



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Construção de um Procedimento de Preparação para o Transporte Inter- Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

António Diogo Jesus Tomás

Junho 2023

Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

António Diogo Jesus Tomás

**CONSTRUÇÃO DE UM PROCEDIMENTO DE
PREPARAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-
HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA**

**Estágio de Natureza Profissional com
Relatório Final**

VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Trabalho efetuado sob a orientação da:
Professora Doutora Aurora Pereira**

Viana do Castelo, junho, 2023

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Aurora Pereira e ao Mestre Francisco Costa, por aceitarem a orientação deste percurso, pela disponibilidade, apoio e incentivo ao longo deste percurso.

A todos os elementos da equipa do serviço de urgência por todas as oportunidades de aprendizagem partilhadas durante o estágio.

Um agradecimento à Enfermeira Conceição Sousa, gestora do Serviço de Urgência do Hospital Santa Maria Maior Barcelos por toda a colaboração e sentido de ajuda durante este período académico.

Aos amigos, Teresa, Ivo e Carlos, pelo alento, força e persistência nos momentos mais difíceis.

À minha família que me acompanhou neste difícil percurso.

À minha mulher, por nunca me deixar desistir, mesmo quando a força e o espírito se esgotavam. Um eterno obrigado pelo apoio, carinho e confiança. Por me lembrares todos os dias que seria capaz.

PENSAMENTO

“Posso não conseguir mudar o vento,

Mas posso ajustar as velas do barco,

Para chegar onde quero”

(Confúcio – séc. V a.c.)

RESUMO

O presente relatório insere-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e procura evidenciar de uma perspetiva crítica e reflexiva o percurso e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica. Para a aquisição e desenvolvimento de competências procurou-se fundamentar a prática clínica na evidência científica mais recente englobando as dimensões da prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica, da formação, da gestão, da ética, da deontologia e da investigação.

Nesse sentido, o estágio desenrolou-se num serviço de urgência básico, no qual emergiu a problemática de investigação, orientada para a necessidade de construir um Procedimento de Preparação para o Transporte Inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica.

A pertinência do estudo de investigação incorre numa perspetiva de segurança do doente na limitação e controlo de possíveis eventos adversos decorrentes do transporte inter-hospitalar e que implicam, quando surgem, aumento da mortalidade e morbilidade. Assim, a construção de um procedimento visa ser um instrumento de apoio a uma prática de cuidados especializada e segura.

Tendo em conta o objetivo de investigação, optou-se por um estudo com recurso à técnica de Delphi. Assim, aplicou-se um questionário a um grupo de 10 enfermeiros peritos para avaliação da pertinência dos pressupostos sugeridos com vista à obtenção de um consenso. Os resultados evidenciaram um consenso robusto na maioria dos pressupostos colocados à consideração dos peritos. Desta forma, o estudo permitiu a construção de um procedimento com intervenções validadas e consensuais, para uma preparação do transporte inter-hospitalar, seguro e isento de eventos adversos. Na sequência deste estudo, sugere-se a validação e implementação do procedimento na prática clínica real, para aferir lacunas e alargar ao âmbito nacional.

Da experiência de estágio, evidencia-se o papel fundamental do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, num contexto tão singular e ao mesmo tempo tão complexo como um serviço de urgência básico. Como aprendizagens pessoais, salienta-se a relevância e importância da prática profissional especializada em Enfermagem. Esta

prática é orientada para todas as fases da vida, existindo o aprofundamento de competências, sustentadas na reflexão, na interação com o contexto e na evidência científica. Esta súpula de competências origina uma tomada de decisão consciente em ambientes altamente imprevisíveis, inconstantes e complexos.

Descritores MeSH: Segurança do Paciente; Transferência de Pacientes; Protocolos Clínicos.

ABSTRACT

This report is part of the Internship of a Professional Nature of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, in a Basic Emergency Service and seeks to highlight from a perspective critical and reflective approach the path and process of acquiring and developing specialized skills in medical-surgical nursing, in the area of patients in critical situations. For the acquisition and development of skills, we sought to base clinical practice on the most recent scientific evidence, encompassing the dimensions of providing care to patients and families in critical situations, training, management, ethics, deontology, and research.

The internship took place in a basic emergency service, in which the research problem emerged, from the need to build a preparation procedure for the inter-hospital transport of the patient in critical situation.

The pertinence of the research study comes from a perspective of patient safety in limiting and controlling possible adverse events arising from inter-hospital transport and which, when they arise, imply increased mortality and morbidity. The construction of a procedure aims to be an instrument to support a specialized and safe care practice.

Considering the research objective, we decided to use a Delphi technique in this study. For this, a questionnaire was applied to a group of 10 expert nurses to assess the pertinence of the suggested assumptions to obtain a consensus. The results showed a robust consensus on most of the assumptions put forward for the expert consideration. In this way, the study allowed the construction of a procedure with validated and consensual interventions, for the preparation of inter-hospital transport, safe and free of adverse events. Following this study, it is suggested the validation and implementation of the procedure in real clinical practice to assess gaps and be able to be extended nationwide.

From the internship experience, the fundamental role of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing is evident, in a context as unique and at the same time as complex as a basic emergency service. As personal learning, the relevance and importance of professional practice specialized in Nursing is highlighted. This practice is aimed at all stages of life, with the development of skills, based on reflection, interaction with the context and scientific evidence. This summary of competences leads to conscious decision-making in highly unpredictable, changeable and complex environments.

MeSH descriptors: Patient Safety; Patient Transfer; Clinical Protocols.

ABREVIATURAS

% – percentagem

Bpm – batimentos por minuto

cmH₂O – centímetros de água

Cpm – ciclos por minuto

et al. – est alii (e outros autores)

IIQ – intervalo interquartil

Md – mediana

mmHg – milímetros de mercúrio

n.º/Nº – número

O₂ – oxigénio

p. – página

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABS – Ambulância Básica de Socorro

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

AEC – Alteração do Estado de Consciência

ANPC – Autoridade Nacional de Proteção Civil

ANZCA- Australian and New Zealand College of Anaesthetists

ARF – Falência Respiratória Aguda

ATS – American Thoracic Society

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – Behavior Pain Scale

CA – Conselho de Administração

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRRNEU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EA – Eventos Adversos

EAPC – Edema Agudo do Pulmão Cardiogénico

ECG – Eletrocardiograma

EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Interna

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ENP -- Estágio de Natureza Profissional

ENV – Escala Visual Numérica

EOT – Entubação Oro-traqueal

ERC – *Enterobacteriaceae* Resistentes a Carbapenemos

ERS – European Respiratory Society

EV – Endovenoso

FICM – Faculty of Intensive Care Medicine

FR – Frequência Respiratória

GCS – Glasgow Coma Scale

GTSU – Grupo de Trabalho – Serviços de Urgência

IACS – Infecções Associados aos Cuidados de Saúde

ICE – International Congress of Emergency

ICP – Intervenção Cardíaca Percutânea

ICS – Intensive Care Society

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IR – Insuficiência Respiratória

IRA – Insuficiência Respiratória Aguda

MRSA – *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAV – Pneumonia Associada ao Ventilador

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PE – Plano de Emergência

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

PSC – Pessoa Em Situação Crítica

RASS – Richmond Agitation-Sedation Scale

RH – Recursos Humanos

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SCACSST – Síndrome Coronário Agudo com Supradesnivelamento do Segmento ST

SE – Sala de Emergência

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TAS – Tensão Arterial Sistólica

TDC – Transporte do Doente Crítico

TIH – Transporte Inter-Hospitalar

TS – Transporte Secundário

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

VV – Via Verde

SUMÁRIO

PENSAMENTO	4
RESUMO	5
ABSTRACT	7
ABREVIATURAS.....	9
ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	10
SUMÁRIO.....	14
ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS.....	17
INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I. PERCUSO DE ESTÁGIO: DAS APRENDIZAGENS EM CONTEXTO CLÍNICO ÀS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS ALCANÇADAS	20
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DE ESTÁGIO: O SERVIÇO DE URGÊNCIA.	23
2. O CUIDAR, A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E O SERVIÇO DE URGÊNCIA	27
2.1 DOMÍNIO DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	31
2.2 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	41
2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO	45
2.4 DOMÍNIO DA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	51
CAPÍTULO II. PERCURSO INVESTIGATIVO: CONSTRUÇÃO DE UM PROCEDIMENTO DE PREPARAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER- HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	61
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	63
2. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR	76
3. PERCURSO METODOLÓGICO	79
3.1 A PROBLEMÁTICA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO	79
3.2 DESENHO DO ESTUDO	81

3.3 PROCEDIMENTO DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS.....	85
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	89
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	90
4.1 CARATERIZAÇÃO DO PAINEL DE PERITOS.....	91
4.2 PROCEDIMENTO PARA A PREPARAÇÃO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. RESULTADOS DAS DUAS RONDAS	92
5. CONCLUSÕES DO ESTUDO E PERSPETIVAS FUTURAS	106
CONCLUSÃO.....	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXOS	128
ANEXO I – CIRCULAR NORMATIVA N.º 11/2022/ACSS.	129
ANEXO II – AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR (SPCI, 2023).....	135
ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.	137
APÊNDICES	140
APÊNDICE I – PROTOCOLO “DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM Á PSC EM CONTEXTO DE SE”	141
APÊNDICE II – PROJETO REFERENCIAÇÃO DOS UTENTES	146
APÊNDICE III – PROJETO REORGANIZAÇÃO DA SE.....	150
APÊNDICE IV – FORMAÇÃO “INSUFICIÊNCIAS RESPIRATÓRIAS E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO SU”.....	157
APÊNDICE V – AVALIAÇÃO DE IMPACTO FORMAÇÃO “INSUFICIÊNCIAS RESPIRATÓRIAS E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO SU”.....	169
APÊNDICE VI – FORMAÇÃO “ABORDAGEM Á PSC”	175
APÊNDICE VII – AVALIAÇÃO DE IMPACTO FORMAÇÃO “ABORDAGEM Á PSC”	189
APÊNDICE VIII – ISBAR – COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DOS	

CUIDADOS DE SAÚDE.....	194
APÊNDICE IX – FORMAÇÃO “ISBAR – COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE”	198
APÊNDICE X – AVALIAÇÃO DE IMPACTO FORMAÇÃO “ISBAR – COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE”	204
APÊNDICE XI – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	209
APÊNDICE XII – INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE.....	211
APÊNDICE XIII – QUESTIONÁRIO RONDA 1	214
APÊNDICE XIV – QUESTIONÁRIO RONDA 2.....	225
APÊNDICE XV – PROPOSTA DE PROCEDIMENTO DE PREPARAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOAS EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	228

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura nº1 - Esquema de implementação do método *Delphi* com duas rondas.

Quadro nº 1 – Percentagem de eventos adversos de acordo com vários autores.

Quadro nº 2 – Critérios de determinação do grau de consenso.

Tabela nº1 – Dados biográficos e processo clínico do doente: Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à concordância e grau de consenso (ronda 1).

Tabela nº2 – Dados biográficos e processo clínico do doente: Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à concordância e grau de consenso (ronda 2).

Tabela nº3 – Abordagem segundo Metodologia ABCDE-F: Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à concordância e grau de consenso (ronda 1).

Tabela nº4 – Abordagem segundo Metodologia ABCDE-F: Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à concordância e grau de consenso (ronda 2).

Tabela nº5 – Monitorização e Segurança do doente (prévio ao início do transporte): Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à concordância e grau de consenso (ronda 1).

Tabela nº6 – Monitorização e Segurança do doente (prévio ao início do transporte): Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à concordância e grau de consenso (ronda 2).

Tabela nº7 – Gestão de equipamentos: Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à concordância e grau de consenso (ronda 1).

Tabela nº8 – Gestão de equipamentos: Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à concordância e grau de consenso (ronda 2).

Tabela nº9 – Acomodação correta do doente, equipamentos e segurança da equipa na ambulância de transporte: Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à

concordância e grau de consenso (ronda 1).

Tabela nº10 – Acomodação correta do doente, equipamentos e segurança da equipa na ambulância de transporte: Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à concordância e grau de consenso (ronda 2).

INTRODUÇÃO

Compreender a razão dos factos torna-se, atualmente, uma necessidade fulcral na procura por uma melhor qualidade de cuidados e responsabilidade profissional. Assim, esta nova realidade impõe aos profissionais, principalmente na formação avançada, o desenvolvimento e aprofundamento de competências, responsabilidade, trabalho em equipa e desenvolvimento colaborativo de saberes. (Alarcão & Rua, 2005).

A procura pela excelência dos cuidados de enfermagem centra-se numa intervenção prática suportada pela mais atual e robusta evidência científica e num ininterrupto aperfeiçoamento das competências profissionais.

Para a integração destes pressupostos, orientados para a excelência do exercício profissional em enfermagem, torna-se essencial uma formação diferenciada, especializada, apoiada no saber científico atual e na investigação científica, para que se possa desenvolver uma prática profissional assente em cuidados personalizados e de alta qualidade (Regulamento n.º 743/2019).

No Regulamento n.º 140/2019 (2019), a Ordem dos Enfermeiros (OE), define o enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (p. 4744). Reforçando as competências comuns dos enfermeiros especialistas, salienta “a educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Ibidem).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) procura responder com “cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362).

Assim, é com base na aquisição de competências, aprofundamento de saberes e o desenvolvimento e produção de conhecimento que o EEEMC na área da PSC irá aperfeiçoar a sua prática diária, na gestão de cuidados e de ambientes terapêuticos em constante transformação e cada vez mais complexos.

Tendo em vista o desenvolvimento de competências especializadas, o Curso Mestrado

em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), visa desenvolver competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas diferenciadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. No atingimento deste desígnio, o regulamento do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, prevê a realização de um Estágio de Natureza Profissional (ENP) com elaboração e discussão de relatório final (Instituto Politécnico de Viana do Castelo [IPVC], 2019).

O ENP centrou-se na prestação de cuidados à PSC e desenvolveu-se no Serviço de Urgência (SU) de um hospital do Norte do País entre Outubro de 2022 e Março de 2023.

Uma das principais questões que se elevam neste estágio é o ato de refletir. Refletir é algo intrínseco ao ser humano, permite a consciencialização das dificuldades, objetivos, erros e conquistas. Como tal, é um passo importante para a evolução e compreensão do verdadeiro espírito dos cuidados em Enfermagem.

As evoluções científicas e tecnológicas marcam a nossa atualidade, transformando a sociedade numa “entidade” cada vez mais exigente, com cidadãos mais consciencializados sobre os seus direitos no que respeita aos cuidados de saúde. Reclamam-se padrões de qualidade de cuidados de enfermagem de elevado nível técnico, científico, ético e humano, de forma a satisfazer as suas necessidades e expectativas (Rua, 2009).

Pressupõem assim, que o enfermeiro especialista deva ser detentor de conhecimentos técnico-científicos avançados, seja capaz de comunicar eficazmente, de tomar decisões segundo a prática baseada na evidência mais recente, seja responsável e sobretudo mantenha uma postura ética e deontológica segundo os princípios deontológicos definidos pela OE.

As recentes alterações inseridas na Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência levaram a um incremento no transporte de doentes entre as diversas organizações do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e em diferentes estados clínicos (Graça et al., 2017). Como enfermeiros do SNS deparamo-nos frequentemente com a necessidade de acompanhar a PSC durante os transportes secundários, sentindo por vezes, que a segurança e a qualidade dos cuidados durante este podem ser colocadas em causa (Ordem dos Médicos [OM]& Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2008). Não é aceitável que durante o transporte exista uma deterioração do estado clínico

da PSC relacionado com este processo.

É atualmente recomendado o desenvolvimento de programas de garantia da qualidade e melhoria contínua nos cuidados em saúde, de forma a assegurar a manutenção dos padrões adequados ao processo de transporte de doentes críticos. Para isso, devem ser desenvolvidas ferramentas de auditoria, relatórios de incidentes críticos e realizar-se reuniões de forma a verificar o cumprimento dos padrões clínicos e debater resultados (Whiteley et al., 2011).

A estruturação de uma comunicação clara, concisa e padronizada para cada transporte e o preenchimento de listas de verificação podem reduzir os incidentes de segurança dos doentes e da equipa médica durante o transporte do doente crítico (Ignatyeva et al., 2018).

Neste sentido e devido ao grande volume de transporte de doentes críticos realizado no nosso contexto de estágio emergiu a necessidade e importância de construir e validar através da técnica de *Delphi*, um procedimento designado de “Procedimento de Preparação para o Transporte Inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica” perspetivando um transporte seguro e adequado à condição clínica do doente.

A elaboração deste relatório é o culminar de um percurso formativo em contexto clínico, onde se procura analisar as oportunidades de aprendizagem e as possibilidades de intervenção e como contribuíram para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC.

Em conformidade com os objetivos e competências do plano de estudos do curso de MEMC (Despacho n.º 7710/2018, 2018), dos objetivos do ENP em articulação com as competências comuns (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e específicas do enfermeiro EEMC no cuidado à PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018), pretendemos com o ENP dar resposta aos seguintes objetivos pessoais:

- Desenvolver e adquirir competências no cuidado à pessoa e família em situação crítica num serviço de urgência, numa prática baseada na mais recente evidência científica e nos preceitos éticos e deontológicos da profissão;
- Desenvolver competências no âmbito da dinamização da formação dos profissionais de enfermagem do serviço;
- Contribuir para a implementação de programas que promovam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;

- Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados e das unidades de cuidados;
- Desenvolver e aprofundar conhecimentos orientados para a segurança do doente e prevenção de eventos adversos (EA) no TIH da PSC;
- Desenvolver competências no âmbito da investigação em enfermagem;

O presente relatório pretende descrever as atividades realizadas durante o período do ENP, numa perspetiva crítico-reflexiva, fundamentada na evidência científica, contribuindo para o processo de aquisição, aprofundamento e desenvolvimento de saberes e competências profissionais especializadas. Deste modo, pretende-se que este relatório e a sua discussão pública, se constitua o culminar do processo formativo para obtenção do grau académico de Mestre e aceder posteriormente ao título profissional de enfermeiro EEMC.

Este relatório encontra-se estruturado em dois capítulos. No capítulo um, é descrito o percurso desenvolvido durante o ENP, iniciando com uma contextualização do local de estágio, seguindo-se uma breve abordagem sobre cuidar da PSC e o papel do EEMC no SU. Segue-se a descrição das atividades desenvolvidas, refletindo criticamente sobre os seus contributos para o desenvolvimento de competências especializadas do EEMC, considerando os objetivos propostos e os principais domínios de competências. No capítulo dois, descreve-se todo o percurso investigativo associado ao problema em estudo: enquadramento teórico, metodologia, resultados, análise e discussão, principais conclusões e perspetivas de estudos futuros. Conclui-se o relatório, conjugando os objetivos previamente definidos, o percurso de ENP realizado, em termos de intervenção, mudança e transformação pessoal.

**CAPÍTULO I. PERCUSO DE ESTÁGIO: DAS APRENDIZAGENS EM
CONTEXTO CLÍNICO ÀS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS
ALCANÇADAS**

Refletir criticamente sobre o desempenho e postura como futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pressupôs uma sistematização das atividades realizadas ao longo de cada dia de estágio. Assim, permitiu, por um lado aperfeiçoar progressivamente as competências, e por outro constituiu-se um mecanismo facilitador e orientador na realização deste relatório.

O enfermeiro especialista é um profissional dotado de competências técnicas científicas e humanas que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados em determinadas áreas específicas. No entanto é transversal a toda as especialidades um conjunto de competências comuns das quais eu saliento a responsabilidade profissional ética e legal; a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento contínuo das aprendizagens (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As competências especializadas permitem ao enfermeiro especialista, desenvolver um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades a serem mobilizadas no contexto da prática clínica, perspetivando a adequação dos seus cuidados, às necessidades de saúde da população em todos os contextos e fases de vida (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao enfermeiro EEMC é exigido que “desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem”, e seja um líder em “projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências” (Regulamento 429/2018, 2018, p.19360). Os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados e diferenciados prestados de forma contínua e podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida. (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Tendo em consideração os pressupostos acima descritos, e tomando por base os Regulamentos das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro EEMC na PSC apresentados pela OE (Regulamento 429/2018, 2018 e n.º 140/2019, 2019), a reflexão que se segue está enquadrada em quatro grandes domínios: o domínio do cuidado à PSC e programas de melhoria contínua, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da gestão de cuidados e o domínio da formação de profissionais de saúde.

No decurso deste primeiro capítulo, descrevem-se as aprendizagens, as experiências e as atividades desenvolvidas no contexto do ENP que contribuíram para a aquisição e

desenvolvimento de competências especializadas.

Pelas características particulares inerentes a um serviço de urgência básica (SUB), além da aquisição de novas experiências clínicas e técnicas, pretende-se também aprimorar, no contexto prático, os conhecimentos assimilados ao longo dos anos. Deste modo, é possível aplicar os saberes e competências, devidamente sedimentadas, das unidades curriculares teóricas e de estágio do 1º ano do Mestrado, nomeadamente os estágios de Enfermagem em Urgência e Emergência e Enfermagem em Cuidados Intensivos e Intermédios.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DE ESTÁGIO: O SERVIÇO DE URGÊNCIA.

Tratando-se de um ENP, realizado num SU, é de grande importância percebermos, a definição de SU nos dias que correm. Segundo Ministério da Saúde (2002), o SU “(...) é considerado serviço de ação médica hospitalar.” São serviços “(...) multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas.” (p.1865).

No Relatório do Grupo Trabalho - Serviços Urgência ([GTSU], 2019), encontramos a definição de urgência/emergência médica como uma situação clínica súbita na qual, há uma falência ou risco de compromisso de uma ou mais funções vitais. No entanto a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, ([CRRNEU], 2012), (p.8), dividiu os conceitos e definiu emergência como uma situação em que “(...) existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo” e urgência como uma situação clínica “(...) que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)”.

O relatório emitido pelo CRRNEU em 2012 já contemplava a importância da Enfermagem Especializada e como recomendação emanou o seguinte:

É desejável que, pelo menos uma parte da Equipa de enfermagem, possua certificação equivalente ou numa Especialidade na vertente do Doente Urgente, obtida através de processo definido internamente pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente que reúna as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica, tal como descritas pela Ordem dos Enfermeiros (p.87).

Resumidamente, os SU são locais onde são admitidos múltiplos doentes com situações complexas e frequentemente com compromisso das funções vitais. Esta diversidade de contextos incute no enfermeiro um amplo conhecimento das mais variadas áreas de intervenção à PSC. Por isso é crucial que a prática do enfermeiro seja eximia, não só do ponto de vista técnico como também relacional, para que exista uma resposta adequada e atempada ao doente em situação de emergência/urgência e à sua família.

O Hospital onde decorreu o estágio abrange uma área de influência com cerca de 380 km², correspondendo a dois concelhos do norte do país, sendo estes compostos por 69 e

15 freguesias respetivamente, considerando todos os centros de saúde, extensões de saúde e cuidados de saúde primários (CSP).

A atividade assistencial do hospital divide-se pelas seguintes especialidades, valências e serviços clínicos:

- Anestesiologia;
- Cardiologia;
- Cirurgia Geral;
- Ginecologia;
- Imuno-hemoterapia;
- Medicina Interna;
- Oftalmologia;
- Ortopedia;
- Bloco operatório;
- Cirurgia de ambulatório;
- Consulta Externa;
- Otorrinolaringologia;
- Pediatria;
- Pneumologia;
- Psicologia;
- Urologia;
- Patologia clínica;
- Radiologia;
- Urgência;
- Equipa intra-hospitalar de Cuidados Paliativos;
- Unidade de Hospitalização Domiciliária;

De acordo com os dados mais recentes (2021), o hospital abrange uma população residente de 151.904 habitantes, correspondendo a cerca de 4,2% da população da região Norte.

Trata-se de uma unidade de saúde com um SU classificado como SUB com capacidade cirúrgica das 8-22h (Despacho n.º 10438/2016, 2016). Em 2014 era uma unidade hospitalar com classificação de Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC), contudo com a reformulação da rede de referenciação dos hospitais e SU, foi desclassificado a SUB (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Não estando agregado a nenhum Centro Hospitalar, ou Unidade Local de Saúde, o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) que constitui a referenciação deste SU é o Hospital de Braga.

Segundo o Despacho supracitado, que define os níveis de responsabilidade dos SU segundo os seus recursos e capacidade de resposta, no artigo 3.º, o SUB caracteriza-se por ser “o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações (...) nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais

comuns de urgência (...) e de estabilização inicial de situações urgentes de maior complexidade que exijam um nível de cuidados mais diferenciado” (p.20673). Esta última situação surge, quando o utente se dirige diretamente ao SUB, ou quando o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) pré-hospitalar não tem condições para assegurar o transporte direto e seguro para o nível de responsabilidade mais elevado (Despacho n.º 10319/2014, 2014). No mesmo Despacho é recomendado a manutenção ou implementação de SUB em locais de reduzida densidade de residentes e casuística, pela distância a que permanecem de outros SU, e pela necessidade de garantia de acesso em menos de 60 minutos (min) a qualquer ponto da mesma rede. Neste sentido, é reconhecido e valorizado o papel dos SUB como estruturas dotadas de capacidade de resposta para a avaliação e estabilização inicial do doente urgente (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Quanto aos recursos humanos afetos ao SUB onde decorreu o ENP, a equipa de enfermagem é composta por 59 enfermeiros na prestação direta de cuidados e 1 enfermeiro gestor, 13 são especialistas em EMC e 1 especialista em Reabilitação.

Tendo em conta a tipologia de doentes num SU, o trabalho do enfermeiro especialista pode ser modificador de prognóstico em qualquer área de trabalho. Dentro das áreas que este SU contempla, existem setores onde a prestação de cuidados especializados à PSC está mais frequentemente presente. Entre estes setores podemos incluir a sala de emergência (SE), unidade de OBS e área laranja/Medicina Interna. De referir também a importância da Triagem de Manchester pela sua relevante função na dinâmica dos SU onde o conhecimento, a experiência e perícia do enfermeiro triador definem a criticidade e o tempo de observação inicial do doente.

No total, este SU conta com duas salas de emergência, sendo que uma é destinada a doentes do foro respiratório e outra a doentes não respiratórios. A sala de emergência (SE) da área não respiratória trata-se da sala equipada de origem para esse efeito, com capacidade para tratar efetivamente 2 doentes críticos em simultâneo. Trata-se de uma sala com um espaço físico limitado, mas equipada com todo o material necessário para abordar qualquer vítima de doença ou trauma independentemente da sua idade. No plano de trabalho estão sempre 2 enfermeiros alocados à sala de emergência para uma resposta rápida e eficaz.

A unidade de OBS trata-se de um setor com capacidade para 4 doentes com a possibilidade de monitorização contínua, incluída eletrocardiografia, saturação periférica de oxigénio, frequência cardíaca e tensão arterial, seja ela invasiva ou não invasiva, e,

leitura de capnografia. Neste setor está alocado preferencialmente um enfermeiro EEMC e conta com o apoio do enfermeiro da equipa de emergência interna, também este EEMC ou perito na área da PSC.

O setor da Medicina Interna trata-se da área onde são prestados cuidados aos doentes triados com prioridade muito urgente ou referenciados para a especialidade. Apresenta capacidade para nove camas com monitorização não invasiva e um espaço amplo para uma vigilância eficaz de todos os doentes, onde estão alocados dois enfermeiros, sendo que, pelo menos um, é EEMC ou perito na área da PSC.

Por último temos as salas de cirurgia e ortotraumatologia, onde são abordados e cuidados os doentes do foro traumático ou cirúrgico. Está alocado a este setor um enfermeiro.

Diariamente são apoiados por uma equipa de assistentes operacionais e uma equipa médica não exclusiva, onde se inclui, além dos clínicos afetos ao hospital, médicos de Clínica Geral, Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ortopedia em regime de prestação de serviços.

Após a contextualização do local do ENP, passamos agora à reflexão sobre as atividades realizadas, construção e aquisição de competências especializadas.

2. O CUIDAR, A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E O SERVIÇO DE URGÊNCIA

A enfermagem é, na sua essência, a profissão do Cuidar. Engloba competências técnicas, científicas e humanas que se espelham nas relações estabelecidas entre o enfermeiro e a pessoa com quem interage. O Cuidar em enfermagem pode ser entendido como uma arte, “é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, e que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”(Hesbeen, 2000, p.37). Segundo Festas (1999), entende-se como uma extensibilidade na teia das relações que acompanham a vida do ser humano, pois é intrínseco à natureza humana. Ainda segundo o mesmo autor, deve envolver todas as dimensões da vida, e não se limitar apenas a técnicas e atitudes que visam tratar doenças. Tratar significa lidar com doenças, enquanto o Cuidar abrange a totalidade da vida, pois este conceito envolve o compromisso de preservar a dignidade e a individualidade da pessoa que está sendo cuidada (Festas, 1999).

É a partir deste conceito que se desenvolve outra concepção de grande importância para a prática da Enfermagem, a relação terapêutica. Para a OE (2001), “a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (p.12). Na construção desta parceria é necessário um conjunto de intervenções e atitudes que suportem esta relação. Segundo a OE (2012) os cuidados de enfermagem prestados à pessoa ao longo do ciclo de vida têm como principal objetivo “(...) prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência (...)” (p. 11).

A PSC pode ser definida por uma pessoa cuja vida está em risco por falência evidente de uma ou mais funções vitais. A sobrevivência desta depende de meios de vigilância avançados, monitorização invasiva e terapêutica complexa permitindo, caso se adeque, manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Os cuidados de enfermagem à PSC são assim, cuidados altamente qualificados e diferenciados prestados de forma contínua à pessoa e podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No desenvolvimento dos cuidados de enfermagem é necessário conceptualizar um

constructo mental da nossa prática, suportada por modelos teóricos, adequados à especificidade de cada contexto. Não há um modelo que possa abranger todos os aspetos inerentes à prestação de cuidados num determinado contexto, devendo ser tido em conta a conjugação de várias particularidades de cada modelo.

Partindo da Teórica Benner et al., (2001), a aquisição e evolução do desenvolvimento de competências do enfermeiro é baseada nas experiências vivenciadas, e na forma como as mesmas são ensinadas. Ou seja, o conhecimento é adquirido pelo saber experiencial, a forma como fazemos (“saber como”), e o saber intelectual através da formação e ensinamentos (“saber o que”). Esta sua teoria torna-se fundamental não só do ponto de vista técnico-científico, mas também na perceção das questões éticas uma vez que, estes dois grandes domínios da enfermagem dependem do nível de especialização dos enfermeiros. A reflexão sobre determinada atitude ou cuidado, a capacidade de falar sobre este e de o fundamentar, é essencial para o desenvolvimento de competências, através da ligação entre o pensamento abstrato (reflexão) e a situação concreta. Neste sentido, o enfermeiro especialista será perito se a sua forma de cuidar for holística atendendo a todas as dimensões do cuidado.

Uma outra teoria patente no cuidado à PSC no SU é a Teoria Interacionista de Ida Jean Orlando (1978), centra-se no doente como um indivíduo, pessoa com características individuais, reagindo para situações similares e doenças similares de maneira diferente. Assim o enfoque da teoria de Orlando está na identificação e clarificação do processo de interação durante o processo saúde ou doença (George, 2000).

A atuação do Enfermeiro em especial num SU é desencadeada, pela observação do comportamento do doente, ou seja, a sua expressão verbal e não-verbal. A teórica defende que o enfermeiro necessita de interagir com o doente, e que esta interação pode ocorrer de forma verbal, através da qual o doente relata as suas aflições e de forma não verbal, manifestada por expressões faciais, gestos, tremores e alterações fisiológicas. Ambos os comportamentos verbais e não verbais podem ser observados simultaneamente e estes dados servem de base para se traçar os cuidados de enfermagem adequados às reais necessidades dos doentes.

A aplicação desta teoria é de grande importância no que concerne aos cuidados ao doente crítico onde, pela gravidade da situação e pela necessidade de cuidados individualizados

e especializados, implica no enfermeiro uma observação exímia. A tentativa de perceber pelo conjunto de alterações fisiológicas e comportamentais a resposta a um desequilíbrio fisiológico, discernindo entre o doente não urgente e aquele que corre risco de vida, permite o planeamento e estruturação das suas intervenções com o objetivo de melhorar a condição clínica da pessoa.

Num SU, surgem diariamente más notícias, internamentos inesperados, diagnósticos complexos. Toda e qualquer perturbação ou alteração do estado de saúde/doença, pode precipitar uma crise individual e familiar, ou seja, uma transição do status de “saúde” para o status de “doente” ou “doença”. Neste sentido é de grande importância abordarmos a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Para a Teórica, a Enfermagem é uma ciência cuja essência é cuidar o ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, de modo integral e holístico. A equipa de enfermagem ajuda os doentes, as famílias e as comunidades em processo de transição, respondendo antecipadamente, fornecendo orientações que melhorem os sintomas, reforçando a saúde e o bem-estar e desenvolvendo ações de promoção para o autocuidado (Meleis, 2005).

Para Meleis, a transição é um dos domínios para a disciplina de Enfermagem. Este domínio envolve processos de mudança que requerem um ajuste ou adaptação. “Os enfermeiros cuidam de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam um ato de transição” (Abreu, 2011, p.38). As transições podem constituir momentos críticos, mas também oportunidades de aprendizagem. Estas podem impor ou promover alterações no eu, nos papéis sociais e nos comportamentos. Deste modo, o cuidado de enfermagem tem como propósito central, facilitar o processo de transições/mudanças ao longo da vida, tendo em vista transições saudáveis.

As pessoas tornam-se conscientes de uma transição quando percecionam/experienciam mudanças nas suas vidas. A consciencialização ocorre quando procuram informações, modificam ou aprendem comportamentos tendo em vista um ajuste para a transição. Cada mudança traz consigo um significado que pode ser identificado como um evento perturbador, alterações nos papéis, relacionamentos, rotinas e estilos de vida, surgindo a necessidade de os enfermeiros desenvolverem intervenções apropriadas às necessidades e ao estado de saúde de cada pessoa (Abreu, 2011). Todo este processo de transição está bem patente, segundo a OE, nas competências específicas do enfermeiro EEMC, o enfermeiro “concebe planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos

processos de transição saúde/doença aguda ou crônica, (...) decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19361).

Resumidamente, os SU são locais onde são admitidos múltiplos doentes com situações complexas e frequentemente com compromisso das funções vitais. Esta diversidade de contextos exige ao enfermeiro um amplo conhecimento das mais variadas áreas de intervenção à PSC. Por isso é crucial que a prática do enfermeiro seja competente, não só do ponto de vista técnico como também relacional, para que exista uma resposta adequada e atempada ao doente em situação de emergência/urgência e à sua família. Os cuidados de enfermagem à PSC deverão ser personalizados, altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa em risco imediato de vida, suportados em conhecimento científico bem consolidado respondendo às necessidades afetadas de forma adequada e atempadamente (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362).

Os SU são unidades que estando em constante articulação com outros serviços são, ao mesmo tempo, independentes devido à natureza distinta dos cuidados que prestam e da população que por eles procura. Apesar de existirem vários tipos de situações de urgência e emergência, praticamente todas são acompanhadas de dor, medo e incerteza, o que pode agravar ainda mais a ansiedade e o sofrimento da pessoa e família (Marques, 2012). O SU devido ao seu espaço limitado, à necessidade de agir rapidamente diante da complexidade e gravidade das situações, ao alto número de doentes admitidos e ao curto tempo de permanência, além da ênfase nos procedimentos técnicos em detrimento das relações pessoais pode apresentar-se como um ambiente despersonalizado. Neste sentido, estes fatores podem afetar negativamente a relação terapêutica entre o doente e o profissional de enfermagem (Alminhas, 2007)

No SU, a prestação de cuidados à Pessoa e Família em Situação Crítica e a antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica do doente crítico exige, em contexto de urgência e emergência, ao enfermeiro EEMC uma formação estruturada, com o intuito do desenvolvimento de competências específicas, agindo em situação de emergência com a máxima rapidez, eficácia e eficiência. O enfermeiro especialista, perante este contexto (SU), carece de conhecimento científico prático e técnico imprescindível, que associado à capacidade de liderança, lhe possibilite a tomada de decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda a equipa, diminuindo os riscos que ameaçam a vida da PSC. Em suma ao EEMC é exigido que “desenvolva uma prática baseada nas mais

recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem”, sendo um elemento proativo na liderança de “projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos no desenvolvimento de competências” (Regulamento 429/2018, p.19360).

2.1 DOMÍNIO DO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Tendo presente este princípio, o ENP assume um papel elementar no processo de formação especializada, com experiências e momentos que permitem, não só incrementar o conhecimento teórico, como também o conhecimento prático, e o conhecimento humanizado e responsável, objetivando uma tomada de decisão sustentada na melhor evidência, em suma, um corpo de saberes ao nível do saber-saber, do saber-fazer, do saber-ser e do saber-estar (Nunes, 2010).

Assim, o EEEMC desempenha um papel fundamental e diferenciador no cuidado à PSC e sua família. Dotado de formação adequada nas dimensões humanas, técnicas e científicas, o EEEMC está capacitado para prestar cuidados diferenciados em qualquer situação, especialmente em contextos complexos e desafiadores. Possui competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrando as equipas multidisciplinares em situações de urgência/emergência, de modo a garantir um nível de cuidados de excelência (OE, 2017). Como parte dessas competências específicas, o EEEMC é capaz de mobilizar conhecimentos e habilidades técnico-científicas de forma eficaz, eficiente e abrangente, em tempo hábil, no cuidado à pessoa/família que enfrenta processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Maximiza a prevenção e a resposta eficaz no controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos em diferentes contextos de atuação, além de dinamizar a resposta em emergências, situações de exceção e catástrofe (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Pelo facto de exercermos funções no SUB, e já conhecermos o espaço, as equipas, dinâmicas de trabalho e o tipo de patologias mais frequentes, foi necessário um esforço reflexivo adicional no reconhecimento das necessidades de aprofundamento dos conhecimentos e competências específicas na prestação de cuidados à PSC. Em consonância com este reconhecimento, foi mantida uma postura continuamente crítica, na resposta às diversas situações clínicas, de forma técnica e cientificamente sustentada.

Como refere Serrano et al., (2011) a reflexão sobre a prática diária de cuidados permite a “procura de oportunidades de aprendizagem, a promoção de competências contínuas, a identificação de objetivos, ou seja, mover-se através do contínuo de noviço a perito” (p.22). As intervenções em enfermagem devem ir muito para além da terapêutica dirigida à sintomatologia, disseminando a vertente humana dos cuidados e a dimensão ética subentendida no cuidar que valoriza a dignidade humana.

A intervenção do enfermeiro especialista no cuidado ao doente na sala de emergência

Ao enfermeiro do SU, a PSC pode emergir em qualquer local e em qualquer momento. A sala de emergência ou reanimação representa um local de trabalho integrado na dinâmica e estrutura física do SU. A sua ativação deve ser realizada através um aviso sonoro a partir da entrada, permitindo o alerta e resposta da equipa afeta a este posto.

Dada a complexidade dos cuidados prestados aos doentes admitidos nesta sala, a equipa adstrita deve ser idealmente detentora de formação especializada em abordagem ao doente crítico, incluindo Suporte Avançado de Vida (SAV) adulto e pediátrico, formação diferenciada em trauma, farmacologia de urgência e emergência e sistemas avançados de suporte de órgão, de forma a responder com prontidão às situações (Circular Normativa 002/2018).

A SE é uma área funcional particularmente exigente, que se caracteriza por acolher a PSC por doença aguda, crónica agudizada ou trauma. Pela sua especificidade, exige que o enfermeiro alocado à prestação de cuidados neste espaço possua uma multiplicidade de competências. Salientando-se o domínio dos conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem, a operacionalização de protocolos complexos de atuação em situações de urgência/emergência, o trabalho em equipa, a comunicação de más notícias, a gestão de tempo, recursos humanos e materiais. A interligação de todas estas competências são um importante contributo para alcançar a excelência nos cuidados prestados nesta unidade funcional.

Pelo acima descrito, os enfermeiros especialistas assumem a liderança da equipa no SU devido ao reconhecimento dos seus elevados níveis de juízo clínico e tomada de decisão nos diferentes domínios de sua área de especialização, o que determina sua alocação à SE. Segundo a OE (2018), o profissional detentor do título de EEEMC é aquele que detém o core de competências especializadas adequadas para responder às necessidades

específicas de cuidados em contexto de prática clínica na SE.

A SE é sem dúvida o local primordial na abordagem inicial à PSC, pelo que a nossa atuação centrou-se essencialmente nesta área. No entanto, constatamos também que na Área Laranja/Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ortopedia alguns doentes apresentavam focos de instabilidade hemodinâmica, carecendo frequentemente de monitorização contínua de parâmetros vitais. Infelizmente não existe no SU onde decorreu este estágio, telemetria como instrumento de monitorização contínua. A aplicação deste sistema de monitorização, completa, permitiria ao enfermeiro, caso surjam anormalidades nos parâmetros vitais, responder rapidamente não estando a monitorização apenas dependente da visualização direta dos monitores.

Durante o ENP, cuidamos de vários doentes na SE como elemento funcional da equipa multidisciplinar, dos quais destaco doentes com síndromes coronárias, disritmias, alterações do estado de consciência, choques hemorrágicos, insuficiência respiratória grave, intoxicações medicamentosas voluntárias e situações de paragem cardiorrespiratória (PCR). O doente politraumatizado, fruto da existência de uma viatura médica de emergência e reanimação (VMER), não é, de todo, um doente frequentemente admitido na SE. No entanto saliento o caso específico de um jovem, vítima de acidente de mota, como múltiplas fraturas de costelas, hemopneumotórax e fratura da bacia. Foi necessário realizar a sua estabilização inicial, com recurso a dreno torácico, estabilização da bacia com cinta pélvica, reposição volémica e suporte transfusional, para posterior transferência para o Serviço de Medicina Intensiva do hospital de referência.

No hospital onde decorreu o estágio, ainda não estão implementadas Vias Verdes (VV), no entanto sempre que surgem doentes que cumpram os critérios de VV, essencialmente no Acidente Vascular Cerebral (AVC) e coronária, os pressupostos de atuação e gestão de cuidados destes doentes regem-se pelos princípios definidos pelos protocolos VV da DGS. Na VV AVC, o “timing” para realização de TAC é fundamental (10 minutos) e, quando indicado, há a possibilidade da aplicação do protocolo extremamente rígido de administração de fibrinolítico. Para a VV Coronária a realização de eletrocardiograma (ECG) nos primeiros 10 minutos é de extrema importância, pois caso se confirme um síndrome coronário agudo com supradesnivelamento do segmento ST (SCACSST), inicia-se o protocolo de referenciação para um centro com laboratório de hemodinâmica perspetivando a realização de uma intervenção cardíaca percutânea (ICP).

Durante o estágio prestamos cuidados a vários doentes que cumpriam critérios de VV

AVC e Coronária. Relativamente a estes pontos destaca-se o caso de uma doente do sexo feminino, admitida por défice neurológico agudo com cerca de 2 horas de evolução à qual foi administrado fibrinolítico por AVC isquémico; destaca-se ainda um jovem do sexo masculino, transferido para realização de ICP por suspeita de SCACSST, dadas as alterações eletrocardiográfica e enzimáticas. No primeiro caso existiu a oportunidade de participar num protocolo terapêutico complexo (administração de fibrinolítico) e no segundo caso não foi posteriormente confirmado o diagnóstico inicial.

Ainda no contexto do cuidado à PSC, tivemos oportunidade de integrar a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar. A criação desta equipa surgiu na sequência da Circular Normativa nº15 (2010) tendo sido formalmente constituída no ano de 2018, em consonância com as recomendações emanadas pelo European Resuscitation Council, pelo European Board of Anaesthesiology e pela European Society of Anaesthesiology. É constituída por um médico e um enfermeiro com competências na abordagem do doente crítico e em técnicas de reanimação. É ativada pelo número 2222, de acordo com os critérios ativação pré-estabelecidos. Além da resposta imediata a situações de paragem cardiorrespiratória, esta equipa é ativada, também, em situações de significativa deterioração fisiológica aguda.

Pelo acima descrito e principalmente pela variedade e vastas experiências que me foram proporcionadas neste estágio, tivemos assim a oportunidade de executar cuidados de alta complexidade, centralizados na pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, muitas vezes como resposta à identificação de focos de instabilidade hemodinâmica decorrentes de uma situação crítica.

A intervenção na gestão diferenciada da dor

Uma competência fundamental do enfermeiro especialista, é a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. Segundo o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (2017), e a OE (2018), a dor aguda deve ser classificada como um sintoma limitado no tempo que pode e deve ser controlado. A dor é atualmente considerada como o quinto sinal vital, definindo-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável, que pode estar associada a uma lesão tecidual real ou potencial.

No contexto de urgência e emergência, a monitorização da dor inicia-se na triagem, sendo um dos parâmetros presentes em todos os fluxogramas do algoritmo do Sistema de

Triagem de Prioridades de Manchester, garantindo a sua avaliação e reconhecendo a sua relevância (Grupo Português de Triagem, 2010). A importância da valorização da “dor” não pode ser questionada, pois enquadra-se como possível sinal de lesão ou disfunção orgânica. Quando não é tratada de forma adequada potencializa a sua cronicidade, podendo eventualmente, motivar alterações em múltiplos sistemas orgânicos com impacto na redução da qualidade de vida.

Relativamente à avaliação da dor, foi percebido durante o estágio que praticamente todos os doentes em estado crítico apresentavam algum nível de dor. Foi primordial avaliá-la sempre de forma individualizada, recorrendo à escala que mais se adequava ao estado clínico do doente. A aplicação da Escala Visual Numérica (EVN), apresenta uma grande sensibilidade principalmente em doentes com Escalas de Coma de Glasgow (GCS) mais elevadas. Nos doentes submetidos a entubação endotraqueal com ventilação mecânica invasiva, é possível avaliar a dor através da *Behavior Pain Scale* (BPS).

É de notar uma grande aptidão da equipa de enfermagem do SU na gestão da dor, sendo de salientar a particular e constante preocupação com este sintoma. Este é visível através das intervenções autónomas de enfermagem e interdependentes, tais como na adequação dos posicionamentos antiálgicos, na crioterapia em doentes do foro traumatológico, na analgesia prévia à realização da mobilização no leito ou antes da aspiração de secreções. Desta forma, e sempre que possível, são instituídas medidas quer farmacológicas quer não farmacológicas no controlo e alívio da dor. Contudo, pela criticidade de alguns doentes admitidos no SU, a gestão farmacológica da dor com analgésicos potentes, é sem dúvida uma obrigatoriedade e deve ser nosso papel, como futuros enfermeiros especialistas, a sua gestão adequada.

Atualmente não existe nenhum protocolo de gestão e controlo da dor instituído no SU, em contraste com alguns hospitais que detêm protocolos validados e com elevados níveis de satisfação dos doentes. Contudo, fruto da candidatura à Acreditação como entidade idónea na área da formação, pondera-se a criação de novos protocolos de atuação, sendo um deles um protocolo de gestão da dor.

A intervenção na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde

Um dos conceitos que mantemos sempre presente na nossa conduta, são as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), pois revelam-se de grande importância na PSC. A prestação de cuidados de saúde principalmente em meio hospitalar, com recurso a

procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora, prolonga a sobrevivência dos doentes, contudo estes mesmos doentes tornam-se mais vulneráveis a múltiplas infeções, muitas delas nosocomiais. (DGS, 2007). As IACS “constituem, atualmente, uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, uma vez que a sua prevalência oscila entre os 5% e os 10% na maioria dos países da Europa” (DGS, 2007, p.6).

Segundo a DGS (2007) “A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.” (p.4). Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica definidos pelo Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros (2017), define IACS como “(...) uma situação clínica resultante de reações orgânicas de agentes infecciosos ou das suas toxinas, adquirida pelas pessoas em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo afetar também os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.” (p.5). Cabe ao enfermeiro especialista ter um papel preponderante e fundamental a este nível, sendo uma das suas competências transversal a todos os cuidados de enfermagem.

Como orientação, foram emitidos um conjunto de recomendações pela DGS. Os *Bundles* ou “Feixes”, são um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente. Existem 4 grandes “Feixes” de intervenção; A Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (Norma 019/2015); Infeção do Local Cirúrgico (Norma 020/2015); Pneumonia Associada à Intubação (Norma 021/2015); Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (Norma 022/2015).

Relativamente à prevenção e controlo das IACS, cumprimos as regras preconizadas pelo programa de prevenção e controlo das infeções e resistência aos antimicrobianos (PPCIRA) durante a prestação de cuidados, nomeadamente no uso de equipamento de proteção individual, salientando nesta área os cuidados específicos a doentes COVID-19, *Enterobacteriaceae* Resistentes a Carbapenemos (ERC) e *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina (MRSA). A lavagem/higienização das mãos e a execução adequada de procedimentos invasivos com assepsia, foram realizadas seguindo

protocolos de prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na PSC, nunca descurando os Bundles preventivos.

A intervenção na comunicação e a transmissão de más notícias

Ainda nesta área do cuidado PSC emerge um dos pilares fundamentais da enfermagem especializada, a comunicação interpessoal. A gestão de comunicação alicerça a relação terapêutica com o doente/família/cuidador e a sua assistência nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de doença, sendo aspeto fundamental no cuidar holístico que caracteriza o enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro especialista. Existem múltiplos fatores que podem dificultar ou impossibilitar uma comunicação eficaz (etal., 2012).

A transmissão de más notícias é sem dúvida uma realidade permanente no quotidiano das equipas de enfermagem sendo, sem sombra de dúvida, uma das competências mais árduas e complexas de desenvolver na relação interpessoal. O enfermeiro especialista exerce um papel fundamental neste âmbito, pois deve demonstrar “conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e “dos processos de luto” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19363).

Desta forma, a informação prestada à família/cuidadores em situações de grande gravidade é decisiva para aliviar a ansiedade ou por outro lado, prepará-la para desfechos que incorram na morte do doente. Durante o estágio, foi proposto estruturar a comunicação de más notícias através do Protocolo SPIKE’S de Buckman (1992). No contexto de urgência/emergência, foi e será, uma grande preocupação dos enfermeiros e demais profissionais, a presença sempre que possível de um familiar junto do doente, independentemente da hora, inclusive em períodos noturnos perante situações de particular gravidade.

Durante o estágio o confronto com inúmeras situações complexas foi inevitável, sendo que algumas terminaram na morte do doente. No entanto, relata-se um caso que ainda hoje molda a dinâmica dos cuidados de enfermagem. Eram 18.45h quando foi admitido um doente do sexo masculino de 43 anos, com antecedente de disseção da aorta já intervencionada. Este doente apresentava sinais evidentes de choque, além de sudorese profusa, palidez cutânea marcada e agitação psicomotora nunca antes testemunhada no SU. A expressão facial e os gritos “EU VOU MORRER” jamais serão esquecidos pela equipa multidisciplinar que assistiu este doente. Foi admitido na SE e após breve

estabilização, dada suspeita etiológica foi realizada uma TAC que confirmou “rotura maciça da crossa da aorta até à raiz das artérias ilíacas, a condicionar prognóstico vital do doente”. Apesar dos esforços, o doente veio a morrer dada irreversibilidade do quadro poucos minutos depois. Apesar do conhecimento do quadro clínico, naquele momento todos pensaram “o doente tinha razão, morreu”. O mais difícil nesta situação, em paralelo com a morte, foi a dificuldade na gestão das emoções da equipa dada a impotência de reversão da situação e o pensar numa forma comunicar à esposa e filha de 4 anos o que tinha acabado de acontecer. De uma forma muito humilde, foi dos momentos mais difíceis da minha atividade profissional, ver uma esposa enlutada em choro compulsivo a tentar contar à filha que acabara de perder o pai.

