasivas de diagnóstico e de suporte das funções vitais da pessoa em situação crítica ou falência orgânica contribui para o aumento do risco de infeção de um organismo que, pela condição, já se encontra extremamente debilitado. Efetivamente, são vários os procedimentos invasivos que se realizam ao DC, tais como a entubação traqueal para promoção da ventilação mecânica invasiva, a utilização de dispositivos intravasculares, como o cateter venoso central e o cateter arterial, entre outros. Por tudo isto, é crucial que os enfermeiros especialistas tenham conhecimentos atualizados e demonstrem competências sobre normas de prevenção e controlo da infeção.

No cuidado ao DC, em que, muitas das vezes, a emergência em atuar nos pode fazer “descurar” alguns passos, o controlo da infeção sempre foi uma preocupação no nosso desempenho. Tendo em consideração a importância do Programa Nacional de Controlo da Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção, foi nossa preocupação cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção, aplicando as precauções básicas e específicas necessárias, adequando-as ao tipo de cuidado pretendido e alertando todos os envolvidos, não excluindo os familiares dos doentes.

No seu dia a dia profissional, principalmente na prestação direta de cuidados, o enfermeiro especialista deve ser capaz de diagnosticar as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção, estabelecer as estratégias proativas a implementar no serviço, visando a prevenção e controlo da infeção, e atualizar o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção do Serviço com base na evidência. Estas foram competências menos exploradas, em virtude de o estágio ser demasiado curto para, por exemplo, efetuar sugestões de atualização do Programa, realizar uma formação de sensibilização acerca do controlo da infeção e monitorizar o impacto da mesma, uma vez que o foco principal se centrava na obtenção de experiência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e no desenvolvimento de um documento de registo de incidentes e ocorrências durante o TIHDC, o que constituía o centro do PIS.

Face ao exposto, podemos afirmar que este estágio permitiu desenvolvermos competências de EEEPC. Contudo, este é apenas o início de um caminho que tem que ser percorrido rumo à excelência dos cuidados à pessoa em situação crítica ou em falência orgânica, tendo por base a experiência profissional.

5. CONCLUSÃO

O transporte inter-hospitalar do doente crítico é uma realidade complexa e emerge da necessidade do doente ser transferido para uma instituição de saúde de maior nível de diferenciação, devendo as condições de assistência durante o transporte serem iguais ou superiores às condições pré-transporte. Deve, ainda, ser assegurado por uma equipa com formação diferenciada adequada para esse efeito, de forma a reduzir a morbilidade e a mortalidade que lhe está associada.

A decisão de proceder ao transporte de um doente em situação crítica obriga a uma avaliação dos riscos e benefícios, uma vez que a preparação para a realização do transporte expõe o doente a riscos que podem culminar em alterações rápidas e progressivas da sua condição clínica, durante o mesmo. De maneira a reduzir os riscos e zelar pelo transporte seguro, a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos recomendam que o transporte se processe em três fases: Decisão, Planeamento e Efetivação.

Considerando que o transporte inter-hospitalar do doente crítico pressupõe uma continuidade de cuidados, o enfermeiro tem uma elevada responsabilidade profissional pelos cuidados altamente diferenciados e especializados que implementa, sendo necessário efetuar registos escritos das observações e dos eventos que surgem durante o transporte, uma vez que são os registos que espelham as reais necessidades dos doentes e constituem uma fonte de informação sobre o estado destes, uma ferramenta essencial para a garantia da continuidade dos cuidados, e, simultaneamente, são o suporte legal para o enfermeiro.

Contudo, a realidade nacional é bem diferente do que seria desejável, uma vez que, na maioria das vezes, a equipa de transporte é inexperiente, as condições dos meios de transportes são deficitárias e os hospitais de destino nem sempre apresentam condições para receber o doente. Deste modo, as instituições hospitalares necessitam organizar-se no sentido de minimizar o risco de complicações inerente ao transporte, garantir a segurança dos doentes e a continuidade de cuidados, e, conseqüentemente, contribuir para a excelência dos cuidados.

