



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**Promoção da Segurança da Pessoa em Situação
Crítica no Transporte Inter-Hospitalar: Intervenção
Especializada de Enfermagem**

Ana Patrícia Lopes dos Santos

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

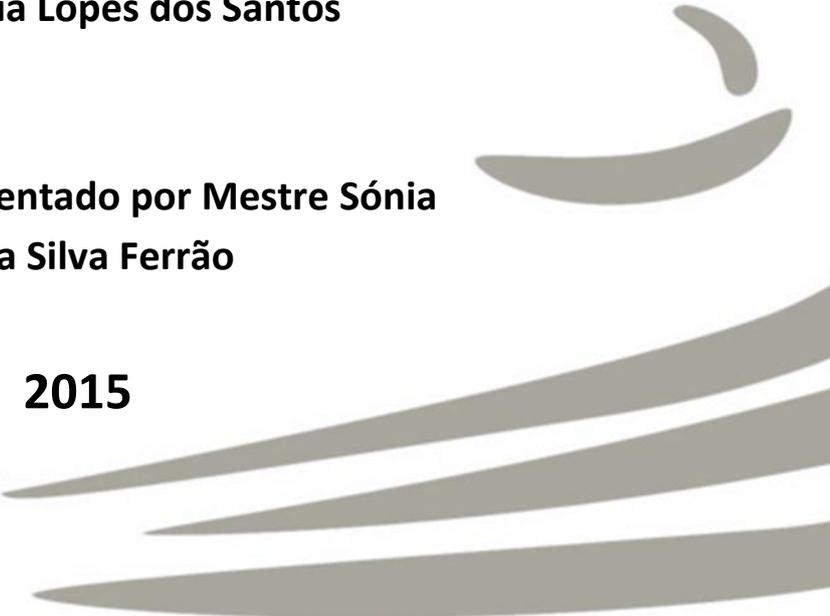
Enfermagem à Pessoa em Situação crítica

**Promoção da Segurança da Pessoa em Situação
Crítica no Transporte Inter-Hospitalar: Intervenção
Especializada de Enfermagem**

Ana Patrícia Lopes dos Santos

**Relatório de Estágio orientado por Mestre Sónia
Alexandra da Silva Ferrão**

2015



*"The important thing is not to stop questioning.
Curiosity has its own reason for existing."*

(Albert Einstein)

AGRADECIMENTOS

“When eating bamboo sprouts, remember the man who planted them.”

(Provérbio Chinês)

Ao Alex, meu amigo e companheiro nesta maravilhosa viagem que é a vida, pelas ausências e por ser sempre o meu porto de abrigo...

Aos meus pais e restante família, por acreditarem que este caminho seria possível e pelo apoio incondicional...

Aos meus amigos, por cuidarem da minha saúde mental e me proporcionarem sempre fantásticos momentos de boa disposição...

À Ana Margarida Matias e Ana Raquel Saldanha, por partilharem carro, gasóleo, lanches, almoços e neurónios nesta nossa longa jornada que sem a nossa loucura nunca teria chegado ao fim...

À Enfermeira Patrícia Murteira que se mostrou disponível para ler o trabalho desenvolvido e cujas correções me ajudaram a “desfazer os romances”, a refletir, reescrever e melhorar...

À Professora Sónia Ferrão, pela dedicação e exigência neste processo contínuo de aquisição de competências e, por incentivar à reflexão sobre a prática ...

Aos Enfermeiros Sílvia Oliveira, Ivo Fernandes e Sónia Filipe por me ajudarem a construir este percurso enriquecido a cada dia pelos momentos de reflexão e partilha de conhecimento ...

Às equipas do Serviço de Urgência e Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Hospital de S. José, pela forma como me receberam e contribuíram na construção das minhas aprendizagens...

À equipa do Serviço de Atendimento Permanente da Cuf Torres Vedras Hospital pela disponibilidade constante nas trocas e no reforço positivo nos momentos de impasse ...

Ao Enfermeiro Tiago Amaral por problematizar e incentivar a procura de respostas, por lançar desafios e me ajudar a crescer enquanto profissional e acima de tudo porque sem ele os agradecimentos que se seguem, nunca poderiam estar aqui...

Aos Professores Björn-Ove Suserud e Christer Axelsson que proporcionaram a valiosa oportunidade de conhecer pessoas chave que contribuíram para enriquecer este projeto...

Ao Enfermeiro Jonas Karlsson, Enfermeira Jennie Larsson e restante equipa de Enfermagem que me receberam e me mostraram alternativas que são uma inovação neste projeto...

Ao Enfermeiro Urban e à Enfermeira Katarina que me receberam durante o estágio de observação no Serviço de Ambulâncias e que com o seu profissionalismo e boa disposição me ajudaram a viver experiências e a refletir sobre o significado das mesmas...

A todas as pessoas e famílias de quem cuidei e cuido, porque é essencialmente por elas e para elas que comecei este caminho...

RESUMO

O transporte inter-hospitalar implica a deslocação da pessoa em situação crítica de um ambiente seguro para um ambiente exterior que é à partida desfavorável, onde existe uma elevada probabilidade de ocorrência de eventos adversos, sendo fundamental um adequado planeamento e articulação entre os elementos da equipa que o efetivam.

Quando cada vez mais se exige às organizações de saúde uma cultura de segurança e qualidade nos cuidados, importa desenvolver projetos focados no desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua, nomeadamente na área do transporte inter-hospitalar que tem vindo progressivamente a receber maior atenção.

O presente relatório desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica procura atingir os seguintes objetivos: enquadrar a promoção da segurança da pessoa em situação crítica no transporte inter-hospitalar tendo como suporte a teoria de enfermagem *Nursing as Caring* de Boykin & Schoenhofer (2001) e, refletir criticamente sobre o percurso de desenvolvimento de competências tendo por base as competências definidas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para o Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, os descritores de Dublin e também as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, competências comuns dos enfermeiros especialistas e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

O estágio foi realizado cinco contextos: Serviço de Urgência Polivalente; Viatura Médica de Emergência e Reanimação; Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica; no Atendimento Permanente onde exerço funções e na Universidade de Bóras na Suécia.

No relatório elaborado constam as estratégias e as atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de competências em áreas chave da promoção da segurança: o cuidado centrado na pessoa em situação

crítica e sua família, onde se procurou atingir um nível mais elevado de perícia técnico-científica e humana; a comunicação, através da proposta de novos instrumentos que contribuem para uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde no que respeita à transferência de informação e continuidade de cuidados; e, o ambiente de cuidados, onde através da análise crítica e identificação de oportunidades de melhoria se propôs a reformulação do procedimento de transporte inter-hospitalar em vigor e se apostou na formação de pares e na criação de uma grelha de auditoria.

Palavras-Chave – pessoa em situação crítica, transferência, segurança, enfermagem, transporte inter-hospitalar.

ABSTRACT

The inter-hospital transport involve the movement of the critically ill patient from a secured environment to an external environment where there is a high probability of adverse events. It's important to perform an adequate planning and coordination between team members who are responsible for patient transportation.

Nowadays, is required to health care providers a strong culture of safety and a high quality in care and it's important to develop projects that focus on key areas of safety promotion and develop continuous improvement strategies, particularly in the inter-hospital transport area that has been receiving more attention.

This report developed during Master Course on Specialization in Critical Care Nursing aim to reach the following objectives: to frame the safety promotion during inter-hospital transport and the nursing practice in Nursing as Caring from Boykin & Schoenhofer theory; and critical reflect on the skills acquisition and development based on recommended skills plan development from Lisbon Nursing School, ESEL, for Nursing Master Course Specialization in Critical Care Nursing, Dublin's descriptors and also based on the skills of specialist nurse defined by the Nursing and Midwifery Council, common skills for all specialist nurses and specific skills for specialist nurses in critical care.

The internships were accomplished in five areas: emergency department; pre-hospital care; intensive care unit of Cardiothoracic Surgery; in the emergency department where I work and in University of Bõras in Sweden.

This report talks about strategies and activities used to reach the objectives and for skills acquisition and development in main areas of safety promotion: develop of a higher level of expertise in technical-scientific and human care that allows a critical ill person-centered care and family care; communication by proposing new instruments that contribute to effective communication between health professionals, regarding the transfer of information and continuity of care.; and, in the care environment where with

critical analysis of existing resources and through the identification of new opportunities for improvement, I proposed the inter-hospital procedure reformulation, invested in nursing staff education and created an audit grid.

Keywords - critical ill patient, transfer, security, nursing, inter-hospital transport.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*

ARS – Administração Regional de Saúde

ATCN – *Advanced Trauma Care for Nurses*

ATLS – Advanced Trauma Life Support

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diárias

BO – Bloco Operatório

CARNA – College and Association of Registered Nurses of Alberta

CCI – Comissão de Controlo de infeção

CEC – Circulação Extra-Corporal

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPAP – *Countinuous Positive Airway Pressure*

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

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

Dr. – Doutor

Dr.^a – Doutora

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG 12 led – Electrocardiograma de 12 derivações

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EV – Endovenoso

Fc – Frequência Cardíaca

INCS – Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISOBAR – Identificação, Situação, Observação, *Background*, Avaliação e Recomendação

IT – Instrução de Trabalho

O₂ – Oxigénio

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PPCIRA - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

Prof.^a – Professora

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PVC – Pressão Venosa Central

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SAVT – Suporte avançado de Vida em Trauma

SBAR – Situação, *Background*, Avaliação e Recomendação

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SO – Serviço de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SpO₂ – Saturação periférica de Oxigénio

SU – Serviço Urgência

SWOT – Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas),
Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças)

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UPMC – University of Pittsburgh Medical Center

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI – Ventilação Não-Invasiva

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA HISTÓRIA À ATUALIDADE.....	19
1.2 PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR	23
2. CAMINHO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	33
2.1 EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE URGÊNCIA	34
2.1.1 <i>Caracterização do Contexto</i>	34
2.1.2 <i>Reflexão Sobre o Percorso</i>	35
2.2 EM CONTEXTO DE VMER	47
2.2.1 <i>Caracterização do Contexto</i>	47
2.2.2 <i>Reflexão Sobre o Percorso</i>	48
2.3 EM CONTEXTO DE UCI	54
2.3.1 <i>Caracterização do Contexto</i>	54
2.3.2. <i>Reflexão Sobre o Percorso</i>	55
2.4 IMPLEMENTAR PARA MELHORAR A QUALIDADE DOS CUIDADOS	61
2.4.1 <i>Caracterização do Contexto</i>	61
2.4.2 <i>Reflexão Sobre o Percorso</i>	62
2.5 O TRANSPORTE SECUNDÁRIO NA SUÉCIA... COMPARANDO REALIDADES.....	65
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73

APÊNDICES

APÊNDICE I – COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER NO PROJETO: PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR.

APÊNDICE II – CRONOGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DOS ESTÁGIOS NOS DIFERENTES CONTEXTOS 2014/2015

APÊNDICE III - QUESTIONÁRIO APLICADO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

APÊNDICE IV - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS E ANÁLISE SWOT EFETUADA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

APÊNDICE V - REFORMULAÇÃO DO DOCUMENTO UTILIZADO PARA OS REGISTOS DURANTE O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

APÊNDICE VI – REVISÃO DA LITERATURA “FISIOLOGIA DO MOVIMENTO: QUE IMPLICAÇÕES NO TRANSPORTE TERRESTRE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA”

APÊNDICE VII – PLANO DE SESSÃO “FISIOLOGIA DO MOVIMENTO: QUE IMPLICAÇÕES NO TRANSPORTE TERRESTRE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA”

APÊNDICE VIII – REVISÃO DA LITERATURA: “COMUNICAÇÃO EFETIVA NA TRANSFERÊNCIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA”

APÊNDICE IX – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS NO MEU CONTEXTO DE TRABALHO

APÊNDICE X – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS NO MEU CONTEXTO DE TRABALHO

APÊNDICE XI – PLANO DA SESSÃO “PARTILHA DO PERCURSO EFETUADO E ELEMENTOS CHAVE ENVOLVIDOS NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA”

APÊNDICE XII – AVALIAÇÃO DA SESSÃO “PARTILHA DO PERCURSO EFETUADO E ELEMENTOS CHAVE ENVOLVIDOS NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA”

APÊNDICE XIII – PLANO DA SESSÃO “AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SEGUNDO A METODOLOGIA ABCDE”

APÊNDICE XIV – AVALIAÇÃO DA SESSÃO “AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SEGUNDO A METODOLOGIA ABCDE”

APÊNDICE XV – REFLEXÃO CRÍTICA DA INSTRUÇÃO DE TRABALHO EM VIGOR

APÊNDICE XVI – PROPOSTA PARA A GRELHA DA AUDITORIA

APÊNDICE XVII – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA: ENFERMEIROS DA AMBULÂNCIA

APÊNDICE XVIII – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS ENFERMEIROS CONTEXTO HOSPITALARCCCXLIII

APÊNDICE XIX – RECURSOS DE SUPORTE AO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR UCI DE CIRURGIA DO DEPARTAMENTO DE HALLANDA DO HOSPITAL VERBERG, SUÉCIA

APÊNDICE XX – RECURSOS DE SUPORTE AO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA UCI 343 DO ÖSTRA HOSPITAL EM GOTENBURGOCCCLIII

APÊNDICE XXI – RECURSOS DE SUPORTE AO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DA UCI 343 DO ÖSTRA HOSPITAL EM GOTENBURGO

ANEXOS

ANEXO I – GRELHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA O TRANSPORTE SECUNDÁRIO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ANEXO II - AVALIAÇÕES DOS ESTÁGIOS REALIZADOS NOS DIFERENTES CONTEXTOS

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do estágio realizado no Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, com o propósito de refletir sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, que emerge do compromisso de me tornar mais qualificada e da necessidade de me tornar a cada dia mais competente ao longo do meu percurso profissional.

O tema central do relatório é a promoção da segurança da pessoa em situação crítica no transporte inter-hospitalar, uma vez que o transporte inter-hospitalar é um processo inerente à prática de cuidados de enfermagem no pré-Hospitalar, Serviço de Urgência (SU) e nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), sendo realizado sempre que há necessidade de mais recursos humanos, diagnósticos, terapêuticos e de suporte avançado de vida, que não estão presentes no local de origem, sendo uma situação potencialmente stressante quer para a pessoa quer para a equipa de saúde (OM e SPCI, 2008).

A problemática da segurança na prestação de cuidados é pertinente e atual estando classificada em quarto lugar no *ranking Top 20* das prioridades de pesquisa e investigação na área dos cuidados de saúde à pessoa em situação crítica (Blackwood, Albarran, & Latour, 2011). Em Portugal, a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica que necessita de transporte inter-hospitalar, é uma área com potencial de desenvolvimento e que necessita de ser melhorada através da promoção de esquemas organizativos de transporte secundário, com o objetivo de reduzir o número de complicações inerente ao transporte, visto que nos países onde essa organização foi implementada, a morbilidade e mortalidade associadas ao transporte, reduziu significativamente (OM e SPCI, 2008).

No meu contexto de trabalho, serviço de urgência, onde exerço funções há cerca de três anos, há uma complexidade crescente nas situações clínicas que surgem e a realização de transportes inter-hospitalares tornou-se frequente, uma vez que a unidade de saúde não dispõe de UCI. Apesar da

existência de um procedimento institucional para o transporte inter-hospitalar identifiquei a necessidade de sensibilizar toda a equipa para a prática baseada na evidência. Assim, no seguimento da problemática identificada e indo ao encontro da missão da instituição, surgiu este projeto que procurou contribuir para enriquecer a prática de cuidados no âmbito da promoção da segurança, cujo objetivo geral foi **desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, promovendo a sua segurança durante o transporte inter-hospitalar.**

Consciente de que tornar-me competente implica um trabalho de autoconhecimento, isto é, refletir e analisar em que nível estou e para onde quero seguir, de forma a desenvolver todo um leque de saberes, conforme refere Le Boterf (2010), foram desenvolvidos objetivos gerais e específicos que contribuíram para o desenvolvimento das competências que são apresentadas no apêndice I.

Composto por cinco contextos de estágio, este percurso foi realizado no período de seis de Outubro de 2014 a treze de Fevereiro de 2015 e de nove de Março a treze de Março de 2015, cujo cronograma pode ser consultado no apêndice II. O primeiro contexto de estágio foi no SU, o segundo na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), o terceiro foi em UCI, o quarto estágio foi realizado no meu local de trabalho e o quinto estágio consistiu numa parceria com a Universidade de Bóras na Suécia.

Com o suporte da Teoria *Nursing as Caring* de Boykin & Schoenhofer e com recurso à pesquisa bibliográfica em várias bases de dados *online*, através das palavras-chave definidas, foi possível aceder à evidência científica onde foram identificados diversos fatores que contribuem para a promoção da segurança e que integrados na prática contribuíram para o desenvolvimento das competências pretendidas.

Este trabalho encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, que diz respeito ao enquadramento teórico, consta um subcapítulo que fornece uma perspetiva histórica sobre a evolução do transporte inter-hospitalar e o segundo subcapítulo onde se justifica a importância da promoção da segurança da pessoa em situação crítica. O segundo capítulo diz respeito à

reflexão sobre o percurso efetuado e encontra-se dividido em subcapítulos onde são descritos os diferentes contextos onde os estágios foram realizados e onde se reflete sobre o contributo que as atividades realizadas tiveram no desenvolvimento das competências propostas.

Por último, na conclusão, é efetuada a síntese dos ganhos que esta experiência trouxe a nível pessoal e profissional, bem como as limitações encontradas e os futuros projetos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 O Transporte Inter-Hospitalar da História à Atualidade

As primeiras referências históricas a ambulâncias surgem no século XI e mais tarde no século XV – no reinado de D. Fernando e D. Isabel de Espanha – durante as cruzadas contra os mouros. Estas não eram mais do que tendas com recursos humanos e materiais onde se podiam efetuar procedimentos médicos e cirúrgicos rudimentares (Barkley, 1990).

A importância atribuída ao transporte de feridos começa durante as guerras revolucionárias francesas nos séculos XVIII e XIX, através de dois cirurgiões ao serviço do exército francês, Pierre-François Percy (1754-1825) e Dominique-Jean Larrey (1766-1842) ao reconhecerem que o transporte dos feridos era lento e agonizante e que poderia ser melhorado. Assim, desenvolveram um sistema que esteve na origem daquilo a que hoje podemos chamar de sistema de emergência médica (Nestor, 2012; Ortiz, 1998).

Durante as invasões napoleónicas Dominique-Jean Larrey, vem revolucionar a medicina militar, criando vagões especiais puxados por cavalos com o objetivo de transportar rapidamente para fora do campo de batalha os feridos mais críticos, chamados de *“Flying ambulances”* (Baker, Cazalaà, & Carli, 2005; Nestor, 2012; Ortiz, 1998). O conceito de ambulância, criado por Larrey, foi tão amplamente aceite que durante os 100 anos seguintes foram sendo introduzidas modificações até à chegada da primeira ambulância com motor, por volta do ano de 1900 (Chan & Denomme, 2012; Farren, Mitchell, & Morette, 2011; Ortiz, 1998).

As primeiras referências feitas, especificamente, ao transporte inter-hospitalar de doentes surgem na cidade de Nova York por volta do século XIX e XX através da expressão *“patient dumping”*¹ que se referia à transferência dos doentes indigentes das instituições de cuidados privadas para as públicas por razões económicas, sendo que muitas dessas viagens infligiam sofrimento

¹ *Patient dumping* – do inglês dumping que significa “despejar” ou “esvaziar”.

e apressavam uma série de mortes (Abel, 2011). A taxa de mortalidade por transferência de doente era tão elevada que o *King's County Hospital* e o *Bellevue Hospital* – hospitais públicos de caridade para onde eram efetuadas a grande maioria das transferências – instituíram várias reformas, nomeadamente, o pagamento de multas pelos hospitais privados em caso de morte do doente na sequência da transferência (Abel, 2011).

A história da evolução do transporte na profissão de enfermagem é paralela à história da guerra. Em 1855, Florence Nightingale, para além das medidas sanitárias instituídas nos hospitais que em muito melhoraram a taxa de mortalidade, foi também pioneira ao trazer enfermeiras para o campo de batalha, durante a guerra da Crimeia, demonstrando que estas poderiam desempenhar um papel na triagem e prestação de cuidados aos feridos (Holleran, 2002). Ao longo da evolução da história da profissão, a prestação de cuidados durante o transporte foi igualmente evoluindo e progressivamente foi exigido aos enfermeiros o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas pois, segundo Holleran (2002:8) “(...) *o transporte do doente crítico requer uma equipa competente que consiga manter e antecipar as necessidades do doente durante todo o processo de transporte.*” (Holleran, 2002).

O transporte de doentes está contemplado na Lei de Bases da Saúde, Base XIII relativa aos níveis de cuidados, Base XIV referente ao estatuto dos utentes e Base XXVII referente às administrações regionais de saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, 1990).

Em Portugal, começou a atribuir-se importância à atividade de transporte de doentes em 1992, conforme se pode ler no Decreto-Lei n.º 38/92 de 28 de Março (1992), no qual se assume que existem lacunas nesta área. No ano seguinte, a Portaria n.º 439/93 de 27 de Abril (1993) que regulamenta o transporte de doentes, começa a dar importância à formação dos tripulantes de ambulância, diferencia ambulância de socorro de ambulância de transporte e passa assim a haver distinção entre os diferentes tipos de transporte, isto é transporte de doentes não urgentes e transporte de doentes urgentes

O foco na temática do transporte de doentes foi o transporte da pessoa em situação crítica que 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 N.º 124/2011 de 18 de Fevereiro, 2011, p. 8656) e que pode ser classificado em diferentes tipos: transporte primário e secundário (Despacho n.º 14898/2011 de 3 de Novembro, 2011; Dunn, Gwinnutt, & Gray, 2007; OM e SPCI, 2008;).

O transporte primário diz respeito à transferência do pré-hospitalar para o hospital onde a pessoa irá receber cuidados, sendo o serviço de transporte, normalmente, assegurado pelos meios de emergência médica (Dunn et al., 2007). O transporte secundário inclui o transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar e são inevitáveis para toda a pessoa em situação crítica no SU. Os SU também podem efetuar e receber transferências entre hospitais (Dunn et al., 2007).

O transporte intra-hospitalar torna-se necessário quando há necessidade de deslocar a pessoa em situação crítica de uma área para outra do hospital, onde as possibilidades de atuação em situações de emergência exigem recursos técnicos e humanos e, pode ainda ser necessário para a realização de testes diagnósticos (ex. TAC, RMN, entre outros) e/ou para intervenções terapêuticas (ex. Bloco operatório) ou para internamento em UCI (Júnior, Carvalho, Filho, Malzone, & Pedersoli, 2007; OM e SPCI, 2008).

O transporte inter-hospitalar é realizado sempre que há necessidade de mais recursos humanos e técnicos, diagnósticos, terapêuticos e de suporte avançado de vida, que não estão presentes no hospital de origem, sendo a inexistência de recursos a indicação principal para a transferência inter-hospitalar. Não é, contudo, excluída a possibilidade de transporte inter-hospitalar para a realização de exames complementares não disponíveis no hospital de origem (Júnior et al., 2007).

A nível nacional, pelo facto de durante o transporte intra e inter-hospitalar a pessoa em situação crítica ter um elevado risco de morbilidade e mortalidade, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), investiu

na sistematização de boas práticas e em 1997 foi elaborado e divulgado o Guia de Transporte de Doentes Críticos. Posteriormente, em 2001 foram elaboradas e divulgadas pela ARS Norte as normas de transporte secundário de doentes que prevêem um sistema de pontuação – escala de avaliação do risco para o transporte secundário, adaptado de Etxebarria et al. (1998) que tem como objetivo a classificação da pessoa em situação crítica, em função do grau de vigilância e de recursos que necessita durante o transporte (Ministério da Saude, 2006).

Na legislação portuguesa, através da Portaria n.º 1147/01 de 28 de Setembro (2001) foi aprovado o Regulamento de Transporte de Doentes em Portugal, onde as ambulâncias de transporte são classificadas de tipo A e tipo B (as ambulâncias de socorro); e surge a categoria tipo C, isto é, ambulâncias consideradas de cuidados intensivos – ambulâncias medicalizadas – apropriadas para o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, onde deve constar material de punção venosa e administração de fármacos, material para controlo avançado da via aérea e material pediátrico.

Em 2011, o Despacho n.º 14898/2011 de 3 de Novembro (2011) define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que atuam no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência, considerando que essa articulação trará mais ganhos em saúde.

Estas questões relacionadas com a necessidade de transporte para uma unidade de saúde mais diferenciada foram previstas pelo INEM, existindo assim a Circular Normativa N.º1/2012 (2012) que salvaguarda o direito do utente internado a receber cuidados apropriados ao seu estado de saúde que respondam às suas necessidades específicas e que sejam prestados em tempo útil (DGS, 1996). Deste modo, sempre que a unidade de saúde, pública ou privada, não puder dar a resposta mais adequada aos cuidados diferenciados que o utente necessita deverá proceder ao transporte inter-hospitalar do utente para outra unidade e/ou solicitar o apoio diferenciado dos meios que integram o SIEM.