A comunicação de más notícias é, sem dúvida, uma das áreas de abordagem mais difíceis e complexas pelo que o EEEMC deve desenvolver estratégias de comunicação adequadas, implicando uma postura de proximidade, de ajuda e respeito, promotoras do processo de luto.

A intervenção no conforto da Pessoa em Situação Crítica

Ainda no seguimento da reflexão sobre a gestão da dor e comunicação de más notícias, ao longo do estágio, foi necessário perceber o conceito de “conforto” na PSC.

Kolcaba desenvolveu em 1990 a Teoria do Conforto e contextualizou o conforto como um objetivo basilar dos cuidados de enfermagem incluindo, a importância da multidimensionalidade do processo de cuidar. O conforto é assim visto como uma experiência imediata, fortificada pela sensação de tranquilidade, alívio e transcendência. A Teoria do conforto assenta em três dimensões ou estados e dizem respeito ao estado físico, ou seja, as sensações corporais (ex. dor), ao estado psicológico e espiritual, no qual se inclui a consciência de si mesmo, a autoestima e o autoconceito e por último ao estado sociocultural e ambiental que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais e o ambiente envolvente (ex. luz, temperatura ou ruído) (Luís & Apóstolo, 2009).

A mesma autora defende ainda que as intervenções de enfermagem pressupõem uma ação de confortar e o conforto é o derradeiro resultado dessa mesma intervenção. Partindo da análise da prática diária no contexto do SU, é competência major do enfermeiro procurar ter uma perceção correta das necessidades de conforto do doente, sejam físicas, psicoespirituais, socioculturais ou mesmo ambientais, devendo o enfermeiro mobilizar um conjunto de intervenções de enfermagem individualizadas e dirigidas para a satisfação

das necessidades específicas de cada pessoa, objetivando o readquirir ou a manutenção do conforto.

Assim sendo, esta teoria tem uma grande relevância na prática diária, não só neste contexto de estágio, mas também ao longo do percurso profissional do enfermeiro na área do doente crítico. Uma vez que é direcionada para todas as unidades de competência do enfermeiro especialista no cuidado ao doente crítico, não só do ponto de vista da resolução ou atenuação dos problemas físicos, mas também dos problemas emocionais, sociais, culturais e psíquicos decorrentes de uma situação grave de doença.

A “Esperança” no Serviço de Urgência

O conceito de “Conforto” entrelaça-se com o conceito de “Esperança”. Não é, de todo, errado afirmar que quando existe “esperança” existe “conforto”. A “esperança” de uma cura ou de uma morte serena traduz-se em “conforto” para a família e doente.

A “Esperança” é definida no seu sentido mais lato, como a confiança na aquisição de um bem que se deseja, uma expectativa. Trata-se de um conceito de carácter universal, inerente ao ser humano, sujeito às suas vivências, sendo de natureza individual, multidimensional e dinâmico, orientado para o futuro.

Para Parker-Oliver (2002), a concepção da esperança assenta no sentido da vida. O mesmo autor define a “Esperança” como uma expectativa positiva, interligada aos acontecimentos da vida. Enquanto existir sentido para os acontecimentos da vida, existe “Esperança”. Podemos então afirmar que a esperança é sedimentada no sentido e significado dos acontecimentos da vida, e não apenas nos simples acontecimentos. De um modo geral, os autores sugerem a existência de quatro estádios ou fases da “Esperança”: esperança de cura; de tratamento; de prolongamento da vida; de uma morte serena. Na fase inicial do processo de doença, praticamente todos os familiares e mesmo doentes, encontram-se na fase da “esperança de cura e/ou tratamento”, no entanto, alguns apresentam evoluções desfavoráveis, caminhando frequentemente para uma “esperança de prolongamento da vida” que, em muitos casos é desapropriada às necessidades do doente, principalmente pela parca qualidade de vida nestas fases.

A importância do enfermeiro especialista nesta área tão específica do cuidar é amplamente reconhecida. Sendo um elemento diferenciado, dotado de técnicas de comunicação e intervenção em situações de crise, é da competência deste ajudar o doente e a família na contextualização da gravidade do seu estado de saúde. O enfermeiro tem

ainda um papel de excelência perante a impossibilidade de uma vida digna e da parca qualidade de vida daí subjacente, no sentido de ajudar a que todos caminhem, não para o prolongamento artificial da vida, mas sim para a esperança de uma morte serena. A adaptabilidade do conceito de “esperança” reforça a ideia de dinamismo e mutação constante do foco ao longo do tempo. O enfermeiro especialista tem um papel fundamental no reajuste, na modificação e realinhamento da perceção que os doentes e/ou famílias tem da “esperança”.

A Documentação de Cuidados

A importância da documentação dos cuidados é atualmente reconhecida e fundamental para assegurar a continuidade e a segurança dos cuidados, realçando a sua função de comunicação e visibilidade dos aspetos resultantes do processo de cuidados. Assim, o processo de enfermagem é a base documental que suporta as ações de enfermagem, sendo considerado uma forma organizada e sistemática de atuação do enfermeiro, como resposta às necessidades de cuidados junto do doente/família. Este reflete a qualidade dos cuidados prestados, a visibilidade, a valorização e reconhecimento profissional dos enfermeiros (Ribeiro et al., 2018).

Sendo o ser humano o elemento fundamental do cuidado em Enfermagem, o plano de cuidados é um instrumento facilitador da conceção e diagnóstico de problemas e a elaboração das intervenções de enfermagem, uniformiza linguagens, práticas e procedimentos, fomenta a avaliação e a continuidade dos cuidados prestados.

Documentar adequadamente os cuidados planeados e prestados é um pilar essencial na garantia da continuidade de cuidados. Os registos de enfermagem são segundo a OE, fundamentais, pois fornecem informação objetiva aos profissionais de saúde, com o objetivo de salvaguardar a continuidade das intervenções e ações nos acontecimentos ocorridos durante um determinado período. Nogueira e Rodrigues (2015), referem que “(...) os registos de enfermagem devem ocupar um lugar de destaque, sendo insubstituíveis no dia-a-dia de qualquer enfermeiro, independentemente do local onde ele exerce a sua atividade.” (p.6), ideia suportada por George (2000), para quem os registos de enfermagem representam “a comunicação escrita dos factos essenciais de forma a manter uma história contínua, dos acontecimentos ocorridos.” (p.72).

Os registos de enfermagem são também essenciais em duas grandes áreas, a gestão em saúde e a segurança dos cuidados. Em primeiro a sua utilização é fundamental para a

construção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem e das instituições de saúde, como por exemplo a prevalência de quedas e úlceras de pressão. Para Hesbeen (2000) a utilização de indicadores, resultante da documentação de cuidados, traduz a urgência dos enfermeiros revelarem “o conteúdo real e o sentido da arte do cuidar e o que ela tem de específico, para que a essência da sua prática não seja esquecida, negligenciada ou até mesmo pervertida”. (p.43). Em segundo são informações que apoiam legalmente o trabalho do profissional, além de servirem como instrumento de auditoria para validar a prática profissional. No 104.º artigo do Código Deontológico está expresso que o enfermeiro assume o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando com vigor as observações e as intervenções realizadas” (Lei nº 156/2015, p.8079).

Assim, numa perspetiva de uniformização da documentação dos cuidados de enfermagem à PSC em contexto de SE, foi criado em parceria com a enfermeira responsável pelos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) um procedimento/protocolo, denominado de “Padrão de Documentação dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Contexto de Sala de Emergência”. Este procedimento/protocolo inclui, segundo a metodologia ABCDE, um conjunto de atitudes terapêuticas, intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes que de acordo com o juízo clínico do enfermeiro, devem ser identificadas no momento da admissão do doente na SE. O documento encontra-se, neste momento, em fase de aprovação pelo Departamento da Qualidade e Segurança dos Cuidados e Conselho de administração (CA) (apêndice I).

2.2 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A Enfermagem como profissão orienta-se por princípios éticos e deontológicos definidos na Deontologia Profissional do Enfermeiro (DPE) e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o que permite salvaguardar um exercício profissional competente, centrado no doente e focado na qualidade dos cuidados prestados (Nunes, 2014). No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), o enfermeiro especialista deverá pautar uma prática profissional de acordo com as normas legais vigentes, os princípios éticos e a deontologia profissional bem como assegurar práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos.

Para Nunes (2014), na qualidade de enfermeiros especialistas, a praxis diária destes deve

ser norteada por um conjunto de deveres, competências e pelos referenciais de qualidade dos cuidados. Noutras palavras, a prática dos enfermeiros especialistas é orientada pelo DPE (Deontologia Profissional de Enfermagem, 2015), pelo Perfil de Competências Comuns (OE, 2019) e específicas do EEMC (OE, 2018) e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à PSC (OE, 2017).

Tendo por base o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015), a responsabilidade surge como princípio orientador da atividade profissional (art.º 78º), como dever deontológico geral (art.º 79º), como dever específico no direito ao cuidado (art.º 83º), como modo de agir (art.º 84º) e entre os deveres para com outras profissões (art.º 91º). Nestes artigos está descrita uma sumula de valores, orientadores da prática dos enfermeiros, em relação à pessoa assistida. Deve-se considerar nomeadamente a liberdade responsável, a verdade, a justiça, a solidariedade, a igualdade, o altruísmo, a competência e aperfeiçoamento profissional, a dignidade humana, o respeito pelos direitos humanos, cidadania e excelência no cuidar.

Recorrendo ao descritivo das unidades da competência, o enfermeiro especialista demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, bem como lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética, através da avaliação do processo e dos resultados dessa tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019, 2019). No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, ao Enfermeiro é exigida “(...) uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” e promover “(...) a proteção dos direitos humanos”, assegurando “(...) o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde” e o “respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.” (Regulamento n.º 140/2019, p.4747).

As intervenções de enfermagem decorrem de um processo de tomada de decisão, baseada no “raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica” (Deodato 2008, p.27). As intervenções do enfermeiro são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade humana e do enfermeiro. Efetivamente, toda a prática de enfermagem deve-se reger pelos valores acima descritos, não só do ponto de vista técnico-científico, mas também ético e relacional, não esquecendo que todos os doentes são seres humanos, dotados de uma

individualidade biopsicosociocultural e espiritual, devendo ser sempre respeitados em qualquer uma das suas dimensões. A cada um de nós enquanto enfermeiros, é exigido um agir profissional com base no conhecimento atual e nas boas práticas, no respeito pela ética e pela deontologia profissional.

O art. 5º dos princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, consagra “a autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respetiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros”. Reforça-se ainda que “no caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses” (UNESCO, 2006, p.7). Partindo então do princípio da Autonomia, podemos dizer que este expressa a capacidade humana para o pensamento, ação, decisão livre e independente. O reconhecimento deste princípio pressupõe o respeito pelas decisões racionais e livres tomadas pelo doente, isento de interferências e/ou condicionantes externas. O não respeito por este princípio basilar consiste em ignorar, contrariar, diminuir ou anular a capacidade de autonomia da sua decisão.

A partir do princípio da autonomia derivam outros direitos fundamentais, particularmente, o direito à autodeterminação, que confere poder ao doente na imposição e respeito pelas suas vontades, crenças e valores morais, reconhecendo-lhe a liberdade e a responsabilidade no que concerne à sua própria vida e à sua intimidade e o direito à informação, que está intimamente relacionado com o direito à autodeterminação. Segundo o CDE, (2015) no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família no que concerne aos cuidados de enfermagem, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, responder de forma adequada e com responsabilidade sempre que solicitada informação ou explicação pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem.

É também fundamental falar da confidencialidade ou sigilo profissional. Este direito tem como finalidade proteger e respeitar o direito das pessoas, especialmente quanto à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, bem como garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde, em especial no enfermeiro, dado que este é um dos alicerces fundamentais do estabelecimento da relação terapêutica. Segundo Pinheiro, (2009) a confidencialidade é encarada como algo sigiloso inerente ao segredo profissional. Para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, a confidencialidade e sigilo profissional são pilares éticos da arte do cuidar,

descritos no CDE (2015).

O direito à confidencialidade está também consagrado no art. 9º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2006, p.8) “A vida privada das pessoas em causa e a confidencialidade, das informações que lhes dizem pessoalmente respeito devem ser respeitadas“. A confidencialidade pressupõe assim, a capacidade de o doente decidir, sempre que o status de saúde o permita, da informação colhida, qual possa ser partilhada.

Deste modo, considero que foi desenvolvido ao longo do estágio, uma prática em conformidade com a DPE, respeitando os direitos fundamentais dos doentes no âmbito dos cuidados especializados. Procuraram-se, sempre que possível, identificar práticas de cuidados que poderiam incorrer numa quebra de segurança e privacidade ou dignidade dos doentes. Tomaram-se decisões suportadas por princípios, valores e normas deontológicas e assumiu-se a responsabilidade dos atos efetuados assim como as consequências que destes possam advir. A tomada de decisão do enfermeiro requer um conhecimento sólido, experiência e fundamentalmente um raciocínio crítico na identificação das necessidades de cuidados e adequação das intervenções de forma a detetar, minimizar e evitar os riscos atempadamente.

Na prestação de cuidados especializados, em que é necessário um domínio aprofundado de saberes, com uma grande capacidade de lidar com imprevisto, observação, análise, estabelecimento de prioridades e de ação, foi importante uma reflexão sobre a tomada de decisão no SU. Assim, na prática diária procurou-se sempre manter presente os pressupostos da responsabilidade profissional, ética e legal, que não são mais do que os alicerces da profissão de enfermagem, ao nível da dignidade que a profissão exige. Tal como expresso na DPE (OE, 2015, p.37), os enfermeiros estão dotados de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas. Deste modo, reúnem as melhores condições para a prestação de cuidados equitativos e de qualidade, defendendo e respeitando a vida e a dignidade humana.

Esta componente ética dos cuidados, permitiu-nos recorrer a habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, pautadas pelas melhores práticas na promoção da qualidade de vida da PSC, assim como o respeito pela autonomia dos doentes planeando os cuidados segundo os princípios da beneficência, não maleficência e da justiça. Salvaguardando em todos os momentos as crenças, valores, costumes e religiões, atendendo a que a qualidade dos cuidados tem significado diferente para pessoas diferentes, cada ser humano é dotado

de uma individualidade e esta deverá ser respeitada.

2.3 DOMÍNIO DA GESTÃO

Atualmente, tanto os doentes como as suas famílias são cada vez mais exigentes nos direitos em relação à prestação de cuidados de saúde. Isto obriga as organizações a serem mais competitivas e qualificadas perspetivando uma resposta de qualidade, às necessidades e expectativas destes (Dias, 2014). Afigura-se assim um grande desafio aos gestores das organizações, à prestação de serviços de qualidade, eficientes e eficazes, a um custo mais reduzido.

Neste processo, o enfermeiro gestor é um dos principais intervenientes, pois assume compromissos com a organização, com o doente e com os profissionais. A gestão é, por isso, uma área de competência fundamental para o enfermeiro especialista, uma vez que o seu papel é crucial para a manutenção de elevados padrões de qualidade nos cuidados de saúde, através da adaptação e otimização dos recursos disponíveis, garantindo a qualidade e segurança e promovendo ganhos em saúde (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745). Mantendo a premissa de que o enfermeiro especialista deve desenvolver competências de gestão, este deve reconhecer os papéis, funções e competências da sua equipa num pressuposto de liderança aplicada à maturidade e motivação. Assim, cabe ao enfermeiro responsável, normalmente um enfermeiro especialista ou enfermeiro gestor, fazer a gestão dos recursos humanos (RH) e materiais de forma eficiente e a promoção de um ambiente positivo, de cordialidade e assertividade, fomentador da excelência da prática em enfermagem.

Gerir os cuidados de enfermagem num SU requer características pessoais importantes, tais como o respeito, o reconhecimento de competências pelos pares e uma boa capacidade de comunicação. É também crucial que o enfermeiro gestor/especialista estabeleça uma relação de interajuda eficaz com a equipa de enfermagem, permitindo uma gestão eficiente dos cuidados prestados. O ambiente num SU pode variar de calmo e ordenado até à complexidade e ao caos para, em seguida, voltar novamente à ordem

num curto espaço de tempo. Estas oscilações, implicam uma adaptação constante de todos os profissionais a estes aumentos e reduções nos fluxos de cuidados, pelo que uma das mais importantes atividades de liderança e gestão é ajudar as equipas a gerir o desafio da constante instabilidade dos cuidados no SU.

Durante o estágio, tive a oportunidade de acompanhar a Enf^a Chefe na gestão diária dos RH. A distribuição é elaborada diariamente pela enfermeira gestora no turno da manhã, sendo designado em cada turno, o respetivo enfermeiro responsável e o(s) doente(s) atribuído(s) a cada enfermeiro. Deste modo, e segundo o Decreto-Lei 412/1998 (1998), que procede à reestruturação da carreira de enfermagem compete ao Enf. Gestor “determinar as necessidades do serviço em relação ao número de enfermeiros, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias” (p.7256).

Pelo facto dos RH serem o elo fundamental de uma instituição de saúde são simultaneamente os mais complexos de gerir, requerendo uma atenção específica do gestor. Este deve ser dotado de competências técnicas de liderança, motivação e gestão de conflitos de forma a fazer face às diversas situações que surjam no serviço.

Ao longo do estágio surgiu a oportunidade de entender como funciona a gestão hospitalar, especificamente no que se refere à gestão dos RH. Assim, uma das atividades realizadas centrou-se na colaboração e elaboração do horário/plano diário de trabalho.

Uma correta gestão de um serviço de saúde implica um planeamento e uma organização com o objetivo de rentabilizar todos os recursos disponíveis. A realização do horário mensal e do plano de trabalho diário dos enfermeiros, assegura a rentabilização dos RH na perspetiva de assegurar a prestação de cuidados de enfermagem, nos diferentes turnos.

No caso específico do SU, a tarefa de efetuar a distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores de trabalho ao longo de um dia inteiro é deveras complexo. Existem inúmeras variáveis e contingências que condicionam a distribuição da equipa. Como por exemplo, os profissionais em horário de amamentação, o número de enfermeiros com curso de Triagem de Manchester e a diferenciação dos enfermeiros para assumir os postos da EEMI, SE e TIH.

Projeto de referenciação de doentes para os cuidados de saúde primários

Ainda na área da Gestão de Cuidados e programas de Melhoria Contínua salienta-se o

desenvolvimento de um projeto de investigação em colaboração com dois enfermeiros especialistas do SU e restantes colegas mestrandos, denominado “Dificuldades na Referenciação de Doente não Urgentes para o ACES Cávado III Barcelos/Esposende)”. Este estudo surge a partir da Circular Normativa n.º 11/2022, emitida pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e enquadra-se na gestão dos doentes admitidos no SU em parceria com a rede de Cuidados de Saúde Primários (anexo I). É de salientar a importância deste estudo pioneiro, uma vez que, em Portugal, os utentes utilizam o SU como primeiro contacto com os cuidados de saúde, dado este local ter disponibilidade anunciada e efetiva nas vinte e quatro horas do dia, todos os dias do ano.

Portugal apresenta taxas de atendimento em serviços de urgência/emergência hospitalar significativamente mais elevadas do que outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), havendo inclusive estudos que identificam que cerca de 30% desses atendimentos não necessitam deste nível de prestação de cuidados. Com efeito, a literatura aponta para que uma parte da procura de cuidados em situação aguda teria uma resposta mais eficiente noutros níveis de prestação de cuidados, por exemplo nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ou Consultas Externas hospitalares (Circular Normativa 11/2022).

Assim, e numa perspetiva de procurar evitar a sobrecarga dos SU e permitindo uma adequada resposta aos doentes que realmente necessitam de cuidados urgentes, a ACSS propôs o encaminhamento para os CSP, os episódios de urgência classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/ Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente).

No SU onde decorreu o ENP o protocolo de referenciação está em prática, sendo explicado aos utentes, após a adequada atribuição de prioridade pelo enfermeiro triador, de forma clara, a importância dessa referenciação, designadamente em termos de qualidade e segurança, quer para os próprios, quer para os utentes com patologia grave, emergente/urgente, que efetivamente requeiram cuidados hospitalares em SU.

No entanto, por diversas razões, o número de utentes que são efetivamente encaminhados para os CSP é muito reduzido. Torna-se então importante perceber os motivos que levam à dificuldade na referenciação, de forma a encontrar possíveis medidas de melhoria no processo. Foi neste contexto que surgiu este projeto, esperando que possa tornar-se um incentivo à reflexão, um contributo para a melhoria da qualidade do atendimento nos SU e conseqüentemente dos cuidados de enfermagem prestados ao utente urgente/emergente.

Assim, o objetivo geral deste projeto é:

- Conhecer os motivos que dificultam a referenciação dos utentes classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/ Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas.

Como objetivos específicos definiu-se:

- Identificar fatores dificultadores da referenciação dos utentes classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/ Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas.
- Identificar sugestões de melhoria na realização da referenciação dos utentes classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/ Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas.

Para a sua consecução, recorreremos à recolha de dados através de um questionário junto dos utentes que recusaram encaminhamento apesar de reunirem critérios para referenciação para os CSP e outras respostas hospitalares programadas, no sentido de perceber os motivos da sua permanência no SU. Neste momento este projeto encontra-se em fase de análise dos dados obtidos, sendo que posteriormente serão apresentados ao Conselho de Administração (CA) do HSMM (apêndice II).

Projeto de reformulação da sala de emergência

A admissão de um doente na SE traduz-se numa imediata mobilização da equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados de saúde, em que a equipa de enfermagem assume um papel fundamental. Assim, para a melhor abordagem, tratamento e estabilização da PSC importa sistematizar e adequar os requisitos arquitetónicos, materiais e técnicos a ter em conta nos mais diversos cenários.

Foi proposto ao CA, a reformulação da SE, numa perspetiva de eliminação de materiais obsoletos, identificação correta de materiais, promoção da manutenção e limpeza regular do local de trabalho, permitindo a conceptualização de um ambiente saudável à saúde física, mental e manutenção da ordem, refletindo-se na melhoria do desempenho da Organização.

Foi então definido o seguinte objetivo geral deste projeto :

- Reorganizar a SE (espaço físico, dotação de material clínico e farmacológico), no sentido de torná-la mais funcional e eficiente na abordagem à PSC.

E como objetivos específicos:

- Descrever a metodologia LEAN;
- Sensibilizar os gestores institucionais para a necessidade de tornar este espaço mais eficiente, através da economia de recursos e otimização de processos, de maneira a oferecer um serviço de maior qualidade;
- Organizar o material clínico na SE por áreas de atuação (A, B, C, D, E);
- Organizar kits de acesso rápido para procedimentos específicos;
- Gerir e adequar a dotação de material clínico e farmacológico de forma mais eficiente minimizando o desperdício.

A Metodologia LEAN serviu como elemento norteador de toda esta reestruturação. A sua denominação teve origem nas letras iniciais de cinco palavras de origem japonesa, cuja adaptação para a língua portuguesa adquire a designação de cinco sentidos, a que correspondem cinco etapas do programa que evolui e culmina no estabelecimento dos pré-requisitos previamente determinados e na sua manutenção (Pertence & Melleiro, 2010). Os 5 sentidos são especificamente o sentido de utilização, o sentido de arrumação, o sentido de limpeza, o sentido de saúde e higiene e o sentido de auto-disciplina. Assim, a aplicação do método 5S permite organizar a área de trabalho, otimizando o desempenho, o conforto, a segurança e a limpeza (Peterson & Smith, 1998).

Neste momento este projeto de reestruturação encontra-se em fase de avaliação pelo Departamento de Segurança e Qualidade dos Cuidados e CA (apêndice III).

A intervenção perante a catástrofe e situações de exceção

Segundo a Lei de Bases da Proteção Civil publicada no Diário da República n.º 126/ 2006, (2006):

Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional (p.4696).

O conceito de catástrofe deve ser conceptualizado como uma ocorrência imprevisível,

que surge de forma brutal e provoca uma destruição de tal forma severa que excede grandemente a capacidade de confronto e os recursos dos indivíduos e da comunidade afetada, provocando disrupções sociais, psicológicas e emocionais. Na abordagem da catástrofe devem ser minimizados os seus efeitos através da gestão, prevenção, e controlo de potenciais riscos. Pelo fato de não ser exequível recriar catástrofes em tempo real, é solicitado às instituições de saúde a criação de sistemas de preparação e de resposta perante estas situações de exceção, conhecidos como planos de emergência internos e externo.

Para Bandeira, (2008) o conceito de catástrofe “baseia-se em três componentes: afluxo intenso de vítimas, destruição de ordem material e desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer” (p.45). Assim, perante um evidente desequilíbrio entre meios disponíveis e necessidades de cuidados, surge a importância de um elemento, que lidere, coordene com destreza, serenidade, disciplina, resistência física e emocional as múltiplas entidades e os múltiplos profissionais envolvidos na resposta. Cabe ao EEEMC ser detentor de todas as competências acima descritas, no sentido de ser um elemento fundamental na resposta concertada à catástrofe.

Aliado aos planos de catástrofe, estão os planos de emergência internos e externo. Segundo a Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC), o plano de emergência interno, é da responsabilidade do operador do estabelecimento neste caso da unidade hospitalar e incide particularmente no controlo da situação na origem limitando as consequências, em especial para as pessoas presentes no estabelecimento, preparando as medidas, os recursos e os procedimentos de emergência necessários, face aos cenários de acidentes graves. O plano de emergência externo, da responsabilidade do município destina-se maioritariamente a mitigar e limitar os danos no exterior do estabelecimento, ou seja, ambiente externo ao hospital, organizando as várias entidades e agentes de proteção civil para a proteção da população.

Em relação ao Plano de Emergência e Catástrofe do SU do hospital onde decorreu o ENP, o seu principal objetivo é garantir uma atuação eficaz perante uma situação de risco potenciadora de um afluxo anormal, que obrigue à ativação do Plano de Emergência (PE).

Estão definidos 3 Níveis de resposta em situação de catástrofe:

- Nível 1 Resposta com os recursos humanos disponíveis em serviço no hospital por turno e nas 24 horas.

- Nível 2 Resposta com recursos disponíveis permanentemente no hospital e outros profissionais contactáveis em situações especiais.
- Nível 3 Resposta com os recursos totais do hospital e mobilizados através da Proteção Civil.

Os níveis de resposta articulam-se com os níveis de prioridade:

- 1ª Prioridade – Riscos de origem interna com consequências catastróficas no funcionamento normal do Hospital, e que em princípio determina ativação de imediato da emergência de nível 2 ou 3.
- 2ª Prioridade – Riscos externos com consequência no afluxo de vítimas que ocorram ao serviço de Urgência e que pelo seu número, grau de gravidade e afluência determinam a ativação de emergência de nível 1, 2 ou 3.

Perante a ativação do Plano de Catástrofe, é criado imediatamente um Gabinete de Crise. Esta é a estrutura de comando do PE e é composto pelo Coordenador do Plano e pelos adjuntos por si designados. Surge neste momento a importância do EEMC, todos os PE têm um Coordenador Clínico que deve ser um médico e um Coordenador de Recursos Humanos e de Logística que deve ser um enfermeiro. Assim, cabe ao enfermeiro especialista, responsável de turno, no SU, assumir toda a gestão de recursos humanos e logística durante uma ativação do PE. Emerge então a necessidade dos enfermeiros EEMC, manterem-se atualizados no que concerne ao funcionamento do PE, para que no momento da sua ativação possam dar uma resposta adequada, eficaz e eficiente às contingências e desafios de uma situação de multivítimas.

O Plano de Emergência e Catástrofe, do hospital encontra-se em fase de reestruturação e reformulação. No entanto, durante o estágio, foi ministrada por uma colega mestranda, uma formação institucional sobre a dinâmica do Plano de Emergência e Catástrofe e Sistema de Triagem de Doentes em Situação de Catástrofe (Triagem START).

2.4 DOMÍNIO DA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A Enfermagem, é uma profissão cuja área de intervenção integra uma evolução tecnológica e científica permanente num ambiente, imprevisível e cada vez mais competitivo. A formação incute no profissional o desenvolvimento de um conjunto de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais. Segundo Rua (2009), torna-se imperativo o investimento na aprendizagem ao longo da vida na perspetiva da procura de

respostas eficazes, de qualidade e adequadas às necessidades de saúde das populações.

Para Canário (1997), “a prestação de cuidados de saúde, por razões de natureza social, demográfica e política, constitui, nas sociedades modernas, um campo de práticas sociais, profissionais e formativas em plena expansão e diversificação” (p. 119).

À semelhança do que acontece nos restantes domínios da atividade social e profissional, no campo da saúde vivem-se transformações importantes decorrentes da revolução tecnológica da informação. No âmbito da componente formativa atualmente é valorizado, o que mais facilmente acompanha o desenvolvimento nos mais variados sectores de trabalho a um ritmo alucinante, assegurando o desenvolvimento e inovação, incidindo na formação constante dos indivíduos.

No caso específico da Enfermagem, a formação traduz-se numa grande mais-valia no quotidiano dos profissionais, uma vez que, proporciona o desenvolvimento de novos conhecimentos, competências e habilidades, assim como a atualização de conhecimentos pré-existentes.

Segundo o artigo 97.º do CDE, o domínio da formação é um dos pilares da profissão de Enfermagem, pois engloba não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional, perspetivando a melhoria da qualidade dos cuidados, mas também um dever para com a profissão, a fim de contribuir para a sua dignificação (Lei n.º 156/2015, 2015). O mesmo artigo, o ponto 1 alínea a) evidencia que o enfermeiro deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Lei n.º 156/2015, p.8078).

A formação em Enfermagem permite igualmente a sua evolução como ciência, revestindo-a de um maior reconhecimento social e científico por parte dos utentes. A OE (2021) “(...) considera a formação e o desenvolvimento profissional dos seus recursos humanos, dos seus membros efetivos e respetivos órgãos estatutários, um pilar fundamental e determinante para a melhoria contínua de qualidade do desempenho profissional e, conseqüentemente, dos serviços prestados” (p. 44). No Regulamento n.º 140/2019 (2019), está descrito que uma das funções do enfermeiro especialista é “responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (...)” (p. 8653).

Assim, a área da formação torna-se essencial na promoção e desenvolvimento de

competências inculcando no enfermeiro um sentimento de reflexão sobre as suas práticas capacitando-o para a gestão e resolução dos problemas da prática clínica quotidiana. A formação orienta o profissional para uma reflexão e pensamento crítico relativamente à sua tomada de decisão, fortalecendo a sua capacidade de gestão e análise de situações complexas perspetivando uma resposta assente nos domínios da competência e responsabilidade (Benner, 2005).

Sabemos, atualmente, que a formação individual se relaciona diretamente com critérios de priorização de uns profissionais em detrimento de outros. Assim, é neste momento de conflito e de saturação do mercado de trabalho, onde os enfermeiros, especialmente os mais jovens devem destacar-se pela inovação científica e conceptual, demonstrando aptidões não só no cuidar, mas também no pensar e no agir, ou seja, mostrar a sua relevância como profissional num serviço de saúde.

Segundo Costa e Costa (1997), a formação permanente focaliza-se num conjunto de aprendizagens que potencia ao indivíduo a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, e competências “que visam o desenvolvimento pessoal e profissional” contribuindo para a “melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços prestados” (p. 44).

Sendo a Formação Permanente a súpula de toda a componente formativa, salienta-se a distinção entre Formação Contínua e Formação em Serviço. A Formação Contínua enquadra-se nos objetivos da Formação Permanente pois permite alargar, aprofundar e adquirir novos conhecimentos através da participação em Congresso, Jornadas, Colóquios, entre outros. Para Fonseca (2015), a Formação Contínua deve fazer parte da aprendizagem ao longo da vida profissional do enfermeiro, numa perspetiva de desenvolver competências fundamentadas na reflexão crítica da sua prática, e que perante situações reais, a resposta às necessidades da pessoa, família e comunidade, possa ser sustentada recorrendo a componentes teóricas, técnicas, éticas e pessoais, na procura do melhor desempenho possível objetivando a melhoria dos cuidados prestados.

A Formação em Serviço, por se desenvolver em simultâneo com a prática profissional, realiza-se em contexto laboral. Apela à reflexão nos cuidados e práticas promovendo a tomada de consciência relativamente à necessidade de mudança visando, a satisfação das necessidades de formação das equipas de enfermagem. A Formação em Serviço é parcela da Formação Permanente, pressupõem os mesmos objetivos que a anterior (contínua),

mas desencadeia-se concomitantemente com a prática profissional refletindo-se na resolução de problemas dos serviços decorrente da prática diária (Fonseca, 2015).

Assim, a formação deve ser encarada de uma forma mais ampla do que é habitual, não apenas cingida a uma lógica de transmissão de um conjunto de conhecimentos. A formação pode e deve ser planeada de modo a favorecer o desenvolvimento profissional e o profissional que se quer desenvolver plenamente.

Citando Dias (2004):

(...) A formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a permanente actualização e adaptação que estas exigem). Todos estes saberes são cruciais para que haja da parte do formando um saber-transformar, ou seja, uma interação entre estes saberes e uma adaptação aos contextos de trabalho. (...) A interação destes saberes com a evolução social, a atualização de conhecimentos e a adaptação às novas exigências das situações de trabalho, podem levar ao desenvolvimento de competências (saber-transformar) (p. 59).

No caso do hospital onde se realizou o ENP, a Enf^a responsável pela formação em serviço, após a realização do diagnóstico das necessidades formativas do SU para o biénio 2021/2022, identificou dificuldades em três grandes áreas - indicações da Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI), manuseio do equipamento e interfaces, e acima de tudo, sobre as intervenções de enfermagem inerentes ao processo de iniciação, adaptação, vigilância e manutenção da VMNI; protocolos de abordagem e gestão de cuidados à PSC admitida no SU; e métodos de transmissão de informação clínica entre profissionais.

Assim, a identificação das necessidades formativas é um aspeto fundamental para o planeamento e estrutura desta. Apenas com um diagnóstico de necessidades formativas bem desenvolvido, com dados coerentes e bem fundamentados, é possível conceber planos de formação que vão de encontro às necessidades da instituição, do serviço e dos profissionais. Enquadrado nos pressupostos acima referidos, durante este percurso de ENP e após identificadas as necessidades de formação, foram realizadas três de formações cujo objetivo principal foi aumentar, melhorar e personalizar os cuidados prestados à PSC no SU.

Segue-se sucintamente o desenvolvimento das três formações realizadas aos enfermeiros do SU durante o ENP.

Planeamento e realização da formação em “Insuficiências Respiratórias e Ventilação Mecânica Não Invasiva”

Segundo, Ferreira et al., (2009) a VMNI refere-se à utilização de um suporte ventilatório sem recurso a métodos invasivos que envolvam a manipulação da via aérea (entubação endotraqueal e/ou traqueostomia). Sendo uma terapêutica amplamente difundida e em constante desenvolvimento, tem um papel cada vez mais preponderante, na abordagem à patologia respiratória aguda e crónica. De uma forma sucinta os objetivos da VMNI são a diminuição do trabalho respiratório, o repouso dos músculos respiratórios, a melhoria das trocas gasosas.

Do uso da VMNI, salientam-se algumas vantagens principalmente pela diminuição dos riscos associados, como por exemplo infeções nosocomiais decorrentes da EOT e lesões traqueais consequentes do trabalho dinâmico imposto pelo tubo endotraqueal. Não sendo necessária sedação, permite ao doente falar, manter tosse eficaz e alimentação oral. É uma terapêutica ventilatória fácil de instituir, podendo ser efetuada fora de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Consequentemente acarreta, por isso, uma diminuição do tempo de internamento hospitalar com diminuição das taxas de mortalidade e dos custos associados ao internamento (Ferreira et al., 2009).

Os SU sendo parte da complexa rede de prestação de cuidados de saúde, a sua principal função está centralizada na gestão e tratamento de doentes com patologia aguda, com recurso a especialidades médicas e cirúrgicas. A VMNI, é hoje uma terapêutica usada recorrentemente nos SU, e a sua aplicabilidade enquadra-se como tratamento *gold standard* em várias etiologias da insuficiência respiratória aguda (IRA).

A VMNI é hoje uma terapêutica extremamente eficaz e eficiente. A sua aplicabilidade em várias outras etiologias da IRA é alvo de constante estudo e evolução. Como por exemplo, a utilização em doentes pós extubação endotraqueal na prevenção da falência ventilatória, no trauma torácico com IRA e na asma agudizada com IRA.

Tendo em conta a prevalência da necessidade de introdução e utilização da VMNI nos SU, é de extrema importância que todos, incluindo enfermeiros, tenham formação e conhecimentos nesta área específica da ventilação, perspetivando a prestação de cuidados de excelência aos doentes e prevenindo complicações decorrentes desta terapêutica.

Especificamente no nosso local de estágio, por se tratar de um hospital periférico, não dotado de UCI (nível II e III), todo o doente crítico submetido a VMNI, permanece no SU sob os cuidados da equipa de enfermagem.

Assim sendo, propôs-se a criação de uma ou mais atividades formativas, orientada para a prática e cuidados de enfermagem dos doentes submetidos a VMNI. O principal objetivo desta formação na área da ventiloterapia, seria dotar os enfermeiros de capacidade técnico-científicas no manuseio deste suporte ventilatório.

No dia 7 de dezembro de 2022, foram realizados dois momentos formativos em contexto de serviço intitulado de “Insuficiências Respiratórias e Ventilação Mecânica Não Invasiva”. A participação da equipa foi de 100% (sumula dos dois momentos formativos). Para a avaliação desta sessão de formação assim como das demais formações realizadas ao longo do ENP, recorreremos a um questionário *GoogleForms*, enviado via e-mail à equipa de enfermagem, para percebermos o seu grau de satisfação com a formação (apêndice IV e V).

Planeamento e realização da formação na “Abordagem à Pessoa Em Situação Crítica no SU”

A prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica e a antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica de cuidados ao doente crítico em contexto de urgência e emergência exige do enfermeiro especialista uma formação estruturada, com o intuito do desenvolvimento de competências específicas, agindo em situação de emergência com a máxima rapidez, eficácia e eficiência.

Todos os enfermeiros, perante este contexto carecem de conhecimento científico prático e técnico, que associado à capacidade de liderança, lhe possibilite a tomada de decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda a equipa, diminuindo os riscos que ameaçam a vida da pessoa em situação crítica.

Apesar do estágio ser localizado num hospital classificado com SUB, a SE e a Unidade de OBS, integradas no SU, estão dotadas de meios avançados de monitorização, como por exemplo monitorização de Capnografia e monitorização de Pressões Invasivas. Frequentemente, temos doentes internados sob vasopressores em perfusão, monitorizados de forma invasiva na unidade de OBS.

Assim sendo, propôs-se a criação de uma atividade formativa, orientada para a abordagem à PSC pela equipa de enfermagem do SU. Os principais objetivos foram: promover

melhoria no conhecimento e identificação da PSC atuando de forma célere, sistematizada e organizada; perceber a organização dos recursos humanos na SE e respectivas funções de cada elemento através de modelos de atuação; sensibilizar os enfermeiros para a importância de uma abordagem sistematizada à PSC e família; rever os algoritmos de Suporte Básico de Vida (SBV) e SAV com base nas últimas *guidelines*; identificar ritmos peri-paragem e conhecer o tratamento; compreender a importância da abordagem à via aérea da PSC e dos cuidados de Enfermagem; aprofundar conhecimentos farmacológicos em situação de urgência/emergência; refletir acerca da tomada de decisão do enfermeiro em relação à documentação dos cuidados de enfermagem da PSC e família.

No dia 18 de janeiro de 2023, foram realizados dois momentos formativos em contexto de serviço intitulados de “Abordagem À Pessoa Em Situação Crítica”. A participação da equipa foi de 100% (sumula dos dois momentos formativos) e a avaliação desta sessão de formação também foi muito positiva (apêndice VI e VII).

Planeamento e realização da formação “ Utilização da metodologia ISBAR”

Em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmou que, a segurança do doente coaduna-se com a diminuição ao mínimo aceitável do risco de qualquer dano desnecessário relacionado com os cuidados de saúde. Assume-se assim a segurança do doente como um dos principais indicadores de qualidade de um serviço, centralizando-se na ausência do dano.

Neste sentido, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026) é suportado por cinco pilares (cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança; práticas seguras em ambientes seguros) com a definição de vários objetivos estratégicos. Assim, o objetivo primordial é a preservação e promoção da segurança no momento da prestação de cuidados de saúde, incluindo os contextos específicos dos sistemas de saúde modernos. É importante não descurar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a comunicação, a cultura de segurança, e a implementação de projetos de melhoria continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.

Pelo acima descrito, a comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde. Surge então a metodologia

ISBAR como elemento norteador para os momentos de transição de informação e continuidade de cuidados.

Desde a era primitiva até à atualidade, a comunicação de forma global tem vindo a transformar o mundo de forma constante. O desenvolvimento de técnicas de comunicação tem promovido novas formas de conviver e viver em sociedade, eliminando fronteiras e restrições que antes impediam a aproximação e a relação interpessoal entre os povos. No exercício da Enfermagem, a comunicação revela-se como sendo essencial e indispensável. Na Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) a comunicação é um comportamento interativo que permite a transmissão e a receção de informações, utilizando tanto comportamentos verbais como não verbais (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2016).

A DGS (2017), reconhece a centralidade da comunicação no desenvolvimento da Enfermagem, uma vez que grande parte das intervenções de enfermagem baseiam-se na comunicação efetiva com o doente. A comunicação deve ser apropriada, oportuna, explícita, completa e sem ambiguidade, sendo transmitida no momento adequado de forma a ser compreendida pelo destinatário.

O processo de transição de cuidados de saúde pode definir-se como a transferência de responsabilidade e respetiva informação clínica, de um profissional de saúde para outro, e envolve o desenvolvimento de um conjunto de ações que permitem garantir a estruturação, continuidade e segurança dos cuidados. No momento desta transferência pretende-se transmitir informações pertinentes e precisas sobre a situação do doente, procedimentos efetuados, terapêutica administrada, cuidados de saúde necessários, avaliação e evolução clínica, assim como a antecipação de riscos e planeamento de respostas às mudanças imprevistas nas condições clínicas dos doentes, numa perspetiva de minimizar os riscos associados aos cuidados (Johnson et al., 2015). A existência de informação irrelevante, repetitiva ou perdida, tem sido identificada como um dos principais fatores associados a uma comunicação ineficaz durante a o processo de transição de cuidados de saúde e pode comprometer os cuidados subsequentes.

Segundo *The Joint Commition* (2017), os erros são uma realidade e a má comunicação contribui bastante para a sua ocorrência. Em 2007, a OMS havia alertado que, uma comunicação ineficaz no momento da transição de responsabilidade entre profissionais origina eventos adversos clínicos. A comunicação eficaz durante a transferência de responsabilidade entre profissionais é, portanto, um fator crucial para a segurança do

doente.

A utilização de um sistema padronizado de passagem de informações, é recomendado pela *The Joint Commission*. A padronização do método de transmissão de informações reduz a perda de informações, minimiza erros e promove a continuidade dos cuidados traduzindo-se em melhores *outcomes* dos doentes.

Atentando à importância de uma comunicação eficaz na transição dos cuidados e na segurança do doente, a DGS emitiu em 2017, a Norma 001/2017: “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde”. Esta norma tem como objetivo principal a uniformização de boas práticas para uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde, durante a transição de cuidados de saúde dos doentes, garantindo uma comunicação precisa e oportuna de informações, de modo que, possíveis erros e lacunas sejam mitigados, diminuindo a mortalidade.

A metodologia ISBAR, derivada da metodologia SBAR, é a sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações). Esta metodologia surge na norma e tem por objetivo homogeneizar a comunicação na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados (DGS, 2017). É uma ferramenta de comunicação padronizada que permite a transmissão de informação pelos profissionais, reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.

Várias organizações e entidades ao nível internacional recomendam a metodologia ISBAR pois permite uma “fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados” (DGS, 2017, p.4).

Nogueira e Rodrigues (2015), afirmaram que a metodologia ISBAR fornece estrutura adequada para a comunicação entre os profissionais de saúde a respeito da situação e da condição clínica do doente, e permite que os profissionais antecipem os próximos passos, se necessário. Silva e Rodrigues (2016), acrescentam que a comunicação deve ser intencional, compreendida por todos os envolvidos e deve também respeitar os aspetos éticos.

De acordo com a norma supramencionada, ISBAR significa:

Identificação: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação; Situação atual: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; Antecedentes: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade; Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente” (DGS, 2017, p. 4).

Nesta formação específica e numa perspetiva de evitar a saturação dos profissionais que compõem a equipa de enfermagem relativamente ao número formações, optámos por uma nova metodologia de apresentação. Assim sendo, foi disponibilizado via e-mail um link online, onde via *streaming*, foi realizada esta formação. Este link mantém-se disponível e sempre que surjam dúvidas ou que seja considerado necessário, é possível recorrer à gravação desta formação. Além disso, foi disponibilizado também todo o suporte informático e bibliográfico inerente à formação. O *feedback* desta metodologia foi muito positivo uma vez que permitiu a todos os enfermeiros, inclusive aqueles que não se encontravam no hospital, assistir à formação (apêndice VIII, IX e X).

**CAPÍTULO II. PERCURSO INVESTIGATIVO: CONSTRUÇÃO DE UM
PROCEDIMENTO DE PREPARAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-
HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

O desenvolvimento e crescimento da Enfermagem enquanto profissão e disciplina exige um corpo de conhecimentos próprio, para que a sua intervenção seja suportada por conhecimentos científicos atuais (Nunes, 2019). Os conhecimentos baseados em evidência científica, atuais e avançados nas várias áreas específicas do cuidado, permitem aos enfermeiros cuidados de qualidade, com maiores garantias de resultado conduzindo a uma prática de excelência.

A OE (2006) reforça que a Enfermagem para evoluir como disciplina, necessita de uma progressiva e contínua produção de conhecimentos, os quais só podem ser garantidos pelo processo de investigação. Apenas o conhecimento obtido pela investigação em Enfermagem a levará a crescer como ciência baseada na evidência, na ótica de melhoria da qualidade dos cuidados.

Assim, o enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática baseada nas mais recentes evidências, suportada pela investigação, para que possa orientar a sua prática da forma adequada, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados, aprimorando os resultados em saúde (Regulamento n.º 429/2018, p. 19360).

A pesquisa investigativa deve ser entendida como um conjunto de processos empíricos e sistemáticos, que se realizam de forma dinâmica, mutável e evolutiva no tempo, com dois propósitos fundamentais que são a produção de conhecimentos e teorias, e a resolução de problemas existentes na prática (Sampieri et al., 2013).

Considerando estes princípios, é essencial sustentar a *práxis* e aliá-la na constante evolução que a investigação proporciona. Todas as decisões, todos os cuidados prestados a cada doente e família devem sustentar-se na mais atual evidência científica, pautando-se pela excelência, mantendo os mais altos padrões de qualidade.

O conhecimento científico permite, sem dúvida, ser crítico das próprias ações enquanto profissionais e pessoas. A procura do conhecimento, com o objetivo de prestar cuidados com qualidade e especializados aos doentes, deve ser uma inquietação permanente.

Neste sentido, os enfermeiros sentem, cada vez mais a necessidade de desenvolver e aprofundar o seu conhecimento científico e a sua utilização na prática diária do cuidar. Concomitantemente, é reconhecida a importância da investigação no desenvolvimento contínuo da profissão na tomada de decisões na prestação de melhores cuidados ao doente e fundamentalmente, para criar um corpo de conhecimentos próprio que permita alicerçar e consolidar a Enfermagem ao nível do saber e da ciência. A OE (2006), definiu quatro

eixos prioritários para a investigação em enfermagem: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação/liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências. Assim, torna-se imperioso investigar sobre algo que nos preocupa, numa tentativa de obter respostas, que permitam melhorar não só a prática diária, mas também melhorar toda a índole científica inerente à disciplina de Enfermagem.

Este capítulo contempla, todo o processo de investigação na resposta à problemática em estudo, com o objetivo final da construção de um “Procedimento de Preparação para o Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica”. Em primeiro lugar procuramos descrever detalhadamente o enquadramento teórico, onde se abordam os principais conceitos associados ao TIH, *guidelines* e principais EA, que permitiram a identificação e construção das intervenções no cuidado à PSC submetida ao TIH. Na segunda parte pretendemos dar a conhecer as opções metodológicas que estruturam o presente estudo, desde a definição de objetivos e desenho do estudo, ao tratamento e discussão dos resultados, finalizando com as principais conclusões da investigação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com as recentes mudanças na estrutura do Serviço Nacional de Saúde (SNS), principalmente na distribuição das diferentes valências hospitalares, da capacidade de diagnóstico e tratamento, surgiu a necessidade de transportar doentes entre diferentes unidades de saúde. Para o transporte de um doente crítico (TDC) é necessário considerar, o nível de risco e benefício, partindo da premissa que a transferência de um doente, implica um incremento no risco de mortalidade e morbidade (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

A necessidade de transportar Pessoas em Situação Crítica remonta aos primórdios da humanidade, com a evacuação e transporte de soldados feridos em combate, com recurso a viaturas de transporte desde o campo de batalha até ao local destinado para receberem os cuidados necessários. A evolução do TDC está fortemente ligada às crescentes necessidades militares nessa área. As guerras permitiram avanços significativos no desenvolvimento de técnicas e equipamentos para o transporte seguro de pessoas feridas em combate. Esses avanços posteriormente foram adaptados e aplicados no transporte da PSC fora do contexto militar.

Em 1992, a Sociedade Americana de Cuidados Intensivos elaborou o primeiro documento sobre normas de boas práticas para o TIH. Este documento, foi o resultado da preocupação crescente com a segurança do transporte de doentes críticos e da necessidade de padronizar as práticas do transporte entre diferentes hospitais e serviços de saúde. Desde então, outras organizações e entidades têm desenvolvido suas próprias diretrizes e normas no que concerne ao TIH da PSC. Em Portugal foi criado em 1997 pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) o primeiro documento relativo ao TIH e teve como objetivo alertar para a necessidade de uma abordagem cuidadosa e planeada nos transportes de doentes, visando minimizar riscos e aumentar a eficiência do processo. Desde então, tem havido um esforço contínuo para melhorar a qualidade e segurança do transporte de doentes, com a elaboração de normas e diretrizes por entidades reguladoras e organizações de saúde. Este documento foi revisto em 2005, atualizado em 2008 e mais recentemente em 2023 com o apoio da OE e Ordem dos Médicos (OM).