A realização do estágio final no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica revelou-se um campo profícuo para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, permitindo constatar que,

quando se realizava o transporte de um doente crítico, os enfermeiros envolvidos não realizavam qualquer registo sobre o mesmo, ou seja, não documentavam os cuidados de enfermagem. Ao mesmo tempo que indagávamos os enfermeiros acerca de inúmeras questões relacionadas com o transporte inter-hospitalar do doente crítico, claramente os fazíamos refletir na sua experiência, naquilo que faziam e fazem, naquilo que deveriam fazer, naquilo que a instituição tem que fazer. Portanto, conseguimos sensibilizar os enfermeiros para a temática e promover o *debriefing*, no sentido de um *continuum* de cuidados. Os enfermeiros tornaram-se mais atentos para a necessidade de antever possíveis complicações, ficaram mais sensibilizados para as várias fases do transporte e a sua importância e para a necessidade de efetuar registos de enfermagem. Estamos convictos que o interesse demonstrado pela temática, demonstra, por si só, um marco de sucesso do nosso estágio no serviço de urgência. Criámos inquietação e a inquietação gera mudança.

Este estágio permitiu operacionalizar o projeto de intervenção em serviço. A fase de diagnóstico de situação, onde foram inquiridos os enfermeiros que vivenciam as situações de transporte inter-hospitalar do doente crítico, permitiu identificar os incidentes/ocorrências clínicos e técnicos que sucedem com maior frequência durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico e para os quais não existe possibilidade de realizar qualquer registo das intervenções de enfermagem implementadas, uma vez que não dispõem de um documento para esse fim, mas que consideram ser imprescindível para que não haja perda de informação relevante para a continuidade dos cuidados.

Efetuada o diagnóstico de situação, este permitiu formular os objetivos do projeto de intervenção em serviço e planejar as atividades que se centraram na divulgação à equipa de enfermagem dos resultados obtidos e, posteriormente, na elaboração da “Folha de Registos de Enfermagem para o Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico”. É de salientar que, como se trata de uma proposta para um novo documento, este terá que ser submetido a um processo de avaliação e certificação interno, e só depois poderá ser homologado pelo Conselho de Administração do hospital da região norte, tornando-se a partir dessa data um documento oficial da instituição.

Ainda no que reporta ao documento de registo, consideramos que o ideal seria que o mesmo fosse preenchido num sistema informatizado, em que o registo se pudesse efetuar em modo *offline*, e depois os dados fossem passados automaticamente para uma plataforma digital, assim que o enfermeiro tivesse *internet*, em modo *online*. Contudo, temos consciência do investimento que

seria necessário fazer e, para já, o importante é começar a fazer registos relativos ao transporte, ainda que seja em formato de papel.

A realização do projeto de intervenção em serviço permitiu, ainda, identificar medidas que são consideradas importantes pelos enfermeiros como necessárias para a melhoria do transporte inter-hospitalar do doente crítico. De entre as medidas, salientam-se a necessidade de criar uma equipa de transporte especializada, de meios de transporte mais adequados, bem como a necessidade de documentação e registos, de melhoria no planeamento das várias fases do transporte e de formação na área.

Após a realização do estágio, surgiu a oportunidade de integrar a equipa de formação em transporte inter-hospitalar do doente crítico com o propósito de capacitar os enfermeiros dos serviços que integram o Departamento de Medicina Crítica. A componente teórica desta formação já foi realizada, e estamos, neste momento, a planear a vertente prática da mesma.

O estágio realizado no serviço de urgência possibilitou, ainda, o desenvolvimento de competências gerais enquanto enfermeira, bem como a aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, facto este que está descrito neste relatório de estágio. Ao longo deste percurso académico, foi preocupação constante aliar o rigor técnico com base nos conhecimentos teóricos adquiridos, nas pesquisas realizadas, nas partilhas de saberes com os tutores de estágio e equipa clínica, de forma a ultrapassar as dificuldades inerentes ao cuidado da pessoa que está a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Pelo trajeto realizado, permite-nos concluir que temos as competências necessárias para prestar cuidados especializados à pessoa em situação crítica. Porém, a necessidade de se continuar a investir em formação é enorme, dado que as alterações e/ou atualizações são constantes e para nos mantermos na vanguarda do conhecimento temos que continuar a manter uma postura de inquietude e busca do saber.