1.2 Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Inter-hospitalar

A palavra enfermagem deriva do latim *Nutrire* "nutrir". A enfermagem sempre foi uma parte integrante da assistência ao doente ao longo da história, facto que se relaciona com a tendência natural do ser humano para responder às necessidades daqueles que estão doentes ou feridos (Donahue, 2010). Ao longo da evolução da enfermagem enquanto disciplina e profissão, muitas teorias têm emergido permitindo aos enfermeiros basearem a sua prática naquela com a qual se identificam.

O desenvolvimento do projeto de estágio teve subjacente a teoria de enfermagem *Nursing as Caring* que oferece a perspetiva única de cuidar, reconhecendo a *personhood*² através do processo de viver assente no cuidar e através do estabelecimento de relações de enfermagem com as pessoas de quem se cuida (Boykin & Schoenhofer, 2001) e recurso à teoria de médio alcance *Technological Competency as Caring in Nursing* de Locsin (2006).

A teoria *Nursing as Caring* assenta nos seguintes pressupostos: as pessoas cuidam em virtude de serem humanas; as pessoas cuidam momento-a-momento e cada momento é uma oportunidade de expressar o cuidar de forma única e de crescer no cuidar; as pessoas são seres inteiros e completos no momento, e isso apela à celebração da totalidade humana, valorizando e respeitando a beleza de cada pessoa, o seu valor, e singularidade (Boykin & Schoenhofer, 2001). Na teoria o conceito de saúde consiste em reconhecer a singularidade e dar suporte à pessoa, para que a plenitude do ser humano seja expressa na vivência do cuidar única no dia-a-dia e que é enaltecida através da participação nos relacionamentos afetivos (Boykin & Schoenhofer, 2001).

A teoria *Nursing as Caring* baseia-se nas definições de cuidar de Roach que defende que cuidar é uma forma humana de ser e de Mayeroff que sugere que o cuidar não deve ser confundido com significados como desejar o bem,

² *Personhood* – refere-se à qualidade ou condição de ser uma pessoa individual, o estado ou fato de ser um indivíduo com características humanas e sentimentos individuais. Palavra traduzida neste relatório como singularidade.

gostar, confortar, um sentimento isolado ou uma relação momentânea, mas sim um compromisso de ajudar genuinamente o outro a crescer respeitando-o como um ser humano único detentor de direitos (Boykin & Schoenhofer, 2001).

Na teoria *Nursing as Caring*, o foco da enfermagem é nutrir a pessoa de quem se cuida com a intenção de a reconhecer enquanto indivíduo que necessita de cuidados, onde o cuidar é expresso apenas quando a enfermeira entra na relação com a pessoa com o objetivo de a conhecer. Reconhecer as formas únicas de cada pessoa para viver o cuidar requer também um compromisso ético e conhecimento sobre o que é cuidar (Boykin & Schoenhofer, 2001; Purnell, 2014).

Na profissão de enfermagem o cuidar é expresso na presença intencional e autêntica da enfermeira com a pessoa, ou seja, a enfermeira procura compreender como é que aquela pessoa pode ser apoiada e fortalecida naquele momento da sua vida através da identificação de necessidades de cuidados e estabelecimento de prioridades (Boykin & Schoenhofer, 2001; Purnell, 2014).

Na presença de situações de ameaça à vida, cuidar a pessoa em situação crítica começa pela identificação das necessidades de cuidados obedecendo a uma lógica de estabelecimento de prioridades através de uma avaliação rápida e precisa do estado fisiológico e tratamento de acordo com as prioridades, onde na grande maioria das situações, a expressão do cuidar e o conhecimento do indivíduo enquanto pessoa que necessita de cuidados dá-se através do recurso a tecnologia, pois de acordo com Parcells & Locsin (2011) a competência na utilização da tecnologia ao cuidado da pessoa é uma forma de expressar o cuidar, visto que se a enfermeira não desenvolver conhecimento e competência técnica apropriada, a tecnologia tem um significado e utilização limitado. É também com recurso à tecnologia que a enfermeira consegue dar início ao processo de cuidar, conhecendo a pessoa em situação crítica e identificando as suas necessidades emergentes de cuidado.

Cuidar é o serviço que a enfermagem presta e existe no contexto da *nursing situation* ou “situação de enfermagem”, sendo esta o foco de tudo o que é conhecido e feito na enfermagem e é conceptualizado como a

experiência vivida e partilhada entre a pessoa e a enfermeira que contribui para enaltecer a singularidade da pessoa de quem se cuida (Purnell, 2014). A “situação de enfermagem” envolve uma expressão de valores, intenções e ações de duas ou mais pessoas que escolhem viver a relação de enfermagem. É dentro da “situação de enfermagem” que a partilha da experiência de cuidar enaltece a singularidade e tanto os enfermeiros como a pessoa de quem se cuida crescem juntos. No processo de cuidar, o respeito por si próprio como pessoa e o respeito pelo outro de quem se cuida são valores que afirmam a singularidade (Purnell, 2014). Esta perspetiva permite que os enfermeiros em ambientes tecnicistas se centrem, não apenas em parâmetros vitais, mas olhem à essência do ser humano que necessita de cuidados.

Assim sendo, a “situação de enfermagem” é o que permite conhecer a pessoa em situação crítica, sendo uma ação intencional do enfermeiro que dá início à primeira etapa do processo de enfermagem – apreciação, colheita de dados quer pela observação quer pela entrevista à pessoa de quem se cuida. Sendo individual e única, a “situação de enfermagem” permite a individualização do cuidar para que na prática diária o cuidado seja centrado na pessoa em situação crítica.

É na “situação de enfermagem”, onde há um convite direto – no modelo descrito como *direct invitation* – que proporciona ao utente a possibilidade de partilhar aquilo que realmente importa e aquilo que tem significado e precisa para si naquele momento. Enquanto cuidadores, os enfermeiros devem comprometer-se no estabelecimento de uma relação com a pessoa de quem cuidam, pois só assim conseguem identificar aquilo que importa e faz sentido para aquela pessoa (Boykin, Baldwin, Bulfin, & Southern, 2004). Para o estabelecimento de uma relação terapêutica a comunicação é fundamental.

A comunicação – “(...) processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas (...)” (Phaneuf, 2005:23) – é considerada um fator importante na humanização e qualidade dos cuidados, sendo essencial na garantia da segurança, pois os problemas na comunicação são as causas

major de erros que ocorrem durante os transportes secundários (Goldstein, 2005; Gray, 2004; Lovasik, 2009; Pesanka et al., 2009; Ridley, 2004).

As transferências são situações que ocorrem aquando da admissão da pessoa na unidade hospitalar, antes e depois de procedimentos médicos, quando há mudança de turno entre profissionais de saúde, quando os utentes são transferidos entre unidades de saúde e aquando da alta hospitalar. São ocorrências de risco elevado no momento em que informações críticas podem ser dadas de forma incompleta, omitidas por completo ou incorretamente compreendidas, levando à prestação de cuidados de qualidade inferior ou a causar danos para a pessoa (Pesanka et al., 2009).

O estabelecimento de uma relação terapêutica permite, deste modo, aos enfermeiros conhecerem a pessoa de quem cuidam, dando dessa forma origem ao fenómeno *caring between*, dentro do qual a singularidade é nutrida. Sem essa presença autêntica, o desenvolvimento de atividades unidireccionais e trocas recíprocas pode na mesma ocorrer, mas o cuidar em enfermagem no seu sentido mais amplo, não acontece (Purnell, 2014).

Esta presença autêntica e intencionalidade dão espaço para que os enfermeiros fiquem disponíveis para “escutar”, o que as autoras referem como o apelo à prática de cuidados de enfermagem. Na resposta a esse apelo os enfermeiros trazem para cada situação particular um conhecimento experiente, isto é, um conhecimento deliberadamente desenvolvido sobre o que significa ser humano, reconhecendo e afirmando a pessoa que vive no cuidado de maneira única e naquela situação imediata (Boykin & Schoenhofer, 2001).

É este conhecimento deliberado que permite aos enfermeiros desempenharem um papel ativo na primeira fase do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica – a fase de decisão. A decisão do transporte é da responsabilidade do médico, porém o enfermeiro contribui ao equacionar os riscos inerentes ao processo de transporte no que respeita a fatores que possam afetar direta ou indiretamente a situação clínica da pessoa (OM e SPCI, 2008).

Para a antecipação dos problemas que possam advir do transporte, é necessário um conhecimento experiente, que clarifica a compreensão dos

enfermeiros sobre o porquê do apelo para intervir e guia a resposta de enfermagem – ou intervenções de enfermagem – para a situação de cuidados em concreto. Isto porque, o conhecimento da pessoa em situação crítica modela as intervenções de enfermagem, transformando o conhecimento transposto pelos enfermeiros de geral para particular e único. A intervenção de enfermagem é co-criada no imediato daquilo que realmente importa para a pessoa e é a expressão daquilo que se entende por nutrir e apoiar o outro a viver e crescer no cuidado (Boykin & Schoenhofer, 2001; Purnell, 2014).

Deste modo, os enfermeiros desempenham um papel preponderante na segunda fase do transporte inter-hospitalar – fase de planeamento – onde é necessário considerar as características individuais da pessoa e os cuidados especializados de que necessita, o que por sua vez vai condicionar a escolha do serviço para onde é transferida a pessoa, que equipa irá transportá-la com que recursos tecnológicos e quais os objetivos fisiológicos a manter durante o transporte de forma a prevenir complicações (OM e SPCI, 2008).

Conforme referem Boykin et al. (2005) e Locsin (2013), proporcionar à pessoa de quem se cuida todo o conhecimento científico e tecnológico é considerado uma expressão do cuidar para aquela pessoa em concreto e naquele momento, para suportar e manter a esperança da pessoa em situação crítica e sua família. As intervenções de enfermagem dependem do conhecimento da pessoa, porém nem sempre esta pode fornecer aos enfermeiros a oportunidade de a conhecerem em virtude da sua condição de saúde. Assim sendo, nessas situações quem pode dar a conhecer aos enfermeiros a pessoa em situação crítica são os familiares, o que torna a família um elo fundamental que deve ser envolvido na situação de cuidados pois são, naquele momento do cuidar, os mais habilitados a darem a conhecer a pessoa aos enfermeiros.

Boykin et al. (2004) enfatizam que transformar o cuidado centrado em tarefas ou coisas, para o cuidado centrado na pessoa, só é possível se os enfermeiros se focarem em estratégias para se conhecerem a si mesmos e aos outros como cuidadores. Ser cuidador é a forma como os profissionais de

enfermagem devem ver-se a si próprios na sua prática diária e passa por refletirem sobre o seu desempenho profissional, diariamente.

O auto-conhecimento é, deste modo, um percursor do desenvolvimento de competências técnico-científicas, comunicacionais e de relação com a pessoa em situação crítica e também com a própria equipa. Os enfermeiros que participam no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, devem ter experiência clínica, capacidade de avaliação e pensamento crítico, para que, adotando uma postura proactiva, possam antecipar e preparar o que pode correr menos bem durante o transporte e pôr em risco a segurança da pessoa em situação crítica (Holleran, 2002). Por outro lado, o conhecimento das causas major de eventos adversos, que ocorrem durante as transferências, permite que os enfermeiros sejam proactivos na promoção da segurança da pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar.

A segurança é definida como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, sendo que, um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva, face ao conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento (DGS, 2011).

Numa organização é fácil contabilizar os acidentes pelo impacto que podem ter, mas difícil é contabilizar os erros ou incidentes sem impacto na prestação de cuidados, o que torna a contabilização de eventos semelhante a um *iceberg*. Na linha de água situam-se os eventos adversos – ocorrências indesejáveis que causaram danos, por atos cometidos ou por qualquer omissão, não implicam erros ou atitudes negligentes, podem ser evitáveis ou inevitáveis, causando danos físicos ou meros transtornos na continuidade dos cuidados e dos quais resultam perda de eficiência e aumento do custo dos cuidados. Acima da linha de água encontram-se os eventos sentinela – eventos graves que causam dano grave ou a morte e que surgem de forma isolada e inesperada. Na base do iceberg estão os quase-incidente – uma situação que só não produziu danos devido a uma ação humana e/ou sistema da organização que impediu a continuidade da trajetória de acidente, abortando a

ocorrência do erro – e acima destes os incidentes – ocorrências indesejáveis que afetam o decorrer de um processo mas que não comprometem o resultado final planeado, nem provocam transtornos da continuidade do trabalho ou que podem causar um dano *minor* (Fragata, 2011).

É através da implementação de estratégias proactivas para lidar com os incidentes e quase-incidentes que as organizações se comprometem num processo contínuo de aprendizagem, isto é, de acordo com Bolívar (1997, p. 86) “*um processo de aprender com a experiência passada, ao retomar as lições aprendidas com o passado, quer (...) para evitar erros, quer como trampolim para acções futuras.*” e, que de acordo com Fragata (2011) é um passo importante na criação de ambientes mais seguros, onde os profissionais errem cada vez menos.

O ambiente de cuidados é aquele que contribui também para enaltecer a singularidade da pessoa e que favorece o estabelecimento da relação entre a enfermeira e a pessoa, onde o cuidar é vivido no contexto das responsabilidades e possibilidades relacionais e reconhece a importância de conhecer a pessoa como pessoa (Boykin & Schoenhofer, 2001; Purnell, 2014). Nas organizações de saúde, é no ambiente de prestação de cuidados que existem milhares de interações diárias entre profissionais de saúde, pessoas e comunidade, que permitem a manutenção da segurança e a continuidade de cuidados.

A continuidade de cuidados é constituída por dois elementos principais: cuidados ao longo do tempo (passado, presente e futuro) e um foco nas necessidades de saúde das pessoas e do contexto pessoal. A dimensão da continuidade informacional é fundamental nas organizações de saúde e define-se como a transferência efetiva de informações e conhecimentos sobre a situação da pessoa, a fim de evitar eventos de fragmentação de cuidados e garantir um atendimento apropriado às necessidades das pessoas sempre que estas se movem de um contexto para outro (CARNA, 2008).

Na *teoria Nursing as Caring* é através da situação de enfermagem que o conteúdo do conhecimento de enfermagem é gerado, desenvolvido, conservado e conhecido, sendo posteriormente recriado numa narrativa ou

história de enfermagem – colheita de dados e registos de enfermagem – que sendo igualmente uma forma de comunicação, garantem a continuidade dos cuidados.

O ambiente de prestação de cuidados é também extremamente importante, especialmente na terceira fase do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica – fase de efetivação – que diz respeito à realização do transporte inter-hospitalar e que fica a cargo da equipa de transporte. Nesta fase o nível de cuidados não deve ser inferior àquele que seria prestado no serviço onde a pessoa se encontrava devendo acautelar-se e prever a necessidade de elevar a qualidade dos cuidados prestados durante o transporte (OM e SPCI, 2008).

O transporte inter-hospitalar quer seja efetuado pelas equipas do INEM ou uma transferência organizada internamente com profissionais da instituição de saúde, pressupõe uma deslocação para o exterior, isto é, uma mudança no ambiente. A exposição ao meio exterior faz com que tanto a equipa de saúde como a pessoa em situação crítica fiquem isoladas dos recursos do meio hospitalar (Macartney & Nightingale, 2001).

Assim sendo, os cuidados de enfermagem devem ser corretos e minuciosamente planeados e articulados com os restantes elementos da equipa de saúde de forma a tornar a equipa, conforme defendem Boykin et al. (2004) em vez de uma estrutura burocrática – como na forma mais tradicional – um círculo de “*dançarinos*” em que cada pessoa é valorizada, respeitada, e apoiada nas suas funções, sem reivindicações de poder, autoridade e estatuto. Dessa “dança” dos cuidadores, resulta a articulação entre os membros da equipa de saúde, cada um contribuindo de forma única na prestação dos cuidados.

A prestação de cuidados de saúde tem inerente a comunicação e, às falhas de comunicação ou à comunicação deficiente entre as equipas estão associados muitos erros que podem pôr em causa a segurança da pessoa em situação crítica (Scovell, 2010; Fragata, 2011 e Häggström & Bäckström, 2014).

Para promover uma comunicação efetiva entre as equipas de saúde existem estratégias definidas, nomeadamente: evitar ordens manuscritas e

abreviaturas; optar pelas ordens dactilografadas, a prescrição eletrônica e o uso de computadores; recorrer a sistemas de processo clínico eletrônico que interliga os diferentes serviços; recorrer a linguagem estereotipada e bem estruturada através de mnemónicas que promovem a sistematização da informação, como o exemplo do SBAR; recorrer a *checklists* – que contribuem para o incremento da segurança, pois destinam-se a prever erros e a antecipar estratégias e necessidades de recursos; e, apostar nos *briefings* – apresentação dos membros da equipa, explicar a tarefa a realizar, antecipar em termos estratégicos o cenário esperado e os cenários possíveis, bem como objetivos a cumprir – e *debriefings* – avaliar por toda a equipa o que correu bem e o que poderia ter sido feito para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados que foram prestados, numa perspetiva de crescimento pessoal e de adoção de medidas corretivas (Fragata, 2011).

Para Boykin & Schoenhofer (2001), a enfermagem é uma conjugação harmoniosa dos aspetos da disciplina e da profissão de enfermagem. Como disciplina, a enfermagem é uma forma de conhecer, valorizar, criar, desenvolver e refinar o conhecimento necessário para a prática de enfermagem, dando origem à inovação. A profissão de enfermagem consiste na aplicação do conhecimento adquirido para dar resposta às necessidades humanas.

Na perspetiva de olhar a enfermagem enquanto profissão, abarcando o cuidado centrado na pessoa e sua família e na procura de uma enfermagem que, enquanto disciplina, proporciona um foco na inovação e na procura de conhecimento para basear a prática na evidência, construiu-se este percurso de desenvolvimento de competências.

2. CAMINHO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

"Great is the human who has not lost his childlike heart."

(Mencius - Meng-Tse – século IV ac.)

Como ponto de partida para a realização deste projeto e estabelecimento de objetivos, procurei a autoapreciação do meu nível de perícia recorrendo ao Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado à enfermagem proposto por Benner (2001).

O modelo referido descreve os cinco níveis de aquisição e aperfeiçoamento de competências: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Para os diferentes níveis são especificadas as mudanças no desempenho e a transformação, salto qualitativo, do nível do desempenho competente de principiante para perito. A evolução para níveis superiores não é quantificável, pois cada profissional evolui ao seu ritmo e no seu próprio contexto profissional, visto que são os fatores como a experiência e o tempo que influenciam a passagem para o nível seguinte. Conseqüentemente, uma mudança no contexto de prestação de cuidados, independentemente do número de anos de profissão, leva o enfermeiro para um nível inicial de perícia. O nível de perito é a excelência do cuidar em enfermagem (Benner, 2001).

No meu local de trabalho considero que me encontro no estadio três: competente. De acordo com Benner (2001, p. 53-54) a enfermeira competente, trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos, tem consciência dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo que ditam quais os aspetos da situação presente ou prevista que devem ser considerados como os mais importantes, e os que podem ser remetidos para segundo plano e que, deste modo, não têm prioridade em relação aos anteriores. A enfermeira competente tem consciência de que um plano não é algo rígido, mas estabelece uma perspectiva e baseia-se sobre uma análise consciente, abstrata e analítica do problema. Apesar de não ter a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, tem o sentimento de que sabe bem das coisas e que é

capaz de fazer frente aos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem. Neste nível de perícia, a enfermeira está ainda a ganhar eficiência e organização e a conseguir estabelecer, cada vez melhor, as prioridades de forma organizada e centrada em cada um dos utentes.

Deste modo, considero que uma vez que existe uma mudança no contexto de prestação de cuidados no SU e pelo facto de não prestar cuidados habitualmente num contexto de VMER e UCI, isto me coloca num nível de principiante avançado, porém esse ponto de partida neste processo de aquisição de competências permitirá posteriormente atingir um nível mais elevado de perícia no meu contexto de trabalho.

O objetivo geral definido foi: **desenvolver competências especializadas de Enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, promovendo a sua segurança durante o transporte inter-hospitalar.**

2.1 Em Contexto de Serviço de Urgência

2.1.1 Caracterização do Contexto

O SU no qual foi realizado o estágio pertence a um hospital classificado no Grupo III que oferece cuidados às populações pertencentes às áreas de influência direta do próprio hospital e dos estabelecimentos classificados nos Grupos I e II (Portaria n.º 82/14 de 10 de Abril, 2014). Este pode ainda ser classificado em Centro de Trauma Nível 1 de acordo com a American Trauma Society (2014).

O SU é caracterizado por uma infraestrutura dispersa e dividida em vários locais ou seções, localizados no mesmo piso. Num local proximal à entrada localiza-se o posto de triagem, com quatro postos de trabalho sendo um dos quais uma zona de transferência de utentes que são trazidos em maca. Próximo desse local encontram-se ainda os balcões gerais – divididos por cores da prioridade estabelecida pela Triagem de Manchester, isto é, balcão azul/verde e amarelo/laranja – o que permite a divisão dos utentes por níveis de gravidade, embora devido à infraestrutura os utentes com alterações da

função respiratória, aos quais é atribuída a cor de prioridade verde ou amarelo permaneçam numa zona comum do balcão verde. O sistema de Triagem de Manchester surge para assegurar que os utentes sejam vistos não pela ordem de chegada e sim por ordem de prioridade em função de critérios de gravidade que apresentam (Grupo Português de Triagem, 1997).

Após a zona de entrada do SU existe o balcão de pequena cirurgia, ortopedia, oftalmologia e balcão de otorrinolaringologia, estes últimos numa área mais afastada da entrada do serviço, o que dificulta por vezes a localização dos utentes no espaço, exigindo ao enfermeiro uma grande capacidade de gestão do percurso do utente.

Numa área mais distal à entrada do SU estão localizadas as salas de emergência que são quatro no total – duas salas de trauma e uma sala de emergência para situações do foro da medicina e outra sala de emergência para situações do foro cirúrgico, embora a gestão desses locais se processe de acordo com o fluxo de pessoas em situação crítica e a disponibilidades de vagas do serviço de observação (SO). Por último, o SO dispõem de um total de cinco salas, sendo que quatro salas têm capacidade para receber quatro utentes e a outra sala com capacidade para receber cinco doentes que necessitem de tratamento e vigilância e/ou que aguardam transferência para outros serviços do hospital.

2.1.2 Reflexão Sobre o Percurso

De acordo com MacPhail (2001) e Taylor & Jr. (2001) num ambiente de ritmo acelerado como é a urgência, o enfermeiro tem de assimilar dados essenciais para elaborar o plano de cuidados junto da pessoa e desenvolver assim uma prática de enfermagem que requer uma grande capacidade de avaliação, intervenção e tratamento, em que a resolução dos problemas pode implicar medidas de reanimação, ensino à pessoa e família e um encaminhamento adequado. Apesar de já trabalhar num SU, o desafio deste contexto de estágio prendeu-se com o facto de ser um SU com uma grande área de influência e que, sendo um centro de trauma, recebe uma ampla variedade de pessoas em situação crítica.

a) Gestão da prestação de cuidados de enfermagem especializados de emergência à pessoa em situação crítica.

Numa fase inicial do estágio para melhor conhecer a organização do serviço, a Enf.^a orientadora realizou uma visita guiada pelos diversos locais do SU, o que permitiu a observação da dinâmica e da metodologia de trabalho bem como o conhecimento dos horários, rotinas e organização do serviço, recursos e equipamentos disponíveis.

De acordo com Hesbeen (2000), os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares – ou a um grupo de pessoas – com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que os tornam profissionais de enfermagem. Foi através da prestação de cuidados de enfermagem especializados na sala de reanimação, emergência e sala de trauma, em colaboração com a Enf.^a orientadora e restante equipa multidisciplinar, que mobilizei as competências adquiridas no curso de SAV e ATLS/ATCN, nomeadamente através da observação e avaliação sistematizada da pessoa em situação crítica segundo a metodologia ABCDE. Esta metodologia consiste num algoritmo em modelo alfabético, baseado num sistema de prioridades, que permite a avaliação rápida e precisa do estado fisiológico e identificação da abordagem necessária, garantindo um atendimento de qualidade (Shafizadeh et al., 2010).

A observação participante na prestação de cuidados na sala de emergência e trauma, em colaboração com Enf.^a orientadora e a equipa multidisciplinar, permitiu o enriquecimento da experiência profissional e conhecer uma dinâmica de trabalho em equipa diferente da do meu contexto de trabalho. Verifiquei que existe um maior número de profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados, de várias áreas de especialidade, o que torna a comunicação estruturada essencial para a articulação minuciosa entre os elementos da equipa de saúde. Participar, em colaboração com a Enf.^a orientadora, nos cuidados de forma integrada na equipa permitiu o treino de competências comunicacionais, pois segundo Kuliukas, King, & Ford (2009) o sucesso do trabalho de equipa assenta nos seguintes princípios: uma equipa

com objetivos comuns e bem definidos, processos bem delimitados, que utilizam uma comunicação estruturada com uma linguagem comum, e na qual existe liderança e avaliação.

Esta experiência permitiu confirmar, uma vez mais, que a comunicação no seio da equipa de saúde assume um papel importante, pois é através da comunicação que se assegura a continuidade dos cuidados (CARNA, 2008).