A SPCI (2008), define doente crítico como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.” (p, 9). Nas *guidelines* da Intensive Care Society (ICS) (2019), não existe uma definição universalmente aceite para o termo doença crítica. No entanto, assume-se o doente “criticamente doente” como alguém para o qual é exigido um nível de cuidado maior do que o normalmente fornecido numa enfermaria de hospital padrão, ou seja, níveis de cuidados II e III (Whiteley et al., 2011). Segundo a OE, (2011) PSC é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.2).

O TIH de doentes em estado crítico, está em constante crescimento, com a centralização de determinadas intervenções especializadas, a disponibilidade de certas terapêuticas, ou mesmo níveis de cuidados críticos (nível II e nível III). A necessidade do TIH tem vindo a aumentar, pelo facto de proporcionar ao doente as práticas adequadas à sua situação clínica (Lacerda et al., 2011). Sabemos que, por exemplo, nem todos os hospitais são dotados de equipas de intervenção cardíaca percutânea (ICP), administração de citostáticos, terapêuticas imunomoduladoras, ou mesmo Unidades de Cuidados Intensivos (nível II e III) (Droogh et al., 2012). Face ao exposto e fruto da reformulação da estrutura do SNS em 2014 o TIH de doentes críticos cresceu exponencialmente.

O Despacho nº 10319/2014, define o nível de responsabilidade dos SU, além dos seus

padrões estruturais, recursos humanos, formação contínua, indicadores e critérios de qualidade, assim como a definição dos processos de monitorização e avaliação. A rede de SU assenta em 3 níveis de classificação, cada nível com um maior grau de especificidade e de capacidade diferenciada. Em primeiro lugar os Serviços de Urgência Básica (SUB), em segundo os Serviços de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) e em terceiro os Serviços de Urgência Polivalente (SUP). Por norma a referenciação em rede segue uma ascensão vertical, sendo gerida de acordo com a disponibilidade de valências médicas e de meios complementares de diagnóstico em cada unidade hospitalar.

O TIH é justificado por várias necessidades, como por exemplo pelo aumento do nível de cuidados diferenciados com recurso a um internamento num serviço/ unidade especializada ou eventualmente pela necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, indisponíveis no local onde se encontra o doente (SPCI, 2008). A ICS e a Faculty of Intensive Care Medicine (2019), justifica o TIH da PSC quando o nível de cuidados prestados aos doentes necessita de otimização ou existe défice de recursos materiais e de diagnóstico.

Segundo a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, o profissional de enfermagem com melhor formação para incorporar equipas de TDC é o enfermeiro especialista em EMC, na área da PSC. A OE recomenda a valorização da formação dos enfermeiros em EMC, incutindo nas instituições de saúde dotações adequadas de profissionais qualificados para que os cuidados prestados beneficiem os doentes em especial na área do TDC (OE, 2017). A OE (2017), sublinha ainda que o nível de cuidados durante o TIH da PSC deverá ser igual ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o incrementar. Tal é corroborado também por Kulshrestha e Singh (2016), que definem como objetivo principal manter o nível de cuidados de saúde, monitorização e intervenção como se o doente estivesse num serviço hospitalar. Para Droogh (2015), por definição o doente crítico está propenso a alterações hemodinâmicas, mesmo antes de ser transportado. O objetivo primordial durante o TIH é manter o nível de cuidados “*ICU CARE*” prevenindo o agravamento clínico do doente e a diminuição de incidentes durante o transporte.

O TIH da PSC é definido como sendo um ambiente de cuidados complexos e rigorosos. A prestação específica destes cuidados presume uma intervenção eficaz, concisa e precisa, perspetivando a evicção de potenciais EA e promovendo a segurança do doente. A complexidade acima referida centra-se no facto de transportar uma PSC num ambiente

menos controlado, com variáveis externas à equipa de transporte e à própria, juntamente com todos os riscos inerentes ao estado clínico prévio da pessoa transportada (Graça et al., 2017).

Conceito de transporte inter-hospitalar

São várias as denominações encontradas na literatura que fazem referência ao TIH ou transporte secundário (TS). O termo primário/secundário refere-se à classificação dos transportes em função do local de origem. Existem dois tipos de transportes: o primário, que diz respeito ao transporte de vítimas de um local do incidente seja por patologia médica, cirúrgica ou traumatológica para uma unidade de saúde, e o secundário, aquele que ocorre entre duas unidades de saúde (Intensive Care Society [ICS], 2011).

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2012), definiu o transporte de doentes, como a deslocação ou condução de doentes de um local para outro, com recurso a veículos ou outros meios (cadeira de rodas ou maca). Desta forma estratificou o transporte de doente em três tipos:

- I. Transporte Primário ou Pré-Hospitalar, entre o local onde se dá o sinistro extra-hospitalar até à unidade de saúde apropriada.
- II. Transporte Secundário ou inter-hospitalar, entre unidades de saúde.
- III. Transporte Terciário ou intra-hospitalar, dentro da unidade de saúde.

O transporte secundário deve ser realizado preferencialmente por ambulância ou helicóptero, dependendo da gravidade do doente e da distância entre os hospitais envolvidos. Em casos mais graves e emergentes, pode ser necessário o transporte por helicóptero, especialmente em situações onde o tempo é crítico e pode fazer a diferença na sobrevivência do doente. No entanto, a decisão sobre o tipo de transporte a ser utilizado deve ser tomada pelo médico responsável pelo doente e pela equipa de transporte, tendo em conta a condição clínicas do doente e os recursos disponíveis. A realidade do SU onde decorreu o ENP o TIH é exclusivamente via terrestre.

Segurança da pessoa em situação crítica durante o transporte

Para a segurança dos cuidados da PSC, é essencial garantir a segurança do meio de transporte afeto ao transporte. Partindo do princípio de que a transferência de um doente é uma atividade complementar à prestação de cuidados de saúde, a mesma é pautada por legislação própria que define as características técnicas e equipamentos necessários na carga das ambulâncias, assim como as competências e formação exigidas aos

profissionais que realizam o transporte. A sua regulamentação surge na alínea n.º 2 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de Março, aprovada pela Portaria n.º 439/93, de 27 de abril, que determina a concessão de alvarás, esclarece os tipos, características e equipamento das ambulâncias, bem como os requisitos necessários dos seus tripulantes (Portaria n.º 260/2014, 2014).

É competência do INEM, a aplicação e fiscalização da legislação, numa perspetiva de uniformização das características gerais, técnicas e sanitárias, bem como dos equipamentos dos veículos que transportam doentes não urgente, urgentes e emergentes, de acordo com a legislação Europeia (Portaria n.º 260/2014, 2014). O INEM assume também a responsabilidade pelo desenvolvimento e supervisão das competências necessárias às equipas que operam veículos de transporte de doentes, garantindo a atualização dos cursos de formação específicos para o exercício desta atividade. Dessa forma, este assume-se como a entidade responsável pelo cumprimento da legislação do transporte de doentes, tanto por entidades públicas como privadas.

Segundo a portaria acima referida, que aprova o regulamento do transporte de doentes, define-se ambulância como, um veículo tripulado por, no mínimo, dois elementos habilitados para a prestação de cuidados e destinado ao transporte de, pelo menos, um doente em maca. As ambulâncias podem-se dividir em 4 tipos:

- A. Tipo A (1 e 2): ambulância de transporte de doentes - estruturada e equipada para transporte de doentes cuja situação clínica não prevê risco instalado, ou iminente, de falência de funções vitais.
- B. Tipo B: ambulância de emergência – estruturada e equipada para o transporte e prestação de cuidados de emergência médica/trauma a doentes urgentes e emergentes.
- C. Tipo C: ambulância de cuidados intensivos - estruturada e equipada para transporte não urgente com prestação de cuidados de SAV a doentes cuja sobrevivência, por disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas, depende de meios avançados de monitorização e terapêutica.
- D. As ambulâncias do Tipo B podem, desde que dotadas dos recursos humanos e meios técnicos necessários para o efeito, atuar como ambulâncias do Tipo C.

Assim, para garantir uma resposta adequada e integrada na prestação de cuidados de saúde com base na qualidade e segurança doente, o TIH da PSC deve ser integrado

idealmente no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). O SIEM garante uma série de ações coordenadas com intervenção ativa e dinâmica nos vários componentes do SNS, permitindo uma resposta rápida, adequada, eficiente e económica sustentável. Assim e ao abrigo do disposto no artigo 1.º, nas alíneas a) e b) do artigo 2.º, no artigo 7.º e no artigo 16.º do Decreto -Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro, na sua redação atual, e nos artigos 5.º e 6.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro incluído no Despacho 5058/2016, p.12164.

- O transporte integrado de doente crítico é assegurado no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), pelos meios já existentes nos estabelecimentos hospitalares ou com recurso aos meios de emergência médica do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.
- Para efeitos do disposto no n.º 1, e sempre que clinicamente necessário, o estabelecimento hospitalar deve disponibilizar uma equipa clínica (médico e, quando aplicável, também enfermeiro) da sua unidade para acompanhar os meios do INEM, I. P., no transporte do doente.

Relativamente à dinâmica das TIH no hospital onde decorreu o estágio, existe um protocolo estabelecido com as duas corporações de Bombeiros Voluntários da cidade, num sistema de rotatividade mensal, de forma a garantir a disponibilidade de ambulâncias Tipo C e respetivas equipas 24h/dia. O objetivo deste protocolo é garantir o transporte imediato da PSC quando necessário.

Decisão e efetivação do transporte inter-hospitalar

A decisão de transportar um doente crítico é da responsabilidade do médico assistente, devendo equacionar o risco/benefício deste procedimento (OM & SPCI, 2008; Veiga et al., 2019). A decisão do transporte deve ser baseada na avaliação clínica da pessoa, na capacidade da equipa de transporte e na existência de recursos tecnológicos para garantir uma monitorização contínua (Carneiro et al., 2017; Veiga et al., 2019). Opinião semelhante partilham Kulshrestha e Singh (2016), quando defendem que a decisão do transporte deverá ser baseada na avaliação da dicotomia risco/benefício, e o planeamento baseado na comunicação da equipa e no score de risco são fundamentais para equacionar o risco do transporte, para o doente e equipa do TIH (SPCI 2023) (anexo II).

Segundo a OM e SPCI (2023), o TIH da PSC engloba assim as seguintes etapas:

- I. Decisão – É um ato médico, que responsabiliza o médico responsável pelo transporte e o chefe de equipa/diretor de serviço. Devem ser avaliados os riscos associados ao respetivo procedimento do transporte para benefício do doente.
- II. Planeamento – deve ser realizado entre a equipa multidisciplinar que acompanha o doente (médico e enfermeiro), onde deverá ser considerada a coordenação, comunicação, estabilização do doente, equipamento necessário para o transporte e documentação. Deverá ser discutido o serviço de destino, o trajeto, a distância e tempo de transporte. Deverão ser prevenidas e previstas potenciais complicações/eventos adversos e definidos quais os objetivos fisiológicos durante o transporte.
- III. Efetivação – centra-se na equipa de transporte, cuja responsabilidade técnica e legal só termina no momento passagem do doente ao médico e enfermeiro do serviço destinatário ou no regresso ao serviço de origem.

Segundo o protocolo do transporte seguro (Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara - Hospital Regional do Norte, 2015) a fase de efetivação subdivide-se em três fases:

- I. Pré-transporte – Trata-se da fase de preparação que engloba toda a logística necessária relativamente ao transporte, assim como a passagem do doente para a maca da equipa de bombeiros, equipamento de transporte, além da transferência da responsabilidade da PSC à equipa de transporte.
- II. Transporte – corresponde ao transporte propriamente dito, ou seja, o início do transporte (marcha), até ao serviço/instituição de destino.
- III. Pós-transporte – corresponde à chegada à unidade hospitalar ou serviço de destino, onde é realizada a passagem do doente e de toda a documentação à equipa multidisciplinar que o recebe. Esta etapa só termina com o retorno em segurança da equipa de transporte e/ou doente ao hospital/serviço de origem, assim como a acomodação correta de todo o equipamento utilizado e a realização de registos.

Segundo o INEM (2012), durante o transporte decorre um período que poderá ser de grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas. Ainda segundo Graça et al. (2017), qualquer doente sujeito a um TIH tem risco de morbidade e mortalidade aumentados.

Eventos adversos no transporte inter-hospitalar

A redução de incidentes durante o TIH é considerada um desafio constante. Para Hu et al., (2021) é extremamente recomendado que protocolos e *checklists* de apoio ao TIH estejam implementados por escrito, como forma de procedimento institucional. Segundo Williams et al., (2020), a utilização de *checklists* e procedimentos diminui a ocorrência de EA em 25%, melhorando a eficácia do TIH e respetiva segurança da PSC. Thomassen et al., (2014), na sua revisão sistemática, analisou 29 artigos que sugerem a implementação de *checklists*, procedimentos ou protocolos associados aos cuidados de saúde, que são uma ferramenta importante na segurança da PSC. A implementação de protocolos de atuação pré-transporte, permitem melhorar a segurança dos mesmos, potencializando a comunicação da equipa multidisciplinar. Teles et al., (2018) reforça ainda que a criação de protocolos assistenciais, através de um procedimento ou *checklist*, melhora a prática dos cuidados de saúde, pelo aperfeiçoamento da comunicação entre elementos da equipa de transporte, reduzindo potenciais EA, erros técnicos e iatrogenias durante o TIH.

A implementação de protocolos melhora significativamente os procedimentos e intervenções na prestação de cuidados de saúde durante o transporte de PSC. As *checklists* devem ser consideradas como ferramentas de apoio que ajudam a reduzir erros causados pelo stress e/ou omissão de informações (Vasconcelos et al., 2018). Estas deverão ser usadas de forma a garantir a execução de todos os preparativos inerentes às três fases do TIH da PSC (ICS & Faculty of Intensive Care Medicine [FICM], 2019).

Numa perspetiva de incremento da segurança no transporte de PSC, torna-se fundamental a realização de uma avaliação rigorosa do doente, com o objetivo de o estabilizar antes do início do transporte (Australian and New Zealand College of Anaesthetists [ANZCA], 2015). A revisão antecipada dos sistemas de drenagem, fios de monitorização, fármacos e perfusões e o uso apropriado de equipamentos de transporte assim como o registo hemodinâmico são intervenções essenciais para garantir a segurança no TIH (Blakeman & Branson, 2013). Na preparação para o transporte devem ser assegurados e mantidos os tratamentos em curso, devendo ser prevenidos potenciais EA. Caso a equipa responsável pelo transporte perspetive a possibilidade da ocorrência de algum EA durante o transporte, deverá ser pensada na fase de planeamento uma resposta adequada e eficaz para que o problema possa ser resolvido, de modo a manter a estabilidade do doente ao longo das três fases do transporte (Comeau et al., 2015).

Segundo Droogh et al., (2015) é importante destacar que, mesmo com o uso de *scores* para avaliar instabilidade do doente, o próprio processo de transporte pode influenciar o *score*. Isso ocorre porque o TIH está associado a um risco de deterioração fisiológica e EA, que será proporcional à gravidade do doente antes do transporte e à inexperiência e conhecimento dos acompanhantes. A experiência e preparação da equipa responsável pelo transporte, é fundamental para garantir a segurança do doente durante todo o processo de transporte. Além disso, é importante que a equipa responsável pelo transporte esteja munida de material e equipamentos necessários e se sinta preparada, para realizar as intervenções necessárias caso ocorram alterações no estado clínico do doente durante o transporte.

Ainda segundo estes autores, os transportes realizados por equipas dedicadas e adequadas aos *scores* de risco, estarão mais capacitadas para a estabilização do doente antes do transporte e na antecipação ou resposta a complicações, resultando numa menor percentagem de EA. A estabilização da PSC deverá, pois, ocorrer na fase de planeamento e pré-transporte (ANZCA, 2015).

Os EA, quando surgem, acarretam inevitavelmente custos sociais e económicos, alguns irreversíveis, causados aos doentes e sua família (Reis et al, 2013), assim como o aumento da mortalidade, morbilidade, tempo de duração dos internamentos hospitalares (Gimenez et al., 2017) e os custos (Schwebel et al., 2013).

Os EA incorrem muitas vezes no agravamento do estado clínico do doente, originando complicações (OE & SPCI, 2008) e conseqüentemente uma quebra na segurança dos cuidados ao doente durante o TIH (Parmentier-Decrucq et al, 2013). Beckmann et al., (2004) referem que os EA oscilam desde o inconsequente até ao risco de vida (31%), sendo que a morte ocorre em 2%. De um modo global o TIH da PSC está associado a uma alta incidência de EA (Veiga et al., 2019).

Quadro 1 - Percentagem de eventos adversos de acordo com vários autores

Cidade/País	Percentagem de EA
Rio de Janeiro – Brasil (Morais & Almeida, 2013).	30-80%
São Paulo – Brasil (Veiga et al, 2019)	70%
Lille - França (Parmentier-Decrucq et al, 2013)	45,8%
Leiden Países Baixos (Brunsveld-Reinders et al, 2015)	79,8%
California – EUA (Ignatyeva et al, 2018)	30-60%
França (Ignatyeva et al, 2018)	45,8%
Austrália (Ignatyeva et al, 2018)	62%
Pennsylvania - EUA (Knight et al, 2015)	86%
Países Baixos (Van Lieshout et al, 2016)	16%
China (Jia et al, 2016)	79,8%

No quadro acima verificamos altas percentagens de EA transversais a todos os países. Urge então, globalmente, a necessidade de melhorar a segurança da PSC durante o TIH. Assim, uma boa planificação do TIH, reduz substancialmente a possibilidade de ocorrência de EA.

No estudo realizado por Veiga et al., (2019), verifica-se um maior risco de EA aos 36,5 minutos de transporte. Esta conclusão é também corroborada pela OM e SPC (2008), que associa uma maior prevalência de EA nos primeiros 5 minutos, e em situações onde o tempo de transporte é superior a 30 minutos. Para ANZCA (2015), quanto maior for o tempo de transporte maior é o risco de surgirem EA. Para os mesmos autores, a preparação final do doente deverá ocorrer antes do início do transporte com a antecipação de cuidados de saúde como por exemplo uma adequada sedação, controlo eficaz da dor, gestão adequada das quantidades de fármacos ou soluções endovenosas (EV) necessárias para o transporte e esvaziamento de drenos.

Durante o transporte a ocorrência de EA segundo Beckmann et al., (2004) e Gimenez et al., (2017) é normalmente relacionada com a condição clínica do doente, com

equipamentos e por fatores humanos. Faine et al., (2015) defendem que EA como a remoção acidental de dispositivos, interrupção na medicação e alterações no padrão hemodinâmico do doente são clinicamente significativos. Carneiro et al., (2017), no estudo que realizaram sobre o TDC, chegam à conclusão de que 30% dos EA foram por esgotamento da fonte de oxigénio e 20% por falha de energia dos equipamentos elétricos, tal e corroborado por Beckmann et al., (2004) onde concluíram que 39% dos EA se devem a falhas de equipamento. Para Brunsveld-Reinders et al., (2015) o equipamento deve ser testado e verificado pelo enfermeiro e os alarmes de todo o equipamento de transporte deverão ser confirmados e ajustados à situação clínica do doente que vai ser transportado.

Os principais EA associados as TIH da PSC são:

- Instabilidade hemodinâmica, aumento da pressão intracraniana, arritmias, taqui/bradipneia, aumento da pressão e/ou obstrução das vias aéreas, agitação, hemorragia, hipo/hipercápnia, paragem cardiorrespiratória (Morais & Almeida, 2013).
- Hipertensão Arterial grave, arritmias, obstrução das vias aéreas, ausência de comunicação da equipa de transporte (Morais & Almeida, 2013).
- Hipoxia (saturação periférica de oxigénio (SPO₂) < 95% ou decréscimo de 5% sob o valor basal), hipotensão (-10 mmHg sob o valor basal em suporte aminérgico), remoção acidental ou não permeabilidade de linhas (acessos vasculares, drenos torácicos, tubos orotraqueais), hemorragia e morte (Ignatyeva et al., 2018).
- Variação da frequência cardíaca em 15 bpm, da frequência respiratória em 5 cpm, da tensão arterial sistólica em média 15mmHg e diminuição da SPO₂ 5% do valor basal (Zuchelo & Chiavone, 2009).
- Exteriorização do tubo endotraqueal, de acessos venosos, aporte insuficiente de oxigénio durante o trajeto, avaria do ventilador de transporte, exteriorização ou clampagem inadvertida de dreno torácico e falta de bateria nos equipamentos (OM & SPCI, 2008)
- Remoção acidental sonda nasogástrica – 51,1%, tubo orotraquel – 31,8%, equipamento defeituoso (aporte de oxigénio insuficiente em 44,6% e avarias na monitorização em 44,6%), remoção acidental ou obstrução de acessos venosos

(62,7%), paragem cardiopulmonar (39%), aumento ou atraso no tempo de transporte (40,3%) e destino errado (13,7%) (Hu et al, 2021).

- Hipertensão intracraniana em 66,7% (neurocrítico), (Chaikittisilpa et al, 2017)
- Hipoxemia e a instabilidade hemodinâmica (Parmentier-Decrucq et al., 2013; Brunsveld-Reinders et al., 2015).
- Falhas na comunicação multidisciplinar, bateria dos equipamentos, deficiente imobilização de dispositivos (Alamanou et al., 2013).
- Chão/asfalto irregular, trânsito, elevador obsoleto, distância entre serviços/instituições (Silva et al., 2017).

Veiga et al., (2019), no seu estudo apontou, de uma forma resumida, que os EA clínicos centram-se na instabilidade hemodinâmica (TAS <90 mmHg), instabilidade respiratória (decréscimo agudo de SpO₂ < 90% e FR > 24 cpm), agitação psicomotora, crise convulsiva e alteração do estado de consciência. Como intercorrências não clínicas salienta falhas na comunicação, principalmente na continuidade dos cuidados entre as diferentes equipas multidisciplinares e problemas nos equipamentos do transporte, como por exemplo falhas de bateria e manutenção do fluxo de oxigénio (O₂).

A comunicação prévia do TIH da PSC é importante e essencial para que o serviço ou instituição de destino possa adequar os meios à receção do doente de forma eficaz e competente (Rosenberg et al, 2018). Na mesma linha de pensamento, é fundamental que haja uma comunicação clara e concisa entre os serviços e equipas multidisciplinares envolvidas no transporte e na receção do doente, garantindo que todo o processo é o mais eficiente possível, com a devida preparação e planeamento de todos os recursos necessários para a prestação de cuidados adequados à situação Canellas et al., (2020). Nesta perspetiva, Horwitz et al., (2009), referem que a comunicação e partilha de informações entre equipas falha muitas vezes durante o transporte, principalmente no que concerne aos cuidados com o doente, procedimentos efetuados e atribuição de responsabilidades.

Em suma, segundo Brunsveld-Reinders et al. (2015) e Canellas et al. (2020), os EA ocorrem 38% na fase pré-transporte, 47% na fase de transporte, 15% na fase pós-transporte. A alta prevalência de EA em doentes críticos no momento do transporte torna fundamental a aplicação e implementação de protocolos e normas institucionais de forma a estruturar e padronizar os cuidados, prevenindo e diminuindo os erros promovendo uma

cultura de segurança no que concerne ao TIH da PSC (Knight et al, 2015; Canellas et al, 2020).

A avaliação eficaz e competente do doente a transportar, reduz a possibilidade de ocorrências de incidentes durante o TDC (Brunsveld-Reinders et al, 2015). Segundo o INEM (2012), a avaliação e reavaliação da PSC deverá seguir algoritmos de atuação, nomeadamente o ABCDE:

A – *Airway* (via aérea);

B – *Breathing* (ventilação);

C – *Circulation* (circulação com controlo de hemorragia);

D – *Disability* (défices neurológicos ou status neurológico);

E – *Exposure* (exposição com controlo da temperatura);

De acordo com Choi et al., (2011), a maioria dos EA são detetados no serviço de destino, e não durante o transporte. Por esse motivo, o planeamento, organização e formação das equipas de transporte são cruciais para uma atuação rápida e preventiva, na ocorrência de complicações e imprevistos. Assim,

O transporte do doente crítico é um dos momentos mais delicados dos cuidados de enfermagem, suscetível de despoletar diversas vivências, por exigir do enfermeiro, no exercício da responsabilidade profissional, elevados níveis de conhecimento e confiança, promotores das escolhas mais adequadas à qualidade e eficiência dos cuidados prestados (Ferreira et al, 2019, p.37).

2. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Os Enfermeiros, no seu quotidiano e principalmente no SU, são frequentemente requisitados para a realização de TIH de doentes em estado crítico tornando a presença da equipa de enfermagem no seio da equipa multidisciplinar fundamental não só para a administração de cuidados, como também, para garantir a diminuição da probabilidade de EA (Pires et al., 2015).

A OM e a SPCI (2008), defendem que a formação direcionada especificamente para a abordagem da PSC é fundamental para garantir a segurança dos cuidados prestados durante o TIH.

Lin et al., (2020) referem no seu estudo que o TIH é um processo estruturado, realizado por uma equipa bem preparada e com comunicação adequada, desempenhando assim um papel vital na melhoria da segurança do doente durante o transporte.

O enfermeiro responsável pelo TIH da PSC desempenha uma função crucial na garantia da segurança e estabilidade do doente durante todo o processo. Logo que é decidido o transporte, o enfermeiro responsável deve aconselhar a equipa, planear e executar o transporte, sistematizando um plano de cuidados personalizado para o doente a ser transferido. Além disso, é responsabilidade do enfermeiro assegurar a continuidade dos cuidados, monitorizando e controlando possíveis complicações que possam colocar em risco a vida do doente, prevenindo assim o agravamento do seu estado de saúde até que ele chegue ao seu destino final.

Assim, o enfermeiro membro integrante da equipa de transporte, deve coordenar o processo de transporte em todas as fases (Williams et al, 2020). Desde a decisão da sua realização ao planeamento e efetivação do mesmo. Deve também atuar como um conselheiro no seio da equipa multidisciplinar, delineando estratégias numa perspetiva de antecipação de possíveis complicações clínicas e não clínicas que possam emergir durante o transporte. O enfermeiro no desenvolvimento da sua prática desempenha dois tipos de intervenções de enfermagem: as autónomas e as interdependentes. Em ambos os tipos de intervenções de enfermagem, estes têm autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os conhecimentos técnico-científicos que detêm.

Para a OE (2017), o profissional com melhor formação para integrar equipas de

transportes de doentes críticos é preferencialmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica, numa perspetiva de antecipação de potenciais instabilidades e complicações clínicas, providenciando a terapêutica necessária, equipamento adequado e intervenções pertinentes, de modo a assegurar a segurança do período peri-transporte. Tal é corroborado também pela SPCI e OM (2023), os quais recomendam que o acompanhamento do doente que apresente instabilidade fisiológica e que possa necessitar de intervenção emergente ou urgente deve ser realizado por um médico e enfermeiro (preferencialmente EEMC na área da PSC) ambos com experiência em SAV e com treino em transporte de doentes críticos.

Baseado no seu conhecimento, competências e experiência, é incutido no enfermeiro a realização de várias intervenções nomeadamente a da gestão diferenciada da dor e do bem-estar do doente crítico, para além de promover a garantia da segurança através da monitorização hemodinâmica, antecipando a instabilidade e a administração de protocolos terapêuticos complexos. A redução efetiva da incidência de EA graves durante o TIH da PSC é conseguida pelo acompanhamento realizado por profissionais de enfermagem diferenciados e com formação avançada (Kue et al, 2011).

Para Ringdal et al. (2016), todos os enfermeiros envolvidos nas equipas de TIH devem ter formação prática e específica na abordagem à PSC. São estas competências que vão incrementar e melhorar a confiança dos enfermeiros durante o transporte. Gonçalves (2017), numa revisão sistemática da literatura, defende a compilação de um conjunto de 13 competências integradas em nove domínios: formação e experiência; planeamento e organização; promoção da segurança; prestação de cuidados; trabalho de equipa e cooperação; comunicação; gestão de eventos críticos; melhoria contínua da qualidade e compromisso ético. De acordo com a autora, os enfermeiros peritos em TIH de PSC devem possuir estas 13 competências e concluem que o conhecimento, confiança e satisfação do enfermeiro resulta em transportes positivos, com um decréscimo considerável do risco de EA.

Além das competências técnico-científicas exigidas ao enfermeiro que realiza o TIH, urge a necessidade de incluir no seu planeamento, um dos grandes pilares dos cuidados e um domínio de competências do enfermeiro EEMC, o cuidado à família da PSC. A presença da família no momento da decisão do TIH, pode reduzir a ansiedade e aumentar a satisfação tanto do doente como da própria família, melhorando a qualidade dos cuidados prestados. A família é essencial, inclusive no consentimento do próprio transporte. Além

disso, parte muitas vezes da família o conhecimento da vontade do doente em relação aos valores pessoais, culturais e/ou religiosos, tornando-se fundamental o respeito por todas estas dimensões durante o processo de cuidar.

Estas orientações traçaram novos caminhos para os enfermeiros, no desenvolvimento de novos papéis como o estabelecimento uma comunicação interpessoal e uma relação terapêutica com o doente e a sua família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

A formação e treino específico, direcionados para os desafios colocados no TIH são uma oportunidade de crescimento profissional, além de se revelarem necessários para garantir a segurança do doente crítico transportado, evitando ainda a exposição da equipa a riscos durante o transporte.

Em suma o papel do enfermeiro no TIH da PSC vai para além da realização de intervenções de enfermagem. A sua maior contribuição prende-se com a gestão de todo o processo clínico, aplicando os seus conhecimentos técnicos, mas também competências pessoais (*soft-skills*), que são de extrema importância para garantir o cuidado e bem-estar do doente.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Para Fortin (1999) a investigação permite a aquisição de conhecimentos de uma forma sistemática e ordenada, indo ao encontro de respostas para as quais se colocaram questões e que necessitam ser investigadas, permitindo “descrever, explicar e predizer factos, acontecimentos ou fenómenos”, estando “estritamente ligada à teoria (...)” (p.15).

Ainda segundo o mesmo autor (1999), de todos os métodos de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, a investigação científica é o método mais exigente, rigoroso e fidedigno, uma vez que se baseia num processo racional estruturado por etapas bem definidas, que leva posteriormente à aquisição de novos conhecimentos. O investigador define a sua conduta, de forma a adquirir respostas às questões de investigação ou às hipóteses formuladas.

Para que tal seja possível, a estrutura de uma investigação deve desencadear-se em etapas distintas, sistematizadas, através da utilização de metodologias adequadas, pois só deste modo a credibilidade e fiabilidade dos resultados é mantida e assegurada.

Assim, neste ponto descrevemos a problemática, os objetivos e desenho de estudo, a constituição do grupo de peritos, o procedimento de recolha e tratamento de dados, e as considerações éticas inerentes ao estudo de investigação.

3.1 A PROBLEMÁTICA, QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

Fortin (1999) realça que o ponto de partida de qualquer processo de investigação começa “num mal-estar, numa irritação, numa inquietação”, sendo por isso necessária uma “melhor compreensão do fenómeno” (p.48). Considerando a dinâmica diária de um SUB, principalmente no que concerne à inexistência de ambientes e especialidades médicas para continuidade de cuidados à PSC, um dos fenómenos que nos preocupou e aliciou na procura de uma resposta foi, a inexistência de protocolos institucionais alusivos às etapas do TIH da PSC. O volume de doentes transferidos para outras unidades de saúde atinge neste SUB valores consideráveis com uma média de 350/ano. Pela inexistência de documentos ou procedimentos relativos ao transporte de doentes críticos, esta temática tornou-se um objeto de estudo bastante desafiante e interessante.

A principal indicação para transferência de um doente crítico entre hospitais é a

inexistência de recursos (humanos e técnicos), no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado. Não é de excluir a possibilidade de transporte secundário para a realização de exames complementares.

Deste modo, consideramos que o desenvolvimento de um Procedimento com um conjunto de pressupostos na preparação para o TIH da PSC, poderá servir como um guia orientador para a prática clínica e constituir fundamento ao aperfeiçoamento de cuidados mais individualizados, seguros e de qualidade.

Para atingir este domínio de competência, realizamos um estudo que permitisse definir quais as intervenções e princípios a ter em conta, numa perspetiva de segurança do doente e profissionais, no momento da preparação do TIH, com objetivo final da construção e validação de um Procedimento. Assim, no capítulo subsequente iremos, de uma forma detalhada e metodológica, dar resposta ao objetivo do estudo.

O enquadramento teórico apresentado previamente, permitiu sistematizar a informação científica atualmente existente, contextualizar a complexidade e especificidade do TIH. Tendo em consideração que o TIH é um aspeto incontornável do cuidado ao doente crítico, os procedimentos são importantes ferramentas no auxílio dos profissionais de saúde para aumentar a segurança desses momentos de forma prática, eficaz e eficiente.

A evidência científica demonstra que a falta de prevenção dos EA que decorrem do TIH tem uma expressão muito significativa, em termos de aumento da mortalidade e morbilidade. Farnoosh et al., 2017 revelam que 33,3 % dos doentes foram afetados por EA no transporte, no entanto, após a implementação de protocolos para o TIH a ocorrência de EA reduziu para 10,8%. A adequação de uma cultura preventiva traduz-se em internamentos mais curtos, maior conforto para o doente e diminuição do impacto económico nos serviços de saúde.

Nos cuidados à PSC com necessidade de TIH, o enfermeiro deve estar desperto para perceber e prevenir as alterações no estado de saúde e intervir de forma atempada e eficiente. Para tal, deve ser capaz de se socorrer de um raciocínio clínico e crítico assente em conhecimentos ancorados em evidência científica, com vista a uma prestação de cuidados de enfermagem seguros, especializados e eficientes.

Para Moraes (2013) os problemas ou questões de investigação devem “ser apresentados com clareza, bem delimitados e adequadamente enquadrados, de modo que o investigador os consiga resolver no tempo definido no cronograma do projeto de investigação.” (p. 3).

Para Quivy e Campenhoudt (1995) as questões de investigação devem ser realistas, concisas, com uma linguagem clara, simples e de fácil interpretação.

Assim sendo, decidimos orientar toda a vertente da investigação na prevenção e segurança do TIH da PSC antecipando, sempre que possível, a possibilidade da ocorrência de EA no decurso da transferência da PSC, através da validação de um conjunto de intervenções a ter em conta antes do início da transferência, perspetivando um transporte seguro, não só para o doente como também para a equipa diferenciada que o acompanha.

Desta forma surgiu, a seguinte questão de investigação: *Quais os princípios a ter em conta na preparação para a realização do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica?*

No que concerne ao objetivo do estudo, este assinala o porquê da investigação. “É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Especifica as variáveis-chave, a população alvo e o contexto de estudo” (Fortin, 2009, p. 100).

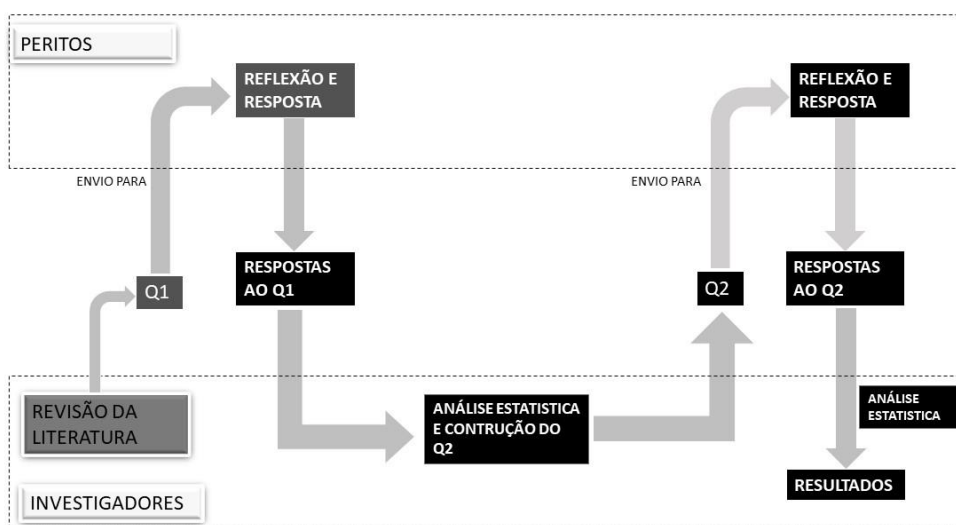
Tendo em consideração o objeto deste estudo e a sua natureza, definiram-se como objetivos principais deste trabalho de investigação:

- Identificar os princípios a ter em conta na preparação do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica.
- Contruir uma proposta de Procedimento para a Preparação do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Segundo Fortin (2009), “(...) o desenho de investigação tem por objetivo fornecer uma estrutura operacional que permita obter respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses formuladas”(p. 219). Como os problemas de investigação assumem diversas formas, correspondendo a diferentes níveis de investigação, existem também diferentes métodos de conduzir o estudo de modo a dar resposta às questões formuladas. Tal como refere a mesma autora (1999), a cada tipo de estudo adequa-se um desenho que especifica as atividades e permita dar respostas fiáveis à questão de investigação. Um desenho de investigação adequado possibilita também reduzir ou mesmo eliminar fontes de erro que possam alterar ou pôr em risco a validade dos resultados obtidos, pelo que a sua definição se torna para o investigador numa etapa fundamental para o decorrer do estudo.

Figura 1 - Esquema do desenho de estudo



Os estudos exploratórios são uma forma de pesquisa que visa compreender um fenómeno ou problema de uma maneira mais aprofundada. São geralmente realizados quando há pouco conhecimento prévio sobre a temática em questão. Podem ser realizados usando uma variedade de métodos, incluindo pesquisas qualitativas (como entrevistas, grupos focais ou observação participante) ou quantitativas (como questionários ou análise de dados). Quanto aos estudos descritivos, são uma forma de pesquisa que visa descrever as características inerentes a um grupo de pessoas ou de qualquer outro fenómeno em estudo. Podem ser realizados usando vários métodos, incluindo pesquisas qualitativas (como entrevistas, *focus group* ou observação participante) ou quantitativas (como questionários ou análise de dados) (Fortin, 1999).

Considerando que a temática em estudo é ainda pouco investigada principalmente a nível nacional, e de forma a atingir os objetivos propostos, a técnica de *Delphi* revelou-se a metodologia de investigação mais adequada. Para Scarparo et al., (2012) este é o método destinado à exposição, reflexão e desenvolvimento de opiniões de um grupo de pessoas *experts* ou indivíduos especialmente instruídos, com o objetivo de alcançar uma opinião consensual através de uma série de questionários. Os autores reforçam que a utilização desta técnica está indicada em situações que existe falta de informação acerca do problema em estudo.

Para Wilkes (2015), a sua utilização em investigação em Enfermagem beneficia a

discussão de aspetos relevantes para o futuro da mesma, através da construção do consenso de opiniões de enfermeiros peritos numa determinada área sobre os temas estudados. O mesmo autor acrescenta ainda que é uma técnica amplamente utilizada, no desenvolvimento de normativas e procedimentos da prática clínica de Enfermagem.

Fortin (1999), refere-se à técnica de *Delphi* como um método de colheita de dados que permite estabelecer um consenso num grupo de peritos, sobre um determinado assunto, através do envio e retorno de uma série de questionários, permitindo contruir e verificar a fiabilidade e a validade de um novo instrumento ou de instrumentos traduzidos de uma outra língua.

Para Wright e Giovinazzo (2000), esta técnica assenta no “uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade de um painel de especialistas, pressupondo-se que o julgamento coletivo, quando organizado adequadamente, é melhor do que opinião de um só indivíduo.” (p. 54).

Segundo Skulmoski et al., (2007) o método de *Delphi* é estruturado através de quatro características:

- Anonimato: Permite que os participantes expressem livremente suas opiniões sem interações indevidas de outros membros do grupo. Uma vez que poderá, inadvertidamente, influenciar o decurso do estudo. Assim, devem ser evitadas reuniões entre o grupo de peritos, e idealmente deve ser solicitado anonimato nas respostas.
- Interatividade: Permite que os participantes aperfeiçoem os seus pontos de vista à luz do progresso do grupo a cada ronda.
- Feedback controlado: O investigador informa os peritos sobre as perspetivas e orientações dos restantes elementos do painel. O feedback torna-se controlado uma vez que, os peritos não terão acesso às respostas dos restantes elementos evitando o enviesamento da condução do estudo.
- Tratamento estatístico das respostas do painel: permite uma análise quantitativa e/ou qualitativa a partir da interpretação dos dados. Permitindo em última instância um consenso entre peritos.

Na aplicação da técnica de *Delphi*, a definição e seleção do grupo de peritos é de extrema importância, sendo variável de acordo com o estudo em curso e os critérios de inclusão definidos pelo investigador.

Para Valdés e Marín (2013), os peritos que compõem o painel devem apresentar um nível de qualificação profissional e experiência na área em estudo, que lhes permita contribuir com conhecimentos relevantes e pertinentes, e estejam dispostos a rever os seus pressupostos iniciais, prespetivando o consenso.

Para Keeney et al., (2011) o painel de *Delphi* é formado por um número não definido de elementos especialistas, sendo estes escolhidos em função do seu conhecimento, perícia, prática e investigação desenvolvida numa determinada área. Segundo Skulmoski et al.,(2007) o painel de peritos deverá deter o seguinte conjunto de 4 particularidades específicas: conhecimento e experiência nesta área de investigação; capacidade, empenho e vontade de participar; disponibilidade para participar no painel *Delphi*; capacidade de expressão e comunicação eficaz.

Na escolha do painel de peritos é fundamental que haja um “equilíbrio entre a imparcialidade e interesse no assunto, e que seja variado em termos de experiência, áreas de especialidade e perspetivas em relação ao problema” (Marques & Freitas, 2018 p.395).

A escolha dos enfermeiros peritos para o painel de *Delphi* foi obtida de forma não aleatória e intencional pois o investigador decide quem irá compor a amostra mediante um conjunto de critérios pré-definidos Scarparo et al., (2012).

Tendo em conta o já exposto previamente, o grupo de enfermeiros peritos deverá restringir-se a peritos na área do cuidado à PSC submetida a um TIH. Sabemos que este procedimento específico do cuidado ao doente crítico, está frequentemente associada aos SU pelas questões já previamente abordadas. Assim, quanto aos participantes para o painel de peritos do presente estudo foram definidos como critérios de inclusão: prestar cuidados à PSC submetida a TIH há pelo menos 5 anos (alguns autores, consideram como requisito apresentar pelo menos 5 anos de experiência (Urrutia Egaña et al., 2015)); exercer funções num SU; ser enfermeiro detentor do Título de Enfermeiro Especialista em EMC; realizar regularmente Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica.

Em relação à composição do painel, não existe um número pré-definido para proporcionar a representatividade, sendo que o sucesso da aplicação da técnica está relacionado com a qualificação dos participantes Scarparo et al., (2012). Para Skulmoski et al., (2007) um painel de *Delphi* deverá ser composto por um número de peritos suficiente de forma a obter resultados satisfatórios, não especificando nenhum número mínimo.

No entanto, para Marques e Freitas (2018) o número mínimo de peritos não deverá ser inferior a 10 uma vez que, existe a possibilidade de prejuízo para os resultados obtidos no que concerne ao consenso das questões e ao valor científico das informações obtidas.

Para a constituição dos peritos, contamos com a colaboração de alguns enfermeiros especialistas e peritos (do nosso conhecimento pessoal) que, por sua vez, indicaram outros enfermeiros, tendo em conta os critérios de seleção. Esta metodologia conhecida por “bola de neve”, permite aos enfermeiros com os quais trabalhamos diretamente indicar outros participantes que considerem de referência na área em estudo e que cumpram os critérios de inclusão (Scarparo et al., 2012).

Assim, embora a representatividade estatística quanto ao número de participantes de um estudo *Delphi* não seja fator predominante para sua conceptualização, após a definição dos critérios de inclusão e escolha dos peritos que vão compor o painel de participantes, o investigador deve estar especialmente atento ao nível de abstenção descrito na literatura. Há descrições de autores que demonstram, índice de abstenção de 30 a 50% na primeira ronda e de 20 a 30% na segunda ronda de um estudo com técnica *Delphi* Scarparo et al. (2012).

Face ao exposto, selecionamos 10 enfermeiros pertencentes ao SU de cinco hospitais públicos da região Norte e que cumpriam aos critérios de inclusão previamente definidos.

3.3 PROCEDIMENTO DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

O método *Delphi* é uma técnica de investigação estruturada onde o consenso é alcançado através de rondas sucessivas de questionários com um painel de especialistas (Wei et al., 2022).

Nos estudos *Delphi*, os questionários podem conter diferentes tipos de perguntas, como perguntas estruturadas, perguntas abertas e até mesmo perguntas com escalas de valor (Scarparo et al., 2012). Por exemplo, a escala de Likert de cinco pontos é uma das escalas mais usada para medir a importância de uma determinada temática (Marques & Freitas, 2018).

Não há diretrizes específicas quanto à construção de questionários em estudos *Delphi*, mas é importante incluir informações sobre as características dos participantes, como idade, sexo e anos de experiência. Marques e Freitas (2018) destacam a importância de

fornecer um espaço para que os membros do painel de especialistas possam comentar, sugerir mudanças ou argumentar suas respostas.

Para a conceptualização do questionário, foi necessário recorrer a um conjunto de autores para perceber o estado da arte. Ou seja, partimos de uma revisão da literatura, para obter as recomendações do transporte do doente crítico mais recentes e devidamente fundamentadas na evidência científica, com o intuito de sistematizar o conhecimento existente sobre o tema em estudo.

Por conseguinte, foi necessário realizar uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas *PubMED*, *Medline*, *SciELO electronic librar*, *B-On*, utilizando alguns discriminadores de pesquisa como “*Patient Transfer*”, “*Patient Safety*”, “Transferência de Pacientes”, “*Critical Illness*”. Foram selecionados os estudos que satisfizeram os objetivos de pesquisa, em conjunto com livros e recomendações internacionais (*guidelines*) foi possível proceder à elaboração da versão inicial do questionário.

O questionário, como instrumento de colheita de dados, foi dividido em duas partes. A primeira com questões relevantes para a caracterização sociodemográfica e profissional do painel de peritos, a segunda subdividida em cinco dimensões com um conjunto de 69 intervenções a ter em conta na preparação do THI da PSC: Dados biográficos e processo clínico do doente; Metodologia ABCDE-F; Monitorização e segurança do doente (prévia ao início do transporte); Gestão de equipamentos; Acomodação correta do doente, equipamentos e segurança da equipa de transporte na ambulância de transporte.

Para avaliar a concordância do painel de especialistas, associamos a cada afirmação/intervenção uma escala Likert com 5 opções de resposta: 1- discordo totalmente, 2- discordo, 3- nem concordo nem discordo, 4- concordo, 5- concordo totalmente. No final de cada dimensão foi salvaguardado um espaço, para que os peritos possam efetuar comentários, observações, incluindo sugestões relativamente ao conteúdo, inclusão de novas intervenções e justificação das respostas.

Numa perspetiva de identificação de pontos fracos, incoerências e clareza dos itens, os dois questionários, foram submetidos a um pré-teste com dois enfermeiros peritos no THI da PSC, não incluídos no estudo, para validação do instrumento. Como refere Scarparo et al., (2012) após a elaboração do questionário deve ser realizado um pré-teste com indivíduos que não farão parte do estudo com o intuito de testar o instrumento em contexto de situação real.

A aplicação do questionário foi via online através da plataforma *GoogleForms* com envio posterior de um link de acesso ao mesmo. Segundo Scarparo et al., (2012), os questionários online são instrumentos simplificadores no que concerne à realização da colheita de dados, pois apresentam uma boa aceitação junto dos participantes e possibilitam a recolha imediata e automática das respostas. Além de facilitar a inclusão de peritos fisicamente distantes o que contribui não só, para uma redução substancial do tempo dedicado à colheita de dados, mas também na diminuição do impacto económico do estudo no investigador e participantes (Valdés & Marin, 2013).

No link de resposta ao questionário está anexado um consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação, no qual está explícito os objetivos do estudo assegurando que a participação é voluntária e sem qualquer quebra de confidencialidade das respostas. De forma a assegurar o anonimato dos participantes do painel foram atribuídos códigos alfanuméricos ao longo das diferentes rondas de consenso salvaguardando qualquer possibilidade de identificação e quebra de anonimato.

Não há consenso relativamente ao número de rondas a realizar. Para Scarparo et al., (2012) o número mínimo de rondas deverá ser de duas, no entanto, podem ser realizadas rondas adicionais até atingir o consenso estipulado, ou até que o nível de discordância atinja a saturação. Para os autores Wright e Giovinazzo (2000) é recomendado que os estudos com técnica *Delphi* com recurso a questionários online devam ter apenas duas rondas, uma vez que, podem tornar-se desinteressantes para os participantes sendo possível, em geral, alcançar ou não o consenso da maioria das questões discutidas com apenas duas rondas.

A literatura, estabelece um espaço temporal de duas semanas para entrega dos questionários, pois este intervalo temporal é geralmente suficiente para cada ronda (Scarparo et al., 2012). O questionário da ronda um ficou disponível para resposta entre 3 e 20 de fevereiro. A segunda ronda decorreu entre 15 e 31 de março com o envio de um novo link de acesso ao questionário reformulado e ao documento com os resultados estatísticos da primeira ronda. Alguns autores sugerem que cada perito deve receber, como anexo ao novo questionário, os resultados estatísticos decorrentes da ronda anterior, no sentido de poder rever as respostas e a análise estatística dos resultados (Valdés & Marin, 2013).

A construção do questionário da segunda ronda baseou-se na análise estatística referente ao nível de concordância de cada item do questionário aplicado na primeira ronda e na

análise dos comentários/sugestões apresentado pelo painel de enfermeiros peritos.

Num estudo de *Delphi*, o modelo de análise estatística estará dependente da tipologia e estrutura da questão formulada. Frequentemente são utilizadas medidas de tendência central e medidas de dispersão, por forma a estratificar o grau de consenso dos peritos (Valdés & Marín, 2013). O recurso à mediana (Md) como medida de tendência central e o intervalo interquartil (IIQ) como medida de dispersão são medidas indicadas para a análise de questões com escalas do tipo Likert, pois permitem refletir de forma fidedigna a convergência de opiniões (Scarparo, et al., 2012).

Assim, no sentido de sistematizar os dados colhidos foram contruídas tabelas de frequências absolutas e relativas e como medidas amostrais, recorreremos à medida de tendência central mediana (Md) e medida de dispersão o intervalo interquartil (IIQ) de modo a determinar o grau de consenso dos participantes.

A análise e tratamento estatístico foi mediado pelo software informático Statistical Package for the Social Science (SPSS®).

O nível de consenso deve ser antecipadamente definido pelo investigador, não havendo uma regra pré-determinada relativamente ao seu valor. Para Mokkink et al., (2006) é suficiente valores de concordância na ordem dos 67%. Segundo Chang et al., (2010), o objetivo será repetir as rondas necessárias até que se consiga atingir pelo menos 75% de consenso nos diferentes itens que compõem a lista de verificação. Já para Marques e Freitas (2018) é muito aceitável um grau de concordância de 80%.