No final deste percurso é importante refletir nas dificuldades sentidas. Desde logo, o horizonte temporal para a realização deste projeto de intervenção em serviço foi condicionado pelos atrasos sucessivos na autorização para a sua concretização, bem como na emissão dos pareceres das Comissões de Ética, e que estiveram na origem da necessidade de se proceder a diversos ajustes no planeamento inicialmente realizado. Por outro lado, a nossa inexperiência na utilização da

metodologia de projeto e a necessidade de conciliar a atividade profissional com a realização do estágio e do projeto de intervenção em serviço constituíram também dificuldades que, com a nossa dedicação e esforço, foram superadas.

Em síntese, este relatório de estágio cumpre os objetivos inicialmente definidos, enquadrando teoricamente a importância do transporte inter-hospitalar do doente crítico e a necessidade de se proceder à documentação dos cuidados de enfermagem, descrevendo a operacionalização do projeto de intervenção em serviço e de que forma o estágio final contribui para a aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

Consideramos que é urgente investir na criação de equipas de transporte especializadas e com formação adequada, de forma a minimizar os riscos que estão associados ao transporte do doente crítico. É imprescindível que se reavaliem as políticas de transporte do doente crítico, que os profissionais de enfermagem envolvidos neste processo conheçam as *guidelines* e documentem os cuidados que prestam, e se construam documentos que permitam auditar o transporte com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, C. A. S., Almeida, M. C., Costa, M. I. F., Santos, R. R., & Sousa, P. M. S. J. (2011). As implicações/impacto dos registos de enfermagem em linguagem CIPE. Associação Portuguesa dos Enfermeiros do Centro Hospitalar de Lisboa Central. *Enformação*, 14, 20-25.

Acedido em 27 de fevereiro de 2018 em http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/938/1/Enforma%C3%A7%C3%A3o%202011_14_20.pdf

Alexopoulos, E. C., Kalyya, A., Merakoulas, G., & Niakas, D. (2015). Monitoring interhospital transfers in western Greece during 2003-2011: it's role in health policy. *Rural and Remote Health*, 15(4), 3228. Acedido em 30 de janeiro de 2018 em <https://pdfs.semanticscholar.org/5cb6/1aa1d3413909006ab0e2cf5e7774dd216003.pdf>

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. Acedido em 20 de janeiro de 2018 em [https://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(12\)00074-2/fulltext](https://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(12)00074-2/fulltext)

Coelho, J. F. S. (2015). *Transporte inter-hospitalar do doente crítico com patologia cardíaca*. Relatório de Trabalho de Projeto, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal. Acedido em 11 de junho de 2017 em <file:///Users/sylviepereira/Downloads/Relat%C3%B3rio%20MEMC%20-%20Joana%20Filipa%20da%20Silva%20Coelho%20-%20nr%20estudante%20110519013.pdf>

Comissão da Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012). Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência: Relatório CRRNEU [em linha]. Direção Geral da Saúde (DGS) Web site. Acedido em 7 de junho de 2017 em [file:///Users/sylviepereira/Downloads/i022909%20\(2\).pdf](file:///Users/sylviepereira/Downloads/i022909%20(2).pdf)

Costa, L. J. D. (2014). Registos de enfermagem: *Sua influência na qualidade dos cuidados prestados*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde - Universidade do Mindelo, Portugal. Acedido em 12 de agosto de 2017 em <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/3515/1/Costa.2014.Registos%20de%20Enfermagem.pdf>

Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de março de 1992. *Diário da República, Série I-A, 74/92*. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril de 1998, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República, 1.ª série – n.º 205*. Ministério da Saúde.

Despacho n.º 10319/2014. 11 de agosto de 2014. *Diário da República, Série 2 n.º 153*. Ministério da Saúde.

Fanara, B., Manzon, C., Barbot, O., Desmettre, T., & Capellier, G. (2010). Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *BioMed Central, 14*(3). Acedido em 12 de fevereiro de 2018 em <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc9018>

Fernandes, T. I. B. (2010). *Prioridade: Doente crítico*. Relatório de Trabalho de Projeto, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, Portugal. Acedido em 11 de junho de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911721/>

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Intensive Care Society (2011). *Guidelines for the transport of the critically ill adult* (3rd ed.) London: Intensive Care Society.