De forma a desenvolver competências na área da comunicação em equipa recorri previamente a pesquisa bibliográfica sobre a utilização de mnemónicas como elemento estruturador da comunicação e procurei através do recurso à mnemónica ISOBAR (Porteous, Stewart-wynne, Connolly, & Crommelin, 2009) melhorar e desenvolver o meu registo de oralidade na transferência da pessoa em situação crítica, mobilizando assim os conhecimentos sobre técnicas de comunicação eficaz.

A sala de reanimação e trauma foi o local, onde para além da triagem, tive a oportunidade de receber utentes, na grande maioria através de transporte primário e também transporte inter-hospitalar, o que permitiu a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica transferida de outra unidade de saúde, desenvolvendo a capacidade de observação e de avaliação da pessoa no contexto do todo, o que implica conhecer a mesma enquanto pessoa a vivenciar uma situação de enfermagem num contexto próprio, transferindo assim experiência para a área do projeto.

Em colaboração com a Enf.^a orientadora realizei o acolhimento à pessoa em situação crítica nas salas de emergência e trauma. Esses momentos foram uma oportunidade de refletir sobre os focos de instabilidade gerados ou não pelo transporte inter-hospitalar da pessoa e desenvolver progressivamente a capacidade de identificação e estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica de forma progressivamente mais assertiva ao nível do “saber-fazer”. Assim, o desenvolvimento de um novo conhecimento, através da aquisição progressiva de experiência e da vivência de uma ampla variedade de situações que desafiam e alargam o conhecimento prévio, permite progredir para níveis elevados de perícia (Benner, 2001).

«É trazido pela equipa de emergência Pré-Hospitalar uma pessoa em situação crítica, sexo masculino, 35 anos, queda de seis metros de altura, imobilizado em plano-duro, entubado e ventilado, é transferido para a maca da sala de emergência, é dada continuação ao SAVT. Traz à cintura um talismã construído com corda e madeira que não se remove, aguarda transferência para o serviço de imagiologia para a realização de MCDT's, para promover o conforto é tapado com lençol e cobertor aquecido (...)» (Situação de Enfermagem na Sala de Trauma).

O respeito pela dignidade, privacidade, crenças e valores da pessoa em situação crítica é inerente à prática de cuidados de enfermagem e compete ao enfermeiro sustentar a prática na ética e deontologia. Assim, de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista, o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e a promoção de uma prática de cuidados que respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, nesta situação em concreto, verifica-se ao promover o respeito pelos valores, costumes e as crenças espirituais daquela pessoa, na equipa de enfermagem onde está inserido e ao promover a sensibilidade e respeito pela identidade cultural, como parte integrante da perceção de segurança daquela pessoa (Regulamento N.º 122/11 de 18 de Fevereiro, 2011).

O SU é confrontado diariamente com um elevado número de utentes que apresentam um ampla gama de problemas, o que condiciona o tempo de demora no atendimento médico. Ao colaborar na realização da triagem e através da discussão com a Enf.^a orientadora sobre o papel e a responsabilidade do enfermeiro na realização da mesma, pude compreender que este é o primeiro local do SU onde o enfermeiro contacta com a pessoa e identifica as situações de enfermagem, reconhecendo em quais há um apelo à intervenção de enfermagem emergente.

Esta atividade foi um desafio pois a afluência de pessoas em situação crítica era maior, em comparação com o meu contexto de trabalho. Porém considero que esta atividade foi importante no desenvolvimento de competências que serão transpostas para o meu local de trabalho onde se está atualmente a implementar o sistema de triagem de Manchester.

Inicialmente sentia dificuldade em focar-me no problema principal para seleccionar o fluxograma de triagem o que dificultava todo o processo, pois a

triagem procura a gestão de prioridades em função de uma queixa ou sintoma principal e nessa sequência estabelecer um algoritmo de tomada de decisão em função da gravidade. Progressivamente e através do recurso ao *debriefing* com a Enf.^a orientadora sobre as situações de enfermagem e através da mobilização da capacidade de observação sistematizada segundo a metodologia ABCDE, consegui progressivamente identificar o problema central, abandonando a necessidade de colocar questões acessórias. Assim fui com sucesso abandonando progressivamente o estadió de enfermeira iniciada, pois consegui identificar rapidamente a situação de enfermagem fazendo uma comparação com situações similares ou contrárias, já vividas e indo diretamente ao foco do problema não abordando senão as questões pertinentes (Benner, 2001).

b) Gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no transporte inter-hospitalar.

Dando continuidade às aprendizagens ao longo do estágio, tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação crítica com dor torácica relacionada com alterações a nível cardiovascular, na sequência de Síndrome Coronário Agudo (SCA), em que houve necessidade de acionar a via verde coronária. De acordo com DGS (2001), o acionamento da via verde coronária implica o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica para outra unidade de saúde, onde poderá ser intervencionada. A prestação de cuidados de enfermagem que contribuem para a estabilização da pessoa é efetuada na sala de reanimação e, em colaboração com a Enf.^a orientadora, foi possível compreender a importância do papel do enfermeiro na receção e preparação da pessoa em situação crítica para o transporte inter-hospitalar, utilizando ainda como referência Fernandes, Valente, & Catarino (2012) e CHLC (2014). Estes foram também momentos importantes de observação dos recursos utilizados na preparação da pessoa para o transporte inter-hospitalar e da aplicabilidade prática do procedimento multissetorial em vigor para o transporte inter-hospitalar.

Considere importante a leitura e análise de protocolos de atuação no SU, nomeadamente a norma de transporte hospitalar em vigor no que respeita ao transporte secundário. A norma de transporte secundário descreve todo o procedimento de transferência intra e inter-hospitalar e é construído com base nas recomendações da SPCI. Assim, é preconizado o preenchimento da escala de avaliação para o transporte secundário, que por se encontrar informatizada, está acessível em todos os processos dos utentes e regista o *score* obtido nos registos clínicos. Após o preenchimento da avaliação é atribuído um *score* e surge a indicação dos recursos humanos e materiais que devem acompanhar a pessoa, o que posteriormente permite acionar o pedido de meio de transporte através do sistema informático – ConexAll® – prática que vai ao encontro do que Fragata (2011) refere como promotor da segurança.

Ao solicitar o transporte no programa informático, o enfermeiro regista quais os equipamentos que devem acompanhar a pessoa, para que os tripulantes de ambulância – serviço em permanência no hospital – conheçam a necessidade de algum equipamento específico.

Apesar de ao longo do estágio não ter realizado nenhum transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica com alteração no padrão respiratório, com necessidade de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, tive oportunidade de colaborar com a Enf.^a orientadora na prestação de cuidados à pessoa que é admitida na sala de emergência e trauma com necessidade de suporte ventilatório e que posteriormente necessita de transporte intra-hospitalar. Considero porém que essas situações de aprendizagem permitirão posteriormente a mobilização das competências adquiridas para uma situação de transporte inter-hospitalar. O desenvolvimento de competências nesta área é fundamental, visto que na pessoa em situação crítica ventilada, a posição do tubo endotraqueal deve ser verificada e deve proceder-se à sua fixação antes do transporte e proceder à avaliação da adequação da modalidade ventilatória, pois de acordo com Warren et al. (2004) por vezes alguns utentes podem necessitar de ajustes na modalidade ventilatória e por outro lado, o ventilador de transporte deve ter alarmes para indicar a desconexão e pressões excessivamente altas das vias aéreas e deve ter uma fonte de alimentação da bateria de reserva.

No decorrer do estágio senti dificuldades na utilização de alguns equipamentos, visto que no SU existem monitores e ventiladores diferentes, o que por vezes levanta problemas relacionados com a compatibilidade de cabos e conexões (por exemplo a utilização do monitor de transporte para o qual não existe um cabo de dados compatível para ligar o transdutor de leitura da linha arterial), colocando constantes desafios na prestação de cuidados que, apesar de não causarem um dano direto na pessoa em situação crítica, são considerados incidentes pois interrompem o fluxo de trabalho e contribuem para “atrasar” a transferência e desviam o foco dos cuidados. Esta questão foi levantada na análise SWOT efetuada e permitirá que em situações futuras eu desempenhe um papel consultor quando for necessário um nível de competência correspondente a esta área de especialidade, conforme preconizado no Regulamento N.º 122/11 de 18 de Fevereiro (2011).

Ao longo dos cuidados prestados consegui identificar os elementos que Warren et al. (2004) preconizam para um plano de transferência inter-hospitalar abrangente e eficaz. Este plano pode ser desenvolvido através de uma abordagem sistematizada composta por quatro elementos críticos: a) uma equipa multidisciplinar, administração hospitalar e do serviço de emergência local, formada para o planeamento e coordenação do processo; b) a equipa realiza uma avaliação das necessidades de transferência pessoa, padrões de transferência, e os recursos disponíveis (pessoal, equipamento, comunicação, etc.); c) com esses dados, um plano de transferência escrito é desenvolvido e implementado; e d) o plano de transferência é avaliado e aperfeiçoado regularmente através de um processo de melhoria de qualidade padrão, pois existe uma norma de auditoria aos transportes inter-hospitalares realizados nas várias categorias, A, B ou C, que este serviço de urgência também realiza periodicamente e para o qual existe um impresso (Warren et al., 2004).

O conhecimento desta articulação de meios e os recursos que são utilizados na prática diária no serviço de urgência em que realizei o estágio, tornam-se uma referência e foram posteriormente mobilizadas para o meu contexto de trabalho, influenciando positivamente a prática de cuidados.

c) Gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

Em Portugal, a Lei N.º 15/14 de 21 de Março (2014), referente ao direito de acompanhamento dos utentes nos SU do Serviço Nacional de Saúde reconhece a todo o cidadão admitido num SU o direito de ser acompanhado, procurando salientar a importância da família no processo de cuidar. Apesar dos utentes que dão entrada no SU terem direito a um acompanhante, conforme é referido na legislação apresentada, estes são frequentemente travados à entrada da sala de reanimação e noutros locais do serviço permanecendo a aguardar por notícias do seu familiar.

Assim, para refletir sobre a problemática, optei por elaborar um jornal de aprendizagem sobre a temática da presença da família na sala de reanimação.

A realização do jornal de aprendizagem foi importante para a tomada de consciência do impacto visual que os meios tecnológicos possam ter nos familiares, o que fundamenta um cuidado de enfermagem à família que é a preparação dos familiares para aquilo que irão observar. Estas questões fizeram-me particularmente sentido neste serviço, uma vez que o transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica faz-se por um espaço comum da urgência onde poderão estar familiares a aguardar por notícias. Deste modo, considero um cuidado especializado de enfermagem procurar saber se os familiares têm conhecimento sobre a situação de saúde, avaliar se este reúnem condições físicas, psicológicas e emocionais para entrar na sala de reanimação e estar com o seu familiar, o que esperam e o que estarão preparados para saber de forma a adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e sua família, conforme preconizado no Regulamento N.º 124/11 de 18 de Fevereiro (2011).

Consciente de que o estabelecimento de uma relação com os familiares da pessoa em situação crítica é também um processo crítico, fruto do ambiente acelerado e caótico do SU, procurei utilizar a reflexão para conhecer as principais preocupações, receios e medos dos familiares e desenvolver competências relacionais e comunicacionais durante a prestação de cuidados.

d) Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica.

No estágio em SU, uma estratégia utilizada para desenvolver a competência referida foi acompanhar o Enf.º responsável pela área do controlo de infeção do serviço, uma vez que este tem um papel importante no desenvolvimento e implementação de normas de prevenção e controlo de infeção. Desta forma, fiquei a conhecer o processo de auditoria à técnica de algaliação efetuada pelos enfermeiros do serviço, pois CCI elaborou um instrumento de controlo da qualidade utilizando como referência as diretrizes do *Herefordshire urinary catheter policy de 2011*. Consultei os dados da auditoria de 2013 e verifiquei que existe uma boa adesão à formação sobre a higiene das mãos mas o item com menor percentagem diz respeito ao cumprimento da higiene das mãos. Este facto suscitou a questão: se os profissionais recebem formação de higienização das mãos, porque se mantém uma baixa percentagem de adesão?

De acordo com o paradigma de Donabedian, os indicadores de qualidade, podem ser classificados em indicadores de estrutura, de processo e de resultado (Donabedian, 2005). No serviço os indicadores de processo são auditados através da aplicação do instrumento de auditoria e os indicadores de resultado são igualmente monitorizados pela CCI do hospital. Deste modo, propus-me a realizar uma atividade que consiste em auditar os indicadores de estrutura, cuja avaliação permitirá um foco na avaliação da qualidade e segurança da higiene das mãos, para além da perspetiva da educação e formação dos profissionais onde já largamente se tem investido e também porque de acordo com Donabedian, (2005, p. 695) *“The assumption is made that given the proper settings and instrumentalities, good medical care will follow”*.

Esta foi uma estratégia utilizada para contribuir no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, através do diagnóstico das necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção e estabelecer estratégias proactivas a implementar no serviço, indo ao encontro do preconizado no Regulamento N.º 124/11 de 18 de Fevereiro (2011).

Recorri ao Guia de Auto-avaliação para a Higiene das Mãos 2011 (OMS, 2011) e procedi à aplicação do formulário dos indicadores de estrutura, tendo o serviço obtido uma pontuação total de 100, que é o valor ótimo. Dessa análise, destaca-se o seguinte: a Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) estava localizada junto aos lavatórios nas salas de emergência e trauma, à exceção dos locais de trabalho nos balcões e nos SO, onde se localizava próximo da bancada de preparação de medicação. Assim propus, ao elemento da CCI, rever a localização dos pontos de SABA, uma vez que esta solução não necessita de água, pelo que a sua localização deve ser junto da unidade do utente (Circular Normativa N.º13/10, 2010). Optou-se pela colocação da SABA em cima da bancada de trabalho das salas de emergência e trauma. Foi igualmente discutida a possibilidade de colocação de suporte nas camas, mas dada a mobilidade das macas estes acabariam por perder-se. O recurso a SABA dispositivo de bolso, seria uma hipótese viável a aplicar em termos dos indicadores de estrutura nas áreas dos balcões, onde para além da proximidade da bancada de trabalho e zonas centrais dos corredores, não existe outra hipótese de reformulação dos locais de SABA, porém, e de acordo com o elemento da CCI, a distribuição de doseadores de SABA de bolso só aconteceu uma vez.

Maximizar a intervenção no controlo de infeção foi possível através do cumprimento dos protocolos e circuitos requeridos na prevenção e controlo de infeção face às vias de transmissão, através do respeito pelas normas e procedimentos multissectoriais instituídos (por exemplo, cumprimento do procedimento multissectorial de algaliação e colheita de hemoculturas, utilização de técnica asséptica na preparação de material para colocação de linha arterial e CVC. Quanto à colheita de hemoculturas foi ainda importante perceber que ao nível do controlo de infeção o elemento da CCI é responsável pela monitorização da utilização dos Kits de hemoculturas, projeto desenvolvido e que vai ao encontro das recomendações para a prevenção das infeções nosocomiais da corrente sanguínea (Chopra, Krein, Olmsted, Safdar, & Saint, 2013).

e) Expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio.

Para conhecer o funcionamento do serviço, identificar pontos fortes e estrangulamentos no âmbito do transporte inter-hospitalar, realizei uma análise SWOT (apêndice IV). A análise SWOT é uma ferramenta útil na observação do desempenho de uma organização ou equipa, que permite um conhecimento mais elaborado e aprofundado, servindo de guia para a elaboração de um plano de ação (Harrison, 2010). A análise dos pontos fortes e fracos e das oportunidades e ameaças da equipa, possibilitou propor melhorias com o intuito de promover a segurança e mobilizar a equipa e a organização para um processo de melhoria contínua ao nível dos cuidados prestados.

Para conhecer a perspetiva dos enfermeiros sobre a temática do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, caracterizar as forças, fraquezas, oportunidades de melhoria e ameaças à introdução de mudanças no serviço, elaborei um questionário (apêndice III) que após aprovação da Enf.^a chefe, foi entregue a cada Enf.^o chefe de equipa que, por sua vez, os distribuiu pela equipa e ficou responsável pela sua recolha e entrega no final do turno dentro de um envelope, garantindo assim o anonimato. O horário de entrega foi de acordo com os turnos das equipas de enfermagem no período de seis a 16 de Novembro de 2014.

O método por questionário é aconselhado quando se pretende conhecer uma população quanto às suas opiniões. Estes têm ainda a vantagem de permitir a quantificação de dados e proceder ao estabelecimento de relações entre eles (Quivy & Campenhoudt, 2008). Recorri a perguntas fechadas e abertas. As perguntas fechadas são questões nas quais apresentei à pessoa uma lista preestabelecida de respostas possíveis, cuja seleção permitiu a caracterização dos inquiridos. Na grande parte das perguntas fechadas, utilizei escalas nominais, quanto ao género, habilitações literárias e formações complementares frequentadas. As questões abertas permitiram ao inquirido utilizar o seu próprio vocabulário, obtendo-se respostas qualitativas que permitiram preencher a matriz SWOT quanto às forças e fraquezas bem como as oportunidades e ameaças percebidas. Optei ainda pela utilização de uma

escala ordinal que avalia o grau de concordância em relação a cada um dos itens apresentados, permitindo ao inquirido exprimir várias *nuances* de opinião (Ghiglione & Matalon, 2001; Hill & Hill, 2012). O tratamento estatístico dos dados do questionário pode ser consultado no apêndice IV.

Da análise SWOT emergiram questões pertinentes que foram a base da formulação de propostas de melhoria, embora tenha consciência de que apesar de sugeridas, a sua implementação deverá ser alvo de discussão com toda a equipa, aspeto que não foi possível de realizar até ao final do estágio. Foi ainda desenvolvida no âmbito desta atividade, uma reformulação da folha de registos a utilizar durante o transporte inter-hospitalar baseado na mnemónica ISOBAR, e que pode ser consultado no apêndice V.

O documento elaborado não foi colocado em utilização porque, apesar de estar demonstrado que um dos elementos promotores da segurança é o desenvolvimento de uma forma de comunicação estruturada (Musson & Helmreich, 2004; Kuliukas et al., 2009), ao longo do percurso de desenvolvimento de competências, os enfermeiros progridem para um nível de perícia que lhes permite flexibilidade de avaliação e julgamento clínico, contornando regras sempre que daí advenham ganhos para o utente (Benner, 2001). Dada essa flexibilidade, é importante avaliar: como se sentirão os enfermeiros peritos do serviço de urgência na utilização do documento proposto? Será a sua estrutura demasiado rígida? O documento proposto trará benefícios no contexto particular deste SU?

Considero que foi identificado um problema e proposta uma solução que advém da revisão da literatura, pois de acordo com Galvão, Sawada, & Trevizan (2004) a prática baseada na evidência é uma abordagem que envolve a implementação da evidência no contexto da prática e a avaliação dos resultados obtidos. Assim sendo, é importante que a solução proposta seja estudada e avaliada quanto à sua aplicabilidade na prática, num determinado contexto, pois de acordo com Rycroft-Malone et al. (2009) o desafio é garantir que cada tipo de evidência é tão robusto e credível quanto possível, garantindo em simultâneo que se prestem cuidados individualizados com o fim último da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assim, futuramente, gostaria de dar continuidade a este projeto de implementação do documento proposto, contribuindo para “(...) *formular e implementar procedimentos para a prática especializada* (...) [e] (...) *suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade*” (Regulamento N.º 122/11, 2011, p. 8653),

Elaborei um boletim informativo em formato A3, *newsletter* – de acordo com Gustavo & Rabaça, (2001) – uma forma de comunicação assíncrona englobada no tipo de Formação *eLearning* – de fácil e rápida leitura, facilmente acessível a todos os profissionais, ao invés da realização de formação em serviço presencial que implicaria para os profissionais deslocamentos e o cumprimento de um horário de formação numa data específica.

2.2 Em contexto de VMER

2.2.1 Caracterização do Contexto

O estágio no contexto de VMER foi efetuado na área de influência da região da grande Lisboa de forma a poder efetuar transporte primário da pessoa em situação crítica para diferentes hospitais a diferentes distâncias.

A VMER é um veículo do SIEM constituído por um médico e um enfermeiro que atua na área de emergência pré-hospitalar, destinado ao transporte rápido de uma equipa de saúde e equipamento que permite a realização de suporte avançado de vida, ao local onde se encontra a pessoa em situação crítica. As VMER atuam na dependência direta dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e têm ainda como funções a coordenação de meios no terreno, em articulação com o CODU local, a realização de triagem em situação multivítimas, o encaminhamento e acompanhamento da pessoa em situação crítica até ao local mais adequado à continuidade do tratamento e o ensino e educação de técnicos de saúde para a prestação de cuidados em contexto pré-hospitalar.

Nas VMER os materiais estão organizados de forma funcional e existem os seguintes equipamentos: equipamento de telecomunicações (rádio de telecomunicações da viatura e rádio de telecomunicações portátil, ambos em

rede fechada com a central CODU e telemóvel); mala de fármacos onde se encontra disponível medicação, soroterapia, material para punção venosa e para avaliação de outros parâmetros como a glicémia e a temperatura; monitor desfibrilhador para monitorização de sinais vitais, ECG 12 lead, SpO₂, TA, capnografia; desfibrilhador; pace-maker externo); mala de via aérea que dispõe de todo o material necessário para permeabilizar a via aérea, desde material de intubação endotraqueal, insuflador manual, material para entubação gástrica, máscaras de oxigénio e de aerossol; ventilador portátil; seringa infusora; garrafa de oxigénio, recipientes de oxigénio molecular (O₂) sob pressão; aspirador de secreções, portátil e elétrico; compartimento frigorífico, necessário à conservação e armazenamento de alguns fármacos e fluidoterapia que permite o início do protocolo de hipotermia no contexto pré-hospitalar nos casos em que o mesmo está indicado; compartimento aquecido que mantém soros aquecidos que quando administrados por via endovenosa são uteis em situações de hipotermia; e, mala de trauma com ligaduras; compressas esterilizadas, solução de desinfeção, soro fisiológico para limpeza e lavagem de lesões, lençóis estéreis, adesivos.

A VMER dispõe ainda de mala pediátrica (agulha intraóssea, material de entubação pediátrico, fita de Broselow); sistema de ventilação *Boussignac* que permite a administração de ventilação por pressão positiva contínua na via aérea (CPAP) e material de imobilização e transporte como, talas de imobilização de diversos tamanhos, colete de extração e colares cervicais.

2.2.2 Reflexão Sobre o Percurso

De acordo com Fernandes et al. (2012) o transporte da pessoa em situação crítica é uma inevitabilidade nos sistemas de saúde, em que o transporte requer a manutenção de cuidados de suporte de vida, num ambiente à partida desfavorável. A opção pela realização de estágio num contexto exterior ao ambiente hospitalar surgiu como um desafio à capacidade de gestão da incerteza associada a situações próprias de um ambiente desprotegido, onde surgem situações de forma inesperada.

a) Gestão da prestação de cuidados de enfermagem especializados de emergência à pessoa em situação crítica e sua família.

Para desenvolver a competência referida conheci as rotinas do serviço e os protocolos instituídos, confrontando com a pesquisa bibliográfica para identificar os recursos materiais existentes em cada mala existente na VMER, o que facilitou a utilização dos mesmos nas diversas situações de emergência.

Ao longo dos turnos de estágio, em conjunto com a equipa multidisciplinar, prestei cuidados à pessoa em situação crítica, mobilizando as competências de SAV e as competências adquiridas no curso ATCN. A gestão da prestação de cuidados de enfermagem especializados de emergência à pessoa em situação crítica só é possível vivenciando uma série de situações com elevado risco de instabilidade hemodinâmica e desenvolvendo a capacidade de contribuir para a tomada de decisão em equipa. A estratégia que considero que mais contribuiu para a minha aprendizagem a cada turno foi a realização de *briefing* após a chamada de apoio diferenciado e o *debriefing* que, sendo uma discussão de ações e processos de pensamento depois de um evento que engloba a "observação reflexiva" – refletir sobre a experiência anterior – e "conceptualização abstrata" – identificar novos conceitos para aplicar a prática futura – desenvolve o raciocínio clínico.

Esta estratégia, em paralelo com o conhecimento prévio dos algoritmos de SAV e da mobilização das competências adquiridas no estágio de SU, permitiu a melhoria contínua ao nível do raciocínio clínico, ou seja desenvolvi a minha capacidade de selecionar alternativas, baseadas na melhor evidência para que a pessoa em situação crítica obtenha os melhores resultados possíveis na melhoria da sua condição ou estado de saúde (Tanner, 2006). Por outro lado, ao desenvolver o raciocínio clínico, fui tomando consciência da melhor capacidade de julgamento clínico, ou seja, a capacidade de interpretar ou concluir sobre as necessidades da pessoa em situação crítica, e a capacidade de tomar decisões e de agir ou não, de utilizar, improvisar ou modificar abordagens padrão, consideradas adequadas em função das respostas da pessoa (Dreifuerst, 2009).