Para este estudo, considerando o já referido previamente, recorreremos aos critérios sugeridos por Capelas et al., (2018) para avaliar o grau de consenso de cada intervenção do questionário. Os critérios abaixo descritos baseiam-se na percentagem de peritos que concordam ou concordam completamente, ou seja, respostas 4 e 5 na escala de Likert, na Md e no IIQ (quadro 4). Foi então definido que cada intervenção precisaria alcançar o grau de consenso de “muito elevado” e “elevado”, e apenas estas seriam incluídas no procedimento. É importante ressaltar que tanto a Md como o IIQ são medidas estatísticas relevantes para a análise de dados em estudos de *Delphi*. A Md é uma medida de tendência central calculada a partir da ordenação de todos os valores observados e selecionando o valor que divide a distribuição em duas partes iguais. Já o IIQ é uma medida de dispersão que indica a diferença entre o terceiro quartil (Q3) e o primeiro quartil (Q1), indicando que 50% dos elementos do meio da amostra estão contidos neste intervalo. Quanto menor

o valor de IIQ, maior é a concentração de opiniões em torno da mediana, sugerindo que há uma maior homogeneidade de respostas em relação à variável analisada

Quadro 2 - Critérios de determinação do grau de consenso

Grau de consenso	Concordância	Mediana	IIQ
Muito elevado	$\geq 80\%$	5	0
Elevado	$\geq 80\%$	≥ 4	1
Moderado	60-79%	≤ 4	1
Baixo	$< 60\%$	4	> 1

Fonte: Capelas et al., (2018, p.14)

Da compilação dos resultados obtidos das duas rondas, resultará a versão final da proposta de Procedimento com as intervenções devidamente validadas.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Respeitar o *ethos* científico significa assumir um compromisso intransigente com a investigação e, conseqüentemente, estar comprometido, para além de todos os progressos técnicos e humanos, com o conhecimento crítico (Duque & Calheiros, 2017).

Toda a ação humana pressupõe que a pessoa que a realiza esteja ciente das implicações éticas que poderão advir da mesma e, no caso da investigação não é exceção. Cabe ao investigador a consciencialização de todas as obrigações e responsabilidades morais inerentes à investigação efetuada junto dos seres humanos. Todos os métodos de colheita de dados em investigação requerem uma análise especial, pelas comissões de modo a proteger os direitos dos sujeitos alvos de estudo (Fortin, 2009). Assim, e segundo a mesma autora, na investigação que envolve seres humanos devem ser respeitados os direitos fundamentais, o direito à autodeterminação; à intimidade; ao anonimato, à confidencialidade e ao consentimento informado.

A OE emanou vários pressupostos no CDE, devendo a prática de enfermagem basear-se nos seus princípios. Relativamente à investigação, no artigo 106.º “Do dever de sigilo” o enfermeiro deve “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação (...)” (Lei nº 156/2015, p. 8079).

Relativamente aos participantes neste estudo, tal como acima já supracitado, foi tida em consideração uma participação, voluntária e esclarecida respeitando sempre o anonimato e o compromisso da confidencialidade. O questionário e o consentimento informado foram enviados aos peritos através da plataforma *Google Forms*. Antes de responder ao questionário, foi dado aos elementos do painel a oportunidade de ler e analisar a finalidade e os objetivos do estudo, bem como assinalar o seu consentimento livre, informado e esclarecido. Nas duas rondas de questionários, foi garantido o anonimato do painel de peritos, a confidencialidade dos dados e o seu uso restrito para fins académicos e científicos (apêndice XI e XII)

No sentido de respeitarmos todos estes princípios, o estudo foi autorizado pelo CA (anexo III).

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após as etapas precedentes, segundo Fortin (1999), emerge agora o tratamento e a análise

dos dados recolhidos, assim como a sua apresentação e interpretação, de acordo com a questão de investigação formulada, os objetivos do estudo e a revisão da literatura efetuada. A fase de apresentação, análise e discussão dos resultados é a etapa mais crucial de todo o processo de investigação, pois permite atribuir significado aos dados obtidos através do instrumento de recolha de dados.

Com o objetivo de uma melhor organização optamos por apresentar os dados pelas dimensões previamente definidas no questionário das duas rondas, com recurso a tabelas para uma melhor sistematização e visualização da informação.

Na sequência da apresentação dos dados obtidos em cada dimensão, impõe-se uma reflexão crítica e detalhada dos resultados mais significativos, sustentada nos pareceres dos diversos autores que se debruçaram sobre o tema, bem como, numa reflexão pessoal.

4.1 CARATERIZAÇÃO DO PAINEL DE PERITOS

O painel de peritos é constituído por 10 enfermeiros, com média de idade de 40,1 anos (mínimo 33 e máximo 49), sendo 70% do sexo masculino e 30% do sexo feminino.

Quanto ao serviço onde exercem funções, mediante os critérios já delineados 100% dos enfermeiros peritos exercem funções num SU da zona norte do país, distribuídos por: três hospitais com SUMC; um hospital com SUP; um hospital com SUB.

Pela diversidade de conhecimentos, realidades, modos e protocolos de atuação e complexidade dos cuidados prestados, o recurso a um painel de peritos que abrangesse os 3 níveis de SU (SUP, SUMC, SUB), permitiu atingir uma pluralidade de resultados que por sua vez, incrementou a robustez do Procedimento. A seleção dos peritos é de extrema importância pois a sua perícia, determina a qualidade dos resultados obtidos (Scarparo et al., 2012).

Todo o painel de peritos possui mais de cinco anos de experiência profissional no Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica, com uma média de 14,9 anos. No que diz respeito às habilitações académicas, 100% são enfermeiros especialistas em EMC, destes, 50% (n=5) são também mestres em EMC. Relativamente ao tempo de exercício da especialidade, têm em média 5,1 anos de exercício.

4.2 PROCEDIMENTO PARA A PREPARAÇÃO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. RESULTADOS DAS DUAS RONDAS

Os objetivos desta investigação, centravam-se na validação de um conjunto de intervenções/pressupostos, a serem integrados num Procedimento de Preparação para o TIH da PSC. Para dar resposta a estes objetivos foi aplicada a Metodologia de Investigação *Delphi* com recurso a um conjunto de enfermeiros, peritos na área do TIH da PSC na perspetiva de obter um consenso de opinião e a validação de um conjunto de intervenções a ter em conta na preparação da PSC para o TIH.

A abstenção neste estudo foi nula, ou seja, obtivemos 100% de participação nas duas rondas, contrariando o descrito por Sacarparo et al., (2012). Os autores demonstram que a taxa de abstenção pode, na primeira ronda, atingir valores entre 30 e 50%, e 20 a 30% na segunda ronda. Partindo do *feedback* de alguns peritos, esta participação maciça é motivada pela pertinência deste tema particular, no rol de cuidados à PSC. Acresce um adequado contacto prévio com os peritos, uma correta formalização do estudo, motivação e sentido de compromisso entre os investigadores e enfermeiros do painel.

Tal como já referido, apenas foram realizadas duas rondas de questionários, para obtenção de um grau de consenso aceitável pelo painel de peritos (apêndice XIII e XIV).

Na primeira ronda de questionários, o consenso de opinião alcançado pelo painel de peritos situou-se em aproximadamente 94% dos itens sugeridos, e somente 4 itens não obtiveram nível de concordância necessário, os quais, após reformulação, integraram o questionário da segunda ronda. Foram também incluídas na ronda dois, sugestões/opiniões realizadas por alguns peritos, numa perspetiva de melhorar a robustez e especificidade das intervenções a integrar o Procedimento.

Dados biográficos e processo clínico do doente

Na primeira ronda, no que diz respeito à verificação dos dados biográficos e processo clínico do doente, o painel de peritos concordou com a inclusão de todas as intervenções, exceto a inclusão da intervenção [Q 1.9] “Verificar a existência de espólio” com um grau de concordância “Moderado”, pelo que foi incluída, após reformulada, no questionário da ronda 2. Oito intervenções apresentaram grau de consenso “Muito Elevado” (tabela 1). Um elemento do painel de peritos no campo “sugestões/comentários” aconselhou acrescentar a colocação da “Hora de Transferência” na [Q1.1].

Tabela 1. Dados biográficos e processo clínico do doente: Distribuição das respostas quanto à concordância e grau de consenso (ronda 1).

Q	Dados biográficos e processo clínico do doente	Concordância (%)	Md	QII	Consenso
1.1	Identificar a data e turno no momento da transferência	90	5	1	E
1.2	Identificar o doente e número do processo clínico	100	5	0	ME
1.3	Identificar o hospital de destino	100	5	0	ME
1.4	Identificar o serviço que irá receber o doente	90	5	1	E
1.5	Descrever o motivo da transferência	90	5	0	ME
1.6	Identificar o Enfermeiro e Médico responsáveis pelo transporte	90	5	0	ME
1.7	Prever a necessidade de retorno do doente ao hospital de origem a ser realizado pela equipa de transporte (no caso da realização de MCDT's inexistentes no hospital de origem)	80	5	1	E
1.8	Informar a família da transferência	90	5	0	ME
1.9	Verificar a existência de espólio	80	4	2	M
1.10	Confirmar o preenchimento da Avaliação para o Transporte Secundário (SPCI 2023)	90	5	0	ME
1.11	Descrever os antecedentes pessoais relevantes	90	5	1	E
1.12	Assinalar alergias	100	5	0	ME
1.13	Assinalar medicação habitual de relevo (para a transferência) Antiagregação; Hipocoagulação Depressores do SNC; Antiarrítmicos; Insulina	90	5	0	ME

Legenda: Q – número questão; Md – mediana; QII – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo

A validação das intervenções nesta dimensão do Procedimento vai de encontro à literatura mais recente. Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2020), no regulamento

de transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de saúde, aponta a necessidade de serem registados os motivos da transferência, a identificação do hospital de destino, com contacto prévio, a data e hora do contacto para transferência e identificação dos profissionais que efetivam o transporte, assim como a correta identificação do doente.

O preenchimento adequado da escala de Avaliação para o Transporte Secundário apresentado pela SPCI e OM (2023) mantém-se como uma forte recomendação, pois o seu correto preenchimento, permite estratificar o risco de complicações e definir as necessidades logísticas do acompanhamento. A necessidade da correta e inequívoca descrição dos antecedentes médicos relevantes, alergias e medicação habitual de relevo foi também considerada uma forte recomendação.

Ainda segundo as linhas orientadoras da SPCI e OM (2023), os autores descrevem que “a efetivação do transporte fica a cargo da equipa de transporte (...)” e “só cessam no momento da passagem do doente à equipa assistencial do serviço destinatário, ou no regresso, ao serviço de origem (no caso de deslocação para a realização de exames complementares ou atos terapêuticos)” (p.14). Esta recomendação, além de coincidente com a opinião dos peritos, é de especial importância do ponto de vista da gestão de recursos humanos no local onde se realizou o ENP. Em cada TIH, é necessário um enfermeiro para integrar equipa de transporte e, para todos os efeitos, é menos um enfermeiro a exercer funções no SU. Torna-se assim fundamental, perceber em termos de espaço temporal, gestão dos cuidados e manutenção de dotações seguras, quanto tempo este enfermeiro irá estar ausente do SU.

Na ronda 2 foi integrada a sugestão de melhoria da questão/ intervenção [Q1.1] “Hora de Transferência” que obteve o consenso de inclusão. Por outro lado, a [Q1.9] “Verificar a existência de espólio” obteve um grau de concordância “Moderado” ao ser reformulada para “Verificar o registo de espólio em doentes com Alteração do Estado de Consciência (AEC) e/ou Incapacidade Cognitiva, ou que solicitem a salvaguarda dos seus bens.” não atingiu o consenso de inclusão, mantendo um nível de concordância “Moderado” (tabela 2).

Tabela 2. Dados biográficos e processo clínico do doente: Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à concordância e grau de consenso (ronda 2).

Q	Dados biográficos e processo clínico do doente	Concordância (%)	Md	QII	Consenso
1.1	Identificar a data e turno no momento da transferência. Acrescentar a hora da transferência (Sugestão de um perito)	100	5	0	ME
1.9	Verificar o registo de espólio em doentes com Alteração do Estado de Consciência e/ou Incapacidade Cognitiva, ou que solicitem a salvaguarda dos seus bens. (Reformulada)	70	4.5	2	M

Legenda: Q – número questão; Md – mediana; QII – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo

Segundo o Parecer nº88/2021 sobre a responsabilização dos enfermeiros pela realização do espólio a OE considera que a sua realização deve ser tida em consideração sempre que, o doente pela AEC e/ou diminuição da capacidade cognitiva, esteja impossibilitado de assumir a responsabilidade sobre os seus bens, assim como no momento de transferências intra ou inter hospitalares. Sempre que se verifique alguma das premissas acima descritas, deve ser realizado o espólio de bens, com recurso à sua validação por dois profissionais, podendo ser um deles o enfermeiro responsável pelos cuidados ao doente. Este parecer, ressalva ainda que cabe às instituições de saúde, promover medidas que garantam a uniformização de procedimentos numa perspetiva de salvaguarda dos bens espoliados.

Como não existiu nível de consenso suficientemente robusto não foi incluída a intervenção associada à [Q1.9] do Procedimento. Contudo, parece-nos importante refletir e perceber, futuramente, quais as implicações legais e económicas decorrentes do desaparecimento de bens em instituições de saúde. Especialmente nos profissionais de enfermagem, em quem recai parte da responsabilidade na adequada salvaguarda dos bens espoliados.

Abordagem segundo Metodologia ABCDE-F

Relativamente à primeira ronda sobre a abordagem da PSC segundo a metodologia ABCDE-F (A: Via aérea; B- Ventilação; C- Circulação; D- Disfunção Neurológica; E- Exposição; F- Intervenções Focalizadoras) o painel de peritos concordou com a inclusão de todas as intervenções. As questões [Q2.17, Q2.18, Q2.34] com nível de concordância “Elevado” e as restantes com nível “Muito Elevado” (tabela 3).

Dois peritos aconselharam a colocação da “Avaliação da Escala de RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*) em doente sedado e analgesiado com Entubação Endotraqueal.” na [Q2.23].

Tabela 3. Abordagem segundo Metodologia ABCDE-F: Distribuição das respostas quanto à concordância e grau de consenso (ronda 1)

Q	Abordagem segundo Metodologia ABCDE-F	Concordância (%)	Md	QII	Consenso
A: Via Aérea					
2.1	Confirmar se está patente ou segura (entubação endotraqueal)	100	5	0	ME
2.2	Se entubação endotraqueal, assinalar número do tubo endotraqueal	100	5	0	ME
2.3	Verificar insuflação do Cuff	100	5	0	ME
2.4	Assinalar distância do tubo endotraqueal à comissura labial (cm)	100	5	0	ME
B: Ventilação					
2.5	Confirmar a correta montagem dos circuitos do ventilador (VMNI)	100	5	0	ME
2.6	Assinalar valores de IPAP, EPAP ou CPAP (VMNI)	100	5	0	ME
2.7	Assinalar valores de FR e FiO ₂ (VMNI)	100	5	0	ME
2.8	Confirmar adaptação correta do doente ao ventilador (VMNI)	100	5	0	ME
2.9	Confirmar a correta montagem dos circuitos do ventilador (VMI)	100	5	0	ME
2.10	Assinalar o módulo ventilatório (VMI)	100	5	0	ME
2.11	Assinalar valores de PEEP (VMI)	100	5	0	ME
2.12	Assinalar valores de FR e FiO ₂ (VMI)	100	5	0	ME
2.13	Verificar correta colocação do capnógrafo	100	5	0	ME
2.14	Confirmar adaptação correta do doente ao ventilador (VMI)	100	5	0	ME

2.15	Assinalar o dispositivo para administração de oxigénio (CN, VM, MAC, ONAF)	100	5	0	ME
2.16	Assinalar FiO2 (dispositivo para administração de oxigénio)	100	5	0	ME

C: Circulação

2.17	Confirmar a presença de dois acessos vasculares periféricos	90	1		E
2.18	Se acesso vascular central identificar o número de vias	80	1		E
2.19	Verificar a correta fixação dos acessos vasculares	100	0		ME
2.20	Assinalar o débito das perfusões em curso	100	0		ME
2.21	Assinalar perfusão de hemoderivados (plasma, plaquetas e/ou glóbulos rubros)	100	0		ME
2.22	Verificar quantidade adequada de fármacos/fluidoterapia para a duração do transporte	100	0		ME

D: Status Neurológico

2.23	Avaliar Escala de Coma de Glasgow	100	0		ME
2.24	Avaliar Glicemia Capilar	100	0		ME
2.25	Assinalar o débito dos fármacos sedativos em curso	100	0		ME
2.26	Assinalar o débito dos fármacos analgésicos em curso	100	0		ME
2.27	Assinalar o débito do fármaco curarizante em curso	100	0		ME
2.28	Confirmar a existência de agitação psicomotora	90	0		ME

E: Exposição

2.29	Avaliar e controlar a temperatura	100	0		ME
-------------	-----------------------------------	-----	---	--	----

2.30	Confirmar imobilização adequada do doente	100	0	ME
2.31	Confirmar existência e controlo dos focos hemorrágicos	100	0	ME
2.32	Confirmar estabilização de fraturas	90	0	ME

F: Intervenções Focalizadoras

2.33	Assinalar a presença de algália e/ou entubação naso/orogástrica	90	0	ME
2.34	Verificar despejo dos sacos de drenagem	90	1	E
2.35	Assinalar a presença de dreno torácico e/ou outros sistemas de drenagem	100	0	ME
2.36	Confirmar o correto funcionamento dos sistemas de drenagem	90	0	ME

Legenda: Q – número questão; Md – mediana; QII – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo

No que concerne esta dimensão do questionário, o painel de peritos foi unânime, com a validação de todas as intervenções. Este nível de concordância entre os peritos é sustentado pelas mais recentes recomendações para o TDC da SPCI e OM 2023.

A abordagem ABCDE é uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida pelo método. O recurso a uma mnemónica sequencial, completa e universalmente utilizada para uma avaliação sistematizada do doente facilita o trabalho e a comunicação em equipa, com recurso a uma linguagem e abordagem protocolada e uniforme, centrando-se na identificação ou exclusão de situações potencialmente críticas que incorram em *life threatening situations*. A identificação das condições potencialmente fatais e o início do tratamento emergente de forma contínua e sequencial, permite evitar a deterioração da condição clínica até à paragem cardiorrespiratória. A SPCI e OM (2023), recomendam a abordagem ABCDE em vários momentos do TIH, antes do início da transferência, após acomodar o doente na maca da ambulância, antes do início da marcha e sempre que existam oscilações nos parâmetros vitais do doente.

Relativamente à ronda 2, a sugestão de dois peritos foi posta à consideração do painel e atingiu o consenso de inclusão. Foi então incluída a intervenção associada à [Q2.23] no Procedimento (tabela 4).

Tabela 4. Abordagem segundo Metodologia ABCDE-F: Distribuição das respostas quanto à concordância e grau de consenso relativamente (ronda 2)

Q	Abordagem segundo Metodologia ABCDE-F	Concordância (%)	Md	QII	Consenso
D: Status Neurológico					
2.23	Avaliar GCS (Escala de Coma de Glasgow) em doente sem Entubação Endotraqueal. Avaliar Escala de RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) em doente sedado e analgesiado com Entubação Endotraqueal. (Sugestão de dois peritos)	90	0		ME

Legenda: Q – número questão; Md – mediana; QII – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo

A escala RASS é considerado um instrumento fácil de utilizar para avaliação da sedação e agitação dos doentes críticos assim como a profundidade da sedação, por exemplo em doentes submetidos a VMI. Um estudo estudo-piloto prospetivo realizado sobre a avaliação da sedação com recurso a escala RASS em doentes críticos submetidos a um TIH, concluiu que devem ser implementadas escalas, antes e durante o transporte para a avaliação de sedação e agitação (Prottegeier et al., 2014).

Monitorização e Segurança do doente (prévio ao início do transporte)

Nesta terceira dimensão foram colocadas à consideração dos peritos um conjunto intervenções centralizados na monitorização e registo dos sinais vitais. O painel de peritos concordou com a inclusão de todas as intervenções transparecendo unanimidade de opinião. As questões [Q3.7, Q3.10] obtiveram um nível de concordância “Elevado” e as restantes um nível “Muito Elevado” (tabela 5).

Tabela 5. Monitorização e Segurança do doente (prévio ao início do transporte): Distribuição das respostas quanto à concordância e grau de consenso (Ronda 1)

Q	Monitorização e Segurança do doente (prévio ao início do transporte)	Concordância (%)	Md	QII	Consenso
3.1	Verificar correta monitorização eletrocardiográfica do doente	100	5	0	ME
3.2	Assinalar valor da Pressão Arterial	100	5	0	ME
3.3	Assinalar valor da Saturação Periférica de Oxigénio	100	5	0	ME

3.4	Assinalar valor da Temperatura	90	5	0	ME
3.5	Assinalar valor do EtCO ₂	100	5	0	ME
3.6	Assinalar valor da dor, segundo escala de avaliação adequada	100	5	0	ME
3.7	Verificar se o doente está corretamente acomodado	90	5	1	E
3.8	Verificar correta fixação dos dispositivos de drenagem, tubos e sistemas de perfusão	100	5	0	ME
3.9	Verificar se medicação/fluidoterapia em perfusão está devidamente identificada	100	5	0	ME
3.10	Verificar, junto do médico, a necessidade de medicação emergente pré-preparada	80	5	1	E

Legenda: Q – número questão; Md – mediana; QII – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo

Este nível de concordância entre os peritos é novamente sustentado pelas mais recentes recomendações para o TDC da SPCI e OM (2023), que apontam a obrigatoriedade na monitorização contínua com registo periódico da: Frequência respiratória; FiO₂; Oximetria de pulso; ECG com deteção de arritmias; Frequência cardíaca; Pressão arterial (não invasiva), Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente); Capnografia nos doentes sob ventilação mecânica invasiva.

A correta fixação de dispositivos de drenagem e sistemas de perfusão é de grande importância, pois a exteriorização do tubo endotraqueal, de acessos venosos, exteriorização ou clampagem inadvertida de dreno torácico ou outros sistemas de drenagem esta frequentemente associada a EA, que incorram no agravamento do estado clínico do doente (OM & SPCI, 2008; Ignatyeva et al., 2018)

Salientamos ainda as recomendações da SPCI e OM (2023), referentes à utilização de fármacos em todo o processo do TIH. “Deve privilegiar-se a utilização de seringas pré-preparadas para as situações mais previsíveis (...)” como é o caso da sedação ou analgesia adicional “(...) ou na situação de deterioração súbita (fármacos de reanimação). A preparação de fármacos de urgência, durante o trajeto, pode revelar-se uma dificuldade adicional e inesperada.” (p.40). Portanto, parece-nos importante baseado na literatura acima mencionada, a discussão entre a equipa multidisciplinar que realiza o TIH sobre a necessidade de preparar, antes do início da marcha, medicação de uso emergente. A

preparação de medicação no decorrer do transporte, implica muitas vezes a suspensão da marcha e conseqüente aumento do tempo transferência. Assim sendo é nossa opinião e em consonância com a opinião dos peritos, adequado a preparação prévia de medicação de uso emergente evitando paragens desnecessárias, aumentando o risco de EA no decorrer do TIH.

Um perito no campo “sugestões/comentários” aconselhou a inclusão do “Ajuste da temperatura da ambulância às necessidades do doente. (Por ex. doentes com hipotermia, queimados, trauma)” na [Q3.7]. Esta sugestão foi submetida a consenso na ronda 2 e obteve consenso necessário para inclusão no Procedimento (tabela 6).

Tabela 6. Monitorização e Segurança do doente (prévio ao início do transporte): Distribuição das respostas quanto à concordância e grau de consenso (Ronda 2)

Q	Monitorização e Segurança do doente (prévio ao início do transporte)	Concordância (%)	Md	QII	Consenso
3.7	Verificar se o doente está corretamente acomodado e temperatura da ambulância adequada às suas necessidades. (Por ex. doentes com hipotermia, queimados, trauma). (Sugestão de um perito).	90	5	0	ME

Legenda: Q – número questão; Md – mediana; QII – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo

Esta sugestão enquadra-se na recomendação da SPCI e OM (2023), onde está descrito que, “devem também ser asseguradas as condições ambientais da célula sanitária (temperatura), de acordo com a estação do ano e a situação clínica do doente” (p.37). No doente vítima de trauma a temperatura deve ser adequada para sustentar a normotermia. A hipotermia deve se evitada a todo o custo, caso contrário estamos a contribuir para a instalação de um dos elos da “tríade letal” (acidose metabólica, hipotermia e coagulopatia) (Cirocchi R & Abraha, 2013).

Gestão de equipamentos

Na primeira ronda, no que diz respeito à gestão dos equipamentos utilizados para o TIH da PSC todas as intervenções atingiram o nível de concordância definido, exceto a questão [Q 4.2] “Confirmar a verificação semanal da mala de transferência” com um grau de concordância “Moderado”, pelo que foi incluída, após reformulada, no questionário da ronda 2. Três intervenções apresentaram grau de consenso “Muito Elevado” e uma [Q 4.5] obteve um grau de consenso “Elevado” (tabela 7).

Tabela 7. Gestão de equipamentos: Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à concordância e grau de consenso (ronda 1).

Q	Gestão de equipamentos	Concordância (%)	Md	QII	Consenso
4.1	Verificar se ambulância está devidamente equipada e adequada ao transporte	90	5	0	ME
4.2	Confirmar a verificação semanal da mala de transferência	70	5	2	M
4.3	Confirmar a existência de monitor desfibrilhador, com pás multifunções	90	5	0	ME
4.4	Verificar a autonomia dos equipamentos necessários para o transporte	90	5	0	ME
4.5	Assegurar reserva de oxigénio necessário para o transporte	90	5	1	E

Legenda: Q – número questão; Md – mediana; QII – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo

Salientamos a pertinência de toda esta dimensão, uma vez que se relaciona diretamente a com a segurança do doente durante a preparação e decorrer do TIH e o papel do enfermeiro responsável pelo transporte, na perspetiva da prevenção das falhas associadas aos equipamentos médicos e oxigenoterapia necessários ao transporte.

A Portaria nº 1147/2001 (2001), referente ao Regulamento do Transporte de Doentes define os equipamentos necessários que compõem a carga de uma ambulância tipo C. Relativamente ao equipamento cardiovascular e via aérea, deve estar incluído no veículo um monitor-desfibrilhador portátil com 12 derivações com função de *pacemaker externo* e pelo menos uma seringa volumétrica. O circuito fixo de oxigénio, deve manter uma capacidade mínima de 2000 litros, redutor e debitómetro com capacidade regulável até 15 litros (aplicável às ambulâncias tipo ABS convertida em tipo C). Assim, deve o enfermeiro responsável pelo transporte verificar os níveis de oxigénio pois, segundo Carneiro et al., (2017), no estudo que realizaram sobre o TDC, chegam à conclusão de que 30% dos EA foram por esgotamento da fonte de oxigénio e Beckmann et al., (2004) concluíram que 39% dos EA se devem a falhas de equipamento, inclusive oxigenoterapia.

O artigo 9 do Regulamento para Transferências de Utentes entre Estabelecimentos Prestadores de Cuidados de Saúde emitido pela ERS (2020), no que compete à responsabilidade do TIH, o planeamento do transporte deve ser efetuado por equipa médica e/ou de enfermagem, em estrito cumprimento das Recomendações para o

Transporte de Doentes Críticos, emanadas pela OM e SPCI. Este documento menciona também que a responsabilidade legal do TIH só cessa no momento de entrega do utente ao responsável clínico do estabelecimento. O planeamento e a efetivação do transporte são da responsabilidade do enfermeiro e este tem um importante papel em todo o processo devendo estar preparado para o fazer garantindo a segurança do doente.

Sobreiro (2017) é da mesma opinião e afirma que se o TIH da PSC é realizado por enfermeiros, é também sua responsabilidade certificar que o transporte se realiza de forma segura, diminuindo e prevenindo os riscos que podem advir do mesmo.

Para Brunsveld-Reinders et al., (2015), o equipamento deve ser testado e verificado pelo enfermeiro e os alarmes de todo o equipamento de transporte deverão ser confirmados e ajustados à situação clínica do doente que vai ser transportado.

A questão [Q 4.2] “Confirmar a verificação semanal da mala de transferência” com um grau de concordância “Moderado”, ao ser reformulada para “Mala de transferência devidamente equipada, acomodada no local onde se realiza o maior número de transportes inter-hospitalares” e submetida à ronda 2, atingiu o consenso de inclusão (tabela 8). Esta intervenção foi assim incluída no Procedimento.

Tabela 8. Gestão de equipamentos: Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à concordância e grau de consenso (ronda 2).

Q	Gestão de equipamentos	Concordância (%)	Md	QII	Consenso
4.2	Mala de transferência devidamente equipada, acomodada no local onde se realiza o maior número de transportes inter-hospitalares. (Reformulada)	80	5	1	E

Legenda: Q – número questão; Md – mediana; QII – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo

A validação deste item vai de encontro às recomendações da SCPI e OM (2023), as quais emanam a necessidade de os hospitais promoverem, no âmbito do TIH, a existência de um conjunto de equipamentos, em que se inclui uma mala de transporte. A carga da mala de transporte/transferência deve ser normalizada na instituição, deve ser revista periodicamente para se manter em condições de ser utilizada a qualquer momento. A mala de transporte/transferência deve estar localizada nos serviços e locais onde se realiza o maior número de transferências (por exemplo, SU e SE) e a sua quantidade adequada ao número de transportes efetuado por mês (possibilidade de transporte simultâneo de dois doentes).

Acomodação correta do doente, equipamentos e segurança da equipa na ambulância de transporte

Na primeira ronda, no que diz respeito à acomodação correta do doente, equipamentos e segurança da equipa na ambulância de transporte existiu uma maior diversidade de opiniões dos peritos, no entanto salienta-se um nível de concordância $\geq 80\%$ e grau de consenso “Elevado”, nas questões [Q5.3, Q5.4, Q5.5]. As intervenções [Q5.1, Q5.2] respetivamente “Verificar a correta fixação da maca de transporte” e “Ligar os equipamentos elétricos à corrente da ambulância” obtiveram um grau de concordância “Moderado”, pelo que foram incluídas, após reformuladas, no questionário da ronda 2, (tabela 9).

Tabela 9. Acomodação correta do doente, equipamentos e segurança da equipa na ambulância de transporte: Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à concordância e grau de consenso (ronda 1).

Q	Acomodação correta do doente, equipamentos e segurança da equipa na ambulância de transporte	Concordância (%)	Md	QII	Consenso
5.1	Verificar a correta fixação da maca de transporte	70	4	2	M
5.2	Ligar os equipamentos elétricos à corrente da ambulância	70	5	2	M
5.3	Ligar o ventilador à fonte de O2 da ambulância	80	5	1	E
5.4	Verificar a correta fixação dos equipamentos na ambulância	80	5	1	E
5.5	Equipa sentada e com cinto de segurança colocado	80	4.5	1	E

Legenda: Q – número questão; Md – mediana; QII – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo

A questão [Q5.1] mesmo após reformulada e submetida à ronda 2, não atingiu o consenso desejado para inclusão, com um nível de concordância “Baixo”. A bibliografia existente sobre este item é escassa, no entanto salienta-se a recomendação da SPCI e OM (2023), que inclui na lista de verificação de preparação para o transporte do doente crítico o item “Verificar correta fixação da maca, equipamentos e balas de gases medicinais” (p.49).

Segundo Scarparo, et al., (2012) se após duas rondas determinados itens permanecerem

sem consenso “é pouco provável que a continuidade convirja as opiniões sobre o tema (...) e o processo poderá ser encerrado” (p.248).

A questão [Q 5.2] após reformulação obteve um grau de concordância necessário para a sua inclusão no Procedimento. Associado à validação da questão [Q5.2] na ronda 2, importa percebermos a importância que este item acarreta no TIH. Partindo da bibliografia mais recente, para Carneiro et al. (2017), num estudo que realizaram sobre o TDC, os autores atribuem 20% dos EA à falha de energia dos equipamentos elétricos. Nas recomendações da SPCI e OM (2023), os equipamentos devem ser conectados às fontes de gás e corrente elétrica. Assim, a validação deste item parece-nos fundamental, na salvaguarda da qualidade dos cuidados prestados, e na prevenção de EA, que possam incorrer no agravamento inesperado do *status* clínico da PSC durante o TIH (tabela 10).

Tabela 10. Acomodação correta do doente, equipamentos e segurança da equipa na ambulância de transporte: Distribuição das respostas do painel de peritos quanto à concordância e grau de consenso (ronda 2).

Q	Acomodação correta do doente, equipamentos e segurança da equipa na ambulância de transporte	Concordância (%)	Md	QII	Consenso
5.1	Confirmar a correta fixação da maca de transporte (SPCI 2008). (Reformulada)	50	3.5	3	B
5.2	Confirmar a presença dos cabos de alimentação (carregador) dos equipamentos necessários ao transporte. (Reformulada)	80	5	1	E

Legenda: Q – número questão; Md – mediana; QII – intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado; M – Moderado; B – Baixo

5. CONCLUSÕES DO ESTUDO E PERSPETIVAS FUTURAS

Ao longo do capítulo anterior foi contextualizada teoricamente a temática e partilhado todo o percurso efetuado para a consecução desta investigação. Serão agora apresentadas as principais conclusões, perspetivas futuras e desafios consequentes.

O aumento da afluência dos utentes aos SU, a centralização de cuidados específicos e unidades diferenciadas é hoje uma realidade cada vez mais proeminente no SNS, que incorre num aumento substancial da necessidade de transferir doentes para unidades de saúde devidamente equipadas para uma melhor resposta à sua condição clínica.

Para que o transporte seja realizado com a máxima segurança é necessária uma boa planificação do transporte, com uma adequada preparação, perspetivando e corrigindo incidentes que possam surgir durante a transferência. Uma reavaliação prévia incluindo a estabilidade hemodinâmica do doente, equipamentos e estrutura de transporte antes de sair do serviço de origem, são passos essenciais para evitar complicações. (ICS, 2011).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na TIH da PSC, desde a abordagem e estabilização inicial no hospital até a decisão, planeamento e realização do transporte. A formação e treino específico, direcionados para os desafios colocados nos TIH são uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, além de se mostrarem necessários para garantir a segurança do doente crítico transportado, evitando ainda a exposição da equipa a EA desnecessários durante o transporte.

A criação e implementação de protocolos e procedimentos institucionais, melhora a prática dos cuidados de saúde, pelo aperfeiçoamento da comunicação entre elementos da equipa de transporte, reduzindo danos, erros técnicos e iatrogenias durante o TIH. Os procedimentos de verificação deverão ser considerados ferramentas de auxílio, diminuindo a possibilidade de erros causados pelo stress e/ou omissão.

Este momento investigativo, além de promover o desenvolvimento e consolidação de competências na área da investigação inerentes ao enfermeiro EEMC, permitiu organizar todas as etapas a serem desenvolvidas para atingir o objetivo principal, a construção de uma proposta de Procedimento de Preparação para o TIH da PSC onde se incluem intervenções inerentes à segurança, estabilidade hemodinâmica e antecipação de EA, no decurso dos TIH da PSC.

Do documento inicial com 69 intervenções subdivididas por cinco dimensões, que posteriormente submetemos a apreciação pelo painel de peritos, recorrendo à metodologia

de *Delphi*, foram excluídas duas intervenções por não reunirem os critérios pré-estabelecidos de consenso. Desta forma, alcançamos uma proposta de Procedimento com as intervenções à PSC submetida ao TIH, orientado para o processo de prestação de cuidados uniformizados e com qualidade. A prestação de cuidados rigorosos, protocolados, numa perspetivada de antecipação de EA e quebras de segurança do TIH será uma mais-valia inquestionável para o sucesso desta etapa dos cuidados.

Com a construção de um Procedimento de Preparação da PSC para o TIH, importa também evidenciar algumas dificuldades deste estudo. Uma prende-se com a inexperiência do investigador que suscitou alguns constrangimentos a nível pessoal e opções metodológicas, outra centra-se na disponibilidade de tempo para a concretização do estudo associado à limitação temporal para a concretização do mesmo durante o ENP. No entanto, salvaguarda-se que com esforço, empenho e dedicação foram todas ultrapassadas.

Como propostas para estudos futuros, sugeríamos o desenvolvimento de um estudo semelhante, que implicasse a implementação e validação de um Procedimento idêntico a nível nacional. Por outro lado, seria de grande importância a realização de estudos relacionados com questões mais técnicas como por exemplo, a importância da uniformização dos protocolos de atuação e formação adequada aos elementos afetos a entidades ou organizações que realizam TIH e eventualmente estudos sobre a contratualização de serviços entre hospitais e instituições afetas ao TIH (por exemplo, corporações de bombeiros), numa perspetiva mais económica e de gestão.

A criação, validação e implementação deste Procedimento orientador em locais que realizam frequentemente TIH da PSC permitirá reforçar e melhorar comportamentos, promovendo a promoção de cuidados de qualidade (apêndice XV). Esperamos que este estudo constitua um contributo fundamental para a implementação e execução de processos de mudança e para a construção de uma prática que assente nos mais elevados padrões de excelência do cuidar, mantendo a Enfermagem na busca constante da excelência na prestação de cuidados .

CONCLUSÃO

Para concluir este relatório reconhece-se toda a sua pertinência no processo de aprendizagem e enriquecimento profissional. A exigência incutida na reflexão dos nossos atos e intervenções, permitiu evidenciar, analisar e refletir sobre as aprendizagens e competências adquiridas como futuro Enfermeiro EEMC. Este ENP constituiu-se como um momento de absoluto privilégio para a aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências e cuidados especializadas na área da pessoa/família em situação crítica.

O cuidado da PSC, pela equipa de enfermagem, exige uma resposta rápida, eficaz, estruturada e adequada à sua situação clínica, sendo essencial o domínio de conhecimentos e a prestação de cuidados fundamentada em conhecimentos científicos atuais. A prática diária de cuidados ao doente crítico representou uma parte significativa de todo este percurso, no sentido do desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, progressivamente mais especializadas.

Para além disso, e de acordo com as competências do enfermeiro EEMC conducentes ao grau de mestre, foram desenvolvidas um conjunto de atividades centradas no domínio da formação e no domínio da gestão, na perspetiva de contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem no SUB, através da implementação de estratégias pertinentes, promotoras da segurança e melhoria contínua dos cuidados prestados à PSC e família.

Como resposta a um dos grandes domínios de competências deste ENP, foi realizado um estudo de investigação no sentido da construção de um Procedimento de Preparação para o Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica. Espera-se que o seu reconhecimento e aplicação no seio da instituição hospitalar, permita a produção de mais guias orientadores de boas práticas baseados na evidência científica e a incorporação da investigação no exercício profissional dos enfermeiros.

A apreciação global deste ENP é bastante positiva, pois permitiu consolidar conhecimentos fundamentais para o desenvolvimento e alcance das competências especializadas em EMC.

Salientam-se, contudo, algumas dificuldades e contratemplos, próprios do processo de formação contínua. Dessas dificuldades, destaca-se a mais proeminente centrada na gestão do tempo e conciliação do estágio com a atividade profissional e pessoal. No entanto as dificuldades foram ultrapassadas pela determinação, foco e o apoio contínuo dos colegas de trabalho e família. Assim, foram atingidos com satisfação os objetivos propostos, o que se traduziu numa prática progressivamente mais organizada, crítica,

autónoma e fundamentada na mais recente evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2011). *Transições e contextos multiculturais*. (2ª ed.). Formasau.
- Alamanou, D. G., Fotos N.V., Brokalaki. (2013). H. Interruption of therapy during intrahospital transport of non-icu patients. *Health Sci Journal*. 7(2):177
<https://www.hsj.gr/medicine/interruption-of-therapy-during-intrahospital-transport-of-non8208icu-patients.php?aid=3028>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 14(3), 373–382.
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>.
- Alminhas, S. (2007). Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. *Revista Sinais Vitais*. 75, 57–60.
- ANZCA. (2015). *Guideline for transport of critically ill patients*. Australasian College for Emergency Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zeland.
- Bandeira, R. (2008). *Medicina de Catástrofe - Da Exemplificação Histórica à Iatroética*. Editora da Universidade do Porto.
- Beckmann, U., Gillies, D. M., Berenholtz, S. M., Wu, A. W., & Pronovost, P. (2004). Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients. An analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care. *Intensive Care Medicine*, 30(8), 1579–1585.
<https://doi.org/10.1007/s00134-004-2177-9>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito* (2ª ed.). Quarteto.
- Blakeman, T. C., & Branson, R. D. (2013). Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. *Respiratory Care*, 58(6), 1008–1023.
<https://doi.org/10.4187/respcare.02404>
- Borges, M. S., Freitas, G., & Gurgel, W. (2012). A. comunicação da má notícia na visão dos profissionais da S. T.-A. de S. C. 113-126. (2012). La comunicación de malas noticias desde la perspectiva de profesionales de la salud. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 6(3), 113–126.
<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1159>
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G., & de Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital

- transport of critically ill patients. *Critical Care (London, England)*, 214(19).
<https://doi.org/10.1186/s13054-015-0938-1>
- Canário, R. (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In *Formação e situações de trabalho*. (pp. 117–146). Porto Editora.
- Canellas, M., Palma, I., Pontífice-Sousa, P., & Rabiais, I. (2020). Checklist para el transporte intrahospitalario seguro del paciente crítico: A scoping review. *Enfermería Global*, 19(4), 525–540. <https://doi.org/10.6018/eglobal.411831>
- Capelas, L. M., Simões, S. A. W. F., Teves, C. F. T. M., Durão, S. A. P., Coelho, P. F., da Silva, S. C. F. S., Silva, A. E., & Afonso, T. F. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal Priority Quality Indicators for Palliative Care Services in Portugal. *Cadernos de Saúde*, 10, 11–24.
- Carneiro, A. T., Duarte, P. T. T., & da Magro, S. M. C. (2017). Critical Patient Transport: a Challenge for the 21st Century. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(1), 70–76. <https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201709>
- Chaikittisilpa, N., Lele, A., Lyons, V., Nair, B., Newman, S.-F., Blissitt, P., Vavilala, M., Lele, A. V., Lyons, V. H., Nair, B. G., Blissitt, P. A., & Vavilala, M. S. (2017). Risks of Routinely Clamping External Ventricular Drains for Intrahospital Transport in Neurocritically Ill Cerebrovascular Patients. *Neurocritical Care*, 26(2), 196–204. <https://doi.org/10.1007/s12028-016-0308-0>
- Chang, A. M., Gardner, G. E., Duffield, C., & Ramis, M.-A. (2010). A Delphi study to validate an advanced practice nursing tool. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2320–2330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05367.x>
- Chang, A. M., Gardner, G. E., Duffield, C., & Ramis, M.-A. (2010). A Delphi study to validate an advanced practice nursing tool. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2320–2330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05367.x>
- Choi, H. K., Shin, S. D., Ro, Y. S., Kim, D. K., Shin, S. H., & Kwak, Y. H. (2012). A before- and after-intervention trial for reducing unexpected events during the intrahospital transport of emergency patients. *The American journal of emergency medicine*, 30(8), 1433–1440.

<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2011.10.027>

- Cirocchi R., & Abraha, I. (2013). Damage control surgery for abdominal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007438.pub3>
- Comeau, O. Y., Armendariz-Batiste, J., & Woodby, S. A. (2015). Safety First! Using a Checklist for Intrafacility Transport of Adult Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse*, 35(5), 16–25. <https://doi.org/10.4037/ccn2015991>
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. *Relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência*, 110. <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros
- Costa, B., & Costa, Q. (1997). Formação em Serviço: Mitos e Realidades. *Sinais Vitais*, 15, 44–49.
- Decreto-Lei n.º412/1998- Aprova o regime legal da carreira de enfermagem. Diário da República. I Série, n.º300 de 1998-12-30.
- Deodato, S. (2008). 10 anos de deontologia de Enfermagem. *Revista: Ordem dos Enfermeiros*, 31, 5–8.
- Despacho Normativo n.º 10319/2014 - São definidas a estrutura física, logística e de recursos humanos dos Serviços de Urgência. Diário da República, II Série, n.º 153 (11-08-2014), pp.8174–8175.
- Despacho Normativo n.º 10438/2016 - Define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência. Diário da República, II Série, n.º 159 de 2016-08-19.
- Despacho Normativo n.º 11/2022. - Termos de referenciação dos episódios de urgência classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o Serviço de urgência. ACSS, 2022-11-11.

- Despacho Normativo n.º 5058-D/2016 - Estabelece disposições sobre o transporte integrado de doente crítico. Diário da República, II Série, n.º 72 de 2016-04-13.
- Despacho Normativo n.º 7710/2018 – Homologa as alterações ao plano de estudos do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, ministrado na Escola Superior de Saúde deste instituto. Diário da República, II Série, n.º 154 de 2018-08-10.
- Dias, J. (2004). *Formadores: Que Desempenho?* Lusociência.
- Dias, L. J. (2014). Sistema De Melhoria Contínua Da Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem: Um Modelo Construtivo No Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Epe. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*, 2(1), 39–40.
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos*. Direção Geral de Saúde.
- Droogh, J. M., Smit, M., Absalom, A. R., Ligtenberg, J. J. M., & Zijlstra, J. G. (2015). Transferring the critically ill patient: are we there yet? *Critical Care (London, England)*, 19(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0749-4>
- Droogh, J. M., Smit, M., Hut, J., de Vos, R., Ligtenberg, J. J. M., & Zijlstra, J. G. (2012). Inter-hospital transport of critically ill patients; expect surprises. *Critical Care (London, England)*, 16(1), 26. <https://doi.org/10.1186/cc11191>
- Duque, E., & Calheiros, A. (2017). Questões éticas subjacentes ao trabalho de investigação. *Revista EDaPECI*, 17(2), 103–118. <https://doi.org/10.29276/redapeci.2017.17.26780.103-118>
- Faine, B. A., Noack, J. M., Wong, T., Messerly, J. T., Ahmed, A., Fuller, B. M., & Mohr, N. M. (2015). Interhospital Transfer Delays Appropriate Treatment for Patients With Severe Sepsis and Septic Shock: A Retrospective Cohort Study. *Critical Care Medicine*, 43(12), 2589–2596. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001301>
- Farnoosh, L., Hossein-Nejad, H., Beigmohammadi M., & Seyed-Hosseini-Davarani S, H. (2018). Preparation and Implementation of Intrahospital Transfer Protocol for Emergency Department Patients to Decrease Unexpected Events. *Advanced Journal of Emergency Medicine*, 8;2(3)
- Ferreira, C. ., Lisboa, C. ., Moreira, D. ., Sousa, G., Teixeira, T., Príncipe, F. ., & Mota,

- L. (2019). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: representação social dos enfermeiros. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 2(2), 29–38. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i2.55>
- Ferreira, S., Nogueira, C., & Conde, S. (2009). Artigo de Revisão. *Review Article*. 15, 655–667.
- Festas, C. (1999). Cuidar no 3º milénio. *Servir*, 47(2), 60–66.
- Fonseca, E. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing Magazine Digital*, 1–7.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos à Prática Profissional*. (4.^a ed.). Artmed.
- Gimenez, F. M. P., Camargo, W. H. B. de, Gomes, A. C. B., Nihei, T. S., Andrade, M. W. M., Valverde, M. L. de A. F. S., Campos, L. D. E. de S., Grion, D. C., Festti, J., Grion, Camargo, W. H. B., & Campos, L. D. E. (2017). Analysis of Adverse Events during Intrahospital Transportation of Critically Ill Patients. *Critical Care Research & Practice*, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2017/6847124>
- Graça, A. C. G., Silva, N. A. P., Correia, T. I. G., & Martins, M. D. Silva. (2017). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. *Referência*, 4(15), 133–144. <https://doi.org/10.12707/RIV17042>
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de urgência: Manual do Formando*. (2.^a ed.).
- Grupo Trabalho Serviços Urgência. (2019). Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgências. Em *Grupo Trabalho Serviços Urgência* (pp. 1–26). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urgências.pdf>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lusociência.

- Horwitz, L. I., Meredith, T., Schuur, J. D., Shah, N. R., Kulkarni, R. G., & Jenq, G. Y. (2009). Dropping the baton: A qualitative analysis of failures during the transition from emergency department to inpatient care. *Annals of Emergency Medicine*, 53(6), 701–710. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.05.007>
- Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara - Hospital Regional do Norte. (2015). *Protocolo Transporte Seguro*.
- Hu, Y., Shi, D., You, L., & Li, W. (2021). Intrahospital transport of critically ill patients: A survey of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*, 26(5), 326–332. <https://doi.org/10.1111/nicc.12601>
- Ignatyeva, Y., Nguyen, A. P., Schmidt, U., Barak, R., Agarwal, R., & Davidson, J. E. (2018). Transport of Critically Ill Cardiovascular Patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 41(4), 413–425. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000229>
- Instituto Politécnico de Viana do Castelo. (2019). *Regulamento Frequência e Avaliação - Mestrados (2018/2019)*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Intensive Care Society & The Faculty of Intensive Care Medicine (2019). *Guidance On: The Transfer Of The Critically Ill Adult*. 1–40. https://www.ficm.ac.uk/sites/default/files/transfer_critically_ill_adult_2019.pdf
- Jia, L., Wang, H., Gao, Y., Liu, H., & Yu, K. (2016). High incidence of adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients and new related risk factors: a prospective, multicenter study in China. *Critical Care (London, England)*, 20(12). <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1183-y>
- Johnson, M., Sanchez, P. & Zheng, C. (2015). The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 257-268
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2011). The Delphi Technique in Nursing and Health Research. *Wiley*. <https://doi.org/10.1002/9781444392029>
- Knight, P. H., Maheshwari, N., Hussain, J., Scholl, M., Hughes, M., Papadimos, T. J., Guo, W. A., Cipolla, J., Stawicki, S. P., & Latchana, N. (2015). Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 5(4),

256–264. <https://doi.org/10.4103/2229-5151.170840>

- Kue, R., Brown, P., Ness, C., & Scheulen, J. (2011). Adverse clinical events during intrahospital transport by a specialized team: a preliminary report. *American Journal of Critical Care*, 20(2), 153–164. <https://doi.org/10.4037/ajcc2011478>
- Kulshrestha, A., & Singh, J. (2016). Inter-hospital and intra-hospital patient transfer: Recent concepts. *Indian Journal of Anaesthesia*, 60(7), 451–457. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.186012>
- Lacerda, M. A., Guilherme, M., Cruvinel, C., & Silva, W. V. (2011). Transporte de pacientes: intra-hospitalar e inter-hospitalar. In *Curso de Educação à Distância em Anestesiologia*. (pp. 106-121).
- Lei nº 156/2015 - Homologa alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, I Série, n.º181 de 2015-09-16.
- Lei nº 27/2006- Lei de Bases de Proteção Civil, Diário da República, I Série, nº 126 de 2006-07-03. <https://dre.pt/application/file/537897>
- Lin, S. J., Tsan, C.-Y., Su, M.-Y., Wu, C.-L., Chen, L.-C., Hsieh, H.-J., Hsiao, W. L., Cheng, J.-C., Kuo, Y.-W., Jerng, J.-S., Wu, H.-D., & Sun, J.-S. (2020). Improving patient safety during intrahospital transportation of mechanically ventilated patients with critical illness. *BMJ Open Quality*, 9(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000698>
- Luís, J., & Apóstolo, A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, 9(2), 61–67.
- Marques, É. (2012). *Cuidar no Serviço de Urgência na presença de acompanhantes*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Biblioteca Virtual em Saúde. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1424858>
- Marques, J. B. V., & Freitas, D. de. (2018). Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*, 29(2), 389–415. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>
- Marques, J., & Freitas, D. – Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*, 29(2), 389-415.