Jonah, S., & Asa, E. (2013). Critical care nurses' experiences of helicopter transfers. *British Association of Critical Care Nurses, 20*(1), 25-33. Acedido em 5 de junho de 2017 em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nicc.12063>

Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. *Diário da República n.º 93 - Série I-A*. Ministério da Saúde.

Lopes, H., & Frias, A. (2011). Eventos adversos no transporte do doente crítico: perceção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem, II*(6), 55-58. Acedido em 7 de julho de 2017 em <http://www.eformasau.pt/files/Revistas/RIE6/RIE6.pdf>

Machado, P. M. F. (2010). *Transporte de doentes críticos – Vivências dos enfermeiros do serviço de urgência*. Monografia, Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade Fernando Pessoa,

Portugal. Acedido a 2 de janeiro de 2017 em https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1524/2/Mono_16609.pdf

Martins, A., Pinto, A. A., Lourenço, C. M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M. J., ...Santos, R. M. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Revista Pensar Enfermagem*, 12(2), 52-61.

Martins, R. M. C. S., & Martins, J. C. A. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, III(2), 11-120.

Mata, E. S. F. (2014). *Dificuldades do enfermeiro no transporte secundário do doente crítico*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Leiria, Portugal. Acedido em 2 de abril de 2017 em <https://www.iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2264/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ema%20Mata.pdf>

Mohr, N. M., Wong, T. S., Faine, B., Schlichting, A., Noack, J., & Ahmed, A. (2015). Discordance between patient and clinician experiences and priorities in rural interhospital transfer: A mixed methods study. *The Journal of Rural Health*, 32(1), 25-34. Acedido em 20 de abril de 2017 em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jrh.12125>

Nunes, F. M. F. (2009). *Tomada de decisão do enfermeiro no transporte do doente crítico*. *Nursing*, 246. Acedido em 25 de março de 2017 em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3526-tomada-de-decisao-do-enfermeiro-no-transporte-do-doente-critico#.WRt8jxPyto4>

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Coleção Divulgar. Acedido em 3 de fevereiro de 2017 em http://www.ordemdosenfermeiros.pt/publicacoes/documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. CIPE Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 4 de fevereiro de 2017 em http://www.ordemdosenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_Enfermeiros.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer n.º 09/2017: Transporte da pessoa em situação crítica*. Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Acedido a 1 de fevereiro de 2017 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePessoaSituacaCritica.pdf

Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos: recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Rua, F. (1999). Oxigenação durante o transporte do doente ventilado. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, 1*.

Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos, 15*, 1-37.

Vilelas, J. (2009). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

ANEXOS

Anexo I – Avaliação para o transporte secundário

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: OM & SPCI (2008)

Anexo II – Fármacos à disposição da equipa de transporte

Listagem mínima recomendada:

- Adenosina;
- Adrenalina;
- Amiodarona;
- Atropina;
- Bicarbonato de sódio;
- Captopril;
- Diazepam;
- Dinitrato de Isossorbido;
- Dobutamina;
- Dopamina;
- Etomidato;
- Fenobarbital;
- Flumazenil;
- Furosemida;
- Gluconato de Cálcio;
- Glucose Hipertónica;
- Heparina;
- Insulina Actrapid;
- Isoprenalina;
- Labetalol;
- Lidocaina (parentérica, gel e spray);
- Manitol;
- Metilprednisolona;
- Midazolam;
- Morfina;
- Naloxona;
- Nitroglicerina s.l.;
- Noradrenalina;
- Paracetamol;
- Propofol;
- Salbutamol;
- Succinilcolina;
- Sulfato de Magnésio;
- Tiopental sódico;
- Vecurónio;
- Verapamil.
- Cristalóides/colóides, em quantidade suficiente para a duração do transporte, e a eventual necessidade de reposição volémica, durante o transporte. Equipamento para a perfusão rápida de fluidoterapia endovenosa.