Progredir para níveis mais elevados de competência implica também desenvolver-se como profissional, não apenas a nível técnico e científico mas também a nível relacional e comunicacional e, por isso, refletir sobre a aplicabilidade da teoria de Boykin & Schoenhofer (2001) e da teoria de Médio alcance *Technological Competency as Caring in Nursing: A Model for Practice* – recorrendo ao artigo de Parcels & Locsin (2011) – na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no âmbito pré-hospitalar ajudou no meu desenvolvimento pessoal e profissional, através da atribuição de importância à tecnologia como uma expressão do cuidar e como um recurso que permite identificar os apelos à intervenção de enfermagem, como a forma que a pessoa em situação crítica tem para comunicar as suas necessidades de cuidados no momento.

A reflexão realizada, em conjunto com os conhecimentos mobilizados com a realização do jornal de aprendizagem, no estágio do SU, sobre a presença da família na sala de reanimação, ajudaram a construir a riqueza da relação vivida entre mim e os familiares da pessoa em situação crítica neste contexto de estágio, onde os familiares assistem às manobras de ressuscitação realizadas pelos profissionais de saúde. Assim, sinto que hoje, olho cada situação abarcando o seu todo e simultaneamente de um modo particular, pois desenvolvi a capacidade de prever, intervindo no cerne dos problemas identificados (Benner, 2001), indo ao encontro das necessidades expressas por cada familiar na situação de enfermagem, tornando-me progressivamente mais competente no estabelecimento de uma relação terapêutica com os familiares.

b) Gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos

Os protocolos terapêuticos surgem como uma forma de orientar a tomada de decisão e o trabalho em equipa de forma a permitir que todos “falem a mesma linguagem”. Este estágio foi uma forma de continuar a enriquecer a minha experiência profissional, através da discussão com o Enf.º orientador de estágio, perito na área de emergência médica, sobre a importância que a avaliação sistematizada numa lógica de estabelecimento de prioridades, segundo a metodologia ABCDE tem na identificação precoce de possíveis

focos de instabilidade e a rápida intervenção na resolução das causas reversíveis, durante a realização de SAV.

Foi ainda extremamente enriquecedora a colaboração na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica a vivenciar uma situação de SCA, pois esta é uma área de cuidados com elevada importância pela taxa de morbilidade e mortalidade associada, que tem vindo a reduzir desde 2007 através da disponibilização de novos fármacos e técnicas inovadoras, mas também devido a uma substancial melhoria das condições organizativas do Sistema Nacional de Saúde, que permite uma resposta precoce das equipas de emergência pré-hospitalar e um correto encaminhamento para os locais onde a pessoa pode receber o melhor tratamento, tendo sido em 2001 aprovado o Programa Nacional Via Verde Coronária (DGS, 2001).

Este é um exemplo onde é também fundamental a perícia do enfermeiro na deteção precoce de sinais clínicos de SCA e na implementação de intervenções de enfermagem que melhorem os resultados para a pessoa, assim como na capacidade de uma boa articulação em equipa para um correto encaminhamento, onde meios diferenciados aguardam o utente, encurtando o tempo de isquémia do músculo cardíaco (Paiva et al., 2012).

Foi também importante conhecer a existência do protocolo de colocação do *Boussignac CPAP System*. Por vezes a adaptação da pessoa em situação crítica a este sistema não é fácil, visto que nem sempre tolera a colocação da máscara e a pressão de ar que circula nas vias aéreas. Aqui uma vez mais, as competências relacionais permitem antecipar com base no conhecimento da história da pessoa e no seu comportamento no momento, o grau de adesão ao tratamento e implementar estratégias para que a pessoa em situação crítica colabore no seu plano de cuidados, pois:

“ (...) as enfermeiras peritas [são] capazes de identificar comportamentos particulares nos doentes (...) por conseguinte, elas parecem poder traduzir essas particularidades em meios eficazes (...) para trabalhar com esses doentes (...) que minimizam a ansiedade e optimizam as possibilidades de cura.”

Benner (2001, p. 130)

c) Prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar.

O transporte da pessoa em situação crítica tem um elevado risco de morbidade e mortalidade, sendo uma situação potencialmente stressante, quer para a pessoa quer para a equipa de saúde, uma vez que tanto o transporte primário como o secundário, expõem a pessoa a um ambiente não protegido (Dunn et al., 2007; OM e SPCI, 2008). Em vários artigos surge mencionada a importância de se avaliar o impacto das forças de aceleração-desaceleração sobre a fisiologia da pessoa em situação crítica, porém em poucos é abordada a influência do movimento no estado hemodinâmico da pessoa, durante o transporte terrestre.

Procurando compreender como é que o movimento de deslocação da pessoa durante o transporte influencia o seu estado hemodinâmico e de que forma o enfermeiro pode intervir minimizando essas alterações, realizei uma revisão da literatura sobre a fisiologia do movimento e a sua influência durante o transporte da pessoa em situação crítica (apêndice VI).

O desenvolvimento desse trabalho permitiu adquirir conhecimentos especializados sobre as leis do movimento e a sua influência na fisiologia humana durante o processo de transporte e atuar minimizando os efeitos das mesmas. Nesse trabalho foram apresentadas de forma sucinta as leis do movimento de Newton e a revisão da literatura sobre a temática onde os perigos, aos quais a pessoa em situação crítica é exposta durante o transporte, são divididos em estáticos e dinâmicos.

O impacto que a deslocação tem na pessoa em situação crítica depende do seu estado clínico, do tipo de transporte, mas também da abordagem do enfermeiro e da sua capacidade de planeamento e de preparação do transporte. Este trabalho, permitiu desenvolver uma sólida base de conhecimentos sobre as consequências fisiológicas e as implicações das mesmas na avaliação do risco/benefício do transporte e, por outro lado, contribui para incorporar conhecimentos na melhoria da qualidade na prestação de cuidados indo ao encontro do preconizado no Regulamento N.º 122/11 de 18 de Fevereiro (2011).

A revisão da literatura e os estudos de caso elaborados, foram apresentados à equipa da VMER, numa sessão de formação (apêndice VII). Submeti também a revisão da literatura para apresentação em comunicação livre nas nonas Jornadas do Doente Crítico, o que permitiu mobilizar com rigor os dados de um trabalho de pesquisa e expor com clareza os resultados do meu próprio raciocínio a pares, demonstrando um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais e novos da disciplina de enfermagem.

Este estágio foi igualmente uma oportunidade para o desenvolvimento de competências ao nível da comunicação, através da transferência organizada de informação à equipa do serviço de destino, isto porque, de acordo com Benner (2001) as enfermeiras peritas despendem de tempo para refletir sobre a evolução da situação clínica de um utente e a antecipar os problemas. Esta competência implica a capacidade de visão a longo termo e transmitir bem as informações à equipa que assegurará a continuidade dos cuidados. Há que ter a capacidade de comunicar de forma precisa situações suscetíveis de surgir, assim como os problemas identificados que aguardam solução, “*A Enfermeira Perita trabalha com um olho no futuro.*” (Benner, 2001, p. 128) .

Para desenvolver uma comunicação mais eficaz, recorri, uma vez mais, à mnemónica ISOBAR, seguindo a seguinte lógica de transferência da situação: I é de identificação da pessoa, passando em seguida para o S de situação clínica (o motivo da chamada da emergência ao local), passando para O de observação, com foco nas necessidades que se encontravam alteradas à chegada. Posteriormente, no B de *background* referindo os antecedentes médicos e cirúrgicos da pessoa. Seguidamente no A de avaliação, referindo os problemas resolvidos e problemas potenciais e no R de recomendação, verificando a compreensão do que foi dito e referindo, no caso de existir, a medicação já utilizada, como por exemplo, uma diluição de morfina da qual só se utilizaram quatro mililitros.

Com a utilização desta forma de comunicar sobre a pessoa em situação crítica, senti que a transferência foi efetuada de forma mais organizada, com

menor risco de perda de informações importantes e preparando o terreno para que possa ser dada continuidade aos cuidados de que a pessoa necessita.

2.3 Em contexto de UCI

2.3.1 Caracterização do Contexto

O contexto onde realizei o estágio foi na UCI de cirurgia cardiotorácica, onde são admitidos utentes submetidos a cirurgia cardiotorácica em pós-operatório imediato, ou doentes com complicações cirúrgicas, muitas vezes em situação crítica com necessidade de técnicas dialíticas, monitorização invasiva ou necessidade de realizar ECMO (Oxigenação por Membrana extra-corporal). As cirurgias cardiotorácicas mais frequentes são a colocação ou substituição de próteses valvulares, as intervenções para *bypass* aorto-coronário com recurso a circulação extra-corporal, entre outras.

Quando está agendada a cirurgia, a pessoa e o familiar dirigem-se ao serviço, onde são recebidos por uma Enf.^a responsável pela realização do acolhimento. No acolhimento a enfermeira conhece o dia-a-dia da pessoa e o seu grau de dependência nas atividades de vida diárias (AVD's), assim como os recursos disponíveis para a reabilitação cardíaca aquando da alta. Neste momento a prioridade é conhecer a pessoa e identificar aquilo que necessita de imediato no processo de cuidados e antecipar problemas potenciais que possam comprometer o sucesso na reabilitação cardíaca. Esta é uma estratégia de prestação de cuidados que vai ao encontro da importância de conhecer o outro, para respeitar a sua singularidade no processo de cuidar conforme refere Boykin et al. (2005). Posteriormente a pessoa é admitida no serviço de enfermagem, onde é encaminhada para o BO e deste transferida para a UCI. Existem ainda exceções de transporte inter-hospitalar para a UCI, mas na data da realização do estágio não se verificou nenhuma. A pessoa em situação crítica permanece na UCI até estabilização hemodinâmica e só depois é transferida para a enfermagem, onde permanece até à data da alta. Após a alta, o serviço dispõe de uma sala de tratamentos, onde os utentes são acompanhados, no que respeita à realização de pensos e na reabilitação cardíaca.

A preocupação com a reabilitação cardíaca é uma constante ao longo de todo o percurso da pessoa, indo ao encontro das recomendações da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2009). A reabilitação cardíaca começa nas 12 a 24h após a intervenção cirúrgica, tornando o cuidar em UCI, na área específica de cirurgia cardiotorácica, preponderante na obtenção dos melhores *outcomes* para a pessoa em situação crítica. Assim, através da observação do todo em busca de pequenos detalhes, a prestação de cuidados neste contexto foi um desafio complexo que exigiu a mobilização de competências técnicas, científicas e humanas para dar resposta às necessidades da pessoa em situação crítica.

2.3.2. Reflexão Sobre o Percurso

No início do estágio em UCI – talvez por ser uma área na qual tenho uma experiência profissional limitada – senti uma maior dificuldade de adaptação aos recursos tecnológicos envolvidos na prestação de cuidados. Porém, ao superar progressivamente esse constrangimento, consegui focar a prestação de cuidados mais do que em ações tomadas pelos gestos técnicos, em “pequenas coisas” através das quais se tornou possível manifestar atenção e cuidado para com as pessoas de quem cuidamos e seus familiares, para quem essas “pequenas coisas” são aquilo que naquele momento dão sentido à sua vida (Hesbeen, 2000).

a) Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica.

Acompanhar a Enf.^a que realiza o acolhimento à pessoa que irá ser submetida a cirurgia cardiotorácica permitiu, uma vez mais, constatar a importância da relação terapêutica, aspecto fundamental para adequar as estratégias que contribuem para a adesão à reabilitação. Foi estabelecida como a principal estratégia, para atingir a competência referida, a participação na prestação de cuidados em conjunto com a Enf.^a orientadora, pois é da troca de experiências sobre diferentes formas de agir para conseguir atingir um determinado objetivo que advém a riqueza das aprendizagens.

O pós-operatório imediato da pessoa submetida a *bypass* aortocoronário com recurso a circulação extra-corporal (CEC) requer cuidados de enfermagem muito específicos, visto que a CEC conduz a uma resposta inflamatória sistémica que leva a uma movimentação de fluídos do espaço intravascular para o intersticial, fruto das alterações na permeabilidade vascular e à diminuição na pressão oncótica, o que acarreta algumas complicações no período pós-operatório imediato. Quanto maior o tempo de CEC, mais grave será o desequilíbrio fisiológico e as complicações associadas (Fisher, Walsh, & Cross, 2006). Assim sendo, visto que as complicações referidas podem ser identificadas através de diagnósticos de enfermagem foi feita pesquisa bibliográfica sobre a temática, que se revelou extremamente importante para fundamentar os cuidados prestados e elaborar um plano de cuidados proactivo na antecipação dessas mesmas complicações.

A pessoa em situação crítica quando regressa do BO fica na grande maioria das vezes com suporte ventilatório, nomeadamente ventilação invasiva, durante as primeiras horas de pós-operatório, necessitando de avaliação horária de parâmetros vitais, administração de soros ou hemoderivados, de acordo com avaliação da PVC, valor de tensão arterial invasiva, débito cardíaco, débito urinário e avaliação de drenagens.

Deste modo, foram discutidos e apreendidos novos conhecimentos sobre diferentes atividades desenvolvidas, tais como: os diferentes tipos de monitorização invasiva, com destaque para o Cateter de PICCO® e Swan-Ganz®; a manipulação e os cuidados a ter com os mesmos; a preparação e administração de fármacos vasoativos; a correta monitorização da ventilação mecânica; a preparação da unidade para receber a pessoa após a cirurgia; a transferência para a cama da UCI, entre outras. Em paralelo com a prestação de cuidados, foi efetuada uma consulta bibliográfica sobre cuidados intensivos na área específica da cirurgia cardiotorácica, bem como foi solicitada a consulta de protocolos existentes no serviço, visto que, o enfermeiro especialista “(...) *desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; (...) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; (...)*” Regulamento N.º 122/11 de 18 de Fevereiro (2011, p. 8649).

b) Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional.

Para a integração em pleno num contexto de estágio desconhecido e repleto de especificidades e desafios considero que o período de tempo para a realização do estágio foi curto. Contudo, através da observação participante na equipa multidisciplinar, nomeadamente na equipa de enfermagem, e sempre à procura de novas oportunidades de aprendizagem, demonstrei iniciativa, interesse e disponibilidade para colaborar com a equipa, o que permitiu que ao longo do estágio conseguisse mobilizar continuamente as aprendizagens.

Estabelecer um relacionamento interpessoal sustentado na interajuda e disponibilidade de trabalho em equipa, foi a estratégia que encontrei para criar um ambiente terapêutico seguro, pois o enfermeiro especialista deve atuar proactivamente na “(...) *gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes (...) gerindo o risco.*” Regulamento N.º 122/11 de 18 de Fevereiro, (2011, p. 8651).

c) Assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde.

Com base na Teoria *Nursing as Caring* procurei utilizar uma metodologia eficaz de gestão e prestação de cuidados baseada na colheita de dados, planeamento, implementação das intervenções e avaliação, que culminou com a realização do estudo de caso: “*Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica Submetida a Bypass Aorto Coronário*”. A realização de um estudo de caso permitiu-me refletir sobre a prática de cuidados e confrontar a mesma com a pesquisa bibliográfica.

O conhecimento da existência, de um guia de acolhimento aos familiares da pessoa em situação crítica submetida a cirurgia cardiotorácica na UCI, permitiu integrar-me nas rotinas da visita dos familiares.

Durante o internamento em UCI, a pessoa em situação crítica necessita de uma vigilância constante do seu estado hemodinâmico. Por vezes, foi necessário solicitar a saída dos familiares da visita para receber um utente

vindo do BO ou pela necessidade de iniciar SAV, numa unidade *open space*. Apesar de os familiares compreenderem a necessidade de sair da UCI, isso gerava na grande maioria das vezes, insatisfação para com o tempo que tinham para estar junto do seu ente querido, o que me levou a elaborar um jornal de aprendizagem: *Cuidar da família da pessoa em situação crítica na UCI*.

Ter um ente querido internado em UCI é stressante para os membros da família e os níveis de *stress* experienciados por estes aumentam quando as suas necessidades de cuidados não são atendidas (Eggenberger & Nelms, 2007). No topo da lista estão as seguintes necessidades: manter a esperança; obter respostas honestas e de forma compreensível; ser notificado imediatamente de quaisquer alterações no estado de saúde e, ser autorizado a visitar a qualquer hora do paciente. As famílias também exigem a garantia de uma prestação de cuidados de elevada qualidade (Davidson et al., 2007).

O enfermeiro deve ter a capacidade de avaliar o *coping* familiar através dos antecedentes médicos da pessoa em situação crítica e perante situações anteriores que exigiram cuidados de saúde, identificando que forças e fraquezas presentes na situação anterior podem ajudar no *coping* face à situação atual. Por outro lado, há que ficar atento à expressão de *coping* ineficaz, tal como, tristeza, comportamentos de fuga, violência ou abuso de substâncias e/ ou identificar fatores que inibem o *coping* eficaz, como sistema de suporte inadequado, luto, medo da desaprovação dos outros, défice de conhecimentos e intervir encaminhando os familiares para os recursos da comunidade ou de suporte adequados (Hall, 2001, p. 115).

Tendo em consideração os aspetos referidos, em conjunto com a Enf.^a orientadora, foi possível perceber que as necessidades dos familiares variam de acordo com a singularidade de cada pessoa, porém envolvem uma série de conexões, tal como proposto por McKiernan & McCarthy (2010) que vão desde a necessidade de informação, à necessidade de estar próximo do seu ente querido, à necessidade de ajuda para encontrar o sentido de tudo o que está a acontecer e à necessidade de cuidado e suporte a vários níveis, espiritual, social e psicológico. Consciente da vivência de sentimentos de incerteza por

parte dos familiares da pessoa em situação crítica na UCI, procurei em algumas situações mais do que fornecer informações, guiá-los através dos progressos, pois de acordo com Keenan & Joseph (2010) esta é uma forma de ajudar a manter a esperança.

d) Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

A pessoa em UCI necessita de vigilância hemodinâmica que, na grande maioria das vezes, só é possível através de dispositivos invasivos, aos quais estão associadas taxas elevadas de infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS). As INCS podem ser influenciadas por fatores de risco intrínsecos à pessoa, nomeadamente, a cirurgia cardíaca, mas também outros fatores como o tipo de catéter utilizado, as condições em que foram colocados (cirurgia eletiva ou urgente) e o local de colocação (DGS, 2006).

De forma a cumprir com as normas de boas práticas de prevenção e controlo de infeção preconizadas pela CCI do hospital, solicitei à Enf.^a orientadora a consulta de protocolos existentes no serviço que suportam a prática de cuidados no que respeita ao manuseamento destes dispositivos, confrontando com as recomendações das normas da DGS (2006, p. 11).

Desta forma, para além de colaborar na preparação do material para os procedimentos invasivos e não invasivos, considero que maximizei a intervenção no controlo de infeção: ao respeitar a utilização de pensos esterilizados transparentes no local do cateter que permite a inspeção contínua do local de punção; efetuar a mudança de penso sempre que não se encontravam íntegros ou a cada sete dias, sendo a desinfeção local feita com clorohexidina; na manipulação dos cateteres de monitorização da pressão, linha arterial e o cateter venoso central, garantindo que o sistema se mantém em “fluxo” contínuo (cloreto de sódio 500ml heparinizado conectado a manga de pressão insuflada); ao proceder à substituição dos sistemas de administração intravenosa, incluindo torneiras e prolongamentos, a cada 72 horas ou antes no caso de transferência para a enfermaria antes das 72h.

Ao longo do contexto de estágio, a constante partilha de experiências com a Enf.^a orientadora – como estratégia de recorrer a peritos na área para esclarecimento de questões – permitiu identificar lacunas no meu conhecimento e por outro lado, permitiu “*o intercâmbio de informação e de ideias através de discussões informais entre colegas (...) que se torna num estímulo para experimentar novas práticas, intercâmbio e observação recíproca*” (Bolívar, 1997, p.90).

O facto de manter uma postura positiva face à crítica, com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional, apesar de esta não ser a área onde presto cuidados diariamente, tornou possível a vivência de momentos de aprendizagem que enriqueceram a minha prática diária. Por outro lado, a observação e análise crítica do contexto foi importante para identificar problemas e propor intervenção para esses mesmos problemas, dos quais destaco com elevada pertinência e diretamente relacionado com o âmbito do projeto, a necessidade de investir na estruturação da comunicação durante o transporte intra-hospitalar. Nesse sentido, recorri à utilização de tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados para realizar uma revisão da literatura sobre a comunicação efetiva na transferência da pessoa em situação crítica em contexto intra-hospitalar que pode ser consultada no apêndice VIII.

Considero que demonstrei respeito pela privacidade da pessoa em situação crítica na prestação de cuidados, promovendo a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de enfermagem, bem como, respeito pelos princípios éticos e deontológicos e promoção do respeito pelos valores e crenças espirituais, no decorrer da prática profissional.

Por outro lado, demonstrei ainda o desenvolvimento da capacidade de: abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador; selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; demonstrar tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada e, promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

2.4 Implementar para Melhorar a Qualidade dos Cuidados

2.4.1 Caracterização do Contexto

O hospital onde trabalho está localizado na periferia da região de Lisboa e é uma unidade de saúde que tem vindo a crescer cada vez mais quer no número de utentes admitidos, quer na complexidade e gravidade das situações clínicas. O facto de a organização onde trabalho ter claramente definida a sua missão e valores permite que todos os funcionários saibam o que é esperado de si no empenho e compromisso com a qualidade dos cuidados.

A existência de um núcleo de formação multidisciplinar – o centro de formação – que procura desenvolver projetos de formação contínua para os profissionais, torna a instituição numa organização aprendente (Bolívar, 1997). A valorização e empenho em programas de melhoria na qualidade dos cuidados prestados e o incentivo à realização de projetos de investigação – através da atribuição de um prémio de investigação anual – demonstra o forte compromisso da instituição para com a inovação e a ciência.

O SU está dividido em serviço de urgência pediátrico e de atendimento geral – atendimento de adulto e idoso. Este pode ser classificado como um serviço de urgência básico de acordo com a classificação da CRRNEU (Paiva et al., 2012).

O espaço físico dispõe de duas salas de observação onde há possibilidade de ficarem quatro utentes internados em vigilância e onde estão localizados cadeirões para a realização de outros tratamentos, uma sala de aerossóis e uma sala de tratamentos onde são efetuadas intervenções em situações do foro ortopédico e cirúrgico. Existem ainda quatro gabinetes médicos. O serviço dispõe de um carro de emergência cuja organização é comum a todos os restantes serviços da unidade que têm igualmente um carro de emergência.

No SO existe um espaço onde se encontra o ventilador portátil – cujo teste de funcionamento é efetuado diariamente – os monitores e a mala com os recursos de apoio para transporte secundário.

2.4.2 Reflexão Sobre o Percurso

O conhecimento da minha realidade profissional neste contexto foi uma vantagem fundamental para o planeamento das atividades a desenvolver e deste modo, procurei mobilizar as aprendizagens desenvolvidas nos contextos anteriores, introduzindo melhoria na qualidade dos cuidados.

De uma forma global, as estratégias utilizadas contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das seguintes competências: a) ser capaz de comunicar as suas conclusões – os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes – obtidas ao longo das aprendizagens e competências desenvolvidas nos estágios anteriores, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; b) expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio, articulando os conhecimentos adquiridos noutros contextos, face à norma de transporte inter-hospitalar do serviço; c) demonstrar a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos; d) saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; e, e) demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais e novos da disciplina, baseando a prática clínica em evidência científica, assumindo-se como facilitador da aprendizagem e formador em contexto de trabalho.

Inicialmente, como estratégias, optei pela realização de reuniões informais com o Enf.º orientador e Enf.º chefe do serviço sobre a temática do transporte inter-hospitalar e aplicação de um questionário de administração direta que permitiu conhecer as opiniões e diagnosticar necessidades de formação, dos enfermeiros do atendimento permanente e do serviço de internamento. O questionário e o tratamento estatístico dos dados do mesmo podem ser consultados nos apêndices IX e X, respetivamente.

Por acreditar que é a formação contínua que trilha o caminho para a excelência do exercício profissional, o meu contributo para dar resposta às necessidades de formação dos enfermeiros da instituição começou, pelo diagnóstico das necessidades formativas e culminou numa reunião com o grupo de formação – com o objetivo de incluir as temáticas referidas pelos inquiridos no cronograma de formação – pois essa é uma forma de contribuir e favorecer a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências de pares, indo ao encontro do preconizado no Regulamento N.º 122/11 de 18 de Fevereiro (2011).

Através de uma sessão de formação, partilhei com a equipa a experiência dos estágios anteriores, evidenciando os aspetos positivos de transporte inter-hospitalar implementados noutros contextos, uma vez que através dessa estratégia consegui envolver a equipa de enfermagem no projeto e permiti um espaço de partilha de experiências, sobre a temática. E, porque a mudança não se impõe, constrói-se passo a passo, propus a criação de um grupo de trabalho para introduzir melhorias na norma de transporte inter-hospitalar, com elevada aceitação e do qual fazem parte elementos que integram o grupo de trabalho da CCI, formação e gestão de risco.

Realizei também uma reunião informal com o Enf.º chefe do serviço, onde sugeri propor ao conselho de administração a introdução na aplicação informática de um campo de registo onde conste a avaliação do risco para o transporte inter-hospitalar, que permite fornecer a informação aos enfermeiros dos recursos humanos e materiais que devem acompanhar a pessoa em situação crítica em função do score obtido, tendo em conta que poderia recorrer-se à grelha de avaliação do risco para o transporte secundário, preconizada pela SPCI.