- Martins, A. J. C. (2008). Investigação em enfermagem. *Pensar Enfermagem - Revista Científica / Journal of Nursing*, 12(2), 62–66. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v12i2.8>
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing: Development and progress*. (3.^a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Saúde. (2002). Criação do serviço de urgência hospitalar- Despacho Normativo nº 11/2002. Diário da República, I Série, n.º5 (2002-03-06), pp.1865–1866.
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Knol, D. L., Stratford, P. W., Alonso, J., Patrick, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2006). Protocol of the COSMIN study: COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 2. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-2>
- Morais, C. (2013). Investigação: Do problema aos resultados. *Universidade do Minho*, 2–3.
- Morais, S.A., & Almeida, L. F. (2013). Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. *Revista HUPE* 12(3), 138-146. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2013.7541>
- Nogueira, J. & Rodrigues, M. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, 20(3), 636–640.
- Norma 002/2018, Diário da República 1 (2018). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Percursos*, 17, 3–9.
- Nunes, L. (2014). Responsabilidade ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental. *Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*, 1–22.
- Nunes, L. (2019). Avaliação do impacto percebido da formação pós-graduada em Enfermagem. *Revista Percursos*, 46, 1-36.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*:

- Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidadedoscuidados.Pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem Tomada de Posição*. Ordem dos Enfermeiros
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consideticasnainvestigacademicaem enfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. (2.^a ed.). Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica*. Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/ReRegulento_361_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer n.º 09/2017 - *Transporte da Pessoa em Situação Crítica. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_09_2017_MCEEMC_TransportePe
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer n.º 14/2018. *Locação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de Reanimação – posto de trabalho nos serviços de urgência / emergência. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº-14_2018_rectificado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Parecer n.º 88/2021 - *Responsabilização do Enfermeiro pela realização de espólio*. Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21877/pron%C3%BAncia->

n%C2%BA-88_ce_esp%C3%B3lios-dos-utentes_anonimizada-2.pdf

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações. (Comissão da Competência em Emergência Médica)*.

<https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). *Transporte de Doentes Críticos. Adultos - Recomendações 2023*.

https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf

Osborne, C. S., Ratcliffe, M., Millar, R., & Duschl, R. (2003). What “Ideas-about-Science” should be taught in school science? A Delphi study of the expert community. *Journal of Research in science teaching*, 40 (7), 692-720.

Parker-Oliver, D. (2002). Redefining hope for the terminally ill. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 19(2), 115–120. <https://doi.org/10.1177/104990910201900210>

Parmentier-Decrucq, E., Poissy, J., Favory, R., Nseir, S., Onimus, T., Guerry, M.-J., Durocher, A., & Mathieu, D. (2013). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. *Annals of Intensive Care*, 3(1), 10. <https://doi.org/10.1186/2110-5820-3-10>

Pinheiro, J. (2009). Privacidade, segredo profissional e saúde nas instituições. *Cadernos de Bioética*, 48.

Pires, A. F., Santos, B. N., Santos, P. N. dos, Brasil, V. R., & Luna, A. A. (2015). Transporte seguro de pacientes críticos. *Revista Rede de Cuidados Em Saúde*, 1–4. <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rccs/article/view/2531>

Portaria n.º 260/2014. (2014) - Aprova o Regulamento do Transporte de Doentes. Diário da República I Série, n.º 241 (2014-12-15), pp. 1–21.

Portaria n.º1147/2001 - Aprova o Regulamento do Transporte de Doentes. Diário da República. I Série, n.º226 (28-09-2001), pp.6170-6175.

Portaria n.º260/2014 - Aprova o Regulamento do Transporte de Doentes. Diário da República. I Série, n.º241 (2014-12-15), pp.6084-6095.

- Portugal. Direção-Geral de Saúde. (2011). *Orientação nº18/2011 - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Direção Geral da Saúde.
- Portugal. Direção-Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Direção Geral da Saúde.
- Portugal. Entidade Reguladora da Saúde. (2020). *Regulamento n.º 964/2020 - Sobre transferência de utentes entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*. Entidade Regulada da Saúde.
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2021). *Censos 2021: resultados provisórios*. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Portugal. Ministério da Saúde. (2010). *Circular Normativa nº 15/2010. Criação das Equipas de Emergência Médica Interna*. Direção Geral de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2015). *Circular Normativa nº 019/2015 atualizada a 29/08/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Direção Geral de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2015). *Circular Normativa nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*. Direção Geral de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2015). *Circular Normativa nº 021/2015 atualizada a 17/11/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Direção Geral de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2015). *Circular Normativa nº 022/2015 atualizada a 29/08/2022. “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Direção Geral de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2018). *Circular Normativa nº 002/2018 Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Direção Geral de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Ministério da Saúde. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

- Prottegeier, J., Moritz, A., Heinrich, S., Gall, C., & Schmidt, J. (2014). Sedation assessment in a mobile intensive care unit: a prospective pilot-study on the relation of clinical sedation scales and the bispectral index. *Critical Care (London, England)*, 18(6), 615. <https://doi.org/10.1186/s13054-014-0615-9>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva. <https://tecnologiamidiaeinteracao.files.wordpress.com/2018/09/quivy-manual-investigacao-novo.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n.º 26 (2019-02-06), pp. 4744-4750.
- Regulamento n.º 656/2021 – Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República II Série, n.º 137 de 2021-07-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>
- Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, II Série n.º128 de 2019-09-25.
- Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, II Série, n.º 135 (2018-07-16), pp. 19359-193370. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>
- Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). Patient safety as a dimension of the quality of health care--a look at the literature. *Ciencia & Saude Coletiva*, 18(7), 2029–2036. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000700018>
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>
- Ringdal, M., Chaboyer, W., & Warrén Stomberg, M. (2016). Intrahospital transports of critically ill patients: critical care nurses' perceptions. *Nursing in Critical Care*,

21(3), 178–184. <https://doi.org/10.1111/nicc.12229>

Rosenberg, A., Campbell Britton, M., Feder, S., Minges, K., Hodshon, B., Chaudhry, S. I., Jenq, G. Y., & Emerson, B. L. (2018). A taxonomy and cultural analysis of intra-hospital patient transfers. *Research in Nursing and Health*, 41(4), 378–388. <https://doi.org/10.1002/nur.21875>

Rua, M. (2009). *De aluno a enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro]. Repositório da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/8922/1/2010000418.pdf>

Sampieri, C., Carlos, L., & Del Pilar, M. (2013). *Metodologia de pesquisa*. (5.a ed.). Penso Editora.

Scarparo, A. L. A., Azevedo, A., Freitas, M., Gabriel, C., & Chaves, L. (2012). Reflexões sobre o uso da Técnica Delphi em pesquisas na Enfermagem. *Rev Rene.*, 13(1), 242–251.

Schwebel, C., Clec'h, C., Magne, S., Minet, C., Garrouste-Orgeas, M., Bonadona, A., Dumenil, A.-S., Jamali, S., Kallel, H., Goldgran-Toledano, D., Marcotte, G., Azoulay, E., Darmon, M., Ruckly, S., Souweine, B., & Timsit, J. F. (2013). Safety of intrahospital transport in ventilated critically ill patients: a multicenter cohort study. *Critical Care Medicine*, 41(8), 1919–1928. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31828a3bbd>

Serrano, T., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 15(23). <https://doi.org/10.12707/RIII1019>

Silva, E. & Rodrigues, F. (2016). Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório. *Revista de Enfermería y Humanidades: Cultura de los Cuidados*, 46, 134–135.

Silva, R., Nazareth A., Salun, N. C., Martins, T., & Minatti, F. (2017). Visibility of intrahospital transport in an intensive care unit: a descriptive study. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3), 1–6. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2017-0048>

Skulmoski, G., Hartman, F., & Krahn, J. (2007). The Delphi Method for Graduate

- Research. *Journal of Information Technology Education: Research*, 6, 001–021.
<https://doi.org/10.28945/199>
- Sobreiro, R. J.(2017). *Perfil de competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. IC-Online.
<https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/2655>
- SPCI. (2008). *Tranporte de Doentes Críticos – Recomendações*. Comissão da Competência em Emergência Médica.
<https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Teles, M. A., Neto, J. S., Puster, R. A., Beltrão, B. A., Araújo, V. N., & Farias, L. M.(2018). Protocolo para transporte intrahospitalar de pacientes da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Walter Cantídio. *Revista de Medicina da UFC*, 58(4), 83-89. <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2018v58n4p83-89>
- Thomassen, Ø., Storesund, A., Sjøfteland, E., & Brattebø, G. (2014). The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(1), 5–18. <https://doi.org/10.1111/aas.12207>
- UNESCO. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos - UNESCO*. Comissão Nacional da UNESCO. Portugal: Digital Library.
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por
- Urrutia, E. M., Barrios, A. S., Gutiérrez, N. M., & Mayorga, C. M. (2015). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Revista Cubana de Educacion Medica Superior*, 28(3), 547–558.
- Valdés, M. G., & Marín, M. S. (2013). Delphi method for the expert consultation in the scientific research. *Revista Cubana de Salud Publica*, 39(2), 253–267.
- Vale, M. (2009). *Ética Da Investigação*. *Comissão de Ética para a Investigação Clínica*, 1, 1–16.
<http://www.ceic.pt/documents/20727/57508/Ética+da+Investigação/6b0bba31-029c-4d9a-b7ad-0e8a6dc2eebb%0Ahttp://www.ihmt.unl.pt/docs/Etica-da-Investigacao.pdf>
- Van Lieshout, E. J., Binnekade, J., Reussien, E., Dongelmans, D., Juffermans, N. P., de

- Haan, R. J., Schultz, M. J., & Vroom, M. B. (2016). Nurses versus physician-led interhospital critical care transport: a randomized non-inferiority trial. *Intensive Care Medicine*, *42*(7), 1146–1154. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4355-y>
- Vasconcelos, M. C. C., Pimentel, I. M., Lima, E. P., & Tavares, R. (2018). Criação e validação de um Checklist para triagem de pacientes críticos no transporte intrahospitalar. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, *10*(3), 1933-1941. https://doi.org/10.25248/REAS295_2018
- Veiga, V. C., Postalli, N. F., Alvarisa, T. K., Travassos, P. P., Vale, R. T. da S., Oliveira, C. Z. de, & Rojas, S. S. O. (2019). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, *31*(1), 15–20. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>
- Von der Gracht, H. A. (2012). Consensus measurement in Delphi studies: Review and implications for future quality assurance. *Technological Forecasting and Social Change*, *79*(8), 1525–1536. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.techfore.2012.04.013>
- Wei, J., Fang, X., Qiao, J., Liu, H., Cui, H., Wei, Y., Ji, X., Xu, B., Han, Q., & Jing, X. (2022). Construction on teaching quality evaluation indicator system of multi-disciplinary team (MDT) clinical nursing practice in China: A Delphi study. *Nurse Education in Practice*, *64*, 103452. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103452>
- Whiteley, S., Macartney, I., Mark, J., Barratt, H., & Binks, R. (2011). Guidelines for the transport of the critically ill adult. *Intensive Care Society*, 1–45.
- Wilkes, L. (2015). Using the Delphi technique in nursing research. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*, *29*(39), 43–49. <https://doi.org/10.7748/ns.29.39.43.e8804>
- Williams, P., Karuppiyah, S., Greentree, K., & Darvall, J. (2020). A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with transportation safety guidelines. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, *33*(1), 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.02.004>
- World Health Organization., & International Council of Nurses. (2009). *ICN Framework*

Of Disaster Nursing Competencies. ICN & WHO.

Wright, J., & Giovinazzo, R. (2000). Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1, 54–65. <http://www.fundacaofia.com.br/profuturo/Uploads/Documents/Artigos/art50.htm>

Zuchelo, L. T. S., & Chiavone, P. A. (2009). Intrahospital transport of patients on invasive ventilation: cardiorespiratory repercussions and adverse events. *Jornal Brasileiro de Pneumologia : Publicacao Oficial Da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, 35(4), 367–374. <https://doi.org/10.1590/s1806-371320090004000111>

ANEXOS

ANEXO I – CIRCULAR NORMATIVA N.º 11/2022/ACSS.

N. 11/2022/ACSS
DATA: 2022-07-27

CIRCULAR NORMATIVA

PARA: ARS, ULS, HOSPITAIS E CENTROS HOSPITALARES DO SNS

ASSUNTO: Termos de referenciação dos episódios de urgência classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) nos serviços de urgência hospitalares para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas

O Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de março, publicado em Diário da República n.º 55/2002, Série I-B, estabelece que “Os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas”, e que se consideram “(...) situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata”.

A emergência e urgência médica são entendidas como situações clínicas de instalação súbita nas quais, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais .

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 1 de 6

Portugal apresenta taxas de atendimento em serviços de urgência/emergência hospitalar significativamente mais elevadas do que outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), havendo estudos que identificam que cerca de 30% desses atendimentos não deveriam ocorrer naquele nível de prestação de cuidados. Com efeito, a literatura aponta para que uma parte da procura de cuidados em situação aguda teria uma resposta mais eficiente através de outros mecanismos (e.g. atendimento telefónico), noutros níveis de prestação de cuidados (cuidados de saúde primários), ou noutras respostas programadas (e.g. consultas externas hospitalares).

Por motivos diversos, e apesar das diferentes estratégias delineadas nos últimos anos (como a divulgação pública de informação sobre os tempos médios de resposta nos serviços de urgência, a implementação de programas de gestão de utilizadores frequentes dos serviços de urgência, a adoção de mecanismos de telemonitorização de doentes crónicos, o reforço da Linha Saúde 24, entre outras), a procura destes serviços não tem diminuído de forma sustentada e estrutural.

Conjuntamente, e em resultado das medidas sanitárias e de diminuição da circulação de pessoas para controlo da pandemia Covid-19, a utilização dos serviços de urgência e emergência reduziu-se em 2020 e 2021 face a anos anteriores, mas, a maio de 2022, o número de atendimentos em urgência hospitalar volta a aproximar de valores observados em anos pré-pandemia.

A redução da utilização inapropriada ou evitável dos serviços de urgência dos hospitais do SNS é fundamental e uma medida de eficiência e melhoria da qualidade na prestação, uma vez que permite, por um lado, minimizar as situações de excesso de procura e saturação dos serviços de urgência hospitalar reservando-os para as situações mais graves e, por outro lado, é mais eficiente e segura para o doente agudo de menor gravidade.

A implementação de estratégias tendentes à diminuição das urgências evitáveis implica, necessariamente, o reforço da implementação e divulgação dos mecanismos que garantem o acesso adequado e tempestivo dos doentes que procuram os serviços em situação de doença aguda.

Portugal tem implementados diversos sistemas de Triagem, incluindo nas urgências hospitalares (Triagem de Manchester), mas também no Centro de Contacto do SNS (SNS

para as Unidades de Saúde Familiar (USF) e/ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), ou para outras respostas programadas, dos utentes triados com cor “azul”, “verde” ou “branca” nos serviços de urgência hospitalar, estipulando os procedimentos administrativos a cumprir por ambas as partes.

2. Os protocolos de referenciação referidos no número anterior incluem a identificação dos mecanismos de marcação, a partir dos serviços de urgência hospitalares, das consultas a realizar nas USF ou UCSP onde o utente se encontra inscrito, ou, no caso de utentes não inscritos, nas unidades do local de residência, com data pré-definida a realizar no prazo máximo de 24 horas, conforme Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, bem como a marcação para outras respostas programadas hospitalares.

3. Aos utentes triados com cor “azul”, “verde” ou “branca” deve ser explicada de forma clara a importância dessa referenciação, designadamente em termos de qualidade e segurança, quer para os próprios, quer para os utentes que apresentem patologia grave, emergente/urgente, que efetivamente requeiram cuidados hospitalares em serviço de urgência.

4. Aos utentes que aceitem a referenciação para os cuidados de saúde primários ou outras respostas programadas, deve ser facultada, de imediato, a informação sobre o local e data para a observação clínica e os modos de contacto por parte dos serviços, de acordo com os números anteriores.

5. A referenciação para os cuidados de saúde primários ou outras respostas programadas pelo serviço de urgência hospitalar deve ocorrer na sequência da receção administrativa dos utentes no serviço de urgência, e imediatamente após o processo de triagem, para as situações triadas com cor “azul”, “verde” ou “branca”, devendo estas etapas ficar devidamente registadas nos respetivos sistemas de informação hospitalares. Esta referenciação ocorre imediatamente após a conclusão do processo de triagem, e antes de ocorrer contacto com o profissional médico afeto ao serviço de urgência.

6. Excecionam-se da referenciação para os cuidados de saúde primários ou outras respostas programadas, as seguintes situações:

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 4 de 6

- a. Utentes transportados ao serviço de urgência em ambulância após indicação dos CODU (Centros de Orientação de Doentes Urgentes);
- b. Utentes referenciados ao serviço de urgência pelo médico, com carta/informação clínica assinada;
- c. Utentes referenciados pela Linha SNS 24;
- d. Utentes acamados ou em cadeira de rodas, sem possibilidade de mobilização por meios próprios;
- e. Utentes vítimas de trauma;
- f. Utentes com situações agudas do foro psiquiátrico, pediátricas, obstétricas ou ginecológicas;
- g. Utentes acompanhados por forças de segurança;
- h. Utentes com indicação de perícia médico-legal.

7. Os hospitais e centros hospitalares criam nos seus sistemas de informação um código de destino específico para a alta administrativa correspondente à referência para os cuidados de saúde primários ou para outras respostas programadas, de forma a identificar univocamente estes casos a nível nacional.

8. Os episódios triados no serviço de urgência, e que deem origem a referência para os cuidados de saúde primários ou outras respostas programadas, antes de haver contacto com o profissional médico afeto ao serviço de urgência, não podem ser considerados como episódios de urgência para efeitos estatísticos, de financiamento da atividade assistencial realizada ou de pagamento de taxas moderadoras por parte dos utentes.

9. Os hospitais e centros hospitalares procedem à criação de um código específico para a dispensa do pagamento de taxas moderadoras para as situações aqui em causa, devendo proceder à anulação das cobranças que eventualmente tenham ocorrido na fase da admissão do utente no serviço de urgência.

10. Os protocolos de referência administrativa previstos na presente Circular são considerados no âmbito do processo de contratualização e financiamento de cuidados no Serviço Nacional de Saúde.

11. As Administrações Regionais de Saúde acompanham a implementação da presente Circular.

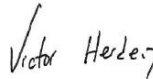
Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 5 de 6

A presente circular entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

O Presidente do Conselho Diretivo



Digitally signed by Victor Herdeiro
DN: cn=Victor Herdeiro, o=Administração Central
do Sistema de Saúde, ip=Presidente do
Conselho Diretivo, c=PT
Date: 2022.07.28 15:50:22 +01:00
Reason:

(Victor Herdeiro)

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Parque de Saúde de Lisboa | Edifício 16 | Avenida do Brasil, 53 | 1700-063 Lisboa | Portugal
Tel. Geral: 21 792 58 00 | Fax: 21 792 58 48 | Email: geral@acss.min-saude.pt | www.acss.min-saude.pt

Página 6 de 6

ANEXO II – AVALIAÇÃO PARA O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR (SPCI,
2023).

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

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

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

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

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA A
REALIZAÇÃO DO ESTUDO.

Autorização de estudo de contexto académico

António Diogo Jesus Tomás <2287@hbarcelos.min-saude.pt>

seg, 12/06/2023 10:55

[Para:at.diogo@hotmail.com](mailto:at.diogo@hotmail.com) <at.diogo@hotmail.com>

Enviado de [Outlook para Android](#)

From: Centro de Formação e Desenv. Prof. <dep@hbarcelos.min-saude.pt>

Sent: Friday, January 6, 2023 1:51:49 PM

To: António Diogo Jesus Tomás <2287@hbarcelos.min-saude.pt>

Cc: Urgência Enfermagem (Chefe) <urgenciaenfch@hbarcelos.min-saude.pt>

Subject: Autorização de estudo de contexto académico

Caro Senhor

Enfermeiro António Diogo Jesus Tomás

Encarrega-me o Conselho de Administração de informar que deliberou, em 29/12/2022, **autorizar** a realização do seu estudo SEGURANÇA DO DOENTE NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR, integrado no estágio académico que está a desenvolver no Serviço de Urgência, no qual visa criar um procedimento de verificação pré transporte hospitalar.

com os melhores cumprimentos,

Maria Carreiras (Enf^a)

Responsável do Serviço de Formação e Desenvolvimento Profissional

HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE

Campo da Republica - Apartado 181 4754 909 Barcelos

TEL +351 253 809 221 FAX +351 253 817 379

Extensão 6021

www.hbarcelos.min-saude.pt/

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

APÊNDICES

APÊNDICE I – PROTOCOLO “DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM Á PSC EM CONTEXTO DE SE”

Documentação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Sala de Emergência

1. Referência

0001_SU_PROS

2. Objetivo

Uniformizar a documentação dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de Sala de Emergência

3. Destinatários

Enfermeiros do Serviço de Urgência do HSMM, EPE.

4. Definições

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” (Regulamento 124/2011, p. 8656).

Sala de Emergência (SE) – Espaço dotado de material e recursos necessários para atendimento da pessoa em situação crítica. Deve ter alocada uma equipa multiprofissional com formação e competências adequadas, nomeadamente formação avançada em doente crítico e obrigatoriamente formação atualizada em Suporte Avançado de Vida.

Cuidados de Enfermagem – Os cuidados de enfermagem, integrados num contexto multiprofissional, distinguem-se em dois tipos de intervenções dos enfermeiros (IE): intervenções interdependentes e intervenções autónomas. As IE interdependentes são “(...) as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com os outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” As IE autónomas são “(...) as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (DL n.º 161/96, p. 2961).

Estrutura-se em torno dos quatro conceitos centrais: a pessoa que necessita de cuidados, o ambiente que a rodeia e em que ela vive, as crenças de saúde e de doença por que se rege e em que acredita e o cuidado de enfermagem que necessita (Kérouac [et al], 1994; Meleis, 2012).

SClínico – Aplicação Informática que une o SAM (sistema de apoio ao médico) e o SAPE (sistema de apoio à prática de enfermagem), de forma a existir uma aplicação comum a todos os prestadores de cuidados de saúde.

Documentação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Sala de Emergência

5. Procedimento

1. A documentação dos cuidados de enfermagem de acordo com o padrão de documentação que se apresenta deve ser aplicada a todos os utentes que dêem entrada na sala de emergência e sobre os quais o enfermeiro assume responsabilidade; É realizada no SClinico”;
2. De acordo com o juízo clínico do enfermeiro, devem ser identificados apenas os DE e as IE que resultem da tomada de decisão para cada caso em concreto;
3. Os cuidados de enfermagem podem ser autónomos ou interdependentes e devem ser documentados retrospectivamente, isto é, deve ser documentado apenas o que foi realizado. Não há necessidade, portanto, de definir um plano de cuidados à posteriori, exceto se, na sua tomada de decisão, o enfermeiro julgar adequado;
4. Para além dos DE/IE elencados no quadro seguinte, devem ser ainda identificadas os DE e as IE que, de acordo com os dados obtidos, resultem de processos de inferência.
5. A documentação dos cuidados de enfermagem ao doente em contexto de sala de emergência devem obedecer ao seguinte padrão de documentação:

Quadro 1 – Padrão de Documentação dos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Contexto de Sala de Emergência

	Foco de atenção	Atividade diagnóstica	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de enfermagem
A (Via Aérea)	Respiração	Avaliar risco de aspiração	Risco de aspiração	Executar técnica de posicionamento preventiva de aspiração Inspeccionar cavidade oral
		Avaliar aspiração	Aspiração	Aspirar secreções Vigiar respiração
		Avaliar limpeza da via aérea	Limpeza da via aérea comprometido em grau...	Aspirar secreções Incentivar a tossir Avaliar limpeza da via aérea Vigiar secreções
B (Ventilação)	Respiração	Avaliar ventilação	Ventilação comprometida	Posicionar para otimizar ventilação Monitorizar SatO2 Monitorizar frequência respiratória Vigiar respiração Gerir oxigenoterapia Avaliar ventilação
		Avaliar dispneia	Dispneia	Gerir oxigenoterapia Monitorizar SatO2 Monitorizar frequência respiratória Avaliar dispneia Posicionar para otimizar ventilação
C (Circulação)	Circulação	Vigiar traçado eletrocardiográfico	Arritmia	Monitorizar tensão arterial Monitorizar frequência cardíaca Vigiar pulso Vigiar traçado eletrocardiográfico
		Monitorizar tensão arterial	Hipertensão	Monitorizar tensão arterial

Documentação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Sala de Emergência

			Hipotensão	Monitorizar tensão arterial Monitorizar frequência cardíaca Vigiar pulso Executar posicionamento de trendlemburg Avaliar hipotensão
		Avaliar perfusão tecidos	Perfusão dos tecidos comprometida	Elevar partes do corpo Aumentar a temperatura das extremidades Avaliar perfusão dos tecidos
		Avaliar risco de compromisso da perfusão dos tecidos	Risco de compromisso da perfusão dos tecidos	Aumentar a temperatura corporal através de dispositivos Avaliar risco de compromisso da perfusão dos tecidos
		Avaliar perda sanguínea	Perda sanguínea	Avaliar perda sanguínea Aplicar tamponamento Aplicar penso compressivo
		Avaliar hemorragia	Hemorragia	Aplicar tamponamento Avaliar hemorragia Aplicar penso compressivo Monitorizar tensão arterial Monitorizar frequência cardíaca
D (Disfunção Neurológica)	Sensação	Monitorizar consciência através de escala de Comas de Glasgow Vigiar status neurológico	Consciência (foco de vigilância)	Monitorizar consciência através de escala de Comas de Glasgow
	Metabolismo	Monitorizar glicemia capilar	Hipoglicemia Hiperglicemia	Monitorizar glicemia capilar Tratar hipoglicemia Vigiar sinais de hipoglicemia Monitorizar glicemia capilar Vigiar sinais de hiperglicemia
E (Exposição c/ Controlo de Temperatura)	Temperatura	Monitorizar temperatura corporal	Hipertermia	Monitorizar temperatura corporal Gerir temperatura corporal através de dispositivos
			Hipotermia	Monitorizar temperatura corporal Aumentar a temperatura corporal através de dispositivos Aplicar envolvimento quente
			Febre	Executar técnica de arrefecimento natural Monitorizar temperatura corporal
F (Intervenções Focais)	Família	Avaliar processo familiar	Processo familiar comprometido	Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes Avaliar processo familiar
	Emoção	Avaliar processo luto	Processo de luto disfuncional	Avaliar processo luto Assistir a família no processo de luto
G (Gestão dor)	Sensação	Monitorizar dor	Dor em grau....	Vigiar dor Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento Vigiar sedação
H (História)	Avaliação Inicial			
I (Exame Físico)				
Atitudes terapêuticas	Oxigenoterapia VNI VMI Monitorização eletrocardiográfica Cuidados com tubo endotraqueal Cuidados com CVP Cuidados com CVC Cuidados com cateter urinário Cuidados com SNG			

Documentação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Sala de Emergência

Cuidados com cateter arterial Cuidados com dreno torácico
--

6. Indicadores

Descrição	Quem avalia	Periodicidade
N.º de doentes admitidos na SE com documentação dos cuidados de enfermagem no SClínico, de acordo com o presente procedimento.	Responsável pelos SIE Elo de ligação aos SIE	Mensal

7. Referências

- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão Beta 2. Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000. ISBN 972-98149-5-3.
- REGULAMENTO N.º 124/2011. DR II Série. 35 (2011/02/18) 8656-8657.
- DECRETO-LEI n.º 161/96 DR I Série. 205 (1996/09/04) 2959-2962
- MELEIS, Afaf Ibrahim – Theoretical nursing: development & progress. 5.ª Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9.
- KÉROUAC, Suzanne [et al] – Le pensée infirmière. Paris: Maloine, 1994. ISBN 2-224-02284-0.

8. Anexos

Não aplicável

9. Edições / Revisões

Edição	Revisão	Elaborado / Revisto	Aprovado	Data	Homologado	Data
1	0	Teresa Alves (SIE) António Carlos Diogo Tomás Ivo Alves Teresa Ferreira	Conceição Sousa (Enf. Gestora do SU)	01.02.2023	Joaquim Passos (Enfermeiro Diretor)	
Próxima Revisão		01.02.2026				

APÊNDICE II – PROJETO REFERENCIAÇÃO DOS UTENTES

DIFICULDADES NA REFERENCIAÇÃO DE DOENTES NÃO URGENTES PARA O ACES CÁVADO III BARCELOS / ESPOSENDE

Autores:

António Carlos Vilas Boas, 1128
Diogo Tomás, 2287
Francisco Costa, 1090
Ivo Alves, 22662
Rui Gonçalves, 884
Teresa Ferreira, 2375

1- Introdução

O Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de março, publicado em Diário da República n.º 55/2002, Série I-B, estabelece que “Os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas”, e que se consideram “(...) situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata”.

A emergência e urgência médica são entendidas como situações clínicas de instalação súbita nas quais, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais.

Em Portugal, por razões de vária ordem, os utentes recorrem aos Serviços de Urgência (SU) muitas vezes em primeira instância, pois estes têm disponibilidade anunciada e efetiva nas vinte e quatro horas do dia, todos os dias do ano. (Diogo, 2007).

Associado a esta realidade, confrontamo-nos com o envelhecimento da população, o aumento dos acidentes e da sinistralidade bem como da prevalência das doenças crónicas, pelo que o número de utentes que procuram os SU tem vindo a aumentar (Amaral, 2017).

Efetivamente, Portugal apresenta taxas de atendimento em serviços de urgência/emergência hospitalar significativamente mais elevadas do que outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), havendo estudos que identificam que cerca de 30% desses atendimentos não deveriam ocorrer naquele nível de prestação de cuidados. (Circular Normativa 11/2022/ACSS).

Com efeito, a literatura aponta para que uma parte da procura de cuidados em situação aguda teria uma resposta mais eficiente noutros níveis de prestação de cuidados, por exemplo nos cuidados de saúde primários ou consultas externas hospitalares. (Circular Normativa 11/2022/ACSS).

ÍNDICE

1- Introdução	
2- Referencial teórico	
3- Metodologia	
4- Bibliografia	
Anexos	
Anexo I: Cronograma	
Anexo II: Questionário: “Razões de recusa do encaminhamento para o ACES Cávado III”	

Apesar das diferentes estratégias delineadas nos últimos anos em Portugal como a divulgação pública de informação sobre os tempos médios de resposta nos SU, a implementação de programas de gestão de utilizadores frequentes dos SU, a adoção de mecanismos de telemonitorização de doentes crónicos, o reforço da Linha Saúde 24, entre outras, a procura destes serviços não tem diminuído de forma sustentada e estrutural.

Torna-se assim fundamental a redução da utilização inapropriada ou evitável dos SU como uma medida de eficiência e melhoria da qualidade na prestação, pois permite, por um lado, minimizar as situações de excesso de procura e saturação dos SU hospitalar reservando-os para as situações mais graves e, por outro lado, é mais eficiente e segura para o doente agudo de menor gravidade.

A ACSS, através da Circular Normativa n.º 11/2022, procura dar resposta a esta realidade e define os termos de referenciação dos episódios de urgência classificados na triagem de prioridades como Posco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) para os cuidados de saúde primários (CSP) e outras respostas hospitalares programadas.

Os objetivos desta referenciação são: aumentar o acesso à atividade hospitalar programada; reforçar as respostas dos CSP, da rede nacional de cuidados continuados integrados, do setor social e da comunidade; melhorar a articulação entre os serviços do SNS, nomeadamente através do redirecionamento dos designados casos “menos/ não urgentes” com garantia de atendimento.

Ainda segundo a mesma Circular, para proceder à referenciação, os hospitais e centros hospitalares do SNS devem definir, em conjunto com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), protocolos administrativos de referenciação para as Unidades de Saúde Familiar (USF) e/ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), ou para outras respostas programadas, dos utentes triados com cor “azul”, “verde” ou “branca” nos serviços de urgência hospitalar, estipulando os procedimentos administrativos a cumprir por ambas as partes.

No SU do Hospital de Barcelos a referenciação já foi colocada em prática, sendo explicada aos utentes de forma clara a importância dessa referenciação, designadamente em termos de qualidade e segurança, quer para os próprios, quer para os utentes que apresentem patologia grave, emergente/urgente, que efetivamente

Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

requerem cuidados hospitalares em SU. No entanto, por diversas razões, o número de utentes que são efetivamente encaminhados é muito reduzido.

Toma-se então importante perceber os motivos para esta dificuldade demonstrada na referenciação, de forma a encontrar possíveis medidas de melhoria no processo e é neste contexto que surge este projeto, esperando que possa tornar-se um incentivo à reflexão, um contributo para a melhoria da qualidade do atendimento nos SU, e consequentemente dos cuidados de enfermagem prestados ao utente urgente/emergente.

2- Referencial técnico

Percebemos anteriormente que, tendo em conta o elevado número de utentes que recorrem diariamente aos SU e a vasta gama de problemas que apresentam, a procura de soluções que os beneficiem em situação de doença com risco ou inibição de falência orgânica e um atendimento aos SU mais eficiente e humanizado, surge a necessidade de se implementar um sistema de triagem de prioridades.

Em Portugal, o Ministério da Saúde (MS) através do Despacho n.º 19124/2005, de 2 de setembro, veio deliberar a obrigatoriedade da implementação, em todos os SU integrados na rede de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de um protocolo de triagem de prioridades, com vista a garantir à pessoa cuidada mais adequados e de maior qualidade assegurando uma maior prioridade às situações mais graves.

Mais recentemente, o MS, através do Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro, determinava que todos os SU que "não tenham implementado o Sistema de Triagem Manchester (STM) devem proceder à sua implementação até 31 de dezembro de 2015". Assim, o STM encontra-se implementado em todos os SU de Portugal.

Como salienta (Silva, 2009, p.35), através da utilização do STM é possível "(...) a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do SU, quer em situações de catástrofe."



Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

Como refere o GPT (2010), a triagem é um processo dinâmico devendo ser executada periodicamente em todos os utentes enquanto esperam observação clínica ou tratamento. Para estes utentes, o STM contempla a possibilidade de retriagem, quando se verifica um agravamento ou melhoria do seu estado clínico, durante o tempo de espera para observação médica.

Ao nível hospitalar, a responsabilidade técnica pelo procedimento de triagem e a identificação da prioridade clínica encontra-se salvaguardada no âmbito do Protocolo assumido por todas as instituições hospitalares aderentes ao Sistema de Triagem de Prioridades, que determina a responsabilidade do processo de triagem mediante a utilização dos algoritmos e fluxogramas técnicos em vigor.

Estando implementado em todos os SU hospitalares, o STM permite a identificação dos utentes cujo atendimento não deveria ocorrer naquele nível de prestação de cuidados.

Desta forma, é possível implementar projetos de melhoria da comunicação entre o CSP e os SU dos hospitais de referência através de protocolos de cooperação que facilitem a resolução conjunta das questões que resultam da procura inadequada dos SU hospitalar ou da necessidade de referenciar doentes dos CSP para Os SU.

Neste âmbito, o MS colocou em prática o projeto-piloto SNS+ Proximidade que procurava esta articulação através de projetos iniciados em hospitais da região norte e mais recentemente, a ACSS, através da Circular Normativa nº 11/2022, procurando dar resposta à excessiva e, por vezes, inadequada procura dos SU, definiu os termos de referenciação dos episódios de urgência classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) para os cuidados de saúde primários (CSP) e outras respostas hospitalares programadas.

3- Metodologia

Partindo da problemática inicial que se manifesta pela dificuldade de referenciação para as Unidades de Saúde Familiar (USF) e/ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), ou para outras



Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

Trata-se de uma metodologia cujo objetivo é dispor de um sistema de triagem inicial que, de forma objetiva, reproduzível, passível de auditoria e com controlo médico, promova o atendimento em função de critério clínico, e não do administrativo ou da ordem de chegada ao SU (Silva, 2009). Segundo o mesmo autor, fazer triagem de prioridades é identificar critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido, baseada nas queixas apresentadas e nos problemas identificados e o respetivo tempo alvo recomendado até ao início da primeira observação médica, sem nenhuma pretensão de estabelecer diagnósticos clínicos.

A metodologia do STM consiste em identificar a queixa inicial que o utente refere ou apresenta e seguir o respetivo fluxograma de decisão. O STM contém cinquenta e dois fluxogramas para os distintos problemas apresentados: sete são específicos para crianças e dois para catástrofes. Partindo da queixa principal do utente, segue-se a seleção do fluxograma que melhor se adequa à queixa identificada. O fluxograma é estruturado por um conjunto de questões a serem colocadas, chamadas de discriminadores que, como o nome indica, permitem a discriminação de utentes de forma a incluí-los numa das cinco prioridades clínicas.

É preconizado que a triagem seja efetuada num período de tempo de dois a cinco minutos e a seleção do discriminador corresponde à pergunta que tenha resposta positiva ou que não possa ser negada e que vai decidir a prioridade clínica (Silva, 2009).

Segundo a mesma fonte, a utilização do STM permite classificar o utente numa de seis categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo para a observação inicial:

Urgência	Cor	Tempo alvo
Emergência	Vermelho	0 minutos
Muito urgente	Laranja	10 minutos
Urgente	Amarelo	60 minutos
Pouco urgente	Verde	120 minutos
Não urgente	Azul	240 minutos
Não Classificável	Branco	Não definido



Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

respostas programadas, dos utentes triados com cor "azul", "verde" ou "branca" nos serviços de urgência hospitalar, foi estabelecido o objetivo geral deste projeto.

Assim, o objetivo geral deste projeto é: conhecer os motivos que dificultam a referenciação dos utentes classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas.

Foram constituídos também os objetivos específicos:

- Identificar fatores dificultadores da referenciação dos utentes classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas.
- Identificar sugestões de melhoria na realização da referenciação dos utentes classificados na triagem de prioridades como Pouco Urgentes/ Não Urgentes/Encaminhamento inadequado para o Serviço (cor verde, azul ou branca, respetivamente) para os cuidados de saúde primários e outras respostas hospitalares programadas.

Para a sua consecução, recorremos a uma recolha de dados através de questionário a realizar aos utentes que reúnam critérios para referenciação para os CSP e outras respostas hospitalares programadas e que não foram encaminhados, no sentido de perceber os motivos da sua permanência no SU.

Concluída a recolha de dados, será realizada a análise e discussão dos mesmos, integrando-os nos objetivos do projeto.

4- Bibliografia

AMARAL, Paula M. F. - Qualidade da Triagem de Manchester e fatores que a influenciam. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2017. Dissertação de Mestrado.

DESPACHO n.º 1057/15. DR II Série. 22 (02-02-2015) 3039. Estabelece disposições no âmbito do Sistema de Triagem de Manchester (MTS).



Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

DESPACHO n.º 18459/06. DR II Série. 176 (12-09-2006) 18611-18612. Aprova a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência e a criação de unidades básicas de urgência.

DESPACHO n.º 19124/05. DR II Série. 169 (02-09-05) 12834.

DIOGO, Carla S. - Impacto da relação cidadão – Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS. Lisboa: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, 2007. Dissertação de Mestrado.

FREITAS, Maria M. - Dificuldades percebidas e grau de satisfação dos enfermeiros que fazem triagem de Manchester nos serviços de urgência. Leiria: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, 2014. Dissertação de Mestrado.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - Triagem no serviço de urgência - manual do formando. 2.ª edição. Amadora: Grupo Português de Triagem, 2010. ISBN 9789899665200.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM - Triagem no serviço de urgência - manual do formando. Lisboa: BMJ Publishing Group, 2002.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM – Critérios para atribuição de cor branca. Grupo Português de Triagem, 2009.

MACHADO, Humberto - Relação entre a prioridade no serviço de urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, 2008. Dissertação de Mestrado.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. - Emergency Triage: Manchester Triage Group. 3ª edição. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd, 2014.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. Comissão de reavaliação da rede nacional de emergência e urgência, relatório. [EM LINHA]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2012. Disponível em WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/emt-rel-crmen-pdf.aspx>.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - Protocolos de Triagem de Prioridades em Urgência. Lisboa: Direção Geral de Saúde, Circular Informativa n.º 52 de 04 de outubro de 2005.



Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2015.

SILVA, António M. - Triagem de Prioridades - Triagem de Manchester. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe



Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

ANEXO I - Cronograma

	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió
Pesquisa bibliográfica							
Recolla de dados							
Tratamento de dados							
Apresentação dos resultados							



Gestão do percurso do utente com doença aguda/agudização de doença crónica

ANEXO II - Questionário

QUESTIONÁRIO

- 1 - Data: __/__/__ 2 - Hora de admissão: _____
- 3 - Idade: ____ 4 - Género: (M) (F)
- 5 - Como se deslocou ao SU:
- a) Transporte próprio ____
 - b) Transporte público ____
 - c) A pé ____
 - d) Boleia ____
- 6 - Como se deslocaria para o CS:
- a) Transporte próprio ____
 - b) Transporte público ____
 - c) A pé ____
 - d) Boleia ____
- 7 - Razões da recusa:
- a) Acha que não tem vaga ____
 - b) Não tem transporte ____
 - c) Não gosta/não quer frequentar o CS ____
 - d) Espera realizar exames/medicação EV no SU ____
 - e) Não gosta do(a) médico(a) de família ____
 - f) Confia mais nos Médicos do Hospital ____
 - g) É incómodo abandonar o SU e deslocar-se ao CS ____
 - h) Outro (qual?) _____



APÊNDICE III – PROJETO REORGANIZAÇÃO DA SE

POR UMA SALA DE EMERGÊNCIA MAIS FUNCIONAL...

Autores:

António Carlos, 1128
Diogo Tomás, 2287
Ivo Alves, 2262
Rui Gonçalves, 884
Teresa Ferreira, 2375

LISTA SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
AHA - American Heart Association
CPR- Conselho Português Ressuscitação
CRRNEU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência
DGS - Direção Geral de Saúde
GTSU - Grupo Trabalho Serviços Urgência
PSC - Pessoa em Situação Crítica
RCP- Ressuscitação Cardiopulmonar
SE - Sala de Emergência
SU - Serviço de Urgência
VA – Via Aérea

ÍNDICE

LISTA SIGLAS	3
ÍNDICE DE FIGURAS	4
INTRODUÇÃO	5
OBJETIVO GERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
FILOSOFIA LEAN	9
1.º S - SEIRI - SENSO DE UTILIZAÇÃO	9
2.º S - SEITON - SENSO DE ARRUMAÇÃO	10
3.º S - SEISO - SENSO DE LIMPEZA	10
4.º S - SEIKETSU - SENSO DE SAÚDE E HIGIENE	10
5.º S - SHITSUKE - SENSO DE AUTO-DISCIPLINA	10
Aplicação do Código de Cores	16
SALA DE EMERGÊNCIA E PRÁTICA SIMULADA	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura SE	12
Figura 2 - Estrutura SE	13
Figura 3 - Estrutura SE	15
Figura 4 – Código de cores. Fonte :Bonjer, 1976)	16
Figura 5 - Protótipo de equipa de reanimação "pit crew"	17
Figura 6 - Proposta de modelo operacional para a SE do HSMM	18

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde na área de urgência e emergência são um componente primordial à sociedade atual. Cada vez mais, há necessidade desses cuidados devido a acidentes, a violência urbana e situações de doença relacionadas com o estilo de vida, o envelhecimento da população e comorbidades subsequentes. De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), o Serviço de Urgência (SU) existe para “tratar clientes em situações urgentes e emergentes, oferecendo tratamento eficaz, eficiente e equitativo” (2001, p. 6-7). Para compreender a lógica de funcionamento do SU, a mesma entidade clarificou os conceitos de urgências como “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (DGS, 2001, p. 32) e emergências como “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001, p. 32).

No Relatório do Grupo Trabalho - Serviços Urgência (GTSU) (2019), encontramos a definição de urgência/emergência médica como uma situação clínica súbita em que ocorre uma falência ou risco de compromisso de uma ou mais funções vitais. No entanto, a Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, (CRRNEU) (2012, p.8), dividiu os conceitos e definiu emergência como uma situação em que “existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo” e urgência como uma situação clínica “que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)”.

Além disso, segundo o Manual de Recomendações Técnicas para o SU, publicado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) em 2015, este tipo de serviço tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de clientes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar. Assim, quem recorre a este tipo de serviço é atendido por uma equipa multidisciplinar com formação e competências específicas (Ferreira et al., 2020).

O SU, para além de ser o rosto e a porta de entrada de um hospital, pelas suas características próprias é um ambiente de stress, desprovido de padronização de cuidados, com imprevisibilidade e em que as ações estão dependentes do tempo, com

vasto leque de competências de domínio profissional, ético e legal, de comunicação, de gestão - quer de recursos materiais e humanos, quer de situações de exceção - de cuidado à PSC e prevenção de complicações, na procura da excelência dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

A SE é uma área funcional particularmente exigente, que se caracteriza por acolher a PSC por doença aguda, crónica agudizada ou trauma. Pela sua especificidade exige que o enfermeiro alocado à prestação de cuidados neste espaço possua uma multiplicidade de competências. O domínio dos conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem à PSC, a operacionalização de protocolos complexos de atuação em situações de urgência/emergência, o trabalho em equipa, a comunicação de más notícias, a gestão de tempo, recursos humanos e materiais, é um contributo para alcançar a excelência nos cuidados prestados nesta unidade funcional. Pelo acima descrito, os enfermeiros especialistas assumem a liderança da equipa no SU devido ao reconhecimento de seus elevados níveis de juízo clínico e tomada de decisão nos diferentes domínios da sua área de especialização, o que determina a sua alocação à SE.

A discórdia nos procedimentos adotados, as falhas na liderança e na comunicação da equipa, o stress e a falta de organização podem desviar o foco de atenção da equipa e gerar um ambiente caótico e confuso (Mellick & Adams, 2009). Pelo que, a cada momento, cada elemento deve saber qual é o posto e a função que tem adstrita. A equipa multidisciplinar deve atuar de forma sincronizada, coesa e articulada, sob orientação de normas operacionais, adotando uma metodologia sequencial de atuação desde a admissão da PSC até à sua estabilização e planeamento da transferência intra ou inter-hospitalar (Wehbe & Galvão, 2005).

A admissão de uma pessoa na SE traduz-se numa imediata mobilização da equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados de saúde, em que a equipa de enfermagem assume um papel fundamental. Assim, para a melhor abordagem, tratamento e estabilização da PSC importa sistematizar e adequar os requisitos arquitetónicos, materiais, técnicos, funcionais e humanos a ter em conta nos mais diversos cenários.

um ritmo de trabalho acelerado em que todos os minutos contam, onde se reflete a necessidade de haver uma equipa profissional muito bem preparada e capacitada com conhecimentos, com competências técnicas e psicomotoras, na tomada de decisão e rapidez na sistematização do trabalho em equipa. A prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) exige intervenções complexas e atempadas, percorrendo a área extra-hospitalar, passando pelo transporte primário até à assistência intra-hospitalar (Ferreira et al., 2020).

O Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da PSC, presta cuidados de enfermagem altamente qualificados, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, com o objetivo de responder às necessidades identificadas, manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro).

Cuidar da PSC na Sala de Emergência (SE), como referimos, implica a convergência de vários domínios de competência, nomeadamente na implementação de protocolos de atuação em situações de urgência/emergência, comunicação, priorização de intervenções e tomada de decisão clínica e ética, o que nos reporta para as competências de Enfermeiro Especialista no Cuidados à PSC (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro).

Devido à sua importância na rede hospitalar, as SE são uma das áreas destacadas nas recomendações para a organização dos cuidados de urgência e emergência, que preconizam a regulamentação da organização e funcionamento destes espaços nos SU, com base nas condições existentes em cada hospital (Grupo de Trabalho Urgências, 2006).

No SU, especialmente na SE, a prestação de cuidados de enfermagem à PSC é recorrente e requer uma abordagem sistemática à pessoa, bem como o domínio de protocolos e algoritmos de atuação baseados em evidência científica, pelo que, implica um amplo conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (Ferreira & Madeira, 2011).

Pelo descrito, a SE é uma das unidades funcionais do SU mais exigente, onde o enfermeiro tem que responder de forma eficaz e eficiente às necessidades da PSC, o que muitas vezes exige uma decisão em escassos segundos com repercussões no modo fisiológico da pessoa. O enfermeiro que presta cuidados na SE deve assim, reunir um

OBJETIVO GERAL

Tendo em consideração o acima descrito define-se como objetivo geral deste trabalho:

- Reorganizar a SE (espaço físico, dotação de material clínico e farmacológico, redefinição de funções, informatização dos registos de cuidados), no sentido de torná-la mais funcional e eficiente na abordagem à PSC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

No entanto, um objetivo geral só pode ser avaliado se traduzido, mediante a conceitualização de objetivos específicos, nomeadamente:

- Descrever a filosofia LEAN;
- Sensibilizar os gestores institucionais para a necessidade de tornar este espaço mais eficiente, através da economia de recursos e otimização de processos, de maneira a oferecer um serviço de maior qualidade;
- Organizar o material clínico na SE por áreas de atuação (A, B, C, D, E);
- Formar kits de acesso rápido para procedimentos específicos;
- Criação de plataforma informática interna hospitalar que permita acesso permanente ao plano formativo do SU;
- Criação de registo de admissão de doente na SE e implementação de auditoria;
- Evidenciar o papel da prática simulada na abordagem célere, sistematizada e eficiente à PSC;
- Gerir e adequar a dotação de material clínico e farmacológico de forma mais eficiente minimizando o desperdício.

FILOSOFIA LEAN

A intervenção do enfermeiro mediante a PSC exige-se precisa, eficiente, eficaz, em tempo útil e holística (Regulamento n.º 122/2011, 2011) pelo que a SE deve ser consonante com esta premissa.

A reorganização permite uma adequação do meio ambiente (estímulos contextuais e residuais) aos comportamentos da pessoa, contribuindo para a sua integridade. Portanto, durante a reorganização, a aplicação do método 5S+1 como ferramenta de gestão de qualidade permite-nos definir, avaliar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho (Pertence & Melleiro, 2010) com o acréscimo da garantia da segurança dos cuidados.

O principal objetivo do programa 5S+1 é promover a mudança de comportamento das pessoas, através da eliminação de materiais obsoletos, identificação correta de materiais, garantir a limpeza regular e adequada do local de trabalho, promovendo a conceptualização de um ambiente que favoreça a saúde física, mental, manutenção da ordem refletindo-se na melhoria do desempenho e segurança da organização (Pertence & Melleiro, 2010).

A sua denominação teve origem nas letras iniciais de cinco palavras de origem japonesa, cuja adaptação para a língua portuguesa adquire a designação de cinco sentidos, a que correspondem as cinco etapas do programa que evolui e culmina no estabelecimento dos pré-requisitos previamente determinados e na sua manutenção (Pertence & Melleiro, 2010). Os 5 sentidos são especificamente o senso de utilização, o senso de arrumação, o senso de limpeza, o senso de saúde e higiene e o senso de auto-disciplina (Silva, 2005). Assim, a aplicação do método 5S+1 permite organizar a área de trabalho, otimizando o desempenho, o conforto, a segurança e a limpeza (Peterson & Smith, 1998).