Fonte: OM & SPCI (2008)

Anexo III – Lista de verificação para o transporte secundário

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

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

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

Fonte: OM & SPCI (2008)

Anexo IV – Formulário para o transporte hospitalar

NOME _____
 IDADE _____
 HOSPITAL ORIGEM: _____
 HOSPITAL DESTINO: _____
 MÉDICO QUE RECEBE O DOENTE: _____
 MÉDICO QUE TRANSPORTA O DOENTE: _____

DIAGNÓSTICO 1: _____
 DIAGNÓSTICO 2: _____
 DIAGNÓSTICO 3: _____

A - VIA AÉREA

Oxigênio ventimask _____ Fi O2 (%) _____ Tubo Oro-traqueal _____ Tubo Naso-traqueal _____ Outra via aérea _____
 Dreno Torácico _____ Onde: _____

B - VENTILAÇÃO

Espontânea _____ Controlada _____

C - CIRCULAÇÃO

Acessos venosos _____	Onde _____	Flúidos (> 2000 ml) _____	SIM _____	Quais: _____
Linha arterial _____	Onde _____		NÃO _____	
Cateter central _____	Onde _____	Aminas/Inotrópicos _____	SIM _____	Quais: _____
Diurese (ml) _____			NÃO _____	

D - DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

Traumatismo vértebro-medular _____ SIM _____ NÃO _____ Lesões neurológicas _____ SIM _____ NÃO _____ Nível _____

Score Coma Glasgow (entrada hospital origem) _____	Abertura olhos _____	Resposta motora _____	Resposta verbal _____	TOTAL _____
Score Coma Glasgow (saída hospital origem) _____	Abertura olhos _____	Resposta motora _____	Resposta verbal _____	

E - EXPOSIÇÃO

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

INFORMAÇÕES GERAIS

Cirurgia no Hospital de origem: _____ SIM _____ NÃO _____ Qual _____

Cirurgião: _____ Anestesiata: _____ Drenos _____ SIM _____ NÃO _____ Locais _____

Imagiologia TAC _____ Ecografia _____ Fracturas _____ SIM _____ NÃO _____ Locais _____
 RX cervical (face+perfil) _____ SIM _____ NÃO _____
 RX tórax _____ SIM _____ NÃO _____
 RX bacia _____ SIM _____ NÃO _____

Sinais vitais (saída hospital de origem) TA _____ FR _____ FC _____ Sat.O2 _____ Temp. _____

OBSERVAÇÃO (evolução clínica durante o transporte)

Sinais vitais (chegada hospital de destino) TA _____ FR _____ FC _____ Sat.O2 _____ Temp. _____

TERAPÊUTICA EM CURSO	DOSE
SEDAÇÃO	
RELAXANTES MUSCULARES	
AMINAS	
INOTRÓPICOS	
MANITOL	
OUTROS	

O Médico do Transporte

O Médico do Hospital destino

Fonte: OM & SPCI (2008)

Anexo V - Parecer da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade
do Minho



Universidade do Minho

SECVS

Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

Identificação do documento: SECVS 140/2017

Título do projeto: *O transporte inter-hospitalar do doente crítico - Documentação e continuidade de cuidados*

Investigador(a) responsável: Professor Mestre Rui Manuel Freitas Novais, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, e da UICISA; Professora Doutora Cristina Araújo Martins, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; e a aluna Sylvie Barroso Pereira, do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Subunidade orgânica: Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho

Outras Unidades: Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. – Hospital de Santa Luzia

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto intitulado *O transporte inter-hospitalar do doente crítico - Documentação e continuidade de cuidados*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.

Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 31 de outubro de 2017.

A Presidente

Maria Cecília de Lemos Pinto Estrela Leão

Anexo VI - Parecer da Comissão de Ética do Hospital da Região Norte

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 146 - 24/10/2017	Solicitado pelo Conselho de Administração
Assunto:	Em nome do(s) investigador(es):
Projeto intervenção em serviço, com o tema " O transporte Inter-hospitalar do Doente Crítico: documentação e continuidade de cuidados"	Sylvie Barroso Pereira Mestranda em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Solicita autorização para colheita de dados, por questionário, aos enfermeiros, da unidade de cuidados intermédios polivalente e do serviço de urgência médico-cirúrgica do Hospital de

2. Fundamentação

... nas unidades em estudo, a investigadora aquando da realização de estágio integrado no mestrado "Constatou que nas situações que exigem o transporte inter-hospitalar do doente crítico não efetuado qualquer registo escrito das ocorrências e do processo de tomada de decisão dos enfermeiros".
 A investigadora propõe-se elaborar um documento de registo de incidentes/ocorrências clínicas e técnicas que documentem o processo de tomada de decisão dos enfermeiros durante o transporte inter-hospitalar do doente crítico.