Nessa reunião aproveitei ainda para propor a criação de Kit's de hemocultura e de material para colocação CVC e linha arterial – à semelhança da realidade do SU onde efetuei o estágio – visto que no serviço os materiais esterilizados e não esterilizados estão em localizações distintas e porque de acordo com Chopra et al. (2013) a utilização de uma caixa ou um kit de colocação de cateter onde se inclui todos os materiais necessários para o

procedimento, levou a uma redução significativa nas taxas de INCS e minimiza as interrupções relacionadas com a não disponibilidade de equipamentos necessários.

Com o objetivo de desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais e procurando implementar e colaborar na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, analisei a instrução de trabalho (IT) em vigor (apêndice XV). Ao analisar a mesma procurei com recurso à pesquisa bibliográfica e tendo como referencial os procedimentos multisectoriais existentes noutras instituições, identificar oportunidades de melhoria.

Das oportunidades de melhoria identificadas na IT foram estabelecidas como prioridades: a reformulação da instrução de trabalho; a adoção de um formulário que documente os cuidados prestados durante o transporte e a formação dos profissionais mais frequentemente implicados no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica. A instrução de trabalho constitui-se assim como um guia orientador de boa prática e normaliza e atualiza as soluções eficazes e eficientes (Regulamento N.º 122/11 de 18 de Fevereiro, 2011)

Na sessão de formação (apêndice XI) partilhei o percurso efetuado, demonstrei os elementos chave envolvidos na promoção da segurança e mostrei o documento desenvolvido no contexto de estágio no SU, como uma possibilidade a utilizar para promover a comunicação estruturada e para documentar os cuidados prestados pela equipa de transporte.

Optei também pela elaboração de um instrumento de auditoria à qualidade dos cuidados prestados durante o transporte (apêndice XVI), que permitirá para além de auditar o procedimento, verificar a efetividade das estratégias implementadas. Esta será uma estratégia de aprendizagem e melhoria contínua, pois a realização de auditorias permite aprender com a experiência passada, para evitar erros, e equacionar mudanças (Bolívar, 1997).

Complementar ao processo de diagnóstico de necessidades formativas, é importante desenvolver e implementar projetos de formação para pares e também partilhar a evidência científica, de forma a contribuir para uma

prestação de cuidados assente em práticas baseadas na evidência. Por conseguinte, indo ao encontro das necessidades de formação identificadas, foi desenvolvida uma sessão de formação sobre abordagem sistematizada da pessoa em situação crítica segundo a metodologia ABCDE.

A sessão procurou enfatizar a importância do processo de avaliação, identificação e resolução de situações reais ou potenciais de ameaça à vida, com o objetivo de atuar proactivamente na promoção do bem-estar e gerir o risco, isto porque, apostar na gestão de um ambiente de cuidados centrado na pessoa em situação crítica é condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes durante o transporte inter-hospitalar (Bérubé et al., 2013; Fernandes et al., 2012). A sessão focou ainda os cuidados especiais na preparação da pessoa antes de sair da unidade.

O planeamento e sumário da sessão de formação pode ser consultados nos apêndices XIII e XIV, respetivamente.

Neste contexto de estágio considero que desempenhei um papel ativo e responsabilizei-me por ser um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área da especialidade e atuei como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais (Regulamento N.º 122/11 de 18 de Fevereiro, 2011).

2.5 O Transporte Secundário na Suécia... Comparando Realidades.

A segurança dos doentes é um problema de saúde pública em todo o mundo, embora as questões relacionadas com a mesma acabem por ser diferentes e dependam de cada contexto, da cultura local, e dos recursos disponíveis. As recomendações focam-se sobretudo na produção de conhecimento sobre os processos subjacentes e os fatores organizacionais que levam à prática de cuidados não-seguros, e na necessidade de melhorar a cultura de segurança (WHO, 2012).

No estágio em parceria com a universidade de Bõras, procurei desenvolver as seguintes competências: capacidade de adaptação a novas situações; capacidade de compreender factos e ideias comparando, traduzindo e interpretando as ideias principais e, capacidade de trabalhar em parceria com

um contexto internacional, refletindo nas novas informações adquiridas e contribuindo para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem no meu contexto profissional.

Escolhi este contexto de estágio porque a Universidade de Bõras ter um departamento dedicado à investigação sobre os cuidados de enfermagem na área pré-hospitalar, existindo assim a possibilidade de conhecer uma realidade diferente e ter acesso a formas inovadoras de promover a segurança da pessoa em situação crítica.

A universidade de Bõras oferece a possibilidade de educação e formação em várias áreas, uma das quais é a formação em enfermagem e tem projetos de investigação que resultam no desenvolvimento a longo prazo dos cuidados procurando alicerçar a prática baseada na evidência.

Com o objetivo de conhecer o funcionamento da dinâmica da equipa de enfermagem na preparação da pessoa em situação crítica para transporte inter-hospitalar, foi realizado estágio de observação da prestação de cuidados no serviço de assistência pré-hospitalar que dá apoio aos transportes inter-hospitalares solicitados pelos hospitais da área de Gotemburgo. Durante esse período acompanhei as equipas das ambulâncias que são constituídas por dois enfermeiros. Assim o Enf.^o Urban e a Enf.^a Katarina mostraram-me a constituição da ambulância, os equipamentos de que dispõem e pude identificar como são ativados os meios de emergência e qual o circuito da pessoa em situação crítica. Durante o período de estágio não foram efetuados transportes inter-hospitalares, tendo assistido à prestação de cuidados no transporte primário da pessoa em situação crítica.

As ambulâncias dispõem de mala de pediatria, onde constam todos os materiais de abordagem à vítima pediátrica, a mala de pensos com materiais que permitem abordagem à pessoa em situação crítica vítima de trauma, e a mala de abordagem à pessoa em situação crítica adulta, onde existe material para abordagem da via aérea, material de punção, material para monitorização cardíaca e a mala de medicação.

Tive ainda oportunidade de assistir à transferência da pessoa em situação crítica em diferentes unidades hospitalares e realizei uma entrevista

semi-estruturada à Enf.^a Katarina – cujo guião pode ser consultado no apêndice XVII – sobre a prestação de cuidados no transporte primário e transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, com o objetivo de identificar medidas promotoras da segurança. Através da entrevista fiquei a conhecer como é feita a triagem da pessoa. A grande diferença é que a triagem, por um sistema de prioridades, semelhante ao protocolo de Triagem de Manchester, é efetuada aquando da observação pela equipa de saúde no contexto pré-hospitalar. O Sistema Nacional de Saúde na área da emergência está organizado numa lógica de vias verdes no caso dos SCA, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e trauma, à semelhança de Portugal, mas também existem vias de acesso rápido em que o destino da pessoa não é sempre um serviço de urgência, mas sim serviços que recebem situações previamente definidas nas vias de acesso rápido³, sendo o enfermeiro da equipa pré-hospitalar responsável pela tomada de decisão em conformidade com os protocolos.

O documento de registo de cuidados é uma folha semelhante ao formulário utilizado pelas equipas de emergência em Portugal e procura, no espaço destinado ao registo dos sinais vitais, alertar os profissionais para a cor de prioridade. Para complementar a avaliação de enfermagem, os enfermeiros têm um manual de bolso onde são colocadas questões que certificam que a avaliação inicial efetuada não tem critérios de agravamento que implicam a atribuição de um nível mais elevado de prioridade, o que se constitui assim como um recurso uma *checklist* onde se procede a uma dupla verificação da avaliação inicial.

Na transferência das informações oralmente, a equipa referiu que procura basear-se na mnemónica SBAR, já referida anteriormente. Em seguida, os enfermeiros da equipa de emergência pré-hospitalar transferem os dados para o sistema informático, numa sala própria para o efeito, existente em

³ Por exemplo, uma pessoa sofre uma queda e a avaliação de enfermagem da equipa de pré-hospitalar determina uma possível fratura do colo do fémur. É contactado o serviço da “via de acesso rápido fratura do colo do fémur” e a pessoa em vez de ser admitida no serviço de urgência é admitida num serviço de ortopedia destinado a receber estas situações agudas que não carecem de cuidados de emergência.

cada unidade hospitalar, garantindo a continuidade de cuidados através do registo clínico.

Com o objetivo de identificar os protocolos estabelecidos para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar, entrevistei – recorrendo ao guião de entrevista que se encontra no apêndice XVIII – vários enfermeiros.

Entrevistei o Enf.^o Jonas Karlsson da UCI de cirurgia e do departamento de cuidados intensivos do Hospital de Hallands em Varberg, Suécia que utiliza um protocolo de transporte inter-hospitalar organizado, semelhante ao do SU onde estagiei e um sistema de fixação de recursos materiais à maca de transporte, que são apresentados no apêndice XIX.

Entrevistei também a Enf.^a chefe da UCI do Hospital Universitário de Sahlgrenska, Gotemburgo. O Hospital universitário de Sahlgrenska é um hospital central que tem procedimentos mais direcionados para o transporte intra-hospitalar, utilizando uma estrutura que adapta à cama da unidade, semelhante à existente na UCI 343 do Hospital de Östra, Gotemburgo e que vai ao encontro do recomendado por Lieshout & Stricker (2011, p.15).

A visita à UCI 343 foi extremamente importante pois tive oportunidade de entrevistar a Enf.^a Jannie Larsson que me mostrou o protocolo de transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar da UCI. De destacar que a equipa da UCI utiliza uma estrutura metálica que se adapta à maca de transporte, onde se fixam todos os recursos materiais necessários para acompanhar a pessoa em situação crítica e que são apresentados no apêndice XX. Nesta UCI a Enf.^a Jannie Larsson implementou um projeto de triagem do risco de instabilidade hemodinâmica prévio ao transporte Intra-hospitalar da pessoa em situação crítica, atribuindo cores que definem também que profissionais e com que competências e quais os recursos materiais que devem acompanhar a pessoa no transporte intra-hospitalar que, por se considerar pertinente, se coloca no apêndice XXI.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, definir metas para o meu próprio progresso, analisar de forma constante as situações de cuidados atribuindo sentido ao que fui vivenciando, questionar com regularidade e de forma organizada a minha própria prática e enfrentar questões incômodas, demonstrando raciocínio crítico e capacidade de tomada de decisão, tornando o recurso à prática reflexiva um percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, culminou no desenvolvimento das competências preconizadas.

Considero que o caminho traçado, foi sem dúvida, uma oportunidade única para o meu desenvolvimento individual que se repercute no desenvolvimento profissional, pois a capacidade de atingir progressivamente padrões mais elevados de excelência no exercício profissional traz ganhos para mim e para as pessoas de quem cuido.

Reconheço que o recurso à teoria *Nursing as Caring* de suporte ao projeto foi um desafio, pelo fato de este ser uma teoria com aplicabilidade recente à prática de cuidados em UCI e SU. O ponto forte é o desenvolvimento do potencial humano através da identificação daquilo que tem significado para a pessoa e que a tornam num ser humano único, tendo em consideração o ambiente tecnicista vivido locais e serviços onde se cuida da pessoa em situação crítica.

Este foi assim um caminho pessoal que considerei importante na minha autoformação, pois a aquisição de novas competências permitem a melhoria dos cuidados prestados, mas por outro lado, a introdução e revisão de protocolos/instruções de trabalho no serviço acredito que ajudarão a restante equipa a crescer e a prestar cuidados baseados na evidência, numa busca permanente por superar novos desafios, ser melhor, o que por sua vez vai ao encontro da missão e dos valores da própria organização.

Enquanto elemento diferenciado que desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas

institucionais na área do domínio da qualidade, o enfermeiro especialista ao refletir sobre estas questões e consciente de que transferências não-estruturadas elevam o risco de perda de informação, a ocorrência de eventos adversos, atraso na prestação de cuidados, deve apostar no desenvolvimento de protocolos e de projetos que construam práticas seguras e que apostem na educação e desenvolvimento de competências de comunicação no seio das equipas.

Ao longo do percurso realizado, através dos diferentes contextos de estágio, o contributo para o desenvolvimento das competências foi possível através de estratégias que permitiram:

... Centrar o cuidado na pessoa em situação crítica, numa procura constante entre a prestação de cuidados com elevada excelência técnica e a valorização da singularidade da pessoa e o respeito pelos seus valores e crenças.

.... Apostar numa parceria em proximidade com a família que, nesta fase crítica, precisa também de cuidados e porque são aqueles que melhor poderão dar a conhecer a pessoa de quem o enfermeiro está a cuidar, tornando-se elementos chave na individualização dos cuidados.

... Comunicar de forma efetiva e sistematizada, apostando na realização da revisão da literatura, pois a investigação é essencial para fazer avançar o desenvolvimento e implementação de estratégias de comunicação eficazes que são fundamentais para eliminar os erros que ocorrem como resultado de fatores humanos, com destaque para a implementação de *checlists* e mnemónicas.

... Implementar para melhorar a qualidade dos cuidados, através da análise crítica, da identificação de oportunidades de melhoria e da seleção de estratégias adequadas, nomeadamente através da sensibilização da equipa para práticas baseadas na evidência, elaboração de recursos que permitirão acompanhar a eficácia das estratégias implementadas num *continuum* de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

... Reconhecer as limitações, relacionadas com a opção pela realização de estágio na VMER, ao invés da SIV, e com a casuística que levou a menor número de horas dedicadas aos transportes secundários, em relação ao planeado, mas que me levou a encarar cada situação de enfermagem como um momento único de aprendizagem.

...Reconhecer que o suporte teórico do relatório teria ficado mais enriquecido com a consulta da obra de Locsin (2006) *Technological Competency as Caring in Nursing: A Model for Practice*, porém não foi possível aceder ao seu conteúdo na íntegra.

... Inovar sempre, porque acredito que os conhecimentos adquiridos e as vivências do contexto de estágio na Suécia darão um enorme contributo para introduzir mudanças no meu contexto de trabalho, através da formulação de uma proposta para implementação de uma estrutura que permita a fixação dos equipamentos necessários ao transporte e ao desenvolvimento de uma grelha colorida que alerte para as diferenças nos vários níveis de transporte.

... Ouvir os sábios, porque neste ou em qualquer outro projeto "*The important thing is not to stop questioning. Curiosity has its own reason for existing.*" (Albert Einstein).

Em suma, como projetos futuros gostaria de desenvolver um estudo sobre a aplicabilidade prática do documento de registo para os cuidados prestados durante o transporte e sua influência na estruturação da comunicação; dinamizar o grupo de trabalho criado no serviço onde trabalho e propor o desenvolvimento de uma estrutura que permita a fixação dos equipamentos necessários ao transporte e colaborar na implementação das propostas formuladas na análise crítica do procedimento de transporte em vigor no serviço de urgência onde trabalho.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, E. (2011). Patient Dumping in New York City, 1877-1917. *American Journal of Public Health*, 101(5), 789–796.
- American Trauma Society (ATS) acessado em 05.12.2014. Retirado de:
<http://www.amtrauma.org/?page=TraumaLevels>
- Baker, D., Cazalaà, J.-B., & Carli, P. (2005). Larrey and Percy - A tale of two Barons. *Resuscitation*, 66(3), 259–62.
doi:10.1016/j.resuscitation.2005.03.009
- Barkley, K. T. (1990). *The Ambulance*. Load N Go Press (May 20, 1993).
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. (Quarteto, Ed.).
- Berkenstadt, H., Haviv, Y., Tuval, A., Shemesh, Y., Megrill, A., Perry, A., ... Ziv, A. (2008). Improving handoff communications in critical care. *Chest*, 134, 158–162. doi:10.1378/chest.08-0914
- Bérubé, M., Bernard, F., Marion, H., Parent, J., Thibault, M., Williamson, D. R., & Albert, M. (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive & Critical Care Nursing : The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 29(1), 9–19. doi:10.1016/j.iccn.2012.07.001
- Blackwood, B., Albarran, J. W., & Latour, J. M. (2011). Research priorities of adult intensive care nurses in 20 European countries: A Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 550–562. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05512.x
- Bolívar, A. (1997). A Escola como Organização que Aprende. In R. Canário, J. A. Correia, C. Dubar, G. Malglaive, J. Barroso, A. Bolivar, ... L. D’Espiney (Eds.), *Formação e Situações de Trabalho* (pp. 79–100). Porto: Porto Editora.
- Boykin, A., Baldwin, J., Bulfin, S., & Southern, R. (2004). Transforming Care in the Emergency Department. *Topics Emergency Medicine*, 26(4), 331–336.
- Boykin, A., Bulfin, S., Lynn, C. E., Schoenhofer, S. O., Baldwin, J., & Mccarthy, D. (2005). Living Caring in Practice : The Transformative Power of the Theory of Nursing as Caring. *International Journal for Human Caring*, 9(3), 15–19.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as Caring: a Model for Transforming Practice*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Chan, J. L., & Denomme, J. (2012). Larrey's Revolution. *University Of Western Ontario Medical Journal*, 81(1), 43–44.

CHLC - [REDACTED]. Qualidade e Segurança. Serviço de Urgência (2014). *Circular Informativa N.º 561 2014-09-18*. Procedimento Multissetorial SDO 119 – Transporte Intra e Inter-hospitalar do Doente Crítico do CHLC. Acessível no [REDACTED], Lisboa, Portugal.

Chopra, V., Krein, S. L., Olmsted, R. N., Safdar, N., & Saint, S. (2013). Prevention of Central Line-Associated Bloodstream Infections: Brief Update Review. In *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices* (p. 211). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133364/#ch10.r38>

Circular Normativa N.º1/2012. (2012). *INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica)* (No. 1). Lisboa, Portugal.

Circular Normativa N.º13/10. (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde* (No. N.º 13/DQS/DSD). Lisboa, Portugal.

College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA). (2008). *Registered Nurse Roles that Facilitate Continuity of Care*. Edmonton: College and Association of Registered Nurses of Alberta. Retirado de: http://www.nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/DocumentList/PositionStatements/RN_ContinuityCareRoles_Sept2008.pdf

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. (2009). *Reabilitação Cardíaca: Realidade Nacional e Recomendações Clínicas*. Coordenação Nacional Para Doenças Cardiovasculares. Lisboa.

Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. a, Shepard, E., ... Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605–22. doi:10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB

Decreto-Lei n.º 38/92 de 28 de Março. (1992). *Diário da República N.º 74, I Série-A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho n.º 14898/2011 de 3 de Novembro. (2011). *Diário da República N.º 211, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Direcção-Geral da Saúde. (1996). *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

- Direcção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Intervenção Cardiológica*. (Direcção dos Serviços de Planeamento, Ed.). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Recomendações para Prevenção da Infecção Nosocomial Associada aos Dispositivos Intravasculares. Programa nacional de controlo de infecção*. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. (Direcção-Geral da Saúde, Ed.). (Direcção-Geral da Saúde, Trad.). Lisboa, Portugal: Organização Mundial de Saúde (Obra Original Publicada em Janeiro de 2009).
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
- Donahue, P. (2010). *Nursing the Finest Art: An Illustrated History* (3rd ed.). Riverport Lane: Mosby Elsevier.
- Dreifuerst, K. T. (2009). The essentials of debriefing in simulation learning: a concept analysis. *Nursing Education Perspectives*, 30(2), 3.
- Dunn, M. J. G., Gwinnutt, C. L., & Gray, A. J. (2007). Critical care in the emergency department: patient transfer. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 24(1), 40–4. doi:10.1136/emj.2006.042044
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Being family : the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1618–1629. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01659.x
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC* (No. NCE/09/01932). Lisboa. Retirado de: <http://www.esel.pt/NR/ronlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Etxebarria, M. J., Serrano, S., Ribó, D. R., Cía, M. T., Olaz, F., & López, J. (1998). Prospective application of risk scores in the interhospital transport of patients. *European Journal of Emergency Medicine*, 5(1), 13–17.
- Farren, C., Mitchell, C., & Morette, K. (2011). *History and Development of Emergency Transportation*. (Grau de Bacarelato em Ciências) Worcester Polytechnic Institute. Retirado de: <http://www.wpi.edu/Pubs/E-project/Available/E-project-042511-223958/unrestricted/HistoryAndDevelopmentOfEmergencyServices.pdf>
- Fernandes, A., Valente, M., & Catarino, R. (2012). *Transporte do Doente Crítico*. (INEM, Ed.) (1a ed.). Lisboa: INEM.

- Fisher, S., Walsh, G., & Cross, N. (2006). Gestão de Enfermagem do Doente Cardíaco Cirúrgico. In Lusociência (Ed.), *Enfermagem Cardíaca: Um Guia Polivalente* (1a ed., p. 663). (Sónia Fonseca Ribeiro Trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 2002)
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática*. (LIDEL, Ed.). Lisboa.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a Incorporação das Evidências na Prática da Enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 12(3), 549–556.
- Gawande, A., M., Z., Studdert, D., & Brennan, T. (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*, 133(6), 614–621.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O Inquérito*. (Celta, Ed.) (1a ed.). Lisboa.
- Goldstein, R. S. (2005). Management of the critically ill patient in the emergency department: focus on safety issues. *Critical Care Clinics*, 21(1), 81–9, viii–ix. doi:10.1016/j.ccc.2004.10.001
- Gray, A. J. (2004). Secondary transport of the critically ill and injured adult. *Emergency Medicine Journal*, 21(3), 281–285. doi:10.1136/emj.2003.005975
- Grupo Português de Triagem. (1997). *Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando*. (G. de T. de Manchester, Ed.). Lisboa: Publishing Group.
- Gustavo, B., & Rabaça, C. A. (2001). *Dicionário da Comunicação*. (Elsevier, Ed.). Rio de Janeiro: Campos.
- Hägström, M., & Bäckström, B. (2014). Organizing safe transitions from intensive care. *Nursing Research and Practice*, 2014, 175314. doi:10.1155/2014/175314
- Hall, P. (2001). Conceitos Gerais no Cuidados ao Doentes em Estado Crítico - Suporte Psicossocial. In *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos* (4a ed., pp. 99–111). (Leonor Abecasis, Teresa Leal, Cândida Durão, Rui Inês, Trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 2001)
- Harrison, J. P. (2010). Strategic Planning and Swot Analysis. In Foundation of the American College of Healthcare Executives (Ed.), *Essentials of Strategic Planning in Healthcare* (1a ed., pp. 91–97). Chicago: Health Administration Press. Retirado de: http://www.ache.org/pdf/secure/gifts/Harrison_Chapter5.pdf

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados De Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2012). *Investigação por Questionário*. (Sílado Lda, Ed.) (2a ed.). Lisboa.
- Holleran, R. (2002). Challenges in Transport Nursing. *Australian Emergency Nursing Journal*, 5(1), 7–11.
- Júnior, G. A. P., Carvalho, J. B. de, Filho, A. D. P., Malzone, D. A., & Pedersoli, C. E. (2007). Transporte Intra-Hospitalar do Paciente Crítico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 40(4), 500–508.
- Keenan, A., & Joseph, L. (2010). The needs of family members of severe traumatic brain injured patients during critical and acute care: a qualitative study. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32(3), 25–35. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20865832>
- Kuliukas, L., King, S., & Ford, J. (2009). Just IN TIME : a multidisciplinary small group learning experience. *The Clinical Teacher*, 6, 272–276.
- Le Boterf, G. (2010). *Construire les compétences individuelles et collectives*. (Eyrolles, Ed.) (6a ed.). Paris.
- Lei N.o 15/14 de 21 de Março. (2014). *Diário da República N.o 57/14, I Série. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*. Lisboa.
- Lei n.o 48/90 de 24 de Agosto. (1990). *Diário da República N.o 195, I Série. Assembleia da República*. Lisboa, Portugal.
- Lieshout, E. J. van, & Stricker, K. (2011). *Patient transportation Skills and techniques - Update 2011*. (D. Phelan, Ed.) *European Society of Intensive Care Medicine* (1a ed.). Emergency Department Nurses Association. doi:10.1016/j.jen.2010.04.012
- Locsin, R. C. (2006). *Technological Competency as Caring in Nursing: A Model for Practice* (1a ed.). Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7(1), 1–6.
- Lovasik, D. (2009). *Ticket to Ride : Providing Safe Intra-hospital Transport UPMC Presbyterian Shadyside*. Pennsylvania. Retirado de: www.pdcorp.com
- Macartney, I., & Nightingale, P. (2001). Transfer of the critically ill adult patient. *British Journal of Anaesthesia*, 1(1), 12–15.