1.º S - SEIRI - SENSO DE UTILIZAÇÃO

O conceito associado ao primeiro "S" é separar o útil do inútil, eliminando o desnecessário (Silva, 2005).

Ter o material necessário, em quantidade adequada e controlada, é fundamental para facilitar os cuidados. Portanto, é importante saber separar e classificar os objetos,

Este processo determinou o estabelecimento de normas de verificação/utilização da SE, uma vez que, a necessidade de responder prontamente perante uma situação de emergência exige que a verificação da SE seja permanente, garantindo a sua prontidão perante a PSC para uma resposta rápida e eficaz. Assim, o Enfermeiro responsável pela SE deve no início de cada turno e após cada utilização assegurar a verificação e reposição da SE; efetuar a verificação diária da SE de acordo com a listagem de verificação do material da SE; sendo fundamental a periodicidade de aplicação do método para avaliação dos progressos, cumprindo sempre os procedimentos operacionais e os padrões éticos da Instituição, na procura da melhoria da qualidade. A autodisciplina requer a consciência e um constante aperfeiçoamento de todos no ambiente de trabalho (Silva, 2005).

Mas também o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, nomeadamente de dinamização da resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, desde a conceção à ação, sendo a reorganização da SE pensada para a admissão de dois doentes simultaneamente, com adequada gestão de material. E ainda, na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a PSC e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas com adequado controlo, contemplada na terceira e quarta etapa do método 5S.

A reorganização da SE determinou a alocação de equipamentos, material clínico e farmacológico. A cultura do cuidado hospitalar está centrada no cuidado ao doente. Como tal, as mudanças e melhorias concentram-se em melhorar a assistência às pessoas que aí recorrem. Os benefícios para o doente serão melhores também para a organização, caso se mostrem, mais eficientes e com custos reduzidos.

Assim, apresentámos em seguida, as propostas em imagem 3D para a reestruturação da SE do Hospital Santa Maria Maior, EPE.

separar os úteis dos inúteis, e progressivamente separar os mais utilizados dos menos utilizados, com uma alocação ajustada à sua utilização (Silva, 2005).

2.º S - SEITON - SENSO DE ARRUMAÇÃO

O conceito associado ao segundo "S" é identificar e arrumar tudo, para que qualquer pessoa possa localizar facilmente determinando material através da ordenação, sistematização e classificação com: a padronização de nomenclaturas; o uso de rótulos e cores vivas para identificar os materiais, a adoção de um padrão; a distribuição de objetos diferentes em locais diferentes; a definição do local de armazenamento de cada objeto e acondicionamento adequado de objetos e móveis, evitando a sua permanência em local que condicione a locomoção (Silva, 2005).

3.º S - SEISO - SENSO DE LIMPEZA

Ao terceiro "S" associa-se o conceito de manter um ambiente sempre limpo. Todos os elementos da equipa devem reconhecer a importância de manter um ambiente limpo e os seus benefícios, transparecendo qualidade e segurança (Silva, 2005).

4.º S - SEIKETSU - SENSO DE SAÚDE E HIGIENE

O conceito associado ao quarto senso é o de manter um ambiente de trabalho sempre favorável à saúde e higiene, sendo a higiene definida como a manutenção da limpeza e da ordem, uma vez que um ambiente limpo é um ambiente mais seguro.

5.º S - SHITSUKE - SENSO DE AUTO-DISCIPLINA

O conceito associado ao quinto "S" é o de fazer das atitudes descritas um hábito, transformando os 5S num modo de vida, usando a criatividade no trabalho, melhorando a comunicação interpessoal, compartilhando visão e valores, harmonizando as metas, treinando o pessoal com paciência e persistência, consciencializando-os para os 5S (Silva, 2005).

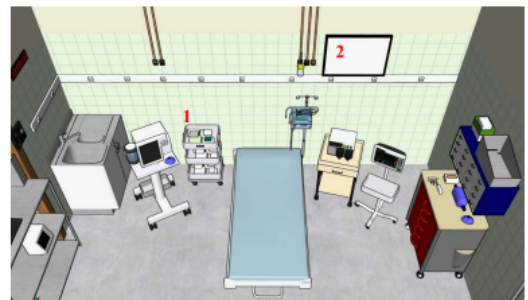


Figura 1 - Estrutura SE

1. Em alguns casos, a deterioração da situação clínica ou PCR, impõe a necessidade de suporte ventilatório, seja este não invasivo ou invasivo através da entubação orotraqueal (INEM, 2019).

Neste sentido, propomos a criação de um carro de abordagem a via aérea. A via aérea é a primeira prioridade que a equipa de emergência deverá assegurar, assim, torna-se imprescindível que o material necessário para o efeito esteja devidamente preparado, operacional e de rápido acesso.

Este carro será constituído por 3 prateleiras, em que o material de abordagem à via aérea será organizado consoante a sua complexidade. A prateleira A será composta por uma máscara de alta concentração, tubos de guedel adulto, lâmina machintosh nº 3 e nº 4, fio de nastro, pinça maguil, mandril de intubação, seringa 10 cc e TOT. A prateleira B terá na sua composição: máscaras faciais de diferentes tamanhos, máscara laringea e lubrificante. Na prateleira C, o videolaringoscópio e o kit de cricototomia. O bougie, por não poder ser dobrado, ficará fixo junto ao carro.

O transporte e as movimentações desnecessárias, encontram-se interligados. É considerada uma movimentação desnecessária sempre que se faça algo que não acrescente valor e seja dispensável. Assim, o carro de abordagem à via aérea junto de onde ela é abordada permite a existência de stock de material próximo

do posto de trabalho e planejar a reposição de stock de forma a evitar esperas ou interrupções.

- Os registos da SE assumem cada vez mais importância na área da PSC. Quando realizados, permitem descrever na íntegra todos os fármacos e procedimentos executados à pessoa, intervenções realizadas e avaliação das mesmas, sendo uma mais valia para garantir a continuidade e segurança dos cuidados. Portanto, propomos a colocação de um quadro de maiores dimensões para que estes registos sejam realizados de forma clara e regular, evitando esquecimentos à posteriori. No mesmo sentido pretendemos otimizar a criação de um ficheiro informático para registo das ativações, quer sejam em SE, quer sejam as afetas ao funcionamento da EEMI. Através da elaboração do protocolo documentação de cuidados de enfermagem à PSC, pretendemos também uniformizar a documentação desses mesmos cuidados em contexto de SE.



Figura 2 - Estrutura SE

- Propomos a criação de um armário que pretende agregar em stock material da SE. Pretendemos organizar e facilitar a sua identificação, assim como tornar



Figura 3 - Estrutura SE

- Em ambiente de SE, a segurança na administração da terapêutica deve ser sempre garantida, mesmo em contexto ou ambiente de algum stress. A organização e disposição dos fármacos torna-se, assim, extremamente importante para diminuir a probabilidade de erro durante os cuidados à PSC, melhorando a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Sugerimos assim, a criação de gavetas por cima do carro, onde colocaremos a terapêutica mais usada em contexto de iminência ou falência orgânica, alocando os restantes às primeiras 2 gavetas de forma mais visível.

Com estas sugestões de reestruturação da SE pretendemos ir de encontro à promoção da segurança, bem-estar e qualidade de cuidados prestados numa instalação física adequada à orgânica de trabalho e aos profissionais que aí cooperam, maximizando recursos e minimizando custos.

Padronizar e regularizar será fundamental e necessário para depois continuar em melhoria contínua. A implementação destas alterações alia-se a uma lista de verificação diária que enviamos em anexo e, pretende dar cumprimento ao estabelecido e garantir o controlo da verificação para estar sempre nas melhores condições de atendimento, standardizando comportamentos (Menezes et al., 2020). Os autores defendem ainda que a standardização é uma das ferramentas Lean mais poderosas.

mais eficaz e eficiente o uso deste material, minimizando e estruturando o stock. É sabido que a ocupação desnecessária de armazém, acarreta problemas de qualidade ou existência de produtos desatualizados. Assim, de modo a evitar ou reduzir stocks, óptimos por planejar as necessidades de materiais, adotando o just in time e ter em stock apenas o material necessário. Propomos a classificação de acordo com a nomenclatura, uso de rótulos de cores vivas que permitam identificar rapidamente o material e a adoção de uma padronização, definindo o acondicionamento e armazenamento adequado para cada material.

Este armário será constituído por 2 colunas, com cerca de 6 gavetas por coluna, sem porta para permitir acesso rápido a material clínico.

Gavetas estas que seriam identificadas de forma bem visível a 2 metros (Ordem dos Médicos, 2019) e de acordo com a cor da área da abordagem. Suportado por rodas para uma futura alteração de local de uso, caso seja necessário. A organização do material respeita a ordem de avaliação do doente emergente, ABCDE, tendo em cada nível o material de stock ajustado à casuística da SE. Nas restantes gavetas existirão kits de procedimentos específicos para uma resposta eficiente e eficaz quando necessária a sua realização.

Em situação de emergência hospitalar, ter um armazém de consumíveis com materiais dispostos por determinada ordem e devidamente etiquetados, permite uma significativa redução do tempo quando se torna necessário utilizar algum deles (Michalska & Szewieczek, 2007).

- Criação de uma plataforma informática interna hospitalar de acesso rápido onde constam normas e procedimentos no âmbito da emergência (farmacologia, situações de exceção, algoritmos de SAV, entre outros).

APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE CORES

A estratégia definida para facilitar a rápida perceção da orientação espacial da SE, com redução do tempo necessário à localização do material e consequente contributo para a segurança da pessoa, foi a adoção de um código de cores, de acordo com a área de atuação e a rotulagem adequada de todos os itens (Bonjer, 1976).

VIA AÉREA COM PROTEÇÃO DA COLUMNA CERVICAL	A	AMARELO
RESPIRAÇÃO	B	AZUL
CIRCULAÇÃO COM CONTROLO DE HEMORRAGIAS	C	VERMELHO
DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA	D	VERDE
EXPOSIÇÃO COM CONTROLO AMBIENTAL	E	LARANJA

Figura 4 - Código de cores. Fonte: Bonjer, 1976)

SALA DE EMERGÊNCIA E PRÁTICA SIMULADA

Apesar de competências técnicas como as compressões torácicas, a ventilação, a desfibrilhação e o reconhecimento de ritmos serem importantes para o desfecho com sucesso de uma RCP, a evidência científica demonstra-nos que, as competências não técnicas na reanimação, nomeadamente, a capacidade de liderança, comunicação e treino de equipa tenham assumido relevância na qualidade dos cuidados prestados à PSC, tornando-se preteritória a inclusão deste assunto nos cursos de reanimação como estratégia de melhoria da qualidade (Conselho Português de Ressuscitação, 2021).

Assim, a gestão eficiente de uma situação de PCR requer sempre uma abordagem integrada em equipa, com profissionais que para além das competências clínicas, devem possuir competências em comunicação e liderança, de forma a responder eficazmente perante a instabilidade hemodinâmica. Para isso, é necessário um team leader com capacidade para supervisionar a equipa, orientar na realização de tarefas específicas e manter um elevado nível de atenção durante a abordagem da PSC e assim evitar erros desnecessários (Bhanji et al., 2015).



Figura 5 - Protótipo de equipe de reanimação "pit crew"

O team leader (elemento I) é o elemento da equipa que tem uma visão global da situação. Geralmente é o médico de serviço com experiência em SAV e VA avançada. No entanto, este papel pode ser desempenhado por um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da PSC com experiência e formação em SAV e abordagem da VA.

O team leader deve sincronizar esforços com o intuito de garantir cuidados de qualidade, devendo comunicar de forma assertiva e eficiente com os membros da equipa, tomar decisões apropriadas e realizar tarefas de forma adequada. Idealmente o team leader deve ser "Hands-Off", ou seja, deve dar um passo atrás e evitar realizar tarefas, de forma a ter uma perspetiva global da situação. Caso tal não seja possível, este pode realizar procedimentos e tarefas (Gabr, 2019).

A reanimação focada na equipa, também designada por reanimação de alto rendimento ou equipa de reanimação "pit crew", é uma abordagem coreografada da RCP, onde os profissionais conhecem e desempenham o seu papel específico e individualizado, de forma a otimizar o desempenho, a qualidade e os resultados da abordagem à PSC (Johnson et al., 2018).

O modelo de reanimação focado na equipa foi baseado nas equipas de Fórmula 1, amplamente conhecidas pela dinâmica e eficiência do trabalho em equipa e aplicado com sucesso à reanimação pré-hospitalar (Field, 2019).

Tendo em conta este modelo organizacional, propomos a demarcação no chão da posição que cada membro da equipa deverá ocupar para que haja uma otimização de tarefas e seja respeitado o triângulo da reanimação.

Outro aspeto fundamental da reanimação é a aprendizagem que ocorre através da simulação e o debriefing associado (Bhanji, et al., 2015). O treino simulado é uma componente do treino de reanimação e pode ser usado para treinar uma série de funções, desde o treino de liderança em reanimação até ao treino em equipa (Greif et al., 2015). Nesse sentido, propomos a inclusão de sessões de treino periódicas no plano formativo do SU, idealmente mensais, onde pudessem ser incluídos todos os elementos afetos à SE.

Uma revisão da literatura acerca da importância das competências não técnicas na liderança da equipa de RCP, evidenciou que, a presença de um líder na RCP melhora o desempenho da equipa e otimiza o resultado da PSC, podendo o treino de liderança ser executado através de prática simulada e de debriefing pós abordagem (Gabr, 2019).

A declaração de consenso da American Heart Association (AHA) de 2013 não detalhou, no entanto, quantas funções deveriam existir ou quais deveriam ser as responsabilidades de cada elemento. Posteriormente, a AHA (2014) definiu que, para a prestação de cuidados de elevada qualidade, o modelo de reanimação focado na equipa deveria ter idealmente 6 elementos (figura 3) com funções e responsabilidades definidas, sendo que, a mesma equipa pode ter várias configurações, podendo um profissional desempenhar várias funções em simultâneo e assim reduzir o número de elementos necessários.

Na realidade da nossa instituição, temos o denominado "triângulo da reanimação" composto pelo elemento da via aérea, o elemento das compressões e o elemento do monitor/desfibrilhador. Além destes, acresce o assistente operacional como elemento de apoio. Esta dinâmica é explícita na figura 4.

O elemento da VA (elemento I) deve permeabilizar e manter a via aérea patente e proporcionar ventilação à PSC. O elemento das compressões (elemento II) deve avaliar oportunamente trocar de posição com o elemento do monitor/desfibrilhador/DAE. O elemento do monitor/desfibrilhador (elemento III) fica responsável pela monitorização/desfibrilhação e deve trocar posição com o elemento das compressões a cada cinco ciclos (no sentido horário). Este modelo está espelhado na figura 4. Nenhum destes elementos deve abandonar o triângulo da reanimação, exceto por sua própria segurança (AHA, 2014).



Figura 6 - Proposta de modelo operacional para a SE do HESMM

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar de uma PSC na SE implica a convergência de vários domínios de competência, como a implementação de protocolos de atuação em situações de urgência/emergência, comunicação eficaz, priorização de intervenções e tomada de decisão clínica e ética. A SE é uma sala autónoma, preparada para admitir doentes inicialmente classificados de emergentes, ou qualquer pessoa com descompensação das funções vitais em risco de vida.

A organização de uma SE deve permitir uma adequação do meio ambiente (estímulos contextuais e residuais) aos comportamentos da pessoa, contribuindo para a sua integridade. A aplicação da metodologia dos 5S+1 como ferramenta de gestão de qualidade permite-nos reorganizar e incrementar uma melhoria nos nossos processos de trabalho, identificando problemas, analisando-os e propondo soluções para garantir um bom desempenho (Pertence & Melleiro, 2010).

Assim, para a estruturação de uma SE funcionante e capacitada na prestação dos melhores cuidados de saúde, torna-se determinante um adequado controlo e classificação de todos os dispositivos médicos, com alocação ajustada à sua utilização (Silva, 2005).

Em suma, a SE deve ser uma estrutura capaz de responder à necessidade da prestação de cuidados altamente qualificados, individualizados de forma contínua, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e delimitando incapacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association [AHA] (2014). *Positions for Six-Person High-Quality CPR Teams*. In heart.org. Obtido de http://www.heart.org/ide/groups/heartpublic/@wcm/@cmc/documents/downloadable/ucm_465186.pdf
- Carthey, J. & Clarke, J. (2010) Implementing Human Factors in healthcare. Patient Safety first: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk>.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. *Relatório Da Comissão de Reavaliação Da Rede Nacional de Emergência/Urgência*, 110. <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgencia.pdf>
- Conselho Português de Ressuscitação (2021). *Competências não técnicas e qualidade em reanimação*. In Conselho Português de Ressuscitação, Suporte Avançado de Vida - Edição 2021 das recomendações ERC (7.ª ed., pp. 15-26). Porto: Conselho Português de Ressuscitação.
- Direção-Geral de Saúde [DGS] (2001). Rede de referência hospitalar de urgência/emergência. Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. <http://www.arslvt.minsaude.pt/DocumentosPublicacoes/outrosdocumentos/Paginas/RedeReferencia%C3%A7%C3%A3oHospitalar.aspx>
- Field, R. (2019). From changing four tyres to recalling the four H's and T's - Can the pit crew model work for in-hospital cardiac arrest? *Resuscitation*, 143, 212-213. doi:10.1016/j.resuscitation.2019.08.002
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Emergency room approach: Safe nursing staffing. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(1), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RIV19086>
- Ferreira, A. & Madeira, M. (2011). A dor torácica na sala de emergência. *Revista Interdisciplinar NOVAFAP*, 4 (1), pp.50-56
- Gabr, A. (2019). The importance of nontechnical skills in leading cardiopulmonary resuscitation teams. *The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 49(2),112-116. doi:10.4997/JRCPE.2019.205
- Greif, R., Lockey, A., Gonaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., Monsieurs, K. & Collaborators (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 - Section 10. *Education and implementation of resuscitation*. *Resuscitation*, 95, 288-301. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.032
- Grupo Trabalho Serviços Urgência. (2019). Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgências. In *Grupo Trabalho Serviços Urgência* (pp. 1-26). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urgencias.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República, 2.ª série — N.º 113 — 14 de Junho de 2011. In *Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18/02/2011)* (pp. 25118-25120).
- Menezes, M. O., Vieira, L. C. N., Pimentel, C. A., Juventino, G. K. S., Silva, M. F. S. B. & Rocha, E. S. M. (2020). Contribuições do Lean Healthcare para o Combate à Covid-19. *Cadernos de Prospecção*, 13(2), 313-330
- Pertence, P., & Melleiro, M. (2010). Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em hospital universitário. *Revista Escola Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 44(4), pp. 1024-31
- Peterson, J. & Smith, R. (1998). *5s Pocket guide*. Portland: Productivity, Inc.
- Regulamento n.º 122/2011. (2011). Regulamento nº122/2011 Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2.ª Série - n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, 8648-8653. <https://files.dre.pt/2s/2011/02/035000000/0864808653.pdf>
- Silva, G. (2005). O Método 5s. [on-line] Web site Agência Nacional de Vigilância Sanitária. www.anvisa.gov.br/reblas/procedimentos/metodo_5s.pdf 2011,
- Wehbe, G., & Galvão, M. C. (2005). *Aplicação da Liderança Situacional em enfermagem de emergência Grasiela Wehbe Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 58(1).

APÊNDICE IV – FORMAÇÃO “INSUFICIÊNCIAS RESPIRATÓRIAS E
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO SU”

Ventilação Mecânica Não Invasiva em contexto de Serviço de Urgência.

Ação de Formação: Ventilação Mecânica Não Invasiva em contexto de serviço de Urgência		Público-Alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria Maior, EPE
Ação: Formação		
Local: Hospital de Santa Maria Maior Barcelos, EPE.		Formador (a): Carlos Vilas Boas (1); Diogo Tomás (2); Ivo Alves (3); Teresa Alves (4); Teresa Ferreira (5).
Data: 7/12/2022	Duração da Sessão: 4h; Sessão 1 - 9h às 13h; Sessão 2 - 14h às 18h.	
Objetivos Gerais: Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem na gestão da pessoa submetida a VMNI;		
Objetivos Específicos: Compreender os conceitos básicos do equilíbrio ácido base. Identificar os tipos de insuficiência respiratória. Perceber o conceito de VMNI. Identificar fatores preditivos de insucesso. Conhecer os diferentes tipos de parâmetros e modos ventilatórios usados na VMNI. Reconhecer a importância da monitorização do doente, interfaces e ventilador. Compreender a importância da adaptação da pessoa à VMNI e dos cuidados de enfermagem. Refletir acerca da tomada de decisão do enfermeiro em relação à documentação dos cuidados de enfermagem.		

Introdução	Apresentação dos formadores; Apresentação da temática; Apresentação dos objetivos da formação.				
Desenvolvimento	Conteúdos	Materiais e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo	Formador
	- Equilíbrio Ácido base; - Regulação do ião Hidrogénio.	Expositivo	Computador Projektor PPT	1h	1
	-Tipos de IR; - Regulação química das Insuficiências Respiratórias; -Tratamentos das Insuficiências respiratórias.	Expositivo Interrogativo		30 min	3
	- Conceito de VMNI; - Finalidades da VMNI; - Principais recomendações e guidelines.	Expositivo Interrogativo Expositivo		15 min	5
	- Fatores preditivos de insucesso na VMNI.			15 min	5
	INTERVALO			15 min	
	- Pressões e parâmetros ventilatórios; - Modos ventilatórios.	Expositivo	Computador Projektor PPT Ventilador v60	15 min	2
	- Principais vigilâncias; - Monitorização do doente e equipamento de VMNI.	Expositivo Demonstrativo		30 min	2
	- Protocolo de desmame ventilatório; - Cuidados de enfermagem à pessoa sob VMNI.	Expositivo		30 min	2
- Tomada de decisão do enfermeiro à pessoa submetida a VMNI.	Expositivo Interrogativo	30 min		4	
Avaliação	Aplicação de um questionário aos destinatários, através de um formulário online, para avaliar a satisfação/pertinência da formação; Sugestões de melhoria; Avaliação de impacto;				

Insuficiências Respiratórias e Ventilação Mecânica Não Invasiva

Serviço de Urgência
HSMM Barcelos

António Carlos Vilas Boas
Diogo Tomás
Lvo Alves
Teresa Alves
Teresa Pereira

Objetivos

- Compreender os conceitos básicos do equilíbrio ácido base;
- Identificar os tipos de insuficiência respiratória;
- Perceber o conceito de VMNI;
- Identificar fatores preditivos de sucesso;
- Conhecer os diferentes tipos de parâmetros e modos ventilatórios usados na VMNI;
- Reconhecer a importância da monitorização do doente, interfaces e ventilador;
- Compreender a importância da adaptação da pessoa com VMNI e dos cuidados de enfermagem;
- Refletir acerca da tomada de decisão do enfermeiro em relação à documentação dos cuidados de enfermagem.

Equilíbrio Ácido base

Ácidos

- voláteis (CO₂)
- não voláteis (Cl⁻)

toda a substância capaz de fornecer iões de Hidrogénio (H⁺)

Bases

- mais importantes:
 - bicarbonato
 - fosfato
 - proteínas
 - amónio

toda a substância que aceita iões de hidrogénio quando está em solução

Equilíbrio Ácido base

- A regulação precisa do H⁺ é essencial, pois as atividades de quase todos os sistemas de enzimas no corpo são influenciadas pela concentração de H⁺.

Equilíbrio Ácido Base

Regulação de H⁺

- Sistemas tampão ácido-base
- Centro respiratório
- Rins

Equilíbrio Ácido Base

Tampão Bicarbonato

Aumento de H⁺

- O equilíbrio move-se na direção da formação de ácido carbónico;
- Aumenta a formação de CO₂;
- CO₂ em excesso estimula o centro respiratório, eliminando-o do líquido extracelular;

Diminuição de H⁺

- Aumento da dissociação de ácido carbónico em H⁺ e HCO₃⁻;
- Diminuição dos níveis de CO₂ que inibe o centro respiratório e diminui a sua expiração;
- O aumento de HCO₃⁻ é excretado por via renal;

$$\text{CO}_2 + \text{H}_2\text{O} \rightleftharpoons \text{H}_2\text{CO}_3 \rightleftharpoons \text{H}^+ + \text{HCO}_3^-$$

Equilíbrio Ácido base

O aumento da ventilação alveolar diminui a PCO_2 e, portanto, a concentração de H^+ extracelular, aumentando o pH.

Regulação Respiratória

Figure 35.2. Change in extracellular fluid pH caused by increased or decreased rate of alveolar ventilation, expressed as lines normal.

Equilíbrio Ácido base

O aumento da concentração de H^+ estimula a ventilação alveolar, o que diminui a PCO_2 e reduz a concentração de H^+

Regulação Respiratória

Figure 35.3. Effect of blood pH on the rate of alveolar ventilation.

Equilíbrio Ácido base

Controlo Renal

Secreção de H^+ e Reabsorção de HCO_3^- nos túbulos renais

↑ P_{50}	↓ P_{50}
↑ H^+ , ↓ HCO_3^-	↓ H^+ , ↑ HCO_3^-
↓ Volume do líquido intracelular	↑ Volume do líquido extracelular
↑ Angiotensina II	↓ Angiotensina II
↑ Aldosterona	↓ Aldosterona
Hipocalcemia	Hipercalcemia
Aumentam a Secreção de H^+ e a Reabsorção de HCO_3^-	Diminuem a Secreção de H^+ e a Reabsorção de HCO_3^-

Equilíbrio Ácido base

pH representa o inverso da concentração logarítmica de H^+

pH normal varia entre 7,35 – 7,45

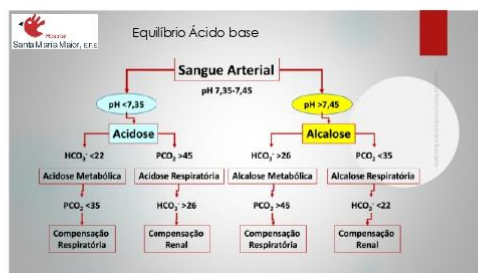
- pH abaixo deste valor = [H⁺] elevada = acidemia
- pH acima deste valor = [H⁺] baixa = alcalemia

HCO_3^- - 22 a 26 mmol/L
 PCO_2 - 35 a 45 mmHg
 PO_2 - > 80 mmHg

Gasimetria

Lactatos - Produção de ácido láctico no tecido isquémico, como subproduto da geração de ATP [a deoxine triphosphate] durante deficit de oxigénio.

A produção excessiva pode ocorrer durante a hipoperfusão tecidual global no choque, exercício físico, convulsões, tremores, algumas doenças sistémicas e congénitas, cancro e ingestão de alguns fármacos ou toxinas, entre outras.



Gasimetria

CASO 1
 Mulher de 56 anos.
 História de dispnéia, febre e tosse com expectoração mucopurulenta com 5 dias de evolução. Gasimetria à entrada no SU: pH 7,29, pCO2 54 mm Hg, pO2 59 mm Hg, HCO3 25 mmol/L, SaO2 88%.

CASO 2
 Homem de 34 anos.
 Sem antecedentes. Dorax há uma semana náusea e tosse. Ao exame encontra-se vital, oxigenado. Gasimetria pH 7,26, pO2 80 mm Hg, pCO2 30 mmHg, HCO3- 19 SaO2- 96%.

CASO 3
 Masculino de 16 anos.
 História de doença de colite ulcerosa. Queimada de diarreia aquosa e sanguinolenta com 3 dias de evolução. Gasimetria à entrada no SU: pH 7,30, pCO2 32 mm Hg, pO2 86 mm Hg, HCO3 17 mmol/L, SaO2 96%.

Insuficiências Respiratórias

- VENTILAÇÃO**
 - Processo automático e rítmico que gera movimentos de entrada e saída de ar nas unidades respiratórias terminais;
- ERRAÇÃO**
 - Processo mais global, que inclui a ventilação e culmina na oxidação de metabólitos, com produção de energia;

Regulação química

- Quimiorreceptores centrais
- Quimiorreceptores periféricos
- Respostas vasculares:
 - CPa
 - Hipoxia
 - Interação hipercapnia e hipoxia
 - PH
 - Influência do fluxo sanguíneo cerebral

Insuficiências Respiratórias

British Thoracic Society Guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings

The Thoracic Society of Australia and New Zealand OXYGEN GUIDELINES FOR ACUTE OXYGEN USE IN ADULTS

Insuficiências Respiratórias

Tipo	Alterações fisiológicas	Causas	Tratamento
Tipo 1 - Hipoxêmico	<ul style="list-style-type: none"> BA Fracturamento alveolar Distúrbio V/D Shunt pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> Edema pulmonar Pneumonia Hemorragia alveolar 	<ul style="list-style-type: none"> Oxigênio suplementar VNI ou não existe contraindicação VNI convencional Tratamento da causa

Insuficiências Respiratórias

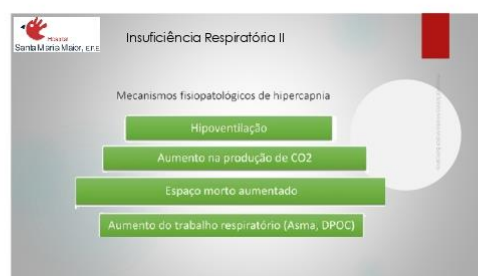
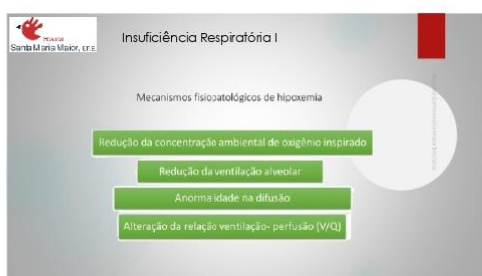
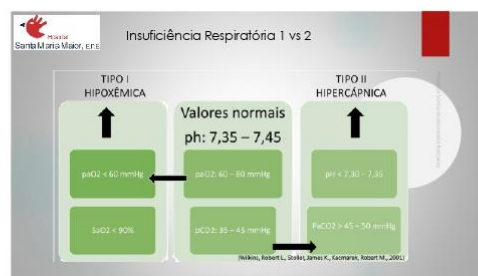
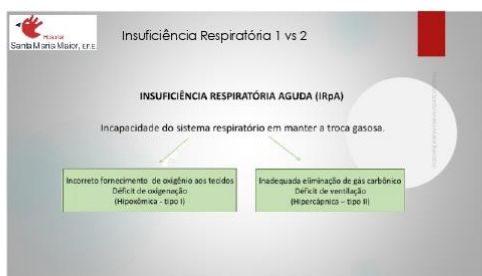
Tipo	Alterações fisiológicas	Causas	Tratamento
Tipo 2 - Hipercapnêmico	<ul style="list-style-type: none"> Distúrbio da deriva respiratória Fatiga da função neuromuscular Taxicoma neuromuscular Sobrecarga do sistema respiratório 	<ul style="list-style-type: none"> Obstrução de drogas Taxicoma de toxina carbídica Distúrbio respiratório do sono Organização Hemorragia Arterite Distúrbio muscular Insuficiência cardíaca congestiva Brôncoespasmo OPC Edema pulmonar Arterite PEEP reflexo (OPC) Pneumonia Dorax Distúrbio alveolar Obstrução hiperinflação Embolia pulmonar Shunt 	<ul style="list-style-type: none"> Oxigênio suplementar VNI ou não existe contraindicação Tratamento da causa

Insuficiências Respiratórias

Tipo	Alterações Respiratórias	Causas	Tratamento
Tipo II - IBA do peri-operatório	<ul style="list-style-type: none"> Colapso alveolar com difícil manutenção do Capacidade Funcional Residual 	<ul style="list-style-type: none"> Anestesia geral Der no peri-operatório 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorização de posicionamento frequente Chemioterapia Lavageo alveolar Controlo agressivo do dor VTE

Insuficiências Respiratórias

Tipo	Alterações Respiratórias	Causas	Tratamento
Tipo IV - IBA do choque	Hipoperfusão de tecidos	Choque	VM convencional



Tratamento Insuficiências Respiratórias

IR I (Hipopérmica)
 • O₂
 • HFNOT
 • V.I. I
 • V.I. II

IR II (Hipercápnica)
 • VMNI
 • VM

Oxigenoterapia Suplementar

Cânula nasal

FiO₂ 24% - 1L/MIN
 FiO₂ 28% - 2L/MIN
 FiO₂ 32% - 3L/MIN
 FiO₂ 34% - 4L/MIN
 FiO₂ = 20 + (4xL/O₂)

Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI)

Conceito de VMNI

VMNI refere-se à utilização de um suporte ventilatório sem recurso a métodos invasivos que envolvam a manipulação da via aérea (entubação endotraqueal e/ou traqueostomia).

Gregorff et al., 2015

Ventilação Mecânica por pressão positiva (VPP)

Aplicação de uma pressão superior à atmosférica na entrada da via aérea, criando um gradiente de pressão entre esta e o alvéolo, condicionando a inspiração no momento da aplicação da pressão.

Gregorff et al., 2015

Finalidades VMNI

Diminuição do trabalho respiratório
 Alívio da dispnéia
 Diminuição da frequência respiratória
 Aumento do Volume Corrente e Volume Total
 Metabolizar Ácidos gordurosos
 Diminuição do consumo de O₂ pelo músculo
 Evitar pneumonia e outras complicações relacionadas à O₂

Contexto da VIMNI

- Antecipar ou aliviar a instalação da IR e ganhar tempo para a resolução da causa subjacente em contexto agudo ou no doente crónico agudizado.
- Atenuar os sintomas da IR na pessoa em fase paliativa.
- Aliviar a IR de etiologia crónica objetivando o aumento da sobrevida e/ou qualidade de vida.

Contexto Agudo

Contexto Paliativo

Contexto Crónico

Recomendações/guidelines da ERS/ATS

Força Recomendado a favor	Recomendação Condicional a favor	Recomendação Condicional Contra	Sem Recomendação
<ul style="list-style-type: none"> Exacerbação aguda da DPOC Prevenção de EOT (pH < 7,25-7,35) Alteração a EOT (pH < 7,25) Edema Agudo do Pulmão Cardiogénico 	<ul style="list-style-type: none"> Desmame de VM no doente Hipercáptico Prevenção da IR pós-operatória Insucesso prometida IR pós-operatória Trauma Hidraemia 	<ul style="list-style-type: none"> Prevenção da Hipercáptica no EADPOC Tratamento da IR pós-estabecido 	<ul style="list-style-type: none"> EA de Asma IR Hipocáptica de novo (rectal) (rectal) Pandemia viral

Adaptado de: "Official ERS/ATS clinical practice guidelines: Non-invasive ventilation for acute respiratory failure 2017"

Evidência Científica recente

Noninvasive Respiratory Support for Adults with Acute Respiratory Failure

In: Noninvasive Respiratory Support for Adults with Acute Respiratory Failure. The New England Journal of Medicine 2022

Criféris Clínicos para início da VIMNI

Criféris Clínicos

- Dispneia moderada a quíntensa;
- Taquipneia com frequência respiratória >25 ciclo/min;
- Sinais de trabalho respiratório aumentado, com utilização de musculatura acessória ou respiração paradoxal

Criféris Gasimétricos

- PaCO₂ > 45 mmHg ou pH < 7,35 (após terapia pútmica médica otimizada);
- Atualmente e, segundo guidelines (ERS/ATS e GOLD) não há limite inferior de pH para um trial de VIMNI;
- Hipoxemia com PaO₂/FIO₂ < 200.

In: ERS/ATS, 2017

Contra indicações para início de VIMNI

Contra Indicações Absolutas

- Recusa do tratamento;
- Fragilidade cardíaca respiratória;
- Trauma ou queimadura facial grave;
- Obstrução das VAS;
- Coma grave;
- Vómitos incoercíveis

Contra Indicações Relativas

- Deformidade facial;
- Sidoneia;
- Pneumotórax;
- Cirugia gástrica/hidral superior recente;
- Cirugia recente VAS;
- Falência Multiorgânica (mais de 2 órgãos);
- Aglutinação | Desorientação;
- Doente não colaborante.

In: ERS/ATS, 2017

Fatores preditivos de insucesso

- Scores de gravidade elevados
- Presença de Pneumonia
- Sidoneia | Tose ineficaz
- Alteração estado consciência
- Choque
- IR Hipoxémica grave
- Desnutrição

Modos Ventilatórios e Parâmetros da VMNI

Suporte Ventilatório

• Volume

- Características
 - Volume fixo durante um determinado tempo (volum e-minuto)
 - Pressão variável para atingir volume definido
- Vantagens
 - Garante volume
- Desvantagens
 - Má compensação de fugas não intencionais
 - ↑↑↑ Pressão (aerofagia e barotrauma)

Suporte Ventilatório

• Pressão (PSV):

- Características
 - Define-se uma pressão (IPAP e EPAP) que será entregue pelo ventilador
 - Volume variável em função das pressões definidas, esforço inspiratório do doente, resistência, compliance pulmonar e tempo inspiratório
- Vantagens
 - Melhor tolerado pois aproxima-se de ventilação "fisiológica"
 - Bom compensação de fugas não intencionais
- Desvantagens
 - Não garante volume – Risco de hipoventilação

Ciclo Ventilatório

BAII, Jovan E, Cury R, Rol - Rotações Biológicas, Março, 12ª edição, 2013

Parâmetros ventilatórios

- IPAP (Inspiratory positive airway pressure) - Pressão entregue pelo ventilador durante a inspiração
 - Relaciona-se ao nível de oxigênio
 - Determina o volume ventilatório
 - Reflete o reabsorção de CO2
 - Relaciona o VA parâmetro entre não a saturação
 - Determina formação de atelectasias
- EPAP (Expiratory positive airway pressure) - Pressão entregue pelo ventilador durante a expiração
 - Mantém o VEC
 - Evita o colapso do CO2
 - Mantém a inspiração

Parâmetros ventilatórios

- Coeficiente I:E
 - Tempo de inspiração e expiração;
 - Ex: I:E 1:2;
 - 2s para inspiração 4s para expiração.
- Trigger inspiratório
 - Disparador gerado pelo esforço respiratório do doente que permite iniciar um novo ciclo ventilatório;
 - Situações simples com mal-falar podem disparar o ciclo e resetar o ventilador – Não adaptação ao doente.
- Tempo inspiratório
 - Tempo de pressurização durante a inspiração;
 - Obstrução e Resistência.
- Cicloagens
 - Quando o paciente expira, o ventilador detecta a mudança no fluxo e entra na pressão expiratória (EPAP).

Modos Ventilatórios: S- Espontânea

- Doente controla todo o ciclo respiratório;
- Ventilador apenas suporta o esforço respiratório do doente;
- Apenas é definido IPAP e EPAP;
- FR, Ti e Te são variáveis.

ENIG 2018, 13(10),251-265

Modos Ventilatórios: S/T- Espontânea/Temporizado

- Doente controla o início e o fim da respiração
- Ventilador suporta o esforço do doente
- FR variável
- Ti e Te variáveis
- É programada uma FR de boot-up

Ex: 12cpm (12/s), se o doente não atingir os 12cpm/min o ventilador compensa automaticamente com ciclos ventilatórios.

ENIG 2018, 13(10),251-265

Ventiladores no SU

V60 fluxo compensado até 120l/min	Triology eva fluxo compensado até 80l/min	Triology fluxo compensado até 80l/min	A40 fluxo compensado até 40l/min

Interfaces para VMNI

Sustentação completa	Fluxo Trás-lábios NÃO Trás-lábios	Máscara Col/Silicone	Esquadrão Ventilação Não Ventilação	Ilha Unica/AMRito	Segurança Ventilação Col/Silicone

Máscara ventilada vs não ventilada

Não Ventilada → Quando utilizado um circuito de ramo único com interface não ventilada a porta ou válvula exalatória garante a saída do ar exalado.

Válvula integrada na máscara	Mapac Swivel	Plateau Exhalation Valve (PEV)

Principal função: Evitar o REBREATHING DE CO2

Máscara com/sem válvula de asfíxia

Universalmente uma máscara com cotovelo azul é normativa de máscara sem válvula anti-asfíxia

Válvula Anti-asfíxia

Circuitos para ventilação não invasiva

Círculo simples com válvula exalatória e linha de monitorização.

Círculo ativo com válvula exalatória e linha de monitorização.

Círculo simples.

Montagem de circuito de VMNI

Filtro bacteriológico

Círculo simples com linha de pressão e válvula exalatória

Aquecedor O₂

Círculo simples

Más caras não ventiladas

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2020 / 2023

RECOMENDAÇÃO N.º 3 / 2021

Montagem dos circuitos de VNI e respetivos filtros nas ventilladores Modelos (...) Vive 400 e V1000

TÍTULO: LOCALIZAÇÃO DE FILTROS E ROMPECARROS NA VNI e na VMNI

Manutenção de circuitos de VMNI

7/7 dias ou SOS

Diariamente

Como iniciar a VMNI

- Obter consentimento do doente
- Explicar procedimento ao doente. Benefícios e dificuldades
- Se necessário medição de ansiedade não depressora do CR
- Leito a 45º/60º
- Colocação de próteses dentárias
- Hidratação das mucosas e pele
- Escolha da interface adequada

Monitorização

DOENTE


DISPOSITIVOS

Sucesso da VMNI

INTERFACE

Monitorização do doente

- Conforto/Adaptação
- Hemodínâmica
- Dispneia
- Estado mental (GCS)
- Frequência respiratória (FR)
- Músculos acessórios
- Distensão gástrica
- Assincronia
- Úlceras por Pressão
- Secura das mucosas




Monitorização do dispositivo

- VC estimados
- Oximetria de Pulso
- Fugas
- Alarmes do Ventilador
- FiO2



Monitorização da interface

- Tamanho
- Lodelo
- Limpeza



Principais complicações

Complication	Frequency (%)	Air leaks	80-100
Discomfort	30-50	Severe complications	
Facial erythema	20-30	Aspiration pneumonia	<5
Chin/cheek pain	5-10	Hypertension	<5
Nasal ulcers	5-10	Pneumothorax	<5
Skull pain	5-10		
Due to the flow of air			
Nasal congestion	20-30		
Stenosis	10-30		
Dry mouth	10-20		
Ocular irritation	10-20		
Gastric distension	5-10		

Efeitos Laterais de VNI. Adaptada de "Non Invasive Ventilation: When, Where and How, Stefano Nava and Francisco Parilla"

Protocolos de desmame de VMNI

ESTABILIDADE CLÍNICA >48

FE <24 cmH₂O
 IC < 150 mmHg
 SpO2 > 90% em O2 a 4l com VNI
 pH > 7,35

Iniciar um dos seguintes Protocolos de Desmame:

Redução Gradual dos Tempos	Redução Progressiva da Pressão
1º dia: retirar pausa de VNI diurna (5:30-20:30), retirar pausa noturna para alimentação e higiene pessoal; 2º dia: retirar pausas pausas diurnas; 3º dia: VNI noturna contínua; 4º dia: STOP.	Redução gradual (2-4cmH ₂ O) do PPA Fe do BPA Focado a 0 cmH ₂ O, Remover VNI quando padante tolerar: PPA Fide a 0 a 2cmH ₂ O e EPAP 4 a 6 cmH ₂ O.

Bibliografia

- Readey P, Chen J, Douglas J, Reardon J, Faria C, King C, Moore P, Fisher J, Beckman M, Smith S, et al. *Wages R*. 2019. *Intensive Society of America on the New Zealand upper extremities for acute oxygen use in adults. "Intensive Society of America" Respiratory 20* 1182-1191 doi:10.1181/1182
- Dalla J, Motta P, Voz P, Venancio J. *Intensive Society of America on the New Zealand upper extremities for acute oxygen use in adults. "Intensive Society of America" Respiratory 20* 1182-1191 doi:10.1181/1182
- Dalla J, Motta P, Voz P, Venancio J, Readey P, Chen J, Faria C, King C, Moore P, Fisher J, Beckman M, Smith S, et al. *Wages R*. 2019. *Intensive Society of America on the New Zealand upper extremities for acute oxygen use in adults. "Intensive Society of America" Respiratory 20* 1182-1191 doi:10.1181/1182
- Readey P, Chen J, Douglas J, Reardon J, Faria C, King C, Moore P, Fisher J, Beckman M, Smith S, et al. *Wages R*. 2019. *Intensive Society of America on the New Zealand upper extremities for acute oxygen use in adults. "Intensive Society of America" Respiratory 20* 1182-1191 doi:10.1181/1182
- Readey P, Chen J, Douglas J, Reardon J, Faria C, King C, Moore P, Fisher J, Beckman M, Smith S, et al. *Wages R*. 2019. *Intensive Society of America on the New Zealand upper extremities for acute oxygen use in adults. "Intensive Society of America" Respiratory 20* 1182-1191 doi:10.1181/1182

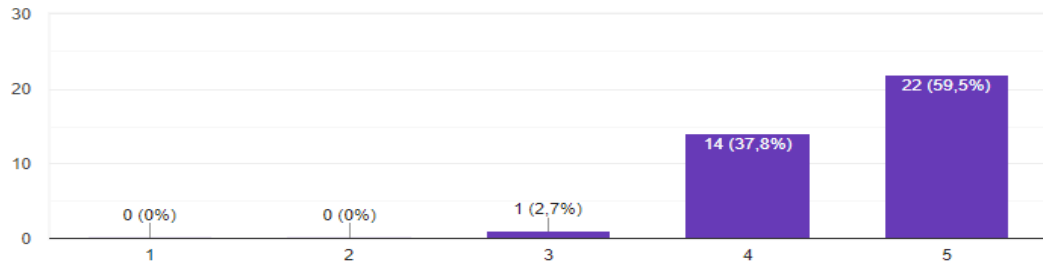
APÊNDICE V – AVALIAÇÃO DE IMPACTO FORMAÇÃO “INSUFICIÊNCIAS
RESPIRATÓRIAS E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO SU”

PARTE 1

1. Esta ação de formação contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos acerca da temática?

 Copiar

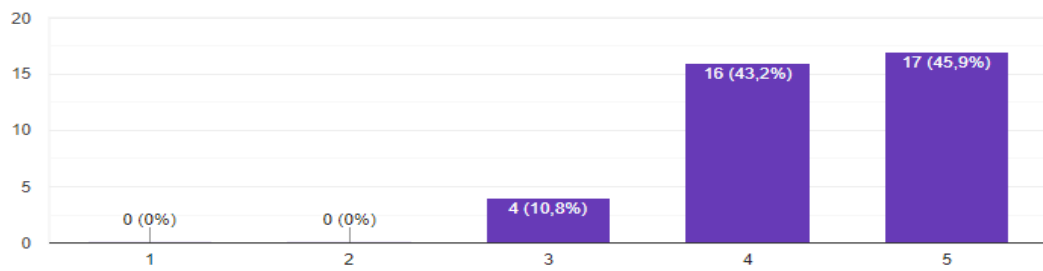
37 respostas



2. Considera que adquiriu novas ferramentas que facilitem a tomada de decisão em relação à documentação dos cuidados de Enfermagem?

 Copiar

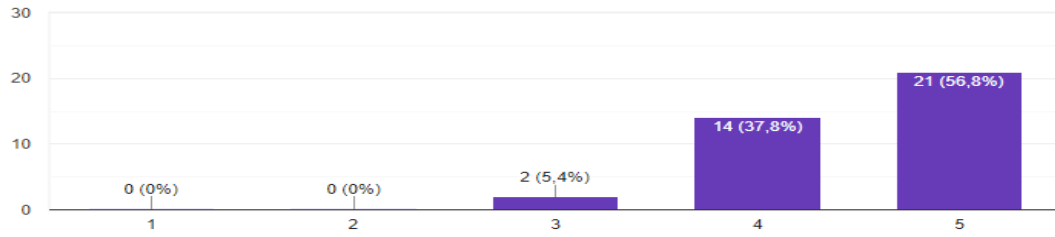
37 respostas



3. Considera que esta formação contribuiu para uma reflexão individual em relação às suas práticas?

[Copiar](#)

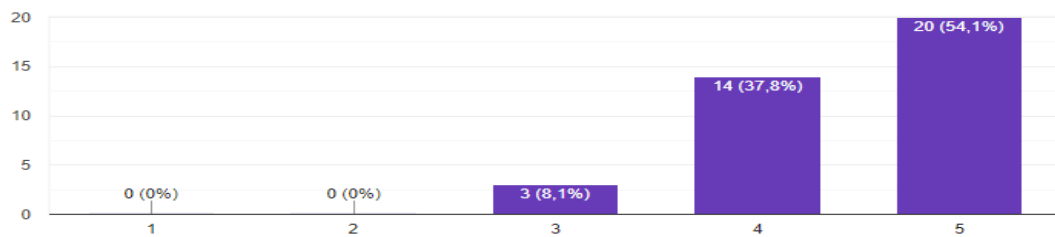
37 respostas



4. O conteúdo da formação foi adequado às suas necessidades pessoais e expectativas?

[Copiar](#)

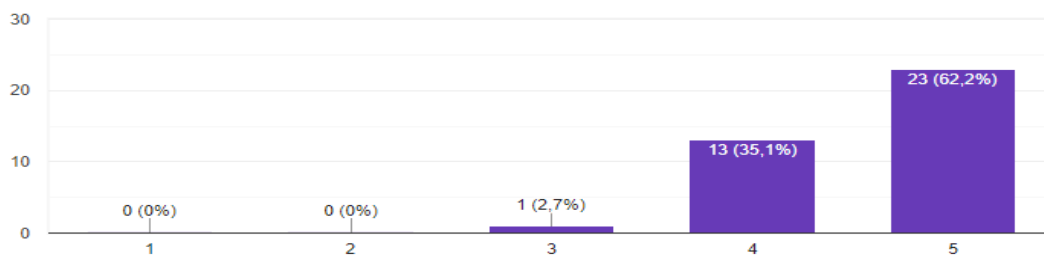
37 respostas



5. O conteúdo da formação foi adequado às necessidades do serviço?

[Copiar](#)

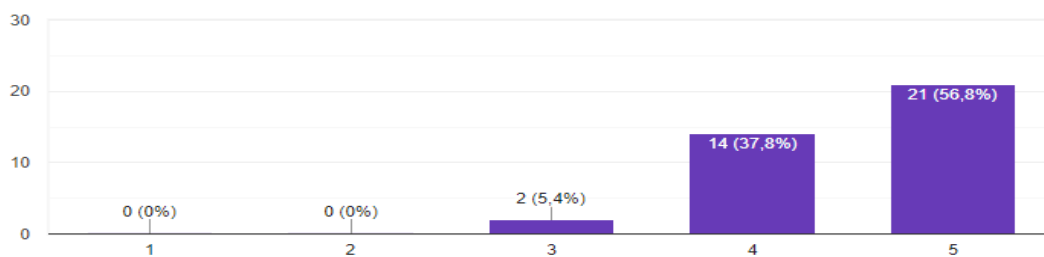
37 respostas



6. A formação contribuiu para me sentir mais capaz de cuidar da pessoa submetida a tratamento com Ventilação Mecânica Não Invasiva?