3. Conclusão/parecer

Cumpre os requisitos formais/ documentais considerados necessários.
 A CES nada tem a opor à realização da colheita de dados solicitada.

Nota: Referências bibliográficas:
 Bibliografia anexo no projeto

Relator(es)	Rosa Olívia Baixinho Mimoso
Ratificado em reunião do dia	13-12-2017
Enviado parecer: / /	

13/12/2017 O Presidente da CES

[Handwritten signature]

*Autorizado
 Brãa Baes
 20.12.2017*

Rosário Barros
 Enfermeira Diretora



Anexo VII - Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Enfermeira Sylvie Barroso Pereira, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção em Serviço sobre “O transporte inter-hospitalar do doente crítico: Documentação e continuidade de cuidados”, tendo como principal objetivo promover práticas de qualidade que permitam a continuidade dos cuidados de enfermagem ao doente crítico antes, durante e após o transporte inter-hospitalar.

A sua colaboração é apenas solicitada para o preenchimento de um questionário de incidentes/ocorrências clínicos e/ou técnicos que surgem com maior frequência no transporte inter-hospitalar do doente crítico, bem como alguns dados biográficos e sociais. Este preenchimento não compreende nenhum risco para si.

As informações recolhidas no questionário serão estritamente usadas para fins académicos. Dados como nome de instituição ou nome do participante não constarão do mesmo. Será, portanto, preservado o anonimato e a confidencialidade de qualquer dado recolhido no questionário.

A sua participação é voluntária. Tem toda a liberdade de o recusar, ou abandonar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer inconveniente, quer a nível pessoal, quer profissional. Mais informo que este projeto mereceu o parecer favorável da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho e da Comissão de Ética do Hospital da Região Norte.

Solicito então o seu consentimento, por escrito, em como aceita participar neste projeto depois de devidamente informado.

Se tiver alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-me. (Sylvie Barroso Pereira, investigadora principal do projeto de intervenção em serviço e aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em parceria com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro. Pode contactar-me através dos seguintes contactos: e-mail – pereirasylvieb@gmail.com ou telemóvel – 937237408).

Muito obrigada pela sua colaboração,

(Sylvie Barroso Pereira)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste projeto de intervenção em serviço e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este projeto de intervenção e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: __/__/__

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E A OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Anexo VIII – Questionário de recolha de dados

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO - “O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO: DOCUMENTAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS”

Código _____

Idade: _____

Gênero: _____

Habilitações Acadêmicas: _____

Experiência profissional (em anos): _____

Experiência profissional no serviço (em anos): _____

Especialidade em Enfermagem: Sim __ Qual? _____ Não__

No que reporta à sua experiência no transporte inter-hospitalar de um doente crítico, indique com um X os incidentes/ocorrências clínicos e/ou técnicos que surgem com maior frequência:

Diminuição da SpO₂

Aumento/diminuição da frequência respiratória

Aumento/diminuição da frequência cardíaca

Alteração do traçado eletrocardiográfico

Aumento/diminuição da tensão arterial

Desfibrilação

Trepidação

Extubação/Diminuição da pressão do *cuff*

Desconhecimento dos materiais e equipamentos de transporte

Remoção acidental de sondas (nasogástrica, vesical, outras) e/ou drenos

Diminuição da possibilidade de ouvir os alarmes dos equipamentos

Falhas na comunicação entre a equipa de transporte

Alteração do estado de consciência

Hemorragia

Necessidade de intubação traqueal e ventilação mecânica

Convulsão

Limitação do espaço para aceder ao doente e aos equipamentos

Ruído

Cardioversão

Outros

Quais? _____

Segundo a sua perspetiva, quais as sugestões que podem ser implementadas para a melhoria do transporte inter-hospitalar do doente crítico?

Anexo IX – Cronograma de atividades

Anexo X – Folha de Registos de Enfermagem para o Transporte Inter-Hospitalar do Doente
Crítico