- MacPhail, E. (2001). Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In Emergency Nurses Association (Ed.), *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática* (4a ed., pp. 3–7). Loures: Lusociência.
- McKiernan, M., & McCarthy, G. (2010). Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing : The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 26(5), 254–61. doi:10.1016/j.iccn.2010.06.004
- Musson, D. M., & Helmreich, R. L. (2004). Team Training and Resource Management in Health Care: Current Issues and Future Directions. *Spring*, 5(1), 25–35.
- Nestor, P. (2012). Baron Dominique Jean Larrey 1766 – 1842. *Australasian Journal of Paramedicine*, 1(3), 7.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa.
- Ordem dos Médicos (OM) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Lisboa: CELOM. Retirado de: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Guia de autoavaliação para a Higiene das Mãos 2011*. Lisboa, Portugal. Retirado de: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/HHSA_framework_2011-PORTUGUESE.pdf
- Ortiz, J. M. (1998). The revolutionary flying ambulance.pdf. *Army Medical Department Journal*, Oct/Nov/De, 17–25.
- Paiva, J. A. O. de C., Silva, A. M. da, Almeida, A. L., Seco, C. M. dos S., Gomes, C. M. P. R., Ribeiro, E. da P. R. G., ... Silva, R. P. F. da. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Retirado de: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>
- Parcells, D. A., & Locsin, R. C. (2011). Development and Psychometric Testing of the Technological Competency as Caring in Nursing Instrument. *International Journal for Human Caring*, 15(4), 8–14.
- Pesanka, D. A., Greenhouse, P. K., Rack, L. L., Delucia, G. A., Perret, R. W., Scholle, C. C., ... Janov, C. L. (2009). Ticket to ride: reducing handoff risk during hospital patient transport. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2), 109–115.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. (Lusociência, Ed.). Loures.

- Portaria n.o 1147/01 de 28 de Setembro. (2001). *Diário da República N.o 226/01, I Série-B*. Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Portaria n.o 439/93 de 27 de Abril. (1993). *Diário da República N.o 98, I Série-B*. Ministério da Administração Interna da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Portaria n.o 82/14 de 10 de Abril. (2014). *Diário da República N.o 71/14. I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Porteous, J. M., Stewart-wynne, E. G., Connolly, M., & Crommelin, P. F. (2009). iSoBAR — a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *Medical Journal of Australia*, 190(11), 152–156.
- Purnell, M. J. (2014). The Theory of Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice. In Alligood, Martha Raile, *Nursing theorists : and their work* (8th ed., p. 746). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. Van. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (Gradiva, Ed.) (6th ed.).
- Regulamento N.o 122/11 de 18 de Fevereiro. (2011). *Diário da República N.o 35/11, II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Regulamento N.o 124/11 de 18 de Fevereiro. (2011). *Diário da República N.o 35/11, II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa, Portugal.
- Ridley, S. (2004). Secondary transport of the critically ill. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 5(1), 20–23. doi:10.1383/anes.5.1.20.28117
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2009). What counts as evidence in evidence based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x
- Scovell, S. (2010). Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing Standard Royal College of Nursing Great Britain: 1987*, 24(20), 35–9. doi:10.7748/ns2010.01.24.20.35.c7453
- Shafizadeh, S., Tjardes, T., Steinhausen, E., Balke, M., Paffrath, T., Bouillon, B., & Balthis, H. (2010). Advanced Trauma Life Support (ATLS) in the emergency room. Is it suitable as an SOP? *Ortophaed*, 39(8), 771–776. doi:10.1007/s00132-010-1627-z
- Tanner, C. a. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–11. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16780008>

Taylor, J. P., & Jr., J. E. T. (2001). O Processo de Enfermagem de Urgência e Diagnóstico de Enfermagem. In Emergency Nurses Association (Ed.), *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática* (4a ed., pp. 9–16). Loures: Lusociência.

Warren, J., Fromm, R. E., Orr, R. a, Rotello, L. C., & Horst, H. M. (2004). Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 32(1), 256–62.
doi:10.1097/01.CCM.0000104917.39204.0A

World Health Organization. (2012). *Patient Safety Research: A guide for developing training programmes*. Geneva. Retirado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75359/1/9789241503440_eng.pdf?ua=1

WHO (2014) Patient Safety: Action on Patient Safety High 5s. International. Acedido em 14/07/2014. Disponível em:
<http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/>

APÊNDICES

**Apêndice I – Competências a Desenvolver no Projeto: Promoção da
Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Inter-
Hospitalar.**

COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER AO LONGO DO PERCURSO DE ESTÁGIOS

- 1) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- 2) Gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multidisciplinar;
- 3) Gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica nas várias fases do transporte inter-hospitalar;
- 4) Gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;
- 5) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica;
- 6) Assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença;
- 7) Expõe com clareza e argumenta os resultados do seu próprio raciocínio, articulando os conhecimentos adquiridos num contexto internacional com a atual resposta da equipa multiprofissional face à norma de transporte inter-hospitalar já existente no serviço;
- 8) Demonstra a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos;
- 9) Aplica os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas para o desenvolvimento de instruções de trabalho/normas que com base na evidência científica influenciam positivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem;

10) Demonstra um nível aprofundado de conhecimentos e a consciência crítica para os problemas atuais/novos sobre a promoção da segurança da pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar, assumindo-se como facilitador da aprendizagem e formador em contexto de trabalho.

**Apêndice II – Cronograma de Distribuição dos Estágios nos
diferentes Contextos 2014/2015**

Mês	Setembro						Outubro						Novembro						Dezembro						Janeiro						Fevereiro	
Locais	20 a 30		1 a 5	6 a 12	13 a 19	20 a 26	27 a 31	1 a 2	3 a 9	10 a 16	17 a 23	24 a 30	1 a 7	8 a 14	15 a 17	18 a 21	22 a 28	29 a 31	1 a 4	5 a 11	12 a 18	19 a 25	26 a 31	1 a 8	9 a 15							
Semanas																																
Férias Escolares																																
SU – Hospital de S. José			175																													
Suécia													*																			
VMER Hospital S. José														75h																		
UCI – Hospital Santa Maria														50																		
Contexto de trabalho																									50h							

* - Estágio em Contexto Internacional realizado no período extra de 9 a 13 de Março de 2015

**Apêndice III - Questionário Aplicado à Equipe de Enfermagem do
Serviço de Urgência**

QUESTIONÁRIO

Eu, Ana Patrícia Lopes dos Santos, enfermeira a realizar estágio no serviço de urgência, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do estágio a desenvolver propus efetuar o projeto dentro do tema Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Inter-Hospitalar.

Este questionário tem como objetivo conhecer as representações de cada enfermeiro sobre estratégias para a transferência efetiva no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica e qual a pertinência do tema em estudo.

As transferências são situações que ocorrem aquando da admissão da pessoa na unidade hospitalar, antes e depois de procedimentos médicos, quando há mudança de turno entre profissionais de saúde, quando os doentes são transferidos entre unidades de saúde e aquando da alta hospitalar. Neste questionário, a transferência remete para a prestação de cuidados ao longo das várias fases de transporte inter-hospitalar, desde o planeamento à efetivação.

Solicito assim a sua colaboração no preenchimento deste questionário que é anónimo e voluntário, podendo desistir a qualquer momento se assim o entender. Não existem respostas certas ou erradas e por isso solicita-se sinceridade na resposta.

Grata pela sua colaboração, se precisar de esclarecer qualquer questão contacte por email [REDACTED] ou pelo telefone [REDACTED].

Realizado por Ana Patrícia Lopes dos Santos

Estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Enf.ª Orientadora - Sílvia Oliveira

Prof.ª - Sónia Ferrão

Questionário

1. Sexo

- M F

2. Habilitações Literárias

- Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado: Área - _____
 Doutoramento: Área - _____
 Outra: Qual? _____

3. Outras Formações

- SBV (Suporte Básico de Vida)
 SAV (Suporte Avançado de Vida)
 SAVT (Suporte Avançado de Vida em Trauma)
 Outra: _____

4. Experiência profissional no Serviço de Urgência:

- < 1 ano
 1 a 3 anos
 4 a 6 anos
 >7 anos

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

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

Itens	1	2	3	4	5
A . Considero o tema em estudo pertinente.	<input type="radio"/>				
B. Sinto segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar.	<input type="radio"/>				
C. Nas organizações os processos de comunicação são vulneráveis em momentos como mudanças de turno, nas transferências e no transporte intra e inter-hospitalar da pessoa em situação crítica .	<input type="radio"/>				
D. Aquando da transferência da pessoa em situação crítica a informação transmitida verbalmente é incompleta quando comparada com a escrita, podendo levar à perda de informações importantes.	<input type="radio"/>				
E. Durante a transferência da pessoa em situação crítica sinto que consigo transmitir toda a informação de forma clara e completa.	<input type="radio"/>				
F. O Ruído ambiente dificulta o processo comunicação durante a transferência de dados sobre a pessoa em situação crítica.	<input type="radio"/>				

6. Pense agora na fase de transporte da pessoa em situação crítica desde que se ausenta do seu serviço até que chega à unidade de destino. Considera útil a existência de um registo de Enfermagem para documentar os cuidados prestados **DURANTE** o transporte da pessoa em situação crítica.

- Sim Não

7. No seu serviço existe em vigor a seguinte folha de registo de cuidados prestados **DURANTE** o transporte inter-hospitalar. Considera que a folha para registar os cuidados prestados **DURANTE** o transporte inter-hospitalar que existe no seu serviço pode ser melhorada?

- Sim Não Desconhece a folha em vigor

FOLHA DE REGISTO CLÍNICO – TRANSPORTE DOENTE CRÍTICO								
IDENTIFICAÇÃO		INÍCIO	DATA: ___/___/___	HORA: ___:___				
DESTINO		EQUIPA DE TRANSPORTE		MÉDICO: _____				
				ENFERMEIRO: _____				
VERIFICAÇÃO PRÉ-TRANSPORTE								
VIA AÉREA	TOT _____ Nivel: _____ T. nasofaríngeo: _____ Guedel: _____							
VENTILAÇÃO	Espontâneo: _____ CMV: _____ PC: _____ PA: _____ PRVC: _____							
	Parâmetros: _____ ml(VT) _____ cmH ₂ O (pmax) _____ cmH ₂ O (PEEP) _____ % (FIO ₂) _____ cm (FIO)							
SEDAÇÃO	Midazolam _____ mg/Kg/h Propofol _____ mg/Kg/h Haloperidol _____ mg/h Tiopental _____							
ANALGESIA	Alfentanil _____ µg/Kg/h Fentanil _____ µg/Kg/h Morfina _____ mg/h Remifentanil _____ µg/Kg/h							
SCORES	RASS _____ SCORE DE DOR (escala comportamental) _____							
CURARIZAÇÃO	Vecurónio _____ µg/Kg/min Atracurium _____ µg/Kg/min							
ACESSO VASCULAR	CVC _____ (local) _____ (nº de lumens) Acessos periféricos _____ (nº)							
SUPORTE HEMODINÂMICO	Noradrenalina _____ (µg/min) Adrenalina _____ (µg/min) Dopamina _____ (µg/Kg/min)							
	Terlipressina _____ (µg/min) Dobutamina _____ (µg/Kg/min) DNI _____ (mg/h)							
	Nitroprussiato de sódio _____ (µg/Kg/min) Nitroglicerina _____ (µg/min)							
	Outros: _____							
PRESSÃO ARTERIAL	_____/_____/_____ monitorização invasiva _____ (S/N) local _____ PICCO _____ (S/N) SWAN _____ (S/N)							
RITMO CARDÍACO	_____ frequência _____ bpm							
RENAL	Débito urinário _____ ml/kg/h (últimas 8 horas) ureia _____ mg/dL creatinina _____ mg/dL							
DRENAGENS	Torácicas _____ (nº) _____ (esq/dirt) Abdominais _____ (nº) _____ (local)							
	Outras: _____							
DIAGNÓSTICO								
TRANSPORTE DO DOENTE								
HORA	____	____	____	____	____	____	____	____
SCORE RASS	_____							
SCORE DOR	_____							
SO ₂	_____							
PA	_____							
RITMO / FC	_____							
DU	_____							
MODALID	_____							
ADE	PEEP _____	PEEP _____	PEEP _____	PEEP _____	PEEP _____	PEEP _____	PEEP _____	PEEP _____
VENTILAT	FIO 2 _____	FIO 2 _____	FIO 2 _____	FIO 2 _____	FIO 2 _____	FIO 2 _____	FIO 2 _____	FIO 2 _____
ÓRIA	_____							
FÁRMACOS								
UNIDADE DE DESTINO								
HORA de chegada	____	____	____	OBSERVAÇÕES: _____				

8. Gostaria de deixar alguma sugestão adicional para a organização do documento?

As perguntas seguintes remetem para aquilo que pensa sobre o transporte inter-hospitalar na sua globalidade, isto é, desde que recebe a informação de que a pessoa em situação crítica necessita de ser transferida, procede ao planeamento e preparação do transporte e efetivação do transporte até que chegue à unidade de destino.

9. Sente dificuldades em alguma das fases que caracterizam o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica?

- Sim Não

Se sim, refira 2 das dificuldades sentidas: _____

10. Já teve formação Especifica sobre transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica?

- Sim** **Não**

Se sim, que temas foram abordados: _____

11. Relativamente ao transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica no seu serviço, indique:

2 Pontos fortes	2 Pontos fracos

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

Sim **Não**

Se sim, refira 2 aspetos que podem ser melhorados: _____

13. Se na pergunta anterior, considera que o transporte inter-hospitalar pode ser melhorado identifique:

2 fatores que possam constituir uma oportunidade à implementação da melhoria	2 fatores que possam constituir ameaças à implementação da melhoria

14. Gostaria de partilhar alguma ideia sobre a temática do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica?

Obrigada pela sua colaboração.

**Apêndice IV - Tratamento Estatístico dos Dados dos Questionários e
Análise SWOT Efetuada no Serviço de Urgência**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
Pessoa em Situação Crítica**

Estágio com Relatório

**Tratamento Estatístico dos Dados do
Questionário Aplicado no Serviço de Urgência e
Análise SWOT efetuada**

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Lisboa
Novembro de 2014



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
Pessoa em Situação Crítica**

Estágio com Relatório

**Tratamento Estatístico dos Dados do
Questionário Aplicado no Serviço de Urgência e
Análise SWOT efetuada**

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Docente: Prof. Sónia Ferrão

Enf.^a Orientadora: Sílvia Oliveira

Lisboa

Novembro de 2014

INDICE

Introdução	6
1. Tratamento Estatístico dos Dados do Questionário	8
2. Construção da Análise SWOT	15
2.1. Análise das forças (S - Strengths)	16
2.2. Análise das Fraquezas (W - Weaknesses)	17
2.3. Análise das Oportunidades (O – Opportunities)	18
2.4. Análise das Ameaças (T – Threats)	19
2.5. Análise dos Fatores como Forças Internas e Externas	20
2.6. Relação entre os Fatores Identificados.....	21
2.7. Construção da Matriz SWOT.....	22
2.8. Matriz SWOT	24
3. Propostas de Melhoria	26
4. Conclusão	28
5. Bibliografia	29

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Elementos com formação em SBV, SAV e outras formações complementares com interessa na área.....	9
GRÁFICO 2 – Experiência Profissional dos Inquiridos.....	10
GRÁFICO 3 – Inquiridos que consideraram útil introduzir melhorias no documento utilizado para registar os cuidados durante o transporte inter-hospitalar.....	11

INTRODUÇÃO

Em outubro de 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a *World Alliance for Patient Safety* com o objetivo de desenvolver uma classificação internacional sobre segurança do doente. Segundo a *Joint Commission National Patient Safety Goals* os hospitais devem implementar uma abordagem padronizada e sistematizada para a comunicação das transferências dos doentes de forma a minimizarem a possibilidade de ocorrências de eventos adversos (WHO, 2014).

Deste modo, no âmbito do estágio do Mestrado de Especialização em Enfermagem na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, para o desenvolvimento da competência expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio e indo ao encontro da pertinência da temática no contexto de estágio no serviço de urgência foi aplicado um questionário e realizada uma análise SWOT sobre a temática do transporte inter-hospitalar.

A aplicação do questionário, após a aprovação da Enf.^a chefe, visa os seguintes objetivos:

- Conhecer as representações da equipa de enfermagem sobre estratégias a transferência efetiva no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.
- Identificar necessidades de formação.
- Identificar pontos de melhoria na qualidade dos cuidados.

Através do conhecimento das representações da equipa de enfermagem sobre a temática foi construída a tabela SWOT e posteriormente a matriz SWOT aqui apresentada.

No decorrer da análise dos dados obtidos procurei fundamentar os resultados obtidos à luz do que os autores referem como promotor da segurança durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

Assim o presente documento é composto por um capítulo onde são tratados estatisticamente os dados do questionário, um capítulo onde se pode verificar a construção da análise SWOT de acordo com a metodologia de construção das mesmas. No final existe ainda um capítulo onde se pode ler as propostas de melhoria que resultaram da realização da análise SWOT efetuada para que a equipa possa dar continuidade ao presente trabalho se assim considerar pertinente.

1. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO

No questionário aplicado existiam perguntas fechadas e abertas. As perguntas fechadas são questões nas quais se apresenta à pessoa uma lista preestabelecida de respostas possíveis, cuja seleção permite a caracterização dos inquiridos. Na grande parte das perguntas fechadas, optou-se pela utilização de escalas nominais, nomeadamente no que respeita ao género, habilitações literárias e formações complementares. Alamanou & Brokalaki (2014) e Häggström & Bäckström (2014) reforçam a importância que o nível de experiência e as competências técnicas, científicas e humanas dos enfermeiros têm para um transporte seguro, daí o facto de se questionar acerca das habilitações literárias, cursos complementares e o tempo de exercício profissional no serviço de urgência, pois cada vez mais se recomenda que o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica seja feito por equipas especializadas.

De forma a complementar as perguntas fechadas, foram colocadas questões abertas às quais a pessoa inquirida pode responder utilizando o seu próprio vocabulário, fornecendo pormenores e fazendo os comentários que considerar pertinente, pois estas questões permitem que se obtenha respostas qualitativas descritas nas palavras do inquirido e que permitiu preencher a matriz SWOT quanto às forças e fraquezas bem como as oportunidades e ameaças percebidas. Optei ainda pela utilização de uma escala ordinal que avalia o grau de concordância em relação a cada um dos itens apresentados, permitindo ao inquirido exprimir várias *nuances* de opinião (Ghiglione & Matalon,2001; Hill & Hill,2012).

Foram distribuídos no serviço durante o período de seis de Novembro a 16 de Novembro, 65 questionários dos quais foram entregues 36. Considero que a adesão ao questionário foi elevada, visto que inicialmente a equipa de enfermagem era constituída por cerca de 110 Enfermeiros sofrendo uma redução gradual e ficando com um total de 80 enfermeiros, dos quais 20 se

encontram ausentes do serviço por diversos motivos, doença, gravidez de risco, períodos de férias entre outros.

Os dados dos questionários foram tratados estatisticamente numa grelha em Excel® elaborada de acordo com as questões colocadas. E no suporte Word® para o preenchimento da tabela SWOT e da matriz SWOT.

Do total de inquiridos 19% são do sexo masculino e 81% são do sexo feminino. Os enfermeiros têm todos como formação base a licenciatura e dos que têm a licenciatura, 25% refere ter mestrado e dos enfermeiros que têm mestrados as áreas são: mestrado em enfermagem na área de especialização à pessoa em situação crítica, médico-cirúrgica, reabilitação e gestão em Saúde.

Dos enfermeiros inquiridos 16,7% têm uma pós-graduação em enfermagem, nomeadamente na área de enfermagem em urgência e emergência, enfermagem forense e trauma.

De destacar ainda na caracterização da população que 91,7% dos enfermeiros referem ter formação em SBV, 77,8% em SAV e 33,3% em SAV em trauma, conforme se pode ver no gráfico 1. Existem ainda elementos da equipa que fizeram um investimento em formações complementares como o Suporte Imediato de Vida, SAV Pediátrico e na área do grande queimado.

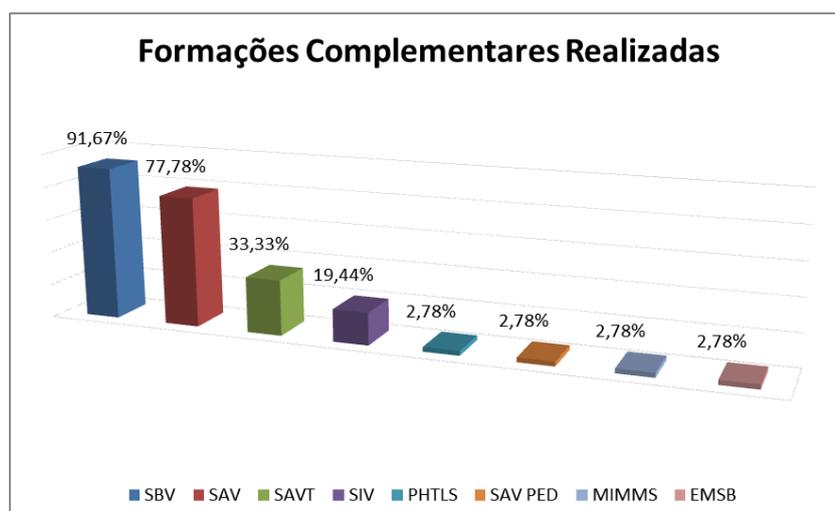


Gráfico 1 - % de elementos com Formação em Suporte Básico e Avançado de Vida e outras formações de interesse na área.

A equipa do serviço pode considerar-se experiente, na medida em que 75% dos inquiridos tem mais de sete anos de experiência, conforme se pode ver no gráfico 2.



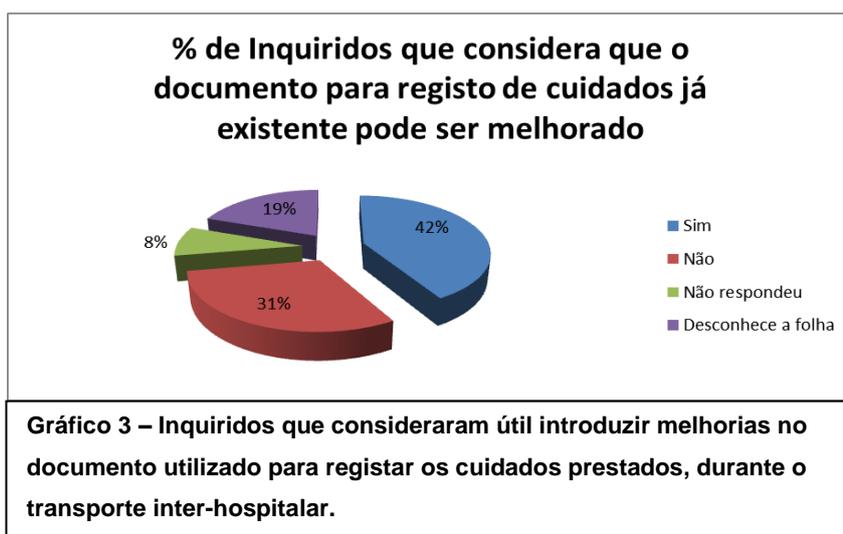
Gráfico 2 – Experiência Profissional dos inquiridos no Serviço de Urgência.

A experiência de trabalho no serviço de urgência e o investimento na formação complementar demonstram o elevado nível de perícia dos profissionais na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, o que constitui uma força da equipa. Por outro lado o facto de 83,3% dos profissionais referir que sente segurança no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica pode ser também indicador do *Know-How* dos profissionais relativamente a esta área. Isto porque, a participação dos enfermeiros em todas as fases do transporte exige destes a prestação de cuidados holísticos à pessoa e sua família e habilidades técnicas no manuseamento dos diversos aparelhos de suporte às funções vitais da pessoa que em conjunto farão a diferença para que o transporte seja seguro (Alamanou & Brokalaki, 2014). A atenção e o cuidado relativamente às alterações hemodinâmicas que o transporte pode causar na pessoa fazem com que os enfermeiros tenham de ser peritos nesta área de prestação de cuidados.

O facto de 97% considerar útil a existência de um registo de enfermagem para documentar os cuidados prestados durante o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica vai ao encontro do que OM e SPCI (2008) aconselha em matéria de controlo da qualidade do transporte e o respeito pelas normas de boa prática, pois o transporte inter-hospitalar deve estabelecer metodologias tipificadas para os registos clínicos que permitirão a

avaliação do nível de desempenho e do rigor assistencial e introdução de melhoria na qualidade dos cuidados.

Relativamente à questão sobre a necessidade de melhoria do documento de registo utilizado durante o transporte inter-hospitalar surgiram dúvidas no preenchimento dos questionários, visto existirem elementos que referiram não conhecer a folha de registo em vigor no serviço pelo que houve assim necessidade de reformulação da questão. Deste modo, importa referir que no questionário 42% considerou que o documento para o registo dos cuidados prestados durante o transporte inter-hospitalar pode ser melhorado, 19% responderam que não conheciam a existência da folha, o que remete para a necessidade de pensar as formas alternativas de divulgação da informação, conforme se pode verificar no gráfico 3.



Do total de Enfermeiros 27,8% refere que sente dificuldades no transporte da pessoa em situação crítica, porque «*não existe tempo para a preparação prévia do transporte*»; «*dispõem de pouco tempo para conhecer a história do doente porque não estiveram a prestar cuidados ao doente*»; «*ausência de transferência de informação de forma homogénea, nem sempre há passagem de informação sistematizada, pois cada Enfermeiro tem o seu modo de "passar o doente"*»; «*dificuldade na "passagem de informação" à chegada ao destino*» e «*inexistência de recursos humanos em número suficiente para efetuar o transporte*».