[Copiar](#)

37 respostas



1. Esta ação de formação contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos acerca da temática?

 Copiar

1 resposta



2. Considera que adquiriu novas ferramentas que facilitem a tomada de decisão em relação à documentação dos cuidados de Enfermagem?

 Copiar

1 resposta



3. Considera que esta formação contribuiu para uma reflexão individual em relação às suas práticas?

 Copiar

1 resposta



4. O conteúdo da formação foi adequado às suas necessidades pessoais e expetativas?

 Copiar

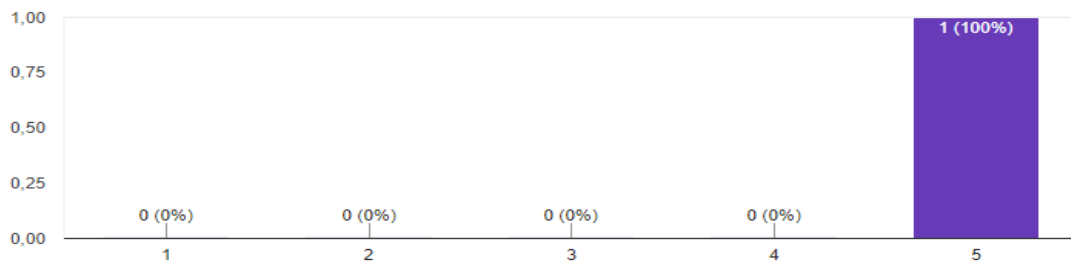
1 resposta



5. O conteúdo da formação foi adequado às necessidades do serviço?

[Copiar](#)

1 resposta



6. A formação contribuiu para me sentir mais capaz de cuidar da pessoa submetida a tratamento com Ventilação Mecânica Não Invasiva?

[Copiar](#)

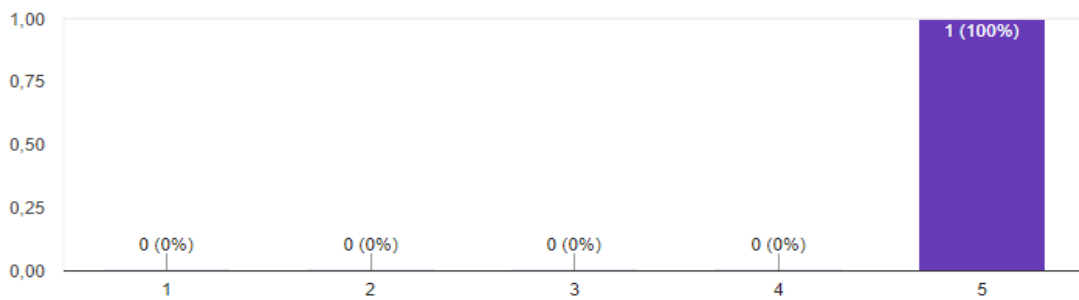
1 resposta



1. Os formadores dominaram as temáticas abordadas?

[Copiar](#)

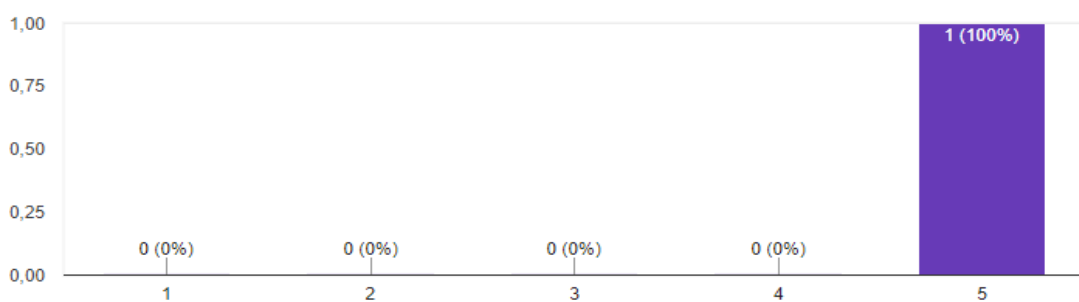
1 resposta



2. Os formadores comunicaram de forma clara e coerente?

[Copiar](#)

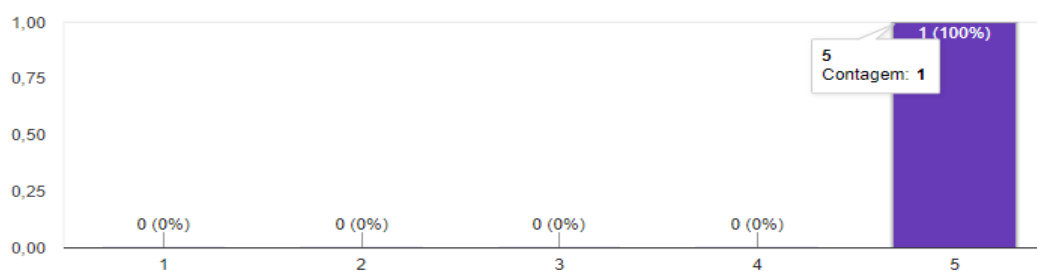
1 resposta



3. A exposição das temáticas foi clara?

[Copiar](#)

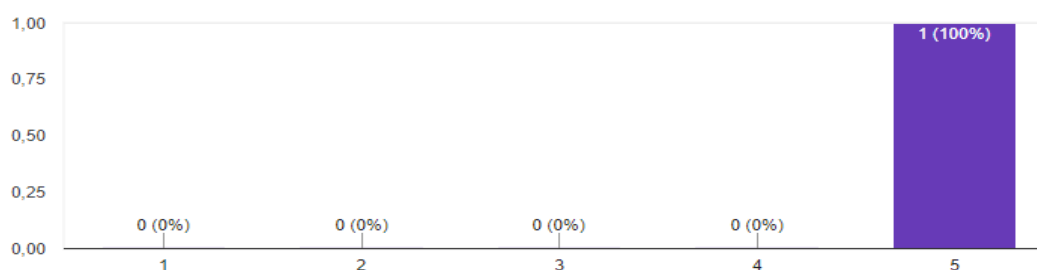
1 resposta



4. Os métodos utilizados foram adequados ao conteúdo e objetivos da formação?

[Copiar](#)

1 resposta



Observações/Sugestões

2 respostas

Repetir mais vezes estes tipos de formação interativa.

Conteúdos muito pertinentes e interessantes. Penso que seria do interesse da maioria das praticas que se investisse mais tempo na formacao na area. Se calhar em dois tempos formativos, dividindo em conceitos de vni e cuidados de enfermagem ao doente com vni. Assim daria mais tempo para aprofundar e consolidar conhecimento. Também possivelmente seria a boa opcao distribuir antecipadamente resumo teórico para que os interessados estudassem antes da formação para que as dúvidas que surgissem fossem mais cimentadas em conteúdos teóricos e não de conceitos de base. Isto são apenas sugestões, parabéns, gostei muito da formação!


O questionário terminou!

APÊNDICE VI – FORMAÇÃO “ABORDAGEM Á PSC”


Plano de Sessão

Abordagem à Pessoa em Situação Crítica

Ação de Formação Abordagem à Pessoa em Situação Crítica		Público-Alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria Maior, EPE			
Ação: Formação					
Local: Hospital Santa Maria Maior, EPE		Formadores: Carlos Vilas Boas (1); Diogo Tomás (2); Ivo Alves (3); Teresa Alves (4); Teresa Ferreira (5).			
Data: 18/01/2023	Duração da Sessão: 3h; Sessão 1- 9h às 12:00h; Sessão 2 – 14h00 às 17:00h.				
Objetivos Gerais: Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem no atendimento à Pessoa em Situação crítica (PSC) e Família					
Objetivos Específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> - Perceber a organização dos recursos humanos aquando da abordagem à PSC na SE e respetivas funções de cada elemento através de modelos de atuação; - Sensibilizar os Enfermeiros para a importância de uma abordagem sistematizada baseada na metodologia ABCDE à PSC; - Rever os algoritmos de SBV e SAV com base nas últimas guidelines; - Identificar ritmos peri-paragem e conhecer o respetivo tratamento; - Compreender a importância da abordagem à VA da PSC e dos cuidados de Enfermagem; - Aprofundar conhecimentos farmacológicos em situação de urgência/emergência; - Refletir acerca da tomada de decisão do Enfermeiro em relação à documentação dos cuidados de enfermagem da PSC e família 					
Introdução	Apresentação dos formadores; Apresentação da temática; Apresentação dos objetivos da formação.				
Desenvolvimento	Conteúdos	Materiais e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo	Formador
	- Cadeia de Sobrevivência e Organização dos recursos;	Expositivo	Computador Projeter PPT Manequim	15 min	5
	- Reconhecimento da PSC;	Expositivo Interrogativo Demonstrativo		10 min	5
	- Abordagem à PSC;			30 min	5
	INTERVALO			15 min	
	- Algoritmos SAV;	Expositivo	Computador Projeter PPT Manequim	20 min	2
	-Disritmias peri paragem;	Expositivo Demonstrativo		30 min	2
	-Abordagem à via aérea ;			30 min	2
	-Farmacologia em Urgência/Emergência;	Expositivo		30 min	2
	- Tomada de decisão na documentação de cuidados;	Expositivo Interrogativo		30 min	4
Avaliação	Aplicação de um questionário aos destinatários, através de um formulário online, para avaliar a satisfação/pertinência da formação; Sugestões de melhoria; Avaliação de impacto;				




ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



Carlos Vilas, Boss
Dio do Tomás
Ivo Alves
Teresa Alves
Teresa Ferreira

18 de janeiro de 2023



OBJETIVOS

- Promover melhoria no conhecimento e identificação da Pessoa em Situação Crítica (PSC) através de forma clara, sistematizada e organizada;
- Perceber a organização dos recursos humanos na Sala de Emergência (SE) e respetivas funções de cada elemento através de modelos de atuação;
- Sensibilizar os Enfermeiros para a importância de uma abordagem sistematizada à PSC e família;
- Revisar os algoritmos de SBV e SAU com base nas últimas guidelines;
- Identificar ritmos part-partagem e conhecer o tratamento;
- Compreender a importância da abordagem à via aérea da PSC e dos cuidados de Enfermagem;
- Aprimorar conhecimentos farmacológicos em situação de urgência/emergência;
- Refletir acerca da tomada de decisão do Enfermeiro em relação à documentação dos cuidados de enfermagem da PSC e família.



PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA



Não haver mais vítimas que a própria vítima!



CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



Nota: Atualizar para Atualizar: Normas do ANA 2023 Atualização do Decreto-Lei n.º 107/2017 Atualizar Nota: Atualizar para Atualizar: Normas do ANA 2023 Atualização do Decreto-Lei n.º 107/2017 Atualizar Nota: Atualizar para Atualizar: Normas do ANA 2023 Atualização do Decreto-Lei n.º 107/2017 Atualizar



ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS

Cuidados de Enfermagem à PSC

Ordem dos Enfermeiros, 2017

"Alunos qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco iminente, como resposta às suas condições aféctivas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total"

Os cuidados numa situação de emergência exigem rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica e uma estrutura física adequada à abordagem da PSC.

O material/equipamento estar disponível e funcional, para uso imediato;

Equipa multidisciplinar, organizada, coordenada e coesa, liderada no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão, onde cada profissional saiba exatamente o que fazer.



ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS



Elemento I – cabeça

- Líder: Condições
- Permeabilização da via aérea;
- Ventilação;
- Segue protocolo de acesso com a situação.

Elemento IV – opeito III

- Monitorização;
- Desfibrilhação;
- Acesso venoso;
- Colabora na administração farmacológica;
- Se necessário troca com V.

Elemento V – ao lado IV

- Preparação administração de fármacos;
- Colabora acesso venoso;
- Registo;
- Ligação da equipa com o exterior;
- Se necessário troca com IV.

Elemento II III – Elemento que apoia I:

- Ventilação;
- Compressões cardíacas;
- Troca com III de 2 em 2 min.

ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS

Elemento I – cabeça

- Idéia: Cerviceca
- Posicionamento da via aérea
- Ventilação
- Segue protocolo de acordados com a equipe

Elemento II – Elemento que apoia I

- Compressões Cardíacas
- Troca com III de 2 em 2 minutos

Elemento III – apoio a II

- Monitoração
- Eufonia/telex
- Preparação e administração de fármacos
- 2 agentes
- Troca com II de 2 em 2 minutos

PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

“... aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”

Fonte: Datta/Perkins, 2007

CRITÉRIOS ATIVAÇÃO SALA DE EMERGÊNCIA

- Paciente “VERMELHA” segundo a Triage de Manchester (paciente com diagnóstico de risco de morte ou com alteração da Estado Consciente)
- Critérios atrelados por fatores, que reduzem sua chance clássica de grande estabilidade fisiológica e portanto, no entanto, risco de progressão para o pior, em qualquer ponto que se encontra no SU e sem intervenção médica especializada
- Quem apresenta pelo menos dois dos critérios de definição de PSC:
 - Compromisso da via aérea;
 - Frequência respiratória < 8 ou > 35 ciclos/minuto;
 - SpO2 < 95% com FIO2 > 40% ;
 - Paragem cardiorrespiratória (PCR);
 - Frequência cardíaca < 40 ou > 160 batimentos/minuto;
 - Pressão arterial sistólica < 90 mmHg;
 - Escala de Coma de Glasgow – diminuiu > 2 pontos de novo (24 horas);
 - Crise convulsiva prolongada ou repetida
- Paciente com sinais de falha de ventilação de apoio para procedimentos (ex: esforço de trabalho, cianose ou edema, etc.)

ABORDAGEM À PSC-ABCDE_FG

The ABCDE approach

Airway & oxygenation (A)
Breathing & ventilation (B)
Circulation & shock management (C)
Disability due to neurological deterioration (D)
Exposure & examination (E)

Fonte: Datta/Perkins, 2007

ABORDAGEM À PSC - ABCDE_FG

A - Via aérea

- Inspeccionar cavidade oral e remover corpos estranhos, sangue, vômito, secreções, dentes partidos, próteses dentárias soltas;
- Identificar edema da língua, inchaço ou outras estruturas;
- Se a OVA é parcial há ruídos respiratórios: gorgolejo, rassoar, estridor;
- O aspirador de secreções deverá estar pronto para se proceder à aspiração da cavidade oral (quando houver de aqueção sem da cavidade oral pode irritar o vomito e o hemoqueimato);
- Considerar o uso de adjuvantes básicos de via aérea: nbo Quedel.

ABORDAGEM À PSC - ABCDE_FG

B - Ventilação

- Percutir sinais de dificuldade respiratória: turgor, chiado central, presença de respiração abdominal, utilização de musculatura acessória (tiragem supraclavicular, intercostal, subcostal ou dejeo nasal);
- Observar traqueia e jugulares, tórax insuflável, contusões, hematomas, feridas, ...
- Auscultar a presença de ruídos respiratório: crepitações, sibilância, estridor;
- Avaliar a frequência respiratória e amplitude torácica e cardiorrespiratório: Brônquios Agudos, Ventilação assistida; Tapapano: Abação à ausculto respiratória;
- Monitorizar a oximetria de pulso e capnografia (se adequado);
- Percutir o tórax (diferença de tórax, macchi, ...)

ABORDAGEM À PSC – ABCDE_FG

A - Anamnese

- Pesquisar hemorragias visíveis (epistaxis, hematemese, melena, hematúrias, torçongas, fezes) e controlar caso necessário;
- Avaliar a pele (coloração, temperatura e humidade): ver se há canos periféricos palpáveis; pele marmorada ou a pele e mucosas estão coradas? palpando as extremidades, estão frias ou quentes?
- Avaliar o tempo de preenchimento capilar (TPC);
- Avaliar pulsos periféricos e centrais;
- Acessos venosos periféricos de grande calibre;
- Monitorizar: TA, FC, traçado cardíaco (obter ECG 12 derivações);
- Sentar valores de hemograma, coagulação, química e GSA.

ABORDAGEM À PSC – ABCDE_FG

B - Observar a respiração

- Avaliar pupilas quanto ao seu tamanho, simetria e reatividade à luz;
- Avaliar Escala de Coma de Glasgow;
- Avaliar força motora em todos os membros;
- Avaliar glicemia capilar.

VERBAIS	OCULARES	MOVIMENTO
Resposta verbal	Orientado	Obediente
	Desorientado	Extensão
	Fixado	Flexão
	Desvio lateral	Extensão
	Desvio medial	Flexão
	Desvio lateral	Extensão
	Desvio medial	Flexão
	Desvio lateral	Extensão
	Desvio medial	Flexão
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	TOTAL MÍNIMO
15	3	6

ABORDAGEM À PSC – ABCDE_FG

C - Exame físico

- Identificar e avaliar lesões externas (hematomas, reações cutâneas...);
- Avaliar e controlar a temperatura corporal.

ABORDAGEM À PSC – ABCDE_FG

D - Observar a circulação

- Realizar intervenções focalizadas: sinais vitais, oxigenação venosa com registo e controlo do débito urinário, SNG, realização de ECD;
- Outros dispositivos médicos;

FAMÍLIA

- permitir presença;
- recolha de informação relevante;
- avaliar as necessidades da família;
- proporcionar apoio (emocional, apoio, assistência social...);
- Fornecer informação clínica.

ABORDAGEM À PSC – ABCDE_FG

E - Cuidado sintomático

- Gestão da Dor (farmacológica não farmacológica)
- Gestão da Temperatura
- Gestão do toque e do diálogo

Disitímias

Crítérios de risco de PCR: instabilidade:

1. Choque:
 - i. Alteração do estado de consciência;
 - ii. TAS < 90mmHg;
 - iii. Pulsoz, sudoreses
2. Síncope
3. Instabilidade cardíaca aguda:
 - i. Edema Agudo do Pulmão
 - ii. Taquicardismo regular
4. Ispemia miocárdica:
 - i. Dor torácica
 - ii. Alterações ECG (com ou sem dor)



Taquicardia em doente instável

- A sedo-analgésia prévia poderá ser equacionada.
- A cardioversão elétrica sincronizada é recomendada com até 3 choques consecutivos.
- Se a cardioversão elétrica falhar na conversão a ritmo sinusal e o doente se mantiver instável, administrar amiodarona 300 mg EV/IO em 10 a 20 min e tentar nova cardioversão elétrica.

CARDIOVERSÃO SINCRONIZADA

- Segurança do doente.
- Analgésia e sedação do doente.
- Escolher carga de choque e **SINCRONIZAR** desfibrilador.
- Colocar as pás simultaneamente ou pás manuais.
- Garantir as condições de segurança antes de carregar energia.
- Carregar, bofetar choque e aguardar choque (pode demorar alguns segundos).

FA	• 360 J
Taquicardia de complexos largos	• 120 J a 150J*
Taquicardia de complexos estreitos	• 70J a 120J*

* Podem ser incrementada energia do choque seguinte.

Taquicardia doente estável

- Taquicardia regular:**
 - Realizar manobras vagais;
 - Se ineficaz, administrar Adenosina 6-12-18;
 - Se Adenosina ineficaz:
 - Em complexos largos, administrar amiodarona 300 mg (em 10 a 20 min)
 - Em complexos estreitos administrar betabloqueador (Metoprolol), ou bloqueador dos canais de cálcio (Verapamil ou Diltiazem). Se ineficaz, realizar cardioversão até 3 tentativas.
- Taquicardia irregular:**
 - A opção deve ser o controlo da frequência cardíaca (metoprolol, esmolol ou diltiazem).
 - Se FA de novo (inferior a 48 horas) ou se IC associada recorrer à Amiodarona ou digoxina.
 - FA superior a 48 horas ponderar heparina 5.000 unid ou enoxaparina 1 mg/Kg - risco embólico;
 - Torsade de Pointes; administrar Sulfato Magnésio 2 Gr em 10 min.




Bradicardia

<p>DOENTE INSTÁVEL:</p> <ol style="list-style-type: none"> Administrar Atropina 0,5 mg EV/IO a cada 3 min, dose máxima de 3mg. Se Atropina ineficaz considerar: <ol style="list-style-type: none"> Adrenalina 2 a 10mcg/min; Isoprenalina a 5mcg/min; No doente transplantado cardíaco, na suspeita de IAM inferior ou perante um doente com TVM, se a Atropina for ineficaz, considerar aminofilina; Se ineficaz ponderar pacemaker temporâneo. 	<p>DOENTE ESTÁVEL:</p> <p>Na presença de uma bradicardia sem sinais de instabilidade clínica o tratamento é de suporte e monitorização, no entanto deve ser pesquisado o risco de asistolia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Asistolia recente BAV 2º grau Mobitz II BAV 3º grau Pausa ventricular superior a 3 seg <p>Na presença de algum destes critérios considerar tratar como bradicardia em doente instável.</p>
--	---

PACE EXTERNO

Modo pace:
 1- Fixo;
 2- Não fixo;
 Em transporte usar sempre modo **FIXO**.

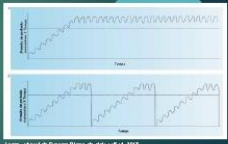


Confirmação do pace

- Pulso femoral
- Spike/QRS no monitor
- Débito cardíaco

SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Condições de segurança
Estado de consciência
Permeabilizar a via aérea
VOS
Ligra 112 / 2222
30 compressões
2 ventilações




Fonte: Manual de Suporte Básico de Vida - 4ª Ed. ABP

RITMOS PARAGEM CÁRDIO-RESPIRATÓRIA

NÃO DESFIBRILHÁVEIS	<ul style="list-style-type: none"> Assistolia AESP
DESFIBRILHÁVEIS	<ul style="list-style-type: none"> FV TVsp

ASSISTOLIA



Verificar eletrodos desconectados
 Aumentar ganho do ECG
 Mudar de derivação

ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO



FIBRILHAÇÃO VENTRICULAR




TAQUICARDIA VENTRICULAR sem pulso

DESFIBRILHAÇÃO

- Tratamento eficaz nos ritmos desfibrilháveis (VF e TdP)
- Causa mais frequente de PCR nos adultos.

DESFIBRILHAÇÃO

Condições do tórax:

- **Contato:** Afastar e certificar-se que todos estão afastados quando antes de ativar a descarga.
- **Oxigénio:** Afastar a fonte de oxigénio.
- **Nitrato/Adeivos Transdérmicos:** retirar panos e limpar a pele.
- **Água:** Ter atenção se o chão/marca ou roupas estão molhadas.
- **Dispositivos eletrónicos + pacing (Pace, CDI, caso laptop, afastar a pé no mínimo + 8 cm.**
- **Pêlo:** Deveria ser removidos.

SAV - RITMOS DESFIBRILHÁVEIS

SAV - RITMOS NÃO DESFIBRILHÁVEIS

TROCAR ELEMENTO DAS COMPRESSÕES DE 2 EM 2 MINUTOS!

PCR - CAUSAS POTENCIALMENTE REVERSÍVEIS

STs	Tratamento	SHs	Tratamento
<ul style="list-style-type: none"> • 1. Tamponamento cardíaco • 2. TEP • 3. Trombose de coronária (CAV) • 4. Tensão no tórax (pneumotórax hipertensivo) • 5. Traumas 	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Pericardiocentese • 2. Trombólise • 3. Angioplastia coronária • 4. Punção de alívio/drenagem de tórax • 5. Antagonista específico + prolongar RCP 	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Hipovolemia • 2. Hipóxia • 3. H+ (ácido metabólico) • 4. Hipotermia • 5. Hipó/hipercalémia 	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Reposição volémica • 2. Via aérea assegurada • 3. Bicarbonato de sódio • 4. Manita térmica, SF 0,9% aquecido, circulação extracorpórea • 5. Reposição de K+/Glucosato de cálcio a 10%

RECOMENDAÇÕES

1. Compressões de elevada qualidade, minimamente interrompidas e desfibrilação precoce continuam a ser a prioridade.
2. Compressões: ritmo 100-120 por minuto, profundidade de entre os 5-6 cm, permitir retorno do tórax.
3. Recomendamos a manutenção das compressões torácicas enquanto se carrega o desfibrilador para minimizar o tempo de pausa pré-choque e não inceder 3 segundos para desfibrilar.
4. Reforça-se a importância de retomar compressões logo a seguir à desfibrilação.
5. Evitar arritmias à hipertermia, visando uma temperatura entre os 34° e os 37°C para doentes que permaneçam em coma após RCE.
6. Uso de capnografia como indicador de qualidade de compressões torácicas e de provável RCE durante reanimação.

Fonte: 2021 International Consensus Cardiac Arrest and Intensive Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations

VIA AÉREA

A permeabilidade da via aérea deve ser obtida o mais rapidamente possível.

VIA AÉREA

Após garantir a permeabilidade, garantir a ventilação de PSC.

VIA AÉREA

Necessidade via aérea avançada??

VIA AÉREA

Máscara Laríngea

- Lubrificar parte posterior da máscara.
- Inserir na boca em direção ao palato duro (não empurrar a língua).
- Deslizar até sentir resistência.
- Testar localização (Obs: expansão torácica, auscultação gástrica e pulmonar e volume de SPO2).
- Após confirmação de correta posição, fixar bem a máscara.

VIA AÉREA

Successo na EOT...

Mascaras BIPAP

Fiores

Biquip

VIA AÉREA

Enfermeiro na Sala de Emergência

Colocar as mãos e o equipamento que irá ser usado no paciente.

Avaliar com o médico após 10 segundos.

Iniciar o manual ventilado.

Fazer o monitorado durante o manual ventilado e verificar o retorno.

Deixar em modo E e reavaliar com frequência de 10 a 15 segundos.

Deixar o BIPAP e reavaliar o paciente quando necessário.

Farmacologia

DURANTE A PCR...

Farmacologia

Adrenalina:

- A adrenalina é uma amina simpaticomimética com ação agonista alfa e beta. Mediante estimulação dos receptores alfa1 e alfa2 causa vasoconstrição periférica com aumento das resistências vasculares periféricas e da pressão arterial, aumentando a perfusão cerebral e coronária.
- Dose:
 - Em situações de PCR a dose a utilizar é 1 mg EV/IO a cada 3-5 minutos, na qual se mantenha a reanimação e mede-se o tempo (TCE) ou o tempo de sobrevivência.
- Indicações:
 - PCR;
 - Choque distribuído e anafilático;
 - Segunda linha no tratamento do choque cardiogênico.

Farmacologia

Amiodarona:

- A amiodarona é um antiarrítmico estabilizador da membrana, que atua na duração do potencial de ação e no período refratário ao miocárdio.
- Dose:
 - No momento da TV, TV com pulso, se não persistir após a administração de 150 mg de amiodarona, diluída em 20 mL de soro fisiológico a 3% em 100 mL, após o 2º choque. Em caso de TV EV refratária ou recorrente pode-se administrar mais 150mg de amiodarona após o 3º choque.
- Indicações:
 - Fibrilhação ventricular e equívoca a ventricular sem pulso, refratária à desfibrilhação;

Farmacologia

Sulfato de Magnésio:

- O sulfato de magnésio é um dos constituintes essenciais de vários sistemas enzimáticos envolvidos na produção de energia celular. Desempenha um papel importante na transmissão do impulso nervoso, já que está associado à redução da liberação de acetilcolina, com diminuição da sensibilidade da placa motora.
- Dose:
 - No caso de TV polimórfica refratária pode ser administrada por via periférica uma dose 2g, podendo ser repetida ao fim de 10 a 15 minutos.
- Indicações:
 - Taquicardias ventriculares polimórficas na presença de hipomagnesemia provável;
 - Torção de Pontes;
 - Intoxicação digitalis;

Farmacologia

Disritmias...



Farmacologia

Atropina:

- ▶ A atropina é um parasimpático, antagonista dos efeitos da acetilcolina nos receptores muscarínicos. Bloqueia assim os efeitos vagais sobre o nódo AV, resultando em aumento da velocidade sinusal e facilitando a condução AV.
- ▶ Dose:
 - ▶ A dose inicial adequada é de 0,5mg EV, podendo ser necessário administrar doses repetidas a cada 3-5min, até atingir 3 mg (dose terapêutica máxima). Se ineficaz, deve considerar-se a colocação de pacemakers ou o uso de fármacos alternativos.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Bradicardia sinusal, sinusal, paroxismal e BAV, na presença de sinais de gravidade ou com repercussão hemodinâmica.

Farmacologia

Adenosina:

- ▶ A adenosina provoca um stress na condição ao nível do nódo sinusal/ventricular, o que a torna parcialmente eficaz no tratamento de arritmias supraventriculares paroxísmicas com via de segurança que envolve o nódo AV. No entanto, com este tipo de disritmia, o bloqueio AV provocado pela adenosina, ao limitar a resposta ventricular, pode revelar o ritmo sinusal subjacente.
- ▶ Dose:
 - ▶ A dose inicial é de 6 mg administrada em bolus rápido, numa veia central ou periférica de grande calibre (o mais proximal ao coração possível), seguida de um bolus de novo bolus. Podem ser repetidos mais 3 bolus repetidamente 12 e 13mg. Semelhante de 8-10 mg.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Taquicardias de complexos estreitos ou largos regulares.

Farmacologia

Amiodrona:

- ▶ Dose:
 - ▶ 300 mg de amiodrona em 100 cc de dextrose a 5% em H₂O durante 10-60 minutos dependendo das circunstâncias e estabilidade hemodinâmica do doente, depois perfundir 900-950 mg em 24 horas.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Taquicardia ventricular com estabilidade hemodinâmica.
 - ▶ Outras taquicardias resistentes.

Farmacologia

Digoxina:

- ▶ Trata-se de um glicosídeo que suprime o automatismo do nódo sinusal e prolonga a condução AV através de três mecanismos: Aumento do tônus vagal, Redução do "drive" simpático, Prolongamento do período refratário do nódo AV. Para além disso, ainda potencia a contratilidade do miocárdio e reduz a velocidade de condução dos íons de Potássio.
- ▶ Dose:
 - ▶ A dose inicial adequada é de 0,25 a 0,5mg EV.
- ▶ Indicações:
 - ▶ FA com resposta ventricular rápida (FA com RVR).

Farmacologia

Verapamil:

- ▶ É um bloqueador dos canais de cálcio que atua a condução no nódo AV, prolonga o tempo de condução de cada impulso cardíaco e diminui a frequência cardíaca.
- ▶ Dose:
 - ▶ A dose inicial é de 2,5-5mg por via EV administrada ao longo de 2min. Na ausência de resposta terapêutica, deve administrar-se novas doses de 5-10mg a cada 15-30min até um máximo de 10mg.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Taquicardias de complexos estreitos, estáveis e não controladas com adenosina ou manobras vagais.
 - ▶ Controlo da frequência ventricular em doentes com FA ou flutter sinusal e função ventricular preservada.

Farmacologia

Aminofilina:

- ▶ A aminofilina tem um efeito cronotrópico e inotrópico positivo.
- ▶ Dose:
 - ▶ 125-240mg EV lento.
 - ▶ A margem terapêutica da aminofilina é estreita pelo que doses superiores às indicadas podem ser arritmogênicas e provocar convulsões, sobretudo se administradas por infusão EV rápida.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Bradicardia paraxagém refratária à atropina. Considera especialmente se a bradicardia é causada por EAM.

Farmacologia

Isoprenalina:

- ▶ É um medicamento simpaticomimético que atua ao nível dos receptores beta adrenérgicos, no nível dos receptores beta-1 cardíacos, tem efeitos cronotrópico, inotrópico e inotrópico positivos.
- ▶ Dose:
 - ▶ A dose inicial EV é de 0,5 a 10 mcg/min, devendo ser aumentada gradualmente até obtenção do efeito terapêutico desejado (em regra cerca de 2 mcg/min). A taxa de exemplo pode ser preparada para perfusão 1mg em 50mL de DW 5%, (20mcg/mL).
- ▶ Indicações:
 - ▶ Bradicardia que não responde à atropina.
 - ▶ BAV sistémico, enquanto aguarda colocação de *pacemaker*.

Farmacologia

Dopamina:

- ▶ É uma catecolamina endógena que serve de neurotransmissor e de precursor de outros da noradrenalina. Quando administrado como fármaco exógeno, a dopamina atua numa variedade de receptores de forma dose-dependente.
- ▶ Dose:
 - ▶ 2-20 mcg/Kg/min, de acordo com o efeito desejado.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Aumento de perfusão renal.
 - ▶ Hipotensão refratária a fluidos.

Farmacologia

Noradrenalina:

- ▶ É uma catecolamina vasoconstritora utilizada frequentemente para corrigir hipotensão quando outras medidas não são eficazes.
- ▶ Dose:
 - ▶ 2-10mcg/min (ou 0,025-4 mcg/Kg/min), aumentando gradualmente a cada 5min até obter o efeito hemodinâmico desejado.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Hipotensão grave em situações choque de diversas etiologias (choque distributivo, choque obstrutivo e hipovolémico).
 - ▶ Choque cardiogénico refratário.

Farmacologia

Dobutamina:

- ▶ É uma catecolamina sintética que é utilizada para aumentar o débito cardíaco em doentes com insuficiência cardíaca descompensada.
- ▶ Dose:
 - ▶ 2,5-15 mcg/Kg/min, aumentando lentamente a dose até obter a resposta hemodinâmica desejada.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Hipotensão na ausência de hipovolemia.
 - ▶ Choque cardiogénico.

Farmacologia

Cálcio

- ▶ Indicações:
 - ▶ Hipercalcémia.
 - ▶ Hipocalcémia.
 - ▶ Intoxicação por bloqueadores dos canais de cálcio.

Bicarbonato de Sódio

 - ▶ Indicações:
 - ▶ PCR associada a hipercalcémia.
 - ▶ PCR após intubação por antiácidos/ativos inotrópicos.
 - ▶ Acidose metabólica grave (pH<7.1) por déficit de bicarbonato (isto aniónico normal).

Farmacologia

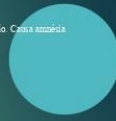
Sedação, analgesia e curarizantes...



Farmacologia

Propofol:


- ▶ É um sedativo, hipnótico, amnésico e anticonvulsivante de curta duração. Causa amnésia retrograda, reduz a pressão intracraniana pelo seu efeito hiposensor.
- ▶ Dose:
 - ▶ 15-25 mg/Kg IV. Perfilado (sedação 1-2 mg/Kg).
- ▶ Indicações:
 - ▶ Sedação.
 - ▶ Indução anestésica.
 - ▶ Controle de crises convulsivas refratárias - Estado mal epiléptico.



Farmacologia

Biomidato:

- ▶ É um sedativo, hipnótico, amnésico. Início de ação rápido e curto (15-30 min) efeitos cardiovasculares mínimos (< hipotensão).
- ▶ Dose:
 - ▶ 0,2 - 0,4 mg/Kg IV
- ▶ Indicações:
 - ▶ Sedação.
 - ▶ Indução anestésica.



Farmacologia

Midazolam:


- ▶ Benzodiazepina, com efeitos sedativos, hipnóticos, amnésicos e anticonvulsivantes. Tem um efeito hiposensor menor, contudo uma vasta aplicação.
- ▶ Dose:
 - ▶ 0,1-0,2 mg/Kg Início de ação 1-2min.
- ▶ Indicações:
 - ▶ Sedação.
 - ▶ Controle da agitação psicômota.
 - ▶ Indução anestésica em associação com outros fármacos.
 - ▶ Controle de crises convulsivas.



Farmacologia

Quetamina:

- ▶ É um sedativo, hipnótico e analgésico.
- ▶ Dose (indução):
 - ▶ 1-2 mg/Kg IV (4-6 mg/Kg IM).
- ▶ Indicações:
 - ▶ Em queimados e pediatras.
 - ▶ Atua grave refratária como potente broncodilatador.
 - ▶ Contra indicado em doentes com TCE (provoca aumento da PIC)
 - ▶ Pode provocar alucinações.



Farmacologia

Midaxina:

- ▶ Analgésico opioide.
- ▶ Dose:
 - ▶ 0,1-0,15 mg/kg IV/IO

Fentanyl:

- ▶ Analgésico opioide, 100x mais potente que a morfina e com um início de ação mais rápido, mais seguro e mais eficaz que a morfina.
- ▶ Dose:
 - ▶ 2-3 mcg/kg IV/IO



Farmacologia

Recorrido:

- ▶ Relaxante muscular não-depolarizante. Tem uma semi-vida muito longa e pode provocar bradicardia em associação com opiáceos.
- ▶ Dose:
 - ▶ 0.6 a 1.2 mg/Kg IV

Succinilcolina:

- ▶ Relaxante muscular utilizado maioritariamente em técnica de seqüência rápida para EOI. Tem um início de ação e semi-vida rápida.
- ▶ Dose:
 - ▶ 1-1.5 mg/Kg IV

Farmacologia

ANTIDOTOS

Midazolam, Diazepam e outras benzodiazepinas:

- ▶ Flumazenil. Antagonista das benzodiazepinas, início de ação aos 2 min e efeito max. aos 10 min.
- ▶ Dose:
 - ▶ 0.2 mg até 1mg IV
 - ▶ Atenção aos doentes medicados com antidepressivos tricíclicos - Pode despoletar crises convulsivas.

Curarizina (ocorrência recorrente):

- ▶ Sugammadex. Reverso imediato após bloqueio induzido pelo recorrido - Início de ação 1.5min
- ▶ Dose:
 - ▶ 16 mg/kg IV (para reversão imediata emergente)

Opióides (morfina e fentanilo):

- ▶ Naloxona. Antagonista dos opióides, início de ação IV/IO rápido (2-3 min).
- ▶ Dose:
 - ▶ 0.4 mg IV/IM (até 2mg).

BIBLIOGRAFIA

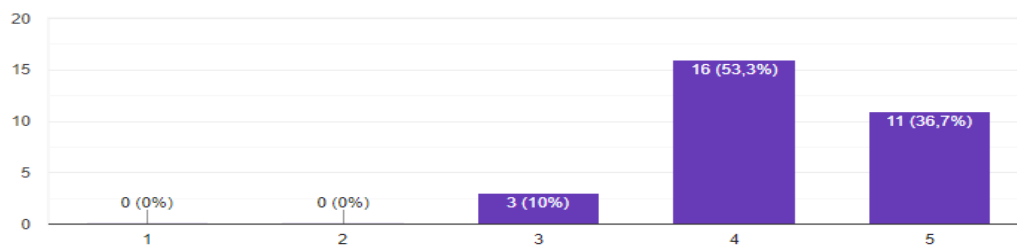
- ▶ American Heart Association. Destaque da AHA 2020: Atualização dos Diretrizes de RCP e ACP. American Heart Association, Texas (EUA). 2020. 34p. <https://cpr.heart.org/en/education/science/cpr-and-acc-puddles>
- ▶ Emergency Nurses Association. (2007). Trauma Nursing Core Course - Provider Manual (6a ed.). ENA, Illinois -USA.
- ▶ INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). Emergências em Trauma. Edição portuguesa. Lisboa.
- ▶ Nelson Coimbra. ENFERMAGEM DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. Editora Lidel. 2021. ISBN 978-989-752-574-2.
- ▶ Umshofner, W., Amisler, F., Suter, P. M., Martin, B., Martin, J., & Schaefer, D. (2001). Team performance in the emergency room: assessment of inter-disciplinary attitudes. Resuscitation, 49(1), 39-46. [https://doi.org/10.1016/S0969-9572\(00\)00399-x](https://doi.org/10.1016/S0969-9572(00)00399-x).

APÊNDICE VII – AVALIAÇÃO DE IMPACTO FORMAÇÃO “ABORDAGEM Á
PSC”

1. Esta ação de formação contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos acerca da temática?

 Copiar

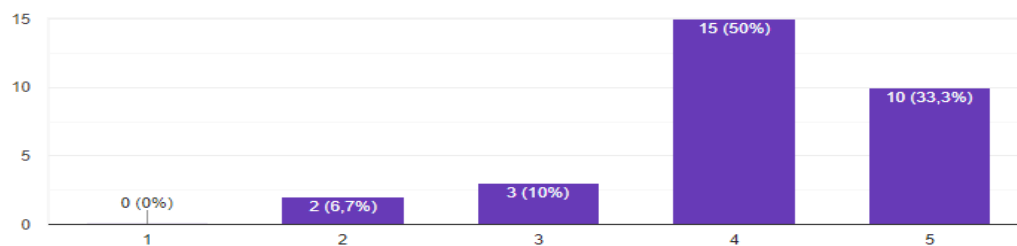
30 respostas



2. Considera que adquiriu novas ferramentas que facilitem a tomada de decisão em relação à documentação dos cuidados de Enfermagem na Sala de Emergência?

 Copiar

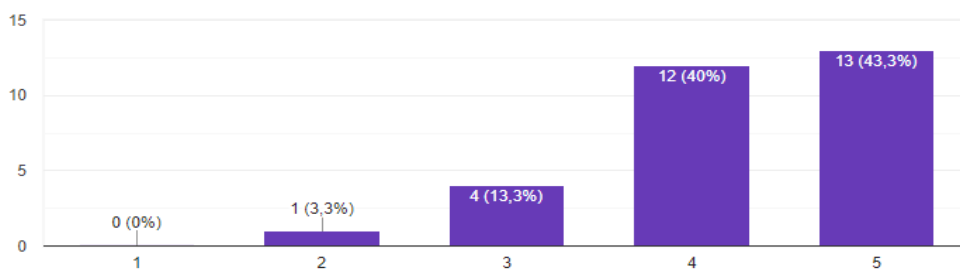
30 respostas



4. O conteúdo da formação foi adequado às suas necessidades pessoais e expectativas?

 Copiar

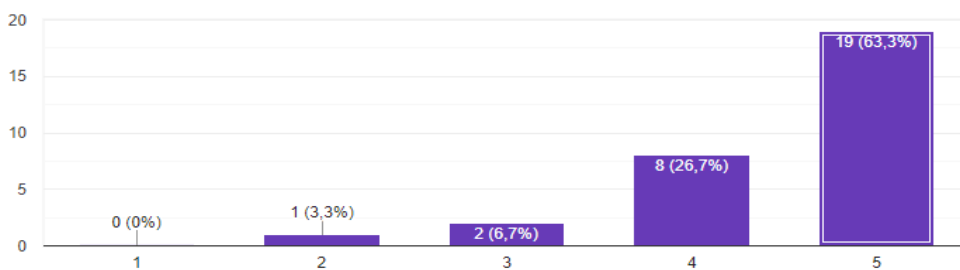
30 respostas



5. O conteúdo da formação foi adequado às necessidades do serviço?

 Copiar

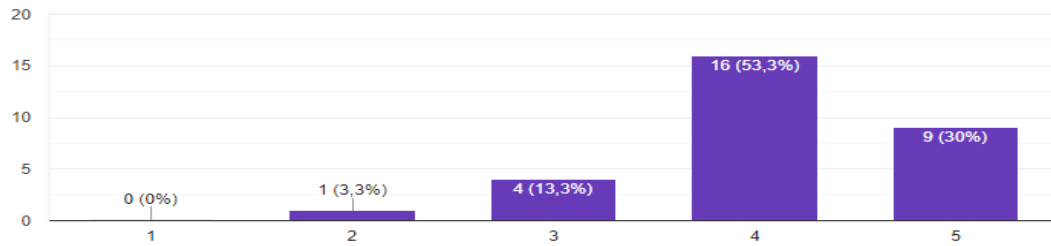
30 respostas



6. A formação contribuiu para me sentir mais capaz ao abordar à Pessoa em Situação Crítica e Família?

 Copiar

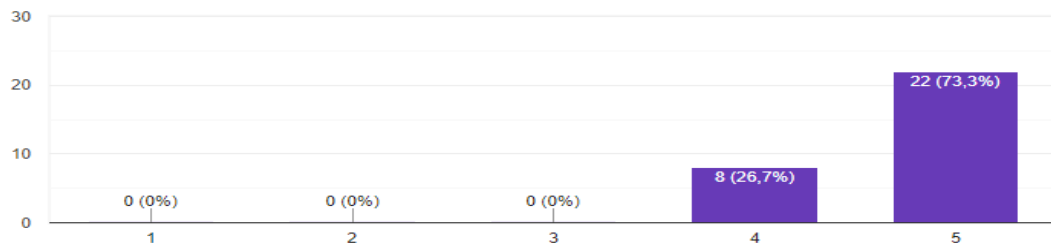
30 respostas



7. Considera pertinente a realização de formação contínua na área de abordagem à Pessoa em Situação Crítica e Família?

 Copiar

30 respostas

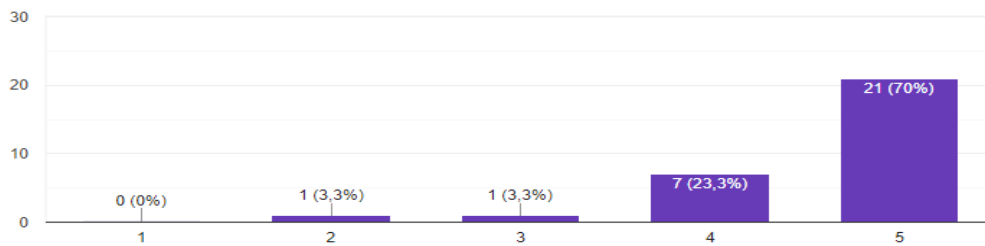


PARTE 2

1. Os formadores dominaram as temáticas abordadas?

 Copiar

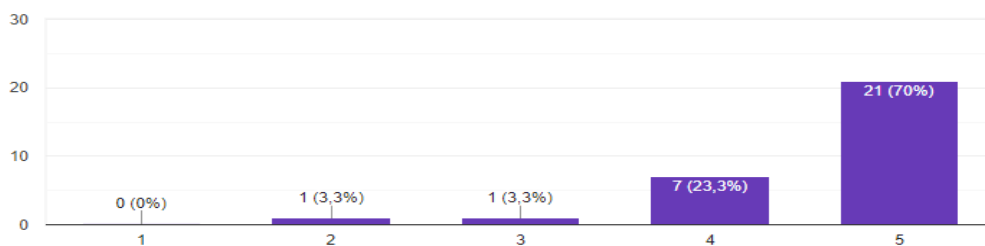
30 respostas



2. Os formadores comunicaram de forma clara e coerente?

 Copiar

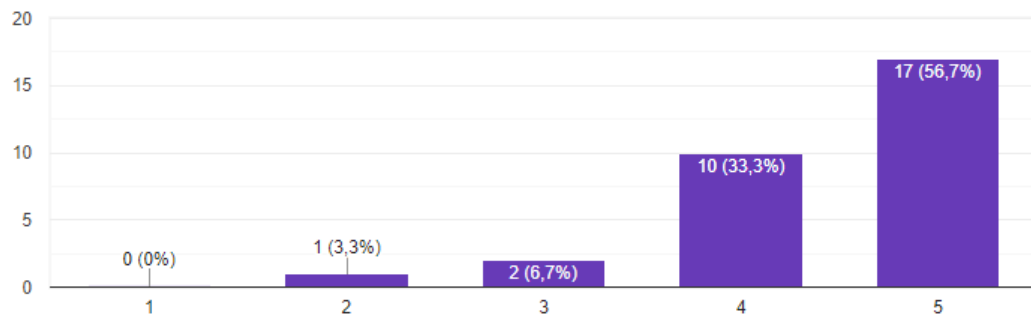
30 respostas



3. Os métodos utilizados foram adequados ao conteúdo e objetivos da formação?

 Copiar

30 respostas



APÊNDICE VIII – ISBAR – COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DOS
CUIDADOS DE SAÚDE

LISTA DE SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Trabalho realizado por:

António Carlos, 1128
Diogo Tomás, 2287
Ivo Alves, 2262
Teresa Ferreira, 2375

INTRODUÇÃO

A comunicação entre os profissionais de saúde representa um grande desafio, uma vez que os erros e lacunas relacionados com a mesma, em momentos de transferência de responsabilidade de cuidados de Enfermagem, podem colocar a segurança do doente em risco.

Para garantir a transição segura de cuidados é necessário compreender a forma como se realiza esta transição, bem como, quais os processos que promovem e/ou dificultam a passagem de informação.

Assim, é essencial conhecer os pontos fulcrais na transmissão de informação aquando da transição de responsabilidade de cuidados reconhecendo aspetos de melhoria e adotando métodos facilitadores dessa transmissão de informação. As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na área da saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a má comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.

A prática clínica, no contexto do Serviço de Urgência, pelas suas características particulares e dinâmica, pode levar à perda de informação importante para a continuidade dos cuidados e ao aparecimento de eventos adversos. Neste ambiente, a assistência não é de fácil realização nem isenta de desgaste, tanto profissional como pessoal. Uma transmissão adequada, precisa, fidedigna, abrangente e em tempo útil da informação é uma componente essencial para a segurança do doente.

Assim, objetivamos promover o aumento da segurança e da continuidade dos cuidados prestados e uma consequente melhoria da qualidade dos mesmos através da padronização do processo de transmissão de informação, já que este pode ser um recurso que permita salvaguardar a qualidade dos cuidados e reduzir o aparecimento dos eventos adversos.

1. SEGURANÇA DO DOENTE NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que, a segurança do doente coaduna-se com a redução ao mínimo aceitável do risco de qualquer dano desnecessário relacionado com os cuidados de saúde. Neste sentido, a segurança do doente é um fator de identificação de um serviço de saúde de qualidade, distinguindo-se das tradicionais dimensões de qualidade, focadas em fazer o correto na altura devida. O foco principal é trabalhar para a ausência do dano, resultante da implementação de cuidados de saúde:

A OMS define cultura de segurança como sendo, o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, competências e padrões de comportamento, que determinam o empenho, estilo e proficiência, na gestão e segurança de uma organização (WHO, 2009).

Neste sentido, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026) é suportado por cinco pilares (cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança; práticas seguras em ambientes seguros) com a definição de vários objetivos estratégicos. Assim, o objetivo é a consolidação e promoção da segurança aquando da prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a teleassistência, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.

Tal como abordado no plano anterior, corrobora-se que a comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde.

2. COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO DOENTE –METODOLOGIA ISBAR

Desde a era primitiva até à atualidade, a comunicação de forma global tem vindo a transformar o mundo de forma constante. O desenvolvimento de técnicas de comunicação promoveu novas formas de estar e viver em sociedade, deixando de existir fronteiras e constrangimentos que impedissem a aproximação e relação interpessoal entre os povos. Também no exercício da Enfermagem, a comunicação revela-se como sendo essencial e imprescindível.

A Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) define comunicação como um comportamento interativo que permite a transmissão e a receção de informações, recorrendo a comportamentos verbais e não verbais, podendo ser face a face ou utilizando meios tecnológicos, como por exemplo, o telefone ou o computador (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016).

A Direção Geral de Saúde (DGS) reconhece a centralidade da comunicação no desenvolvimento da Enfermagem, pois grande parte das suas intervenções assentam na comunicação com o doente, devendo esta ser apropriada, oportuna, explícita, completa sem ambiguidade e no momento certo, de modo a ser percebida pelo rector (DGS, 2017).

O processo de transição de cuidados de saúde pode definir-se como a transferência de responsabilidade e respetiva informação clínica, de um profissional de saúde para outro, e envolve o desenvolvimento de um conjunto de ações que permitem garantir a estruturação, continuidade e segurança dos cuidados.