Dados obtidos que vão ao encontro do que refere Gray (2004), Goldstein (2005), Lovasik (2009), Pesanka et al. (2009) e Ridley (2004) que alertam para o facto de a comunicação ser essencial na garantia da segurança da pessoa de quem se cuida e que muitos estudos realizados concluem que os problemas na comunicação são as causas major de erros que ocorrem durante as situações de transferência. As situações de transferência são situações que ocorrem aquando da admissão da pessoa na unidade hospitalar, antes e depois de procedimentos médicos, quando há mudança de turno entre profissionais de saúde, quando os doentes são transferidos entre unidades de saúde e aquando da alta hospitalar. O transporte inter-hospitalar constitui-se como uma situação de transferência é importante conhecer estratégias para que as transferências sejam efetivas.

Nas organizações os processos de comunicação são vulneráveis em momentos como mudanças de turno, nas transferências pois parte da informação poderá perder-se entre os vários interlocutores (Manser & Foster, 2011). Os mesmos autores salientam que existem duas abordagens para a padronização da comunicação nas transferências da pessoa em situação crítica. A primeira abordagem define o conteúdo e a ordem das informações específicas e gera protocolos de transferência são bastante específicas para o ambiente clínico, nomeadamente o recurso a *checklist* e mnemónicas como as preconizada por Galliers & Wilson (2011) onde consta o SBAR (S- Situação; B – Background; A – Avaliação; R - Recomendação); ISOBAR também sugerida por Porteous, Stewart-wynne, Connolly & Crommelin (2009) ou ainda de acordo com Macartney & Nightingale (2001) a mnemónica ACCEPT: *Assessment* (Avaliação inicial); *Control* (Controlo); *Communication* (Comunicação); *Evaluation* (Estimativa); *Prepare* (Preparação) e *Transport* (Transporte) entre outras.

Por outro lado e conforme recomendado pela OM e SPCI (2008) a transferência da pessoa em situação crítica pela equipa de transporte deve ser efetuada de maneira formal, devendo a nova equipa responsável efetuar uma observação, segundo a metodologia ABCDE e os registos, devem ser efetuados, ao longo do transporte, com intervalos adequados face à situação clínica do doente, nomeadamente documentando todas as alterações ou

terapêuticas administradas, devendo ainda ficar registados os últimos parâmetros, após a entrega no serviço que rececionou o doente.

Foi igualmente importante conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à influência dos fatores ambientais como o ruído, sobrecarga de trabalho de ambos os lados do pessoal envolvido, bem como interrupções e atividades de prestação de cuidados (ex. a ligação de equipamento de monitorização ou dispositivos de infusão intravenosa), que a decorrer em paralelo com a transmissão oral das informações, são potenciais ameaças à qualidade da transferência (Manser & Foster, 2011). Dos profissionais inquiridos, embora 66,7% considerem que nas organizações os processos de comunicação são vulneráveis em momentos como mudanças de turno, nas transferências e no transporte intra e inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, já 83,3% concordam que o ruído ambiente dificulta o processo comunicação durante a transferência de dados sobre a pessoa em situação crítica.

Por outro lado, tem sido demonstrado que as transferências são frequentemente pouco formais e que a documentação disponível é raramente utilizada para auxiliar na transferência verbal (Manser & Foster, 2011) e de acordo com os dados obtidos no questionário 66,7% consideram que durante a transferência da pessoa em situação crítica sentem que conseguem transmitir toda a informação de forma clara e completa, embora 58,3% concorda que aquando da transferência da pessoa em situação crítica a informação transmitida verbalmente é incompleta quando comparada com a escrita, podendo levar à perda de informações importantes.

Relativamente à área da formação 19,4% dos enfermeiros referem que já receberam formação na área do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, na qual foram abordadas temáticas como: condições para efetuar o transporte, avaliação do risco para o transporte secundário, tipos de transporte que existem, cuidados no transporte nas várias fases de avaliação, preparação e efetivação; e recursos materiais a utilizar.

Dos enfermeiros que responderam ao inquérito 97,2% consideram o tema em estudo pertinente e 69% considera que o transporte inter-hospitalar

no contexto do seu serviço pode ser melhorado, sugerindo com ações de melhoria a criação de uma escala de avaliação para o transporte secundário adequada à realidade do SU; elaborar um documento para registo dos cuidados prestados durante o transporte, prático, de fácil utilização e adequado à realidade do serviço; dispor de enfermeiros só para a realização de transportes inter-hospitalares; que a avaliação secundária do doente seja de preenchimento conjunto médico e enfermeiro e recorrer a meios informáticos para garantir que os registos durante o transporte são feitos no sistema informático no processo do doente para minimizar perda da informação.

A sugestão de utilizar meios Informáticos é uma realidade que começa cada vez mais a ser equacionada. Abraham & Reddy (2010) procuraram compreender a complexidade das transferências inter-hospitalares e fornecer requisitos sócio tecnológicos para a criação de tecnologias que suportam com padrões de qualidade progressivamente superiores as transferências de doentes. De acordo com Abraham & Reddy (2010) a importância da existência de meios de apoio nas transferências dos doentes e o desafio que requerem tanto pessoal da área clínica e da área não clínica a trabalhar conjuntamente para assegurar que os doentes são transferidos para os locais apropriados, tornando assim fundamental o desenho e a criação de sistemas que possam suportar melhor essa atividade que exige entre ambos os departamentos clínicos e não clínicos. Os autores destacam ainda os requisitos que um sistema tecnológico deve ter para conseguir assegurar a coordenação entre departamentos/hospitais eficaz, nomeadamente, os sistemas devem incorporar características de mediador entre os vários intervenientes no processo, estabelecer o equilíbrio colaborativo de metas, e permitir a priorização de recursos em colaboração.

2. CONSTRUÇÃO DA ANÁLISE SWOT

A análise SWOT (*Strengths* – Forças; *Weaknesses* – Fraquezas; *Opportunities* - Oportunidades e *Threats* – Ameaças) é uma ferramenta útil na análise do desempenho de uma organização ou equipa que permite um conhecimento mais elaborado e aprofundado, servindo de guia para a elaboração de um plano de ação (Harrison, 2010).

Para a análise SWOT recorreu-se ao tratamento estatístico dos dados de onde foram extraídas informações importantes para estabelecer as forças internas e externas da equipa, bem como oportunidades e ameaças. Acrescentei algumas ameaças potenciais percebidas por mim. Dessa análise foram encontrados os cinco fatores fundamentais para a análise interna e externa, com suporte na evidência científica consultada. Cada fator foi cruzado entre si numa tabela SWOT estabelecendo-se uma relação positiva (+), negativa (-) ou assinalados os casos onde se considerou não existir qualquer relação (SR).

Analisando a forma como se influenciam procurei identificar possíveis soluções ou sugestões que resultam da interação das forças com as oportunidades, das fraquezas com as oportunidades e também das forças que podem fazer face às ameaças e das possíveis soluções para fazer face às fraquezas e ameaças, que foram agrupadas na matriz SWOT.

2.1 Análise das Forças (S – Strengths)

As forças dizem respeito a fatores internos que são considerados uma vantagem, isto é aquilo que está bem e que é bem feito pela equipa sendo uma força que move essa mesma equipa em direção ao sucesso (Fine, 2010).

FATORES ESTRATÉGICOS		FATORES POR GRAU DE IMPORTÂNCIA
Conhecimento e Perícia	Conhecimento Know-how	<p>S1 – Profissionalismo e Know-How dos enfermeiros do serviço.</p> <p>S2 – Malas de transporte bem organizadas e com todo o material disponível.</p> <p>S3 – Empenho na estabilização prévia da pessoa em situação crítica antes do transporte.</p> <p>S4 - Respeito e cumprimento do registo da escala de avaliação do risco para o transporte secundário (SCORE).</p> <p>S5 – A existência de uma plataforma informática ConexAll®.</p>
	Formação na área de Emergência com SBV e SAV e outras formações extra.	
	Profissionalismo/ Experiência dos profissionais do serviço 75% com mais de 7 anos de Serviço de Urgência.	
Equipamentos e Recursos Materiais	Malas para transporte bem organizadas	
	Material e equipamento do serviço disponível	
	Material do Serviço e já domina o funcionamento dos mesmos	
Equipa de Saúde	Acompanhamento conjunto Médico + Enfermeiros	
	Empenho na estabilização prévia da pessoa em situação crítica antes do transporte	
Registos Clínicos	Respeito e cumprimento do registo da escala de avaliação do risco para o transporte secundário	
	Utilização da escala validada para definição de recursos necessários à realização	
Agilização do processo	ConexAll®	
	Meios já dentro do próprio hospital	
	Rapidez e disponibilidades dos meios	

2.2 Análise das Fraquezas (W – Weaknesses)

As fraquezas estão relacionadas com aquilo que a equipa perceciona como uma desvantagem ou como algo que não funciona corretamente e nas quais se podem introduzir melhorias (Fine, 2010).

FATORES ESTRATÉGICOS		FATORES POR GRAU DE IMPORTÂNCIA
Conhecimento e Perícia	Transporte efetuado pelo enfermeiro que não esteve a prestar cuidados ao doente.	<p>W1 – Nem sempre os enfermeiros que efetuam o transporte fizeram já integração às salas de emergência e trauma.</p> <p>W2 – Carência de profissionais e inexistência de recursos humanos emergência e não têm SAV.</p> <p>W3 – Equipamentos que não são verificados e que apresentam falha no seu funcionamento.</p> <p>W4 – Elemento responsável pelo transporte assegura um sector, o que faz com que disponha de pouco tempo para preparação do transporte e na transferência da pessoa em situação crítica.</p> <p>W5 – Estrutura da folha de transporte inter-hospitalar não facilitadora da sua utilização e não uniformização do registo a utilizar durante o transporte.</p>
	Não existe muito tempo para a passagem de informação sobre o doente.	
	Nem sempre os enfermeiros que efetuam o transporte fizeram já integração às salas de emergência e não têm SAV.	
Equipamentos e Recursos Materiais	Monitor da ambulância não permite utilizar elétrodos multifunções;	
	Ambulância para transporte não é gerida pelos profissionais do serviço de urgência.	
	Estados dos equipamentos	
	Baterias dos equipamentos	
	Nem sempre se procede à verificação do material utilizado nos transportes	
Equipa de Saúde	Carência de Profissionais - Inexistência de recursos humanos.	
	Não há enfermeiros extras só para transporte.	
	Resistência à mudança	
	Elemento responsável pelo transporte assegura um sector.	
	Desmotivação dos profissionais	
Registos Clínicos	Pouco tempo para preparação do transporte.	
	Impresso p avaliação risco pré transporte não adaptada à realidade do serviço.	
	Não utilização da folha de registo transporte inter-hospitalar	
	Não uniformização do registo a utilizar no transporte	
	Estrutura da folha de transporte inter-hospitalar não facilitadora da sua utilização.	
	Não há registo da informação durante o transporte	
	Não são registadas intercorrências nas devidas folhas	

2.3 Análise das Oportunidades (O – *Oportunities*)

As oportunidades são tudo o que influencia positivamente a equipa, mas sobre as quais não há um controlo sobre a atuação. Determinar as oportunidades da equipa implica também refletir sobre a conjuntura no âmbito político, econômico, social e demográfico procurando estabelecer uma correlação do ambiente externo com a própria equipa (Fine, 2010).

FATORES ESTRATÉGICOS	FATORES POR GRAU DE IMPORTÂNCIA
Política de qualidade e melhoria continua implementada na instituição.	O1 – Política de qualidade e melhoria continua implementada na instituição.
A preocupação com a formação em serviço e a formação a toda a equipa multidisciplinar sobre a temática.	O2 – Formação em serviço - Formação a toda a equipa multidisciplinar sobre a temática
Uniformização da utilização dos registos através da criação de procedimentos multissetoriais.	O3 – Uniformização da utilização dos registos através da criação de procedimentos multissetoriais.
Parcerias com as escolas de enfermagem para a realização de estágios em diversas áreas clínicas	O4 – Parcerias com as escolas de enfermagem para a realização de estágios em diversas áreas clínicas.
O presente trabalho	O5 – O presente trabalho.

2.4 Análise das Ameaças (T - Threats)

As ameaças, ao contrário das oportunidades, são forças externas ao ambiente da equipa e que podem influenciar negativamente a mesma. Sempre que se percebe uma ameaça, esta deve ser considerada uma preocupação, pois pode prejudicar a equipa não apenas ao nível das interações entre os membros, mas também nos resultados do trabalho desenvolvido. Tal como na análise das oportunidades, também se devem analisar para as ameaças, o ambiente político, económico, social e demográfico e procurar fazer uma análise de como esses fatores podem prejudicar a dinâmica da equipa. Isto permitirá desenvolver ações preventivas que minimizem o impacto da ameaça (Fine, 2010).

FATORES ESTRATÉGICOS	FATORES POR IMPORTÂNCIA
Organização multisectorial do serviço	T1 – Falta de recursos humanos
Falta de recursos humanos	T2 – Organização multisectorial do serviço
Resistência por parte dos chefes/concelho de administração em aumentar o rácio enfermeiro/doente	T3 – Política de contenção de custos cada vez mais rigorosa.
Política de contenção de custos cada vez mais rigorosa.	T4 – Resistência por parte dos chefes/concelho de administração em aumentar o rácio enfermeiro/doente.

2.5 Análise dos Fatores como Forças Internas e Externas

PONTOS FORTES (S)	PONTOS FRACOS (W)
<p>S1 – Profissionalismo e <i>Know-How</i> dos enfermeiros do Serviço.</p> <p>S2 – Malas de transporte bem organizadas e com todo o material disponível.</p> <p>S3 – Empenho na estabilização prévia da pessoa em situação crítica antes do transporte.</p> <p>S4 - Respeito e cumprimento do registo da escala de avaliação do risco para o transporte secundário (SCORE)</p> <p>S5 – A existência de uma plataforma informática ConexAll®.</p>	<p>W1 – Nem sempre os enfermeiros que efetuam o transporte fizeram já integração às salas de emergência/trauma.</p> <p>W2 – Carência de profissionais e inexistência de recursos humanos.</p> <p>W3 – Equipamentos que não são verificados e que apresentam falha no seu funcionamento.</p> <p>W4 – Elemento responsável pelo transporte assegura um sector, o que faz com que disponha de pouco tempo para preparação do transporte e na transferência da pessoa em situação crítica.</p> <p>W5 – Estrutura da folha de transporte inter-hospitalar não facilitadora da sua utilização e não uniformização do registo a utilizar durante o transporte.</p>
OPORTUNIDADES (O)	AMEAÇAS (T)
<p>O1 – Política de melhoria contínua da qualidade e segurança implementada na instituição.</p> <p>O2 – Formação em serviço - Formação a toda a equipa multidisciplinar sobre a temática</p> <p>O3 – Uniformização da utilização dos registos através da criação de procedimentos multissetoriais.</p> <p>O4 – Parcerias com as escolas de enfermagem para a realização de estágios em diversas áreas clínicas.</p> <p>O5 – O presente trabalho.</p>	<p>T1 – Falta de recursos humanos</p> <p>T2 – Organização multissetorial do serviço</p> <p>T3 – Política de contenção de custos cada vez mais rigorosa.</p> <p>T4 – Resistência por parte dos chefes/concelho de administração em aumentar o rácio enfermeiro/doente</p>

2.6 Relação entre os Fatores Identificados

		Pontos Fortes (S)					Pontos Fracos (W)				
		S1	S2	S3	S4	S5	W1	W2	W3	W4	W5
Oportunidades (O)	O1	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)
	O2	(+)	(SR)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
	O3	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(SR)	(SR)	(+)	(+)	(+)
	O4	(+)	(SR)	(+)	(+)	(SR)	(SR)	(SR)	(SR)	(SR)	(+)
	O5	(+)	(SR)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)	(+)	(SR)	(+)
Ameaças (T)	T1	(-)	(-)	(-)	(-)	(SR)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	T2	(+)	(+)	(SR)	(SR)	(SR)	(-)	(-)	(SR)	(-)	(SR)
	T3	(-)	(-)	(SR)	(SR)	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	T4	(-)	(-)	(-)	(-)	(SR)	(-)	(-)	(SR)	(-)	(SR)

Legenda:

(-) – Interação negativa ou prejudicial entre os fatores

(+) – Interação positiva ou fortalecedora entre os fatores

(SR) – Sem relação entre os fatores

2.7 Construção da Matriz SWOT

A tabela seguinte procura perceber como é que usando as forças da equipa se superaram as fraquezas e como é que usando as oportunidades se podem superar as ameaças.

		Análise Interna	
		S (<i>Strenghts</i>) Forças	W (<i>Weknesses</i>) Fraquezas
Análise Externa	O (oportunidades)	<p>S (1,3) + O (1,2) = sugere a possibilidade de implementação de um projeto de formação específica sobre o tema transporte inter-hospitalar com recurso a profissionais do serviço que são peritos na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.</p> <p>S (1,2,4,5) + O (3, 5) = Permite reforçar o profissionalismo já existente na equipa de enfermagem e reforçar o <i>Know-How</i> fornecendo evidência científica sobre a promoção da segurança da pessoa nas diferentes fases do transporte inter-hospitalar.</p> <p>S (1) + O(3,5) = sugere ser benéfica a criação de um grupo de trabalho no serviço que se dedique à pesquisa de evidência científica na qual possa sustentar a atualização dos procedimentos multissetoriais sobre o transporte inter-hospitalar à pessoa em situação crítica, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.</p> <p>S5+O(1,3)= A informatização dos registos de enfermagem reduz a perda de informação e promove a segurança do doente, a existência da plataforma ConexAll, pois permite dar resposta aos requisitos que um sistema tecnológico deve ter para conseguir assegurar a coordenação entre departamentos/hospitais eficazmente.</p>	<p>W (1,4) + O(2) = Nem sempre os enfermeiros que efetuam o transporte fizeram já integração às salas de emergência/trauma e o facto de 22% dos inquiridos não ter curso de SAV e 67% SAVT, sugere necessidade de maior investimento na formação dos profissionais na realização do curso de SAV/SAVT.</p> <p>W(3,4) + O(3) = O facto de existir a uniformização dos registos através da criação de procedimentos multissetoriais e o presente trabalho, são oportunidades para a criação de instrumentos que permitirão a criação de registos sobre a funcionalidade dos equipamento e a criação de um circuito de reporte de materiais que necessitam de manutenção.</p> <p>W(4,5) + O(3,5) = A melhoria da folha de registo dos cuidados prestados durante o transporte que consta no procedimento multissetorial existente e o presente trabalho permitirão a criação de uma folha de registo de transporte uniformizada de fácil utilização e que permitirá assegurar transferências efetivas no transporte da pessoa em situação crítica.</p>
	S (oportunidades)		

T (Threats) Ameaças

$S(1-4) + T(1,3,4) =$ A falta de recursos humanos, a política de contenção de custos e a resistência por parte dos chefes e concelhos de administração em aumentar o rácio enfermeiro /doente, bem como as restrições em recursos humanos e materiais constituem atualmente ameaças à qualidade dos cuidados prestados e às melhorias que se pretendem introduzir podendo afetar o profissionalismo e a capacidade de organização e cumprimento do que é solicitado aos profissionais. Sugere-se o empenho da equipa na documentação do número e tipo de transportes efetuados (monitorização dos tempos de saída no acompanhamento dos utentes, que já é efetuada pela equipa) para estatisticamente justificar a necessidade de colocar mais elementos que fiquem responsáveis apenas pela área do transporte inter-hospitalar.

$T(2) + S(1,2) =$ com base na existência de profissionais com *Know-How* sobre estabilização e transporte da pessoa em situação crítica, sugere-se com base em evidência científica que sejam esses recursos humanos os responsáveis pela realização do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica, suportada na organização multisectorial do serviço em que exista um elemento destacado apenas para a realização do transporte inter-hospitalar e que este seja assegurado pelos elementos da equipa com experiência.

$W(1-5)+T(1-4) =$ O facto de nem sempre os enfermeiros terem feito integração às salas de emergência/ trauma, o facto de existirem falhas no funcionamento dos equipamentos devem ser prevenidos pela gestão de topo, promovendo a formação dos elementos a que ainda não têm SAV/SAVT e a criação de um fluxograma de reporte de não conformidades no funcionamento dos equipamentos para abreviar a resolução dos mesmos.

$W(4)+T(1,2) =$ constituem uma ameaça à promoção da segurança da pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar, suportada pela evidência científica. Sugere-se que a gestão de topo equacione a existência de um enfermeiro destacado para assegurar o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

$W(4,)+T(1,4) =$ a falta de recursos humanos na preparação do transporte e dispor de pouco tempo para a preparação do mesmo ameaça o que está preconizado para que uma transferência seja efetiva e promotor da segurança que deve ser colmatado com a rentabilização dos meios já existentes. Sugere-se estudar a eficácia da utilização de um documento onde pode ser compilada a informação importante sobre a pessoa em situação crítica.

$W(5) + T(1,3) =$ a estrutura da folha de transporte inter-hospitalar não facilitadora da sua utilização e não uniformização do registo a utilizar durante o transporte não promove a sistematização dos dados e estatisticamente não poderá ser utilizada para fundamentar a necessidade de maior numero de elementos ou que se efetue uma auditoria à mesma com o intuito da melhoria da qualidade dos cuidados.

2.8 Matriz SWOT

		ANÁLISE INTERNA	
		S (STRENGTHS) FORÇAS	W (WEKNESSES) FRAQUEZAS
ANÁLISE EXTERNA	O (OPORTUNITIES) OPORTUNIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação de um projeto de formação específica sobre o tema transporte inter-hospitalar com recurso a profissionais do serviço que são peritos na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. • Forte sentimento de segurança no transporte da pessoa em situação crítica, profissionalismo e <i>Know-How</i> da equipa de enfermagem. • Criação de um grupo de trabalho no serviço para pesquisa de evidência científica na área Transporte inter-hospitalar. • Atualização dos procedimentos multissetoriais sobre transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica. • Plataforma ConexAll®. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de maior investimento na formação dos profissionais na realização do curso de SAV/SAVT. • Criação de um fluxograma de reporte de não conformidade nos materiais e equipamentos. • Reformulação da folha de registo de transporte de forma a uniformizar a sua utilização e assegurar uma comunicação efetiva na transferência da pessoa em situação crítica.
	T (THREATS) AMEAÇAS	<ul style="list-style-type: none"> • Sugere-se empenho na documentação dos transportes efetuados (preenchimento do documento monitorização dos tempos de saída no acompanhamento dos utentes) para estatisticamente justificar a necessidade de colocar mais elementos que fiquem responsáveis apenas pela área do transporte inter-hospitalar. • Sugere-se que sejam os profissionais com mais experiência no transporte da pessoa em situação crítica que efetuem o transporte inter-hospitalar. • Perante a organização multisectorial do serviço sugere-se que exista um elemento destacado apenas para a realização do transporte inter-hospitalar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integração às salas de emergência/ Trauma prévia ao início da realização do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica. • As falhas no funcionamento dos equipamentos devem ser prevenidas pela gestão de topo. • Promover a formação dos elementos que ainda não têm SAV/SAVT. • A falta de recursos humanos na preparação do transporte e dispor de pouco tempo para a preparação do mesmo ameaça a efetividade na transferência da pessoa em situação crítica. • Utilização de um documento onde pode ser compilada a informação importante sobre a pessoa em situação crítica através da reformulação da estrutura da folha de transporte inter-hospitalar.

3. PROPOSTAS DE MELHORIA CONTINUA QUE RESULTAM DA ANÁLISE SWOT

Neste capítulo aproveitei para deixar algumas propostas cuja implementação considero pertinente, embora tenha consciência de que apesar de sugeridas, a sua implementação deverá ser alvo de discussão com toda a equipa, aspeto que não foi possível de realizar neste trabalho.

Do presente trabalho salienta-se o empenho de todos os profissionais no preenchimento da escala de avaliação do risco para o transporte secundário adaptada de Etxebarria et al. (1998) preconizado pela OM e SPCI (2008).

No que respeita à formação, apesar de um número considerável de profissionais ter formação em SAV e SAVT, sugere-se efetuar uma verificação dos profissionais que ainda não têm essa formação e proporcionar-lhe oportunidade de realização da mesma, o que contribui para aumentar o nível de perícia e aumentar o sentimento de segurança no transporte Inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

De acordo com o que foi referido sobre o funcionamento dos equipamentos, sugere-se a criação de um Fluxograma de reporte e o registo dos pedidos de reparação de equipamentos que quando testados após a realização do transporte revelam não conformidade no seu funcionamento. Esta medida é suportada pelo estudo de Droogh et al. (2012) que refere que quando a prestação de cuidados depende da utilização de equipamentos técnicos, os profissionais devem estar conscientes dos problemas que daí possam advir e devem conseguir antecipá-los.

Da análise surgem referências importantes no que respeita à possibilidade de criação de um grupo de trabalho na área do transporte inter-hospitalar; podendo igualmente englobar o investimento na elaboração de uma formação específica sobre transporte inter-hospitalar.

Conforme referido anteriormente a utilização de mnemónicas e o recurso a *checklist* têm como objetivo promover uma comunicação efetiva durante a transferência da pessoa em situação crítica no transporte inter-hospitalar.