Aquando desta transferência pretende-se passar informações relevantes e precisas sobre a situação do doente, tratamentos instituídos, cuidados de saúde necessários, avaliação e evolução clínica, assim como o planeamento, antecipando riscos ou mudanças imprevistas nas condições clínicas dos doentes e, desta forma, minimizar os riscos associados (Johnson, Sanchez e Zheng, 2015). A existência de informação irrelevante, repetitiva ou perdida, tem sido identificada como um dos principais fatores associados a uma comunicação ineficaz durante o processo de transição de cuidados de saúde e pode comprometer os cuidados subsequentes.

Já em 2013, Tranquada, descreve a metodologia ISBAR como um método eficaz para normalizar e padronizar os diferentes estilos de comunicação, contribuindo para que todas sigam a mesma linha comunicacional permitindo, deste modo, que possíveis erros e lacunas que possam acontecer no processo de comunicação diminuam, o que em contexto de urgência, se torna ainda mais importante.

Nogueira e Rodrigues, em 2015, afirmam que a metodologia ISBAR fornece estrutura adequada para a comunicação entre os profissionais de saúde a respeito da situação e da condição clínica do doente, e permite que os profissionais antecipem os próximos passos, se necessário. Silva e Rodrigues (2016), acrescentam que comunicação deve ser intencional, compreendida por todos os envolvidos e deve, também, respeitar os aspetos éticos.

De acordo com a norma supramencionada, ISBAR significa:

Identificação: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação
Situação atual: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;
Antecedentes: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;
Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;
Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente" (DGS, 2017, p. 4).

Terminámos com a exposição do modelo explicativo da metodologia ISBAR no quadro 1.

Quadro 1 - Modelo explicativo da metodologia ISBAR (DGS, 2017)

Mnemónica ISBAR	
I - IDENTIFICAÇÃO Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do profissional de saúde emissor; c) Nome e função do profissional de saúde receptor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.

Segundo The Joint Commission (2017), os erros são uma realidade e a má comunicação contribui bastante para a sua ocorrência. Já anteriormente, a OMS (2007) havia alertado que, a comunicação ineficaz na transição de responsabilidade entre profissionais origina eventos adversos clínicos e erros médicos.

A comunicação eficaz durante a transferência de responsabilidade entre profissionais é, assim, um fator importante na segurança do doente e a utilização de um sistema padronizado de passagem de informação para minimizar erros e melhorar os *outcomes* dos doentes é recomendado pela The Joint Commission, pois a standardização do método de transmissão de informação reduz a perda de informação e promove a continuidade dos cuidados.

Atentando à importância de uma comunicação eficaz na transição dos cuidados e na segurança do doente, a DGS emitiu em 2017, a Norma 001/2017: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde (ANEXO I). A norma tem como objetivo principal a uniformização de boas práticas para uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde, durante a transição de cuidados de saúde dos doentes, garantindo uma comunicação precisa e oportuna de informações, de modo a que, possíveis erros e lacunas sejam mitigados, diminuindo a mortalidade. (DGS, 2017)

A metodologia ISBAR, derivada da metodologia SBAR, é a sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações). Esta metodologia surge na norma com o objetivo de uniformizar a comunicação na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados por forma a promover a segurança do doente (DGS, 2017). Esta é uma ferramenta de comunicação padronizada que permite a transmissão de informação pelos profissionais, reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.

São várias as organizações e entidades ao nível internacional a recomendar a metodologia ISBAR como ferramenta para a normalização da comunicação na transmissão de informação. A mesma permite uma " fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados" (DGS, 2017, p.4).

S - SITUAÇÃO ATUAL/CAUSA Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B - ANTECEDENTES/ANAMNESE Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A - AVALIAÇÃO Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa/não - medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
R - RECOMENDAÇÕES Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

CONCLUSÃO

Muitas vezes a comunicação é passível de apresentar erros e lacunas, nesse sentido, foi reconhecida a metodologia ISBAR como uma estratégia para normatizar e padronizar a comunicação, diminuindo a ocorrência de erros nos momentos de transição de responsabilidade de cuidados de saúde, neste caso, entre a passagem de turno para outro profissional de saúde.

Deste modo, esperamos que este trabalho venha a ser uma mais-valia tanto para o serviço onde foi realizado o estágio, assim como, se o entenderem, para a instituição no seu todo.

A adoção da metodologia ISBAR, como ferramenta de normatização e padronização da comunicação da informação sobre o doente na transferência de responsabilidade, traduzi-se-á na melhoria e na segurança dos cuidados de Enfermagem prestados ao doente.

BIBLIOGRAFIA

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- Direção Geral de Saúde (2017). Norma 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Johnson, M., Sanchez, P. and Zheng, C. (2015). The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (1-2), 257-268
- Nogueira, J. & Rodrigues, M. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, 20(3), 636-640
- Silva, E. & Rodrigues, F. (2016). Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório. *Revista de Enfermagem y Humanidades: Cultura de los Cuidados*, 46, 134-135.
- The Joint Commision. (2017). Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert, 58, 1-6. Disponível em <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PSSolution3.pdf>
- Tranquada, M. (2013). A Comunicação Durante a Transição Das Equipas de Enfermagem: Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português. (Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde). ISCTE Business School – Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa, Portugal
- World Health Organization, & International Council of Nurses (Eds.). (2009). ICN Framework Of Disaster Nursing Competencies. Geneva: ICN & WHO

ANEXOS

Grelha de Orientação na Transição dos Cuidados de Saúde

GRELHA DE ORIENTAÇÃO NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE (elaborada com base na Norma da DGS 001/2017)

Identificação	Situação Atual	Anamnese	Avaliação	Recomendações
Nome:	Data admissão:	Antecedentes Pessoais:	Problemas atuais:	Plano de cuidados:
Idade:	Motivo Internamento:	Grau dependência:	Terapêutica:	MCDTS agendados:
Proveniência:	MCDTS realizados:	Alergias:	Alterações estado saúde significativas:	Necessidades do cuidador:
Domicílio:	Terapêutica realizada:	Terapêutica habitual:	Focos de atenção e intervenções:	Outro:
Pessoa significativa:		Risco IACS:		
Outros:		Outro:		

APÊNDICE IX – FORMAÇÃO “ISBAR – COMUNICAÇÃO EFICAZ NA
TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE”

Plano de Sessão

ISBAR- Comunicação eficaz na transição de cuidados na saúde.

Ação de Formação: ISBAR- Comunicação eficaz na transição de cuidados na saúde.		Público-Alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria Maior, EPE			
Ação: Formação assíncrona					
Local: Hospital Santa Maria Maior, EPE		Formadores: Carlos Vilas Boas (1); Diogo Tomás (2); Ivo Alves (3); Teresa Ferreira (4).			
Data: março 2023	Duração da Sessão: 1hora.				
<p>Objetivos Gerais: promover o aumento da segurança e da continuidade dos cuidados prestados e uma consequente melhoria da qualidade dos mesmos através da padronização do processo de transmissão de informação.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Divulgar os pilares estabelecidos no Plano Nacional Segurança Doente 2021-2026; - Alertar para a importância da comunicação eficaz no processo de transição dos cuidados de saúde; - Explicitar a metodologia ISBAR: enquadramento conceptual, aplicabilidade, vantagens, - Apresentar o modelo explicativo da metodologia ISBAR - Aludir para a importância da implementação desta metodologia, como ferramenta de normatização e padronização da comunicação no processo de transição de cuidados de saúde; - Sugerir a implementação do uso desta metodologia de forma escrita através do preenchimento da folha-tipo usada como instrumento de apoio à transição de cuidados em enfermagem 					
Introdução	Apresentação dos formadores; Apresentação da temática; Apresentação dos objetivos da formação.				
Desenvolvimento	Conteúdos	Materiais e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo	Formador
	Plano Nacional Segurança Doente 2021-2026;	Expositivo	Computador PPT	1hora	1
	Metodologia ISBAR;				
Modelo ISBAR proposto para o SU do HSMM Barcelos.					
Avaliação	Aplicação de um questionário aos destinatários, através de um formulário online, para avaliar a satisfação/pertinência da formação; Sugestões de melhoria; Avaliação de impacto, através da adesão ao instrumento de apoio e				

ISBAR - Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde



Trabalho realizado por:
 Afonso Carlos, 1254
 Diogo Romão, 2287
 Inês Maciel, 2262
 Tereza Ferreira, 2275

Objetivos

Objetivo Geral:
 Unificar a comunicação e promover a segurança do doente na transição de cuidados de saúde, recorrendo à metodologia ISBAR.

Objetivos específicos:
 Demonstrar em que consiste a metodologia ISBAR, como se aplica e qual a sua vantagem quando da transição de cuidados;
 Habilitar os enfermeiros do serviço de urgência do HSPM/Barcelos a utilizar a metodologia ISBAR na transição de cuidados.

Comunicação e segurança do doente

➤ **Segurança do doente** - redução do risco de erro humano e de pessoas que recebem os cuidados de saúde de uma o mínima aceitável (OMS, 2005)



Intervenção de enfermagem para a melhoria da segurança do doente, através da prevenção de erros, da identificação e da comunicação de riscos.

Comunicação segura do doente

➤ **Transição de cuidados de saúde** - qualquer momento da prestação de cuidados de saúde em que se verifica a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, e que tem como missão a continuidade e a segurança de cuidados aos doentes.

➤ **Comunicação eficaz** entre profissionais de saúde - transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, estruturada, sem ambiguidades e compreendida pelo receptor.



Comunicação e segurança do doente

➤ **Organização mundial de Saúde 2004**

- Lançou o projeto **World Alliance For Patient Safety**.
- **The Joint Commission International Center For Patient Safety**.
- **Key Commission International Center For Patient Safety**.
- **70 a 80%** dos erros ocorrem em situações de relacionamento com o doente.
- **Visão objetiva** para a prevenção de erros de saúde e a melhoria da comunicação eficaz.



Comunicação segura do doente

É o plano nacional para a segurança dos doentes 2021-2026, assenta em cinco pilares que suportam os seus objetivos estratégicos:

Pilares: melhorar a comunicação, reduzir a carga de trabalho, melhorar a segurança, melhorar a cultura de segurança e melhorar a formação dos profissionais de saúde.

Objetivos estratégicos:

1. Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e com o doente, melhorando a compreensão mútua e a partilha de informação.

2. Reduzir a carga de trabalho dos profissionais de saúde, melhorando a eficiência e a produtividade.

3. Melhorar a segurança dos doentes, reduzindo os erros e os incidentes de segurança.

4. Melhorar a cultura de segurança, promovendo a transparência e a aprendizagem.

5. Melhorar a formação dos profissionais de saúde, promovendo a atualização e a especialização.

Ministério da Saúde, 2021

Comunicação e segurança do doente

- Cultura de segurança**
- Liderança e governança**
- Comunicação**
- Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente**
- Práticas seguras em ambientes digitais**

Objetivos e comunicação interna e interinstitucional

- Melhorar a comunicação segura no processo de trabalho de cuidados
- Adquirir e consolidar a competência técnica no doente, família e cuidador

Objetivos e práticas seguras em ambientes digitais

- Implementar a cultura de segurança no ambiente digital em todos os níveis
- Adquirir e consolidar a competência técnica no doente, família e cuidador

Comunicação segura do doente

Durante o processo de comunicação em ambiente hospitalar, podem ocorrer erros e falhas que afetem a continuidade de cuidados e a adequação de tratamento colocando em risco a segurança do paciente em casa. (Gomes & Pinheiro-Souza, 2016)

De modo a diminuir e evitar essas falhas e lacunas, existem várias técnicas que permitem a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde. (Raymond, et al, 2016)



ISBAR

ISBAR, ferramenta de padronização de comunicação com o intuito de ser reconhecida por promover a segurança do doente em situação de emergência de cuidados.

ISBAR (Identificação, Situação (situação atual), Background (antecedentes), Assessment (análise) e Recommendation (recomendações)).



ISBAR

I Identificação

Identificação é a qualificação prévia dos intervenientes, bem como do doente e quem dá respeito a comunicação.

- Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade do doente;
- Nome e função do Profissional de Saúde a prestar;
- Nome e função do Profissional de Saúde receptor;
- Serviço de origem/destino;
- Identificação da pessoa significativa/cuidador, informante.

ISBAR

S Situação atual/causa

Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.

- Data e hora de admissão;
- Descrição do "motivo atual" de necessidade de cuidados de saúde;
- Valores complementares de diagnóstico e terapêuticos (MCDT) realizados ou a realizar.

ISBAR

B Antecedentes e história

Descrição de fatores diagnósticos de enfermagem e outros relevantes, diretivos terapêuticos de validade.

- Antecedentes clínicos, hábitos relevantes, alergias conhecidas, medicações;
- Níveis de dependência;
- Quilogramas/peso e estado de hidratação;
- Plano de cuidados de saúde e medidas implementadas;
- Identificação da situação social e de capacitação do cuidador.

ISBAR

I Identificação

S Situação atualizada

B Background/Assunto

A Avaliação

R Recomendações

a) Problemas a tratar;
 b) Foco de atenção, diagnósticos e intervenções atuais;
 c) Tempestade medicamentosa e não-medicamentosa instituída;
 d) Alterações de estado de saúde e significativa alteração de eficácia de medidas implementadas.

Informações sobre o estado do doente, tempestade medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, "take-over" de cuidados de saúde significativos e avaliação da eficácia das medidas implementadas.

ISBAR

I Identificação

S Situação atualizada

B Background/Assunto

A Avaliação

R Recomendações

a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;
 b) Informação sobre consulta e MCOT agendados;
 c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

Descrição de estudos e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

ISBAR

Coeficiente de segurança
 - Melhorar a segurança do doente;

Estrutura a comunicação e diminuir o erro;
 - Melhorar comunicação entre profissionais;

Coeficiente de segurança
 - Melhorar a segurança do doente;

Coeficiente de segurança
 - Melhorar a segurança do doente;

ISBAR no SU HSMH Barcelos

Uma das estratégias que garante a eficácia de comunicação passa pela utilização de uma ferramenta que promova a uniformização de mensagens transmitidas à que implementação de forma ativa e contínua. (DGS, 2017)

Desta forma, e tendo por base a seguinte norma (DGS, 2017), foi desenvolvido um instrumento adaptado à realidade do nosso serviço que constitui o elemento orientador para a transição de cuidados.



ISBAR no SU HSMH Barcelos

Identificação	Situação Atual	Background	Avaliação	Recomendações
Nome	Data admission	Formação dos Profissionais	Tratamento atual	Plano de cuidados
Idade	Motivo de admissão	Cos e de gravidade	Tratamento	MCOT agendados
Doença	MCOT existentes	Alergias	Medicamentos em uso e/ou em avaliação	Medicamentos de cuidados
Tratamento atual	Signos vitais existentes	Tratamento atualizado	Tratamento	
Outros		Risco MCOT	Tratamento de prevenção e controlo de risco	Outros

ISBAR

OBRIGADO!

Bibliografi

1. **Chandra, R.** (2018). *Keberhasilan dan Kegagalan dalam Pembelajaran Matematika*. Jakarta: Bumi Aksara.

2. **Chandra, R.** (2019). *Keberhasilan dan Kegagalan dalam Pembelajaran Matematika*. Jakarta: Bumi Aksara.

3. **Chandra, R.** (2020). *Keberhasilan dan Kegagalan dalam Pembelajaran Matematika*. Jakarta: Bumi Aksara.

4. **Chandra, R.** (2021). *Keberhasilan dan Kegagalan dalam Pembelajaran Matematika*. Jakarta: Bumi Aksara.

5. **Chandra, R.** (2022). *Keberhasilan dan Kegagalan dalam Pembelajaran Matematika*. Jakarta: Bumi Aksara.

6. **Chandra, R.** (2023). *Keberhasilan dan Kegagalan dalam Pembelajaran Matematika*. Jakarta: Bumi Aksara.

7. **Chandra, R.** (2024). *Keberhasilan dan Kegagalan dalam Pembelajaran Matematika*. Jakarta: Bumi Aksara.

8. **Chandra, R.** (2025). *Keberhasilan dan Kegagalan dalam Pembelajaran Matematika*. Jakarta: Bumi Aksara.

9. **Chandra, R.** (2026). *Keberhasilan dan Kegagalan dalam Pembelajaran Matematika*. Jakarta: Bumi Aksara.

10. **Chandra, R.** (2027). *Keberhasilan dan Kegagalan dalam Pembelajaran Matematika*. Jakarta: Bumi Aksara.

APÊNDICE X – AVALIAÇÃO DE IMPACTO FORMAÇÃO “ISBAR –
COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE”

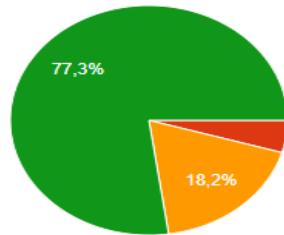
PARTE 1

1. O Plano Nacional Segurança dos Doentes 2021-2026 é suportado por 5 pilares.

[Copiar](#)

São eles:

22 respostas

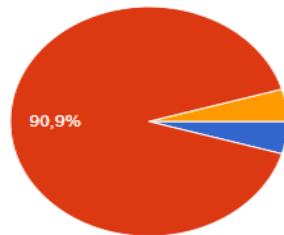


- Práticas seguras em ambientes seguros, documentação de cuidados, liderança e governança, comunicação...
- Cultura de Segurança, liderança e governança, comunicação, controlo de infeção, gestão de incidentes de segu...
- Práticas seguras em ambientes seguros, padronização e normatizaçã...
- Liderança e governança, cultura de segurança, comunicação, prevenção...

2. Na metodologia ISBAR, a sigla ISBAR corresponde a:

[Copiar](#)

22 respostas

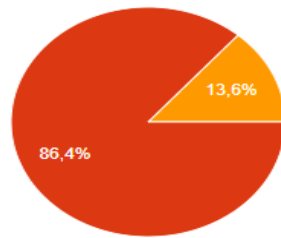


- Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Allergies (Alergias) e Recommendation (Recomendações)
- Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)
- Introduction (Introdução), Situation (Situação atual), Back (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommen...

3. Em relação à metodologia ISBAR, selecione a opção falsa.

[Copiar](#)

22 respostas



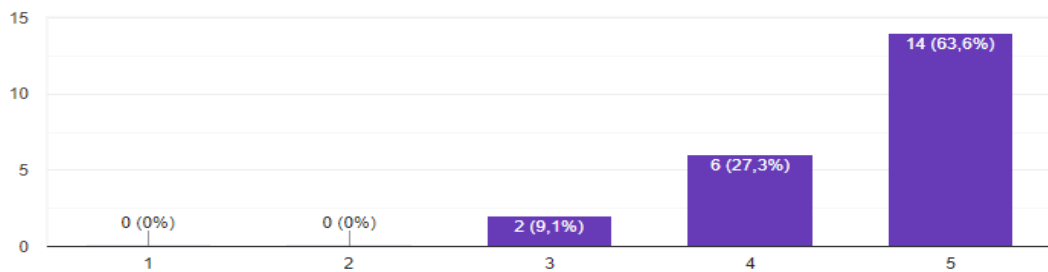
- Deverá ser um instrumento diário de comunicação, com uma linguagem global, simples e eficiente dos cuidad...
- Permite a transmissão de informação de forma ambígua, o que acarreta consequências ao nível dos diagnósti...
- Permite padronizar a comunicação em saúde sendo reconhecida por promov...
- Fornece estrutura adequada para a comunicação entre os profissionais de...

PARTE 2

1. Esta ação de formação contribuiu para adquirir/relembrar conhecimentos acerca da temática?

[Copiar](#)

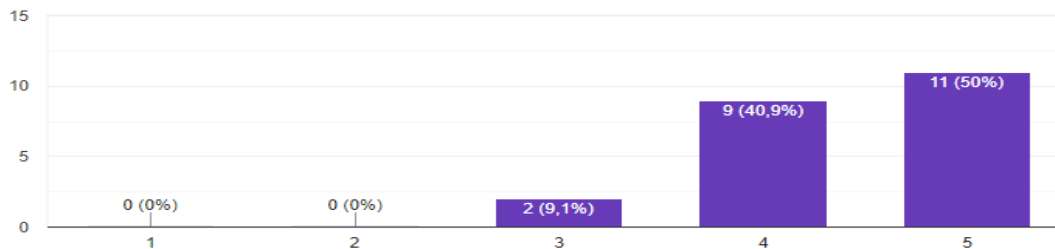
22 respostas



2. Considera que adquiriu novas ferramentas que facilitem a transmissão de informação na transição dos cuidados de saúde?

[Copiar](#)

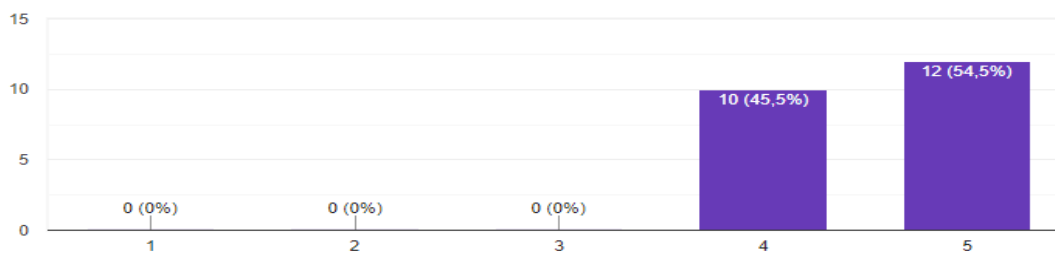
22 respostas



3. O conteúdo da formação foi adequado às suas necessidades pessoais e expetativas?

[Copiar](#)

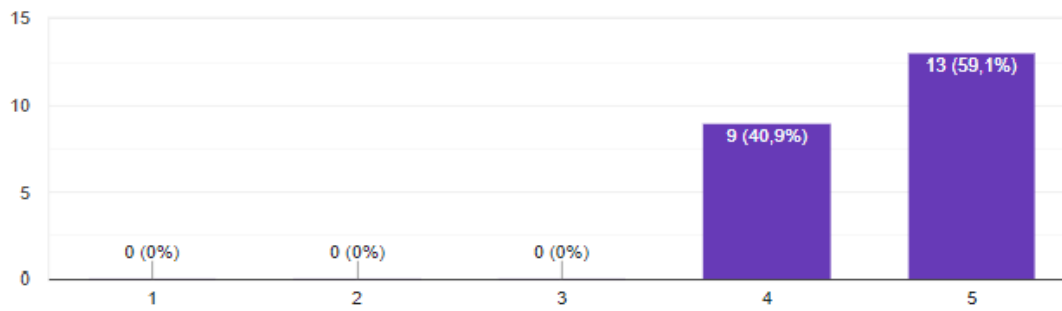
22 respostas



4. O conteúdo da formação foi adequado às necessidades do serviço?

[Copiar](#)

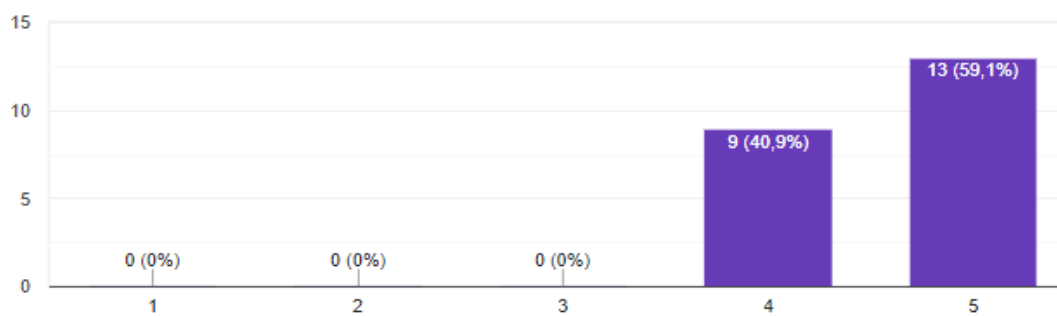
22 respostas



5. Considera que o enquadramento teórico, escrito como síntese da evidência científica, é uma mais valia na sua aprendizagem?

[Copiar](#)

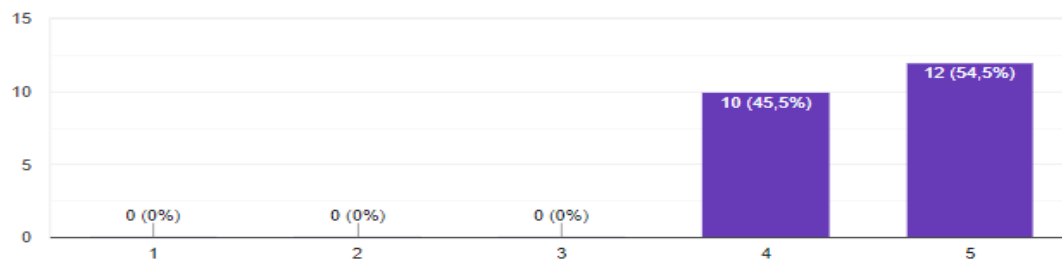
22 respostas



6. A formação contribuirá para melhorar a segurança dos cuidados de Enfermagem ao doente?

[Copiar](#)

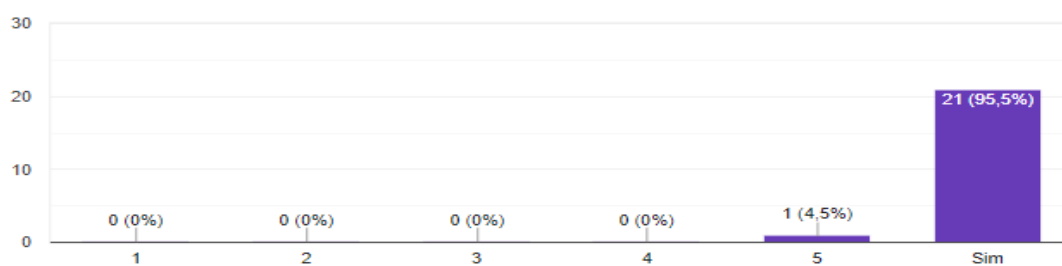
22 respostas



7. Considera pertinente a realização desta formação?

[Copiar](#)

22 respostas



8. Qual a sua opinião acerca desta metodologia assíncrona?

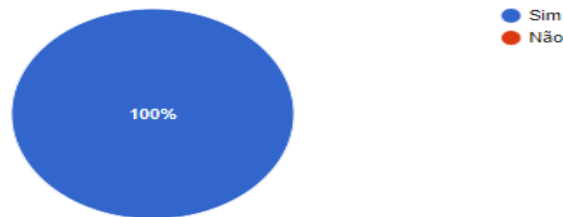
22 respostas

Positiva
Extremamente adequada na transmissão de informação entre os diferentes elementos prestadores de cuidados
Permite otimizar o nosso tempo
Positiva. Para repetir...
Desacordo
Uma metodologia fantástica que deve ser considerada noutras formações
Eficaz tendo em conta a temática
Muito interessante e prática
Acesso fácil e prático

9. Na sua opinião, a informação acerca da importância da comunicação na transição de cuidados de saúde foi transmitida de forma clara e coerente?

[Copiar](#)

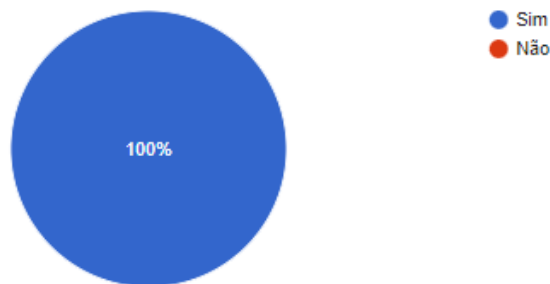
22 respostas



10. Pensa ser útil o uso e implementação do instrumento adaptado à metodologia ISBAR criado e apresentado na formação?

[Copiar](#)

22 respostas



APÊNDICE XI – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaração de Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor assine no espaço abaixo. Desde já muito obrigado pela sua imprescindível contribuição.

Eu, _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação denominado “Procedimento de Preparação para o Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica”, realizado por António Diogo Jesus Tomás, a frequentar o VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, sob orientação da professora doutora Aurora Pereira e coorientação do mestre Francisco Costa, enfermeiro especialista do Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos, assim como dos trâmites da minha participação no referido estudo.

Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei.

Fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do participante:

Assinatura do investigador:

Data ____/____/____

APÊNDICE XII – INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Informação ao Participante

A presente investigação: “Criação de um procedimento - Lista de Verificação para Transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico” realizado por António Diogo Jesus Tomás, insere-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, integrado no VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, sob orientação da professora doutora Aurora Pereira e coorientação do mestre Francisco Costa, enfermeiro especialista do Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos.

Este estudo tem como objetivo geral: Criação de um documento/procedimento de verificação pré-transporte Inter-Hospitalar do Doente Crítico numa perspetiva da salvaguarda da qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente crítico.

A sua participação é voluntária e só deve aceitar depois de devidamente esclarecido. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e serão apenas utilizados no âmbito desta investigação. Está garantido também o direito de recusar participar ou de interromper a sua participação a qualquer momento.

A presente folha de informação ao participante ser-lhe-á entregue, devendo lê-la com atenção, colocar questões se as tiver, de seguida, assiná-la. Será também assinada pelo investigador e ficará na posse do participante. Ser-lhe-á também apresentado o Consentimento Informado, documento no qual aceita participar na investigação, devendo ser assinado por ambas as partes e que ficará na posse do investigador.

Se aceitar participar nesta investigação, por favor, assine este documento e guarde-o para si. Para qualquer questão ou se quiser tomar conhecimento dos resultados globais do estudo, deverá contactar o investigador.

Nome do participante:

Assinatura do participante:

Nome do investigador:

Assinatura do investigador:

Data ____/____/____

Muito obrigado pela disponibilidade e colaboração

António Diogo Jesus Tomás

Telemóvel: 968331037

E-mail: at.diogo@hotmail.com

APÊNDICE XIII – QUESTIONÁRIO RONDA 1

Construção de uma proposta de procedimento para preparação do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica.

O meu nome é António Diogo Jesus Tomás, encontro-me a desenvolver um estudo no domínio da segurança do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica integrado no Estágio de Natureza Profissional do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Aurora Pereira.

Com as constantes mudanças na estrutura do Serviço Nacional de Saúde (SNS), principalmente na referenciação hospitalar, surgiu a necessidade de Transportar Pessoas em Situação Crítica entre diferentes unidades de saúde, com vista à melhor e mais diferenciada resposta. O Transporte Inter-Hospitalar de Pessoas em Situação Crítica, fruto da reformulação da rede de referenciação do SNS em 2014 (Despacho nº 10319/2014), está em constante crescimento. Assim, da complexidade multidimensional do transporte Inter-Hospitalar, surgiu a necessidade de criar procedimentos que integrem a evidência científica, reduzindo a probabilidade de eventos adversos no decorrer dos transportes. Segundo a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, o profissional de Enfermagem com melhor formação para incorporar equipas de transporte de pessoas em situação crítica, é o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Partindo da perspetiva de antecipação na ocorrência de eventos adversos no decurso da transferência, emergiu o seguinte objetivo deste estudo: Construir uma proposta de procedimento para preparação do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica.

Para responder ao objetivo proposto foi criado um questionário, assente na evidência científica existente até ao momento.

A técnica de investigação que irá suportar este estudo é a Técnica de Delphi, e tem como principal finalidade obter um consenso de opinião entre os peritos sobre os princípios a ter em conta na preparação do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica.

A sua participação neste questionário é anónima, confidencial e voluntária. Todos os dados recolhidos serão apenas utilizados no âmbito deste estudo. O convite para participar neste estudo, surgiu pelo reconhecimento como perito na área do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica.

A privacidade e a proteção dos dados estão de acordo com o Regulamento Geral de

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WwucQV18-SYRD_c_XB1v1suameaCNDWp3pGjIVafUjpe8I

141

No decorrer do estudo, para qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar através do endereço de correio eletrónico: at.diego@hotmail.com

Grato pela colaboração

Diogo Tomás

* Indica uma pergunta obrigatória

Declaração de Consentimento Informado *

Declaro que tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação "Construção de uma proposta de procedimento para preparação do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica", realizado por António Diogo Jesus Tomás, a frequentar o VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob orientação da professora Doutora Aurora Pereira.

Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei.

Fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anónimo e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar, abandonar ou de interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Se concordar em participar neste estudo, por favor seleccione a opção "Aceito participar" no final da página

Aceito participar.

Não aceito participar.

Por favor escreva o código alfanumérico que lhe foi atribuído no e-mail enviado. *

A sua resposta

Dados Sociodemográficos

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WwucQV18-SYRD_c_XB1v1suameaCNDWp3pGjIVafUjpe8I

241

Idade: *

A sua resposta

Sexo: *

Masculino

Feminino

Formação académica complementar: *

Marcar tudo o que for aplicável

Especialidade

Mestrado

Doutoramento

Experiência como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (em * anos):

A sua resposta

Experiência profissional no Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica (em anos): *

A sua resposta

Questionário

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WwucQV18-SYRD_c_XB1v1suameaCNDWp3pGjIVafUjpe8I

341

1. Dados biográficos e processo clínico do doente;

2. Metodologia ABCDEF;

3. Monitorização e segurança do doente (prévia ao início do transporte);

4. Gestão de equipamentos;

5. Acomodação correta do doente, equipamentos e segurança da equipa de transporte na ambulância de transporte;

(RONDA 1)

Por favor, seleccione a opção de acordo com o seu grau de concordância com a inclusão da intervenção/afirmação apresentada no procedimento de preparação do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica.

1- Discordo totalmente;

2- Discordo;

3- Não concordo nem discordo;

4- Concordo;

5- Concordo totalmente;

Ao longo do questionário será disponibilizado um campo de "COMENTÁRIOS/SUGESTÕES" onde o participante de forma "OPCIONAL" poderá dar o seu contributo pessoal sobre as intervenções/afirmações. Este campo irá permitir ajustar, numa próxima ronda, as questões que não obtenham consenso prévio. O tempo médio de preenchimento do questionário será de 20min.

1. Dados biográficos e processo clínico do doente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WwucQV18-SYRD_c_XB1v1suameaCNDWp3pGjIVafUjpe8I

441

1.1 Identificar a data e turno no momento da transferência *

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

1.2 Identificar o doente e número do processo clínico *

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

1.3 Identificar o hospital de destino *

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

1.4 Identificar o serviço que irá receber o doente *

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WuvQV7e-5YED_f_XBv1suarneOxQWVf3pQ2IV-eFUpw8II

5/41

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WuvQV7e-5YED_f_XBv1suarneOxQWVf3pQ2IV-eFUpw8II

6/41

1.5 Descrever o motivo da transferência *

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

1.6 Identificar o Enfermeiro e Médico responsáveis pelo transporte *

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

1.7 Prever a necessidade de retorno do doente ao hospital de origem a ser realizado pela equipa de transporte (no caso da realização de MCDT's inexistentes no hospital de origem) *

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

1.8 Informar a família da transferência *

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WuvQV7e-5YED_f_XBv1suarneOxQWVf3pQ2IV-eFUpw8II

7/41

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WuvQV7e-5YED_f_XBv1suarneOxQWVf3pQ2IV-eFUpw8II

8/41

1.9 Verificar a existência de espólio *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

1.10 Confirmar o preenchimento da Avaliação para o Transporte Secundário (SPCI 2008) *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

1.11 Descrever os antecedentes pessoais relevantes *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

1.12 Assinalar alergias *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

1.13 Assinalar medicação habitual de relevo (para a transferência) *

Antiagregação

Hipocoagulação

Depressores do SNC

Antiarrítmicos

Insulina

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Sugestões/comentários

A sua resposta

2 Abordagem segundo Metodologia ABCDE-F

A: Via aérea:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.1 Confirmar se está patente ou segura (entubação endotraqueal) *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

2.2 Se entubação endotraqueal, assinalar número do tubo endotraqueal *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.3 Verificar insuflação do Cuff *

Doente submetido a **VMNI**

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

2.4 Assinalar distância do tubo endotraqueal à comissura labial (cm) *

Doente submetido a **VMNI**

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Sugestões/comentários

A sua resposta

B: Ventilação

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.5 Confirmar a correta montagem dos circuitos do ventilador *

Doente submetido a **VMNI**

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

2.6 Assinalar valores de IPAP, EPAP ou CPAP *

Doente submetido a **VMNI**

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.7 Assinalar valores de FR e FIO2 *

Doente submetido a **VMNI**

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

2.8 Confirmar adaptação correta do doente ao ventilador *

Doente submetido a **VMNI**

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.9 Confirmar a correta montagem dos circuitos do ventilador *

Doente submetido a **VMNI**

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

2.10 Assinalar o módulo ventilatório *

Doente submetido a **VMNI**

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.11 Assinalar valores de PEEP *

Doente submetido a VMI

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

2.12 Assinalar valores de FR e FIO2 *

Doente submetido a VMI

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WwGCVh-SYRD_L_Xb1suuueOQWPF3p4ZV4eU9e8t1

2.13 Verificar correta colocação do capnógrafo *

Doente submetido a VMI

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

2.14 Confirmar adaptação correta do doente ao ventilador *

Doente submetido a VMI

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WwGCVh-SYRD_L_Xb1suuueOQWPF3p4ZV4eU9e8t1

2.15 Assinalar o dispositivo para administração de oxigénio (CN, VM, MAC, ONAF) *

Doente com Oxigenoterapia instituída

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

2.16 Assinalar FIO2 *

Doente com Oxigenoterapia instituída

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Sugestões/comentários

A sua resposta

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WwGCVh-SYRD_L_Xb1suuueOQWPF3p4ZV4eU9e8t1

C: Circulação

2.17 Confirmar a presença de dois acessos vasculares periféricos *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

2.18 Se acesso vascular central identificar o número de vias *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WwGCVh-SYRD_L_Xb1suuueOQWPF3p4ZV4eU9e8t1

2.19 Verificar a correta fixação dos acessos vasculares *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

2.20 Assinalar o débito das perfusões em curso *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.23 Avaliar Escala de Coma de Glasgow *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

2.24 Avaliar Glicemia Capilar *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.21 Assinalar perfusão de hemoderivados (plasma, plaquetas e/ou glóbulos rubros) *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

2.22 Verificar quantidade adequada de fármacos/fluidoterapia para a duração do transporte *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Sugestões/comentários

A sua resposta

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.25 Assinalar o débito dos fármacos sedativos em curso *

Se doente **sedado**

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

2.26 Assinalar o débito dos fármacos analgésicos em curso *

Se doente **analgésiado**

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.27 Assinalar o débito do fármaco curarizante em curso *

Se doente **curarizado**

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

2.28 Confirmar a existência de agitação psicomotora *

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

Sugestões/comentários

A sua resposta

E: Exposição

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.29 Avaliar e controlar a temperatura *

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

2.30 Confirmar imobilização adequada do doente *

Se doente **vítima de trauma**

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.31 Confirmar existência e controlo dos focos hemorrágicos *

Se doente **vítima de trauma**

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

2.32 Confirmar estabilização de fraturas *

Se doente **vítima de trauma**

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

Sugestões/comentários

A sua resposta

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.33 Assinalar a presença de algália e/ou entubação naso/orogástrica *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

2.34 Verificar despejo dos sacos de drenagem *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.35 Assinalar a presença de dreno torácico e/ou outros sistemas de drenagem *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

2.36 Confirmar o correto funcionamento dos sistemas de drenagem *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Sugestões/comentários

A sua resposta

3. Monitorização e Segurança do doente (prévio ao início do transporte)

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.1 Verificar correta monitorização eletrocardiográfica do doente *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

3.2 Assinalar valor da Pressão Arterial *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.3 Assinalar valor da Saturação Periférica de Oxigénio *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

3.4 Assinalar valor da Temperatura *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.5 Assinalar valor do EtCO2 *
Se doente com **entubação endotraqueal**

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

3.6 Assinalar valor da dor, segundo escala de avaliação adequada *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WwvCvRt-SYRD_f_XlN1suameOCWPF0pg3IV-aF1Upse8

3341

3.7 Verificar se o doente está corretamente acomodado *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

3.8 Verificar correta fixação dos dispositivos de drenagem, tubos e sistemas de perfusão *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WwvCvRt-SYRD_f_XlN1suameOCWPF0pg3IV-aF1Upse8

3341

3.9 Verificar se medicação/fluidoterapia em perfusão está devidamente identificada *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

3.10 Verificar, junto do médico, a necessidade de medicação emergente pré-preparada *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Sugestões/comentários

A sua resposta

4 Gestão de equipamentos

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WwvCvRt-SYRD_f_XlN1suameOCWPF0pg3IV-aF1Upse8

3411

4.1 Verificar se ambulância está devidamente equipada e adequada ao transporte *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

4.2 Confirmar a verificação semanal da mala de transferência *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1WwvCvRt-SYRD_f_XlN1suameOCWPF0pg3IV-aF1Upse8

3541

4.3 Confirmar a existência de monitor desfibrilhador, com pás multifunções *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

4.4 Verificar a autonomia dos equipamentos necessários para o transporte *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

4.5 Assegurar reserva de oxigênio necessário para o transporte *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Sugestões/comentários

A sua resposta

5 Acomodação correta do doente, equipamentos e segurança da equipa na ambulância de transporte

5.1 Verificar a correta fixação da maca de transporte *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

5.2 Ligar os equipamentos elétricos à corrente da ambulância *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

5.3 Ligar o ventilador à fonte de O2 da ambulância *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

5.4 Verificar a correta fixação dos equipamentos na ambulância *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

5.5 Equipa sentada e com cinto de segurança colocado *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

O questionário terminou.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Obter link

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Esta conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. Denunciar abuso - Termos de Utilização - Política de

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

APÊNDICE XIV – QUESTIONÁRIO RONDA 2

Construção de uma proposta de procedimento para preparação do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica.

O meu nome é António Diogo Jesus Tomás, encontro-me a desenvolver um estudo no domínio da segurança do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica integrado no Estágio de Natureza Profissional do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Aurora Pereira.

Na continuidade do estudo "Construir uma proposta de procedimento para preparação do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica" e após os resultados do Questionário da Ronda 1, venho solicitar a sua participação no Questionário da Ronda 2 da Técnica e Delphi.

Para esta segunda ronda, transmitem-se as questões que não obtiveram um consenso estipulado, ou seja, uma concordância <80%. [grau de concordância é igual ao somatório das percentagens das repostas 4 - "Concordo" e 5 - "Concordo Totalmente"] ou intervenções com sugestões de melhoria. Em cada questão reformulada, será exposto o resultado obtido na ronda 1. Em anexo a este questionário estão disponíveis os resultados da ronda 1.

A sua participação neste questionário mantém-se anónima, confidencial e voluntária. Todos os dados recolhidos serão apenas utilizados no âmbito deste estudo. O convite para participar neste estudo, surgiu pelo reconhecimento como perito na área do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica.

A privacidade e a proteção dos dados estão de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho).

No decorrer do estudo, para qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar através do endereço de correio eletrónico: at.digos@hotmail.com

Grato pela colaboração

Diogo Tomás

* Indica uma pergunta obrigatória

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1gblSEISu0694ZL2Y88YS/W5CwZz6E9IH7_Dqjvrs#ill

1/9

- Acomodação correta do doente, equipamentos e segurança da equipa de transporte na ambulância de transporte;

(RONDA 2)

Por favor, selecione a opção de acordo com o seu grau de concordância com a inclusão da intervenção/afirmação apresentada no procedimento de preparação do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica.

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

Ao longo do questionário será disponibilizado um campo de "COMENTÁRIOS/SUGESTÕES" onde o participante de forma "OPCIONAL" poderá dar o seu contributo pessoal sobre as intervenções/afirmações. O tempo médio de preenchimento do questionário será de 10min.

1. Dados biográficos e processo clínico do doente

1.1 Identificar a data e turno no momento da transferência. * Acrescentar a hora da transferência. (Sugestão de um perito)

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1gblSEISu0694ZL2Y88YS/W5CwZz6E9IH7_Dqjvrs#ill

3/9

Declaração de Consentimento Informado *

Ronda 2

Declaro que tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação "Construção de uma proposta de procedimento para preparação do Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica.", realizado por António Diogo Jesus Tomás, a frequentar o VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sob orientação da professora Doutora Aurora Pereira.

Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei.

Fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar, abandonar ou de interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Se concordar em participar neste estudo, por favor selecione a opção "Aceito participar" no final da página

- Aceito participar.
- Não aceito participar.

Por favor escreva o código alfanumérico que lhe foi atribuído no e-mail enviado. *

A sua resposta

Questionário

O presente questionário engloba a reformulação das questões que não obtiveram consenso prévio e questões com sugestão de melhoria nas 5 dimensões a ter em conta antes do início do transporte:

- Dados biográficos e processo clínico do doente;
- Metodologia ABCDEF;
- Monitorização e segurança do doente (prévia ao início do transporte);

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1gblSEISu0694ZL2Y88YS/W5CwZz6E9IH7_Dqjvrs#ill

2/9

1.9 Verificar o registo de espólio em doentes com Alteração do Estado de Consciência e/ou Incapacidade Cognitiva, ou que solicitem a salvaguarda dos seus bens. (Reformulada) *

Nível de Consenso na ronda 1 - 1(10%), 2(0%), 3(20%), 4(30%), 5(40%) = 70%

Discordo totalmente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Concordo totalmente

Sugestões/comentários

A sua resposta

2. Abordagem segundo Metodologia ABCDEF

D. Status Neurológico

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

https://docs.google.com/forms/d/1gblSEISu0694ZL2Y88YS/W5CwZz6E9IH7_Dqjvrs#ill

4/9

2.23 Avaliar GCS (Escala de Coma de Glasgow) em doente sem Entubação Endotraqueal. *
 Avaliar Escala de RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) em doente sedado e analgesiado com Entubação Endotraqueal. (Sugestão de dois peritos)

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Sugestões/comentários

A sua resposta

3. Monitorização e Segurança do doente (prévio ao início do transporte)

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.7 Verificar se o doente está corretamente acomodado e temperatura da ambulância adequada às suas necessidades. (Por ex. doentes com hipotermia, queimados, trauma). (Sugestão de um perito) *

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Sugestões/comentários

A sua resposta

4 Gestão de equipamentos

4.2 Mala de transferência devidamente equipada, acomodada no local onde se realiza o maior número de transportes inter-hospitalares. (Reformulada) *
 Nível de Consenso na ronda 1 - 1(10%); 2(10%); 3(10%); 4(10%); 5(60%) = 70%

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Sugestões/comentários

A sua resposta

5 Acomodação correta do doente, equipamentos e segurança da equipa na ambulância de transporte.

5.1 Confirmar a correta fixação da maca de transporte (SPCI 2008). (Reformulada) *
 Nível de Consenso na ronda 1 - 1(10%); 2(0%); 3(20%); 4(30%); 5(40%) = 70%

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

5.2 Confirmar a presença dos cabos de alimentação (carregador) dos equipamentos necessários ao transporte. (Reformulada) *
 Nível de Consenso na ronda 1 - 1(0%); 2(0%); 3(30%); 4(0%); 5(70%) = 70%

Discordo totalmente

1

2

3

4

5

Concordo totalmente

Sugestões/comentários

A sua resposta

O questionário terminou.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Obter link

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

APÊNDICE XV – PROPOSTA DE PROCEDIMENTO DE PREPARAÇÃO PARA O
TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOAS EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Procedimento de Preparação para o Transporte Inter-Hospitalar da Pessoas em Situação Crítica

Data: ___/___/___ Turno: _____

Nome:		Processo clínico nº:	
Hospital de Origem:		Hospital de Destino:	
Serviço que recebe o doente:			
Motivo da Transferência:		Hora de saída	
A Equipa será responsável pelo transporte de regresso			S N
Enfermeiro transporte:		Médico Transporte:	
Família Informada / Contacto:			S N
Grelha de Avaliação para o transporte secundário preenchida (SPCI, 2023)			

Processo Clínico:

AP de relevo: _____ Alergias: _____
 MH relevo: Hipocoagulado Antiagregado Antiarrítmicos Depressores do SNC Insulina Outros

A: VIA AÉREA				
Patente:	Segura:	TOT nº _____	Cuff verificado:	Comissura (cm) _____

B: VENTILAÇÃO											
VMNI	V60	Trilogy Evo	Trilogy	A40	VMI	Trilogy Evo	V60	Capnografia			
IPAP: _____ CmH2O		EPAP: _____ CmH2O		CPAP: _____ CmH2O	FR: _____	PEEP: _____ CmH2O		Volume (definido): _____ ml	FR: _____		
FIO2 _____					FIO2 _____						
Oxigenoterapia:	CN:	VM	MAC:	ONAF:	FIO2:	(FIO2 = 20 + (4 x L/min))					

C: CIRCULATÓRIO											
Aminas Vasoativas						Fluidoterapia: _____					
Ritmo de perfusão: _____ ml/h						Perfusão: _____ ml/h					
Noradrenalina						Hemoderivados: _____					
Dopamina						Outos fármacos _____: Perfusão: _____ ml/h					
Dobutamina						Outos fármacos _____: Perfusão: _____ ml/h					
Isoprenalina											
Acesso vascular periférico (2x) _____ G _____ G						Acesso vascular central _____ lúmen					
Acessos vasculares corretamente fixados						Fluidoterapia/perfusão de fármacos em quantidade adequada para o transporte					

D: NEUROLÓGICO											
Avaliação do estado de consciência (GCS) O: _____ M: _____ V: _____ TOTAL _____ Avaliação da escala de RASS (se doente com TOT = _____)											
Glicemia capilar _____											
Agitação psicomotora _____											
Sedação:						Curarização:					
Ritmo de perfusão _____ ml/h						Ritmo de perfusão _____ ml/h					
Propofol						Rocurónio					
Etomidato						Suxametónio					
Midazolam											

E: Exposição:											
Avaliação e controlo da temperatura											
Se trauma:											
Imobilização adequada do doente											
Hemorragias controladas											
Fraturas de ossos/pélicas estabilizadas											

F: Intervenções focalizadoras:	
Algaliado(a)	
Saco coletor vazio antes do início do transporte	
Entubado(a) Naso-gástrica; Oro-gástrica	
Saco de drenagem vazio antes do início do transporte	

Monitorização e Segurança do doente:	
Doente monitorizado	
Eletrocardiograma (ECG)	
Tensão Arterial (PAI ou PANI)	
Saturação periférica de Oxigénio SpO2	
Temperatura	
EtCO2	
Doente acomodado, confortável com temperatura da ambulância adequada ao seu estado clínico	
Fixação correta dos dispositivos de drenagem, tubos e sistemas de perfusão	
Medicação em perfusão devidamente rotulada	
Medicação emergente pré-preparada (se necessário questionar médico)	

Equipamentos:	
Ambulância devidamente equipada e adequada ao transporte	
Mala de transferência devidamente equipada na SE	
Monitor desfibrilhador com pás multifunções	
Autonomia dos equipamentos necessários ao transporte verificada	
Reserva de oxigénio suficiente para a viagem assegurada (O2 necessário = [(20 + Vol/min) x FIO2 x tempo de transporte em minutos] + 50%)	

Na ambulância:	
Confirmar a presença dos cabos de alimentação (carregador) dos equipamentos necessários ao transporte	
Ventilador conectado à fonte de O2 da ambulância	
Equipamentos corretamente acomodados e fixados	
Equipa sentada, com cinto de segurança colocado	

Observações: _____