Deste modo, baseando-me na necessidade de reformulação do documento de registo e às principais dificuldades sentidas optei por começar a reformulação do documento já existente com base na mnemónica iSoBAR.

A utilização da mnemónica ISOBAR para a transferência efetiva do doente no contexto dos cuidados de saúde Australianos tem contribuído para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica no que respeita à maior organização do transporte, redução dos eventos adversos, fomentar do cuidados centrado no doente e família (Porteous et al., 2009). Esse documento de registo poderá permitir que o enfermeiro que não está a presar cuidados ao utente possa aceder a informações globais sobre a pessoa para melhor cuidar da mesma, colmatando assim um dos fatores identificados como fraquezas na análise SWOT. Considero ainda que poderá ser feito um trabalho de melhoria da folha de registos em conjunto com toda a equipa, no que respeita aos itens a incluir ou excluir. Por outro lado, o documento permitirá a auditoria da qualidade dos cuidados e a consequente implementação progressiva de melhorias.

4. CONCLUSÃO

A aplicação do questionários aos enfermeiros permitiu conhecer as representações dos mesmos sobre a temática do transporte inter-hospitalar que foi fundamental para a realização da análise SWOT.

A análise SWOT foi uma estratégia fundamental para analisar a equipa e identificar as áreas onde tem um bom desempenho e as áreas onde se pode investir. Considero que mesmo podendo introduzir viés, a minha própria perceção do funcionamento do serviço contribuiu para enriquecer a análise efetuada e a propor melhorias no serviço.

Considero ainda que através do questionário se levantaram necessidade de formação que terão de ser tidas em conta pelos elementos responsáveis pela formação na instituição.

A partilha dos resultados obtidos procurou efetuar-se através da elaboração de um Boletim Informativo em formato A3 afixado no serviço ficando acessível a todos os profissionais. O “Boletim informativo” vem da expressão inglesa *newsletter* e diz respeito a um periódico de notícias ou mensagens de interesse específico destinado a determinado grupo. Além do carácter jornalístico possui também carácter institucional, como instrumento de comunicação empresarial para o público interno ou específico da organização. O recurso à utilização de *newsletters* é também uma forma de comunicação assíncrona que está englobado no tipo de Formação *eLearning* (Gustavo & Rabaça, 2001).

A opção pelo Boletim Informativo ao invés de realizar formação em serviço, pois este é prático, de fácil e rápida leitura, fica facilmente acessível a todos os profissionais, não obriga a deslocações ou a cumprir o horário da formação numa data específica.

A proposta que envolve a reformulação do documento de registo de cuidados durante o transporte inter-hospitalar necessitará de ser avaliada e estudada quanto à sua eficácia e carácter prático de utilização pelo que não procurei implementá-lo no decorrer do estágio e sim avaliar a possibilidade de este ser um ponto de partida para a realização de um projeto futuro.

5. BIBLIOGRAFIA

- Abraham, J., & Reddy, M. C. (2010). Challenges to inter-departmental coordination of patient transfers: a workflow perspective. *International Journal of Medical Informatics*, 79(2), 112–22. doi:10.1016/j.ijmedinf.2009.11.001
- Alamanou, D. G., & Brokalaki, H. (2014). Intrahospital transport policies: The contribution of the nurse. *Health Science Journal*, 8(1), 166–178. doi:E-ISSN:1791-809x
- 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), R26. doi:10.1186/cc11191
- Etxebarria, M.J., Serrano, S., Ribó, D. R., Cía, M. T., Olaz, F., & López, J. (1998). Prospective application of risk scores in the interhospital transport of patients. *European Journal of Emergency Medicine*, 5(1), 13–17.
- Fine, L. G. (2010). *The SWOT Analysis: Using your Strength to overcome Weaknesses, Using Opportunities to overcome Threats* (1a ed.). Kick it LLC.
- Galliers, J., & Wilson, S. (2011). Data Gathering for the Safer Handover Project. In John Wiley and Sons (Ed.), *Interaction Design: Beyond Human - Computer Interaction* (3a ed., p. 589). London.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O Inquérito*. (Celta, Ed.) (1a ed.). Lisboa.
- Goldstein, R. S. (2005). Management of the critically ill patient in the emergency department: focus on safety issues. *Critical Care Clinics*, 21(1), 81–9, viii–ix. doi:10.1016/j.ccc.2004.10.001
- Gray, A. (2004). Secondary transport of the critically ill and injured adult. *Emergency Medicine Journal*, 21(3), 281–285. doi:10.1136/emj.2003.005975
- Gustavo, B., & Rabaça, C. A. (2001). *Dicionário da Comunicação*. (Elsevier, Ed.). Rio de Janeiro: Campos.
- Hägström, M., & Bäckström, B. (2014). Organizing safe transitions from intensive care. *Nursing Research and Practice*, 2014, 175314. doi:10.1155/2014/175314
- Harrison, J. P. (2010). Strategic Planning and Swot Analysis. In Foundation of the American College of Healthcare Executives (Ed.), *Essentials of*

Strategic Planning in Healthcare (1a ed., pp. 91–97). Chicago: Health Administration Press. Retirado de:

http://www.ache.org/pdf/secure/gifts/Harrison_Chapter5.pdf

Hill, M. M., & Hill, A. (2012). *Investigação por Questionário*. (Sílado Lda, Ed.) (2a ed.). Lisboa.

Lovasik, D. (2009). *Ticket to Ride : Providing Safe Intra-hospital Transport UPMC Presbyterian Shadyside*. Pennsylvania. Retirado de:

www.pdcorp.com

Macartney, I., & Nightingale, P. (2001). Transfer of the critically ill adult patient. *British Journal of Anesthesia*, 1(1), 12–15.

Manser, T., & Foster, S. (2011). Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181–91. doi:10.1016/j.bpa.2011.02.006

Ordem dos Médicos (OM) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Lisboa: CELOM. Retirado de:

http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

Pesanka, D. A., Greenhouse, P. K., Rack, L. L., Delucia, G. A., Perret, R. W., Scholle, C. C., ... Janov, C. L. (2009). Ticket to ride: reducing handoff risk during hospital patient transport. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2), 109–115.

Porteous, J. M., Stewart-wynne, E. G., Connolly, M., & Crommelin, P. F. (2009). iSoBAR — a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *Medical Journal of Australia*, 190(11), 152–156.

Ridley, S. (2004). Secondary transport of the critically ill. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 5(1), 20–23. doi:10.1383/anes.5.1.20.28117

WHO (2014) Patient Safety: Action on Patient Safety High 5s. International. Acedido em 14/07/2014. Disponível em:

<http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/>

**Apêndice V - Reformulação do Documento utilizado para os
Registos Durante o Transporte Inter-Hospitalar**

Background	Antecedentes médicos e cirúrgicos relevantes:	Alertas <input type="radio"/> Risco: _____ <input type="radio"/> Alergias: _____ <input type="radio"/> Isolamento: _____ <input type="radio"/> Forense: _____ <input type="radio"/> Outros: _____
	Défices Sensitivos: <input type="radio"/> Hipoacusia <input type="radio"/> Diminuição acuidade visual <input type="radio"/> Outra: _____ <input type="radio"/> Parésia – Hemicorpo: _____ <input type="radio"/> Plegia – Hemicorpo: _____ Estado Mental <input type="radio"/> Perigo para si próprio <input type="radio"/> Perigo para os outros <input type="radio"/> Necesita contenção física	

Avaliação durante Transporte	A - Via aérea	<input type="radio"/> T. Guedel <input type="radio"/> T. Nasof <input type="radio"/> TOT: Nivel ____ Data de Colocação: ____/____/____							
	B - Ventilação	<input type="radio"/> Espontânea	<input type="radio"/> Ventilação Invasiva			<input type="radio"/> Ventilação Não Invasiva			
			<input type="radio"/> VC	<input type="radio"/> PA	<input type="radio"/> PC	<input type="radio"/> CMV	<input type="radio"/> CPAP	<input type="radio"/> BPAP	
		Hora / Parâmetros	Vol./min	FiO ₂	PEEP	Pressão	IPAP	EPAP	Fuga
C - Circulação	Sinais Vitais								
	Hora	TA	FC	FR	Satp O2	Cap CO2	T.º	Glicémia	
D - Disfunção	Avaliação Pupilar		Escala de Coma de Glasgow						
	1 2 3 4 5 • ● ●● ●●● ●●●●		Abertura Ocular Espontânea 4 Sob comando 3 À dor 2 Nenhuma 1	Resposta Verbal Orientado 5 Confuso 4 Palavras inapropriadas 3 Sons incompreensíveis 2 Nenhuma 1	Resposta Motora Obedece a ordens 6 Localiza a dor 5 Reage em fuga 4 Reage em flexão 3 Reage em extensão 2 Nenhuma 1	OD: _____ OE: _____ Score: _____			
E - Exposição	Avaliação da Dor (assinalar com circulo) 0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima) Localização: _____ 								

Registo Livre

Hora de Chegada: ____/____

Equipa de Transporte Enfermeiro: _____ Médico: _____

Apêndice VI – Revisão da Literatura “Fisiologia do Movimento: que implicações no transporte terrestre da pessoa em situação crítica”

ANA PATRÍCIA LOPES DOS SANTOS¹
TIAGO MANUEL FERREIRA DO AMARAL²
SÓNIA ALEXANDRA DA SILVA FERRÃO³

FISIOLOGIA DO MOVIMENTO:

QUE IMPLICAÇÕES NO TRANSPORTE TERRESTRE
DA PESSOA EM SÍTUACÃO CRÍTICA?

L I S B O A
2 0 D E D E Z E M B R O D E
2 0 1 4

¹ Enfermeira na [REDACTED]; Aluna da ESEL no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

² Enfermeiro no [REDACTED]; Mestre na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

³ Professora Adjunta ESEL, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Comunitária e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Fisiologia do Movimento:

QUE IMPLICAÇÕES NO TRANSPORTE TERRESTRE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA?

INTRODUÇÃO

O transporte da pessoa em situação crítica é um processo inerente à prática de cuidados de Enfermagem no Pré-Hospitalar, Serviço de Urgência (SU) e nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Durante o transporte a pessoa em situação crítica tem um elevado risco de morbidade e mortalidade (Dunn, Gwinnutt & Gray, 2007). Este é uma situação potencialmente stressante, quer para a pessoa em situação crítica quer para a equipa de saúde, uma vez que o transporte quer primário quer secundário, expõem a pessoa a um ambiente não protegido.

Em vários artigos surge mencionada a importância de se avaliar o impacto das forças de aceleração-desaceleração no doente e alertam para que quando a decisão de transporte seja tomada tenha em conta os fatores que afetam a fisiologia cardio-respiratória. Porém em poucos artigos é abordada a influência do movimento na fisiologia do doente durante o transporte terrestre.

PALAVRAS-CHAVE

Transfer; Transport; Physiology; Hazards; Problems; Acceleratory forces; Critical ill; Critically ill; Patient; Aero-medical; Ground transport; Acceleration forces ; movement;; Hipotermia; noise; vibration; motion sickness.

METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica teve por base a obra de Martin (2001) que ajudou na definição das palavras-chave e foi realizada no período de 10 de Novembro a cinco de Dezembro, nas seguintes bases de dados eletrónicas: *B-on; ScienceDirect; Scopus; CINAHL; Medline with full text; Academic Search Complete; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Psychology and Behavioral Sciences Collection; MedicLatina; Library, Information Science & Technology Abstracts e Health Technology Assessments*. Por se encontrarem poucos documentos não foi fixado nenhum horizonte temporal.

A seleção dos artigos divulgados entre 1990 e 2013 foi baseada nos títulos e resumos utilizando os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais; escritos na língua inglesa, espanhola e portuguesa; acessíveis na íntegra e que continham dados comparativos entre o transporte aéreo e terrestre, estabeleciam uma comparação entre as forças de aceleração positivas e negativas e a influência no estado hemodinâmico e que propunham intervenções para fazer face às mesmas. Foram excluídos artigos que falavam exclusivamente do transporte aéreo ou que falavam do transporte neonatal.

RESULTADOS

Do total de artigos aos quais se aplicaram os critérios de inclusão e exclusão, resultaram 10 artigos relevantes para a elaboração do trabalho que foram lidos criteriosamente na íntegra. De um dos estudos foram consultadas as referências bibliográficas das quais emergiram mais dois artigos, perfazendo assim um total de 12 artigos.

No Transporte da pessoa em situação crítica existem diferentes perigos que podem colocar em risco a estabilidade hemodinâmica. Ao abordar a fisiologia do processo de transporte da pessoa em situação crítica, é importante ter em conta a existência de perigos em dinâmicos, onde se inclui como o principal a aceleração que pode ser positiva ou negativa, linear ou angular; e, os perigos estáticos que incluem a vibração, ruído e temperatura (Handy & Van Zwanenber, 2007).

PERIGOS DINÂMICOS E ESTÁTICOS DO TRANSPORTE TERRESTRE

Perigos Dinâmicos

A compreensão dos perigos dinâmicos associados ao transporte implica o conhecimento das leis do movimento de Isaac Newton⁴, isto porque a movimentação de um corpo expõe esse mesmo corpo a elementos físicos que desafiam a homeostasia do organismo. Se essas forças físicas forem aplicadas

⁴ Sir Isaac Newton, um cientista inglês que viveu entre 1643 e 1727, publicou, em 1687, uma importante obra chamada *Philosophiae Naturalis Principia Mathematica* (Secretaria de Estado da Educação, 2006).

a um organismo saudável este tem mecanismos de compensação que tornam imperceptíveis as consequências dessas mesmas alterações. Quando essas mesmas forças são aplicadas a um organismo que perdeu a capacidade de compensar e atenuar os efeitos causados por essas forças, alterações fisiológicas significativas podem ocorrer (Handy, 2005).

De forma a compreender a importância de todas as medidas que promovem a segurança da pessoa em situação crítica durante o seu transporte inter-hospitalar descrever-se-á de seguida as Leis do Movimento de Newton.

Newton a 1ª Lei – Princípio da Inércia: *“Todo corpo continua em seu estado de repouso ou de movimento uniforme em uma linha reta, a menos que ele seja forçado a mudar aquele estado por forças imprimidas sobre ele.”* (Villate, 2012, p. 56)

Esta lei é conhecida como o princípio da inércia, e afirma que se um corpo estiver em repouso continuará em repouso e se estiver em movimento, continuará o seu movimento em linha reta e a uma velocidade constante a menos que sejam aplicadas forças sobre ele. Esta lei é útil também para se perceber que quando surge uma travagem brusca num veículo, apesar de o carro ter parado, a pessoa que ocupa o veículo continua o seu movimento parando quando encontra outro objeto, daí que a utilização de cinto de segurança para manter a pessoa bem fixa à estrutura seja fundamental.

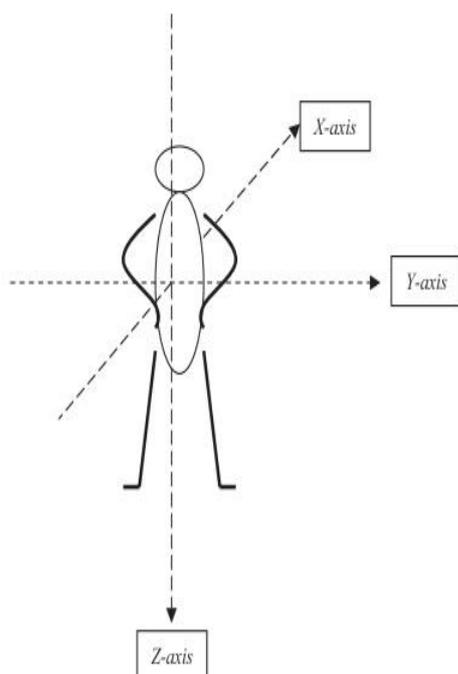
Newton a 2ª Lei – Princípio Fundamental da Dinâmica: *“A mudança na quantidade de movimento é proporcional à força motora impressa e faz-se na direção da linha reta segundo a qual a força motora é aplicada.”* (Villate, 2012, p. 57).

Esta lei é também chamada de princípio fundamental da dinâmica e explica o que acontece ao corpo quando a resultante das forças é diferente de zero. No caso do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica importa essencialmente salientar a importância do impulso que é uma força exercida sobre um objeto durante um determinado intervalo de tempo e que determina acelerações inferiores a um segundo, como se poderá considerar o início do movimento da ambulância que deve ser gradual e não brusco, pois

acelerações bruscas, como por exemplos as que acontecem durante um acidente de automóvel, causam frequentemente lesões graves e até a morte.

Newton a 3ª Lei – Princípio da Ação-Reação: “*A toda ação há sempre uma reação oposta e de igual intensidade: ou as ações mútuas de dois corpos um sobre o outro são sempre iguais e dirigidas em sentidos opostos.*” (Villate, 2012, p. 59).

A terceira lei de Newton, ou Princípio da Ação e Reação diz que a força representa a interação física entre dois corpos distintos ou partes distintas de um corpo. Se um corpo A exerce uma força num corpo B, o corpo B simultaneamente exerce uma força de mesma magnitude no corpo A, ambas as forças possuindo a mesma direção, contudo sentidos contrários. Isto é, a gravidade (G) terrestre expõe o ser humano a uma aceleração direta dirigida para o centro do planeta com uma magnitude de 1G, que resulta numa força conhecida como peso. Sempre que o corpo humano sofre a ação de uma força de aceleração ou desaceleração (aceleração negativa) surge inercia que é experienciada no sentido oposto ao do movimento. A ação da inercia não surge apenas como uma sensação de peso, mas também resulta na distribuição do sangue e órgãos, em que os seus efeitos fisiológicos vão depender do vetor na qual a força de aceleração atua no corpo (Handy, 2005).



Apesar de procurar dar exemplos de cada lei isoladamente, aquilo que se verifica é que em termos práticos as leis funcionam estão sempre as três a funcionar ao mesmo tempo. Assim, em termos hemodinâmicos se o corpo mantém o seu movimento numa linha reta constante (1ª lei) a menos que se exerçam sobre ele forças que o façam mudar de direção (2ª lei), os órgãos e os fluidos obedecem à 3ª lei de Newton e respondem com uma reação igual ou oposta à força de aceleração exercida sobre o corpo.

Figura 1 – Eixos através dos quais se exercem as forças de aceleração sobre o corpo humano. (Handy & Van Zwanenberg, 2007)

O corpo humano sofre forças de aceleração segundo diferentes eixos. Deste modo geral, as forças de aceleração-desaceleração podem acontecer segundo três eixos do corpo humano, conforme se pode ver na figura 1, num eixo antero-posterior (X-eixo), forças laterais no eixo de Y e forças paralelas à coluna vertebral (Z-eixo).

Tendo em conta as Leis do Movimento de Newton, ao longo dos diferentes eixos podem exercer-se forças positivas, isto é forças de aceleração, ou forças negativas, isto é forças de desaceleração. As forças de aceleração que se exercem no sentido cabeça-pés são consideradas forças positivas e aquelas que se exercem no sentido pés-cabeça são negativas. É ao longo do eixo de Z que o corpo humano é mais suscetível ao efeito das forças de aceleração-desaceleração do que nos restantes eixos (Handy, 2005; Handy & Van Zwanenberg, 2007).

Existem acelerações de longa duração, ou seja, mantidas durante vários segundos acima de 1G, que aumentam o peso dos objetivos e resultam em alterações fisiológicas, uma vez que os fluidos e os órgãos obedecem à 3ª lei e respondem com uma direção oposta mas de igual magnitude à aceleração que foi aplicada. E, existem acelerações de curta-duração, isto é, menos de um segundo de duração, como por exemplo as que ocorrem durante o embate de um veículo, frequentemente resultam em lesões graves e morte (Martin, 2001).

As acelerações de longa duração podem ser consideradas mais problemáticas quando as deslocações são efetuadas por transporte aéreo, embora em algumas situações os veículos de transporte terrestre possam igualmente experienciar aceleração de longa duração mas de magnitude inferior (Handy & Van Zwanenberg, 2007).

A aceleração de longa duração pode dividir-se em aceleração linear ou radial (angular). A aceleração linear consiste no aumento e diminuição da aceleração numa linha reta como a que se pode observar na figura 2. As acelerações angulares são mais frequentes no transporte aéreo, visto que as aeronaves têm liberdade de movimento em três eixos, e a aceleração radial dá-se devido a uma mudança na direção de movimento Figura 3. A força atua para

fora a partir do centro de uma trajetória circular, mas é visto como um aumento no peso do ocupante (Martin, 2001).

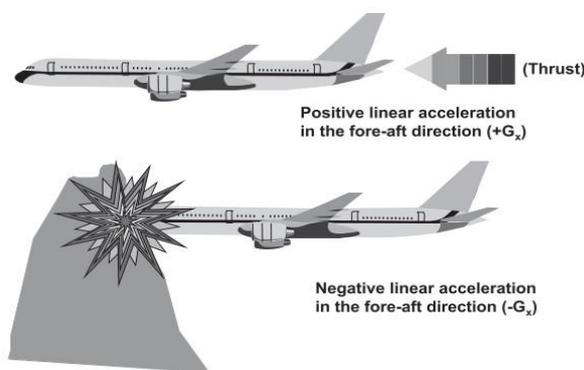


Figura 2 – Movimento de aceleração linear (Martin, 2001).

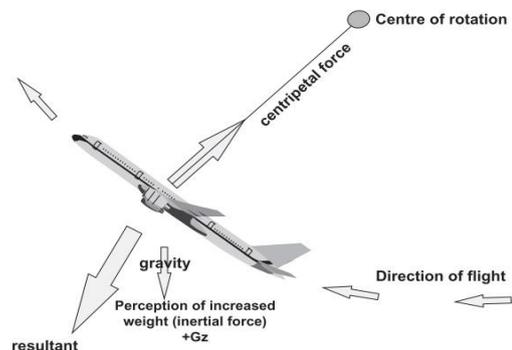


Figura 3 – Movimento de aceleração angular (Martin, 2001).

As consequências fisiológicas da aceleração angular são semelhantes à aceleração linear, embora nesta situação a equipa de saúde deve ter em atenção que o aumento do peso causado pelas forças de aceleração angulares faz com que consequentemente, os pesos de tração, e os monitores ou caixas de equipamentos que estiverem apoiados ou sobre o doente vão se tornar-se mais pesados (Handy & Van Zwanenberg, 2007).

Teoricamente num indivíduo saudável, poucas ou nenhuma consequências fisiológicas advém da exposição a forças de aceleração desaceleração mantidas e de magnitude igual a 1G quando este se encontra na posição de sentado e quando essas mesmas forças se exercem num eixo ântero-posterior (X-eixo) (Martin, 2001; Handy & Van Zwanenberg, 2007).

Nos casos em que se exercem forças de aceleração de longa duração ao nível do eixo Z (+G_{hz}) estas são sustentadas pelo organismo ocorrendo aumento da pressão hidrostática nos vasos abaixo do nível do coração e o retorno venoso é prejudicado. Assim pela lei de Starling – dentro de limites fisiológicos, o coração é capaz de ejetar todo o volume de sangue que recebe proveniente do retorno venoso, isto é, pode regular a sua atividade a cada momento, seja aumentando o débito cardíaco, seja reduzindo-o, de acordo com a necessidade do organismo – o débito cardíaco vai diminuir e desencadear respostas fisiológicas semelhantes às que ocorrem igualmente

em situação de choque hipovolémico. Assim surge taquicardia e vasoconstrição seletiva numa tentativa de manter a pressão arterial em valores adequados. Em níveis baixos de aceleração os efeitos hidrostáticos são mínimos e não devem ser um motivo de grande preocupação (Tate, Seeley, & Stephens, 2005).

Quando uma vítima é transportada numa ambulância deitada em decúbito dorsal é exposta a aceleração linear e a forças mantidas no eixo de Z no sentido pés-cabeça, os órgãos e fluidos como sangue são acelerados na direção da inercia (+Gz) que é a força que se exerce de forma oposta ao movimento resultando assim numa deslocação cefalo-caudal dos órgãos e do sangue. O movimento que desloca o sangue no sentido dos pés da pessoa em situação crítica provoca uma redução da pré-carga cardíaca, do débito cardíaco e da tensão arterial. Num indivíduo saudável esse feito ao nível do sistema cardiovascular é limitado pela existência de barorreceptores que detetam oscilações de pressão e desencadeiam mecanismos vasoconstritores compensatórios (Martin, 2001).

Na pessoa em situação crítica esses mecanismos de homeostasia estão frequentemente inibidos ou ausentes devido a perfusão endovenosa de fármacos ou a mecanismo fisiopatológicos pré-existent. Assim os efeitos das forças positivas exercidas no eixo Z (+Gz) e os seus efeitos a nível cardiovascular são particularmente relevantes no caso de doentes em choque hipovolémico ou submetidos a ventilação por pressão positiva, os efeitos da distribuição do sangue serão mais evidentes. Isto devido ao efeito físico causado pela hipovolémia, agravada pela pressão intratorácica aumentada – devido à ventilação por pressão positiva – que reduz o gradiente de pressão venosa e conseqüentemente a distribuição sanguínea a partir da parte inferior do corpo para a cavidade torácica e conseqüentemente reduz a pré-carga cardíaca (Handy, 2005).

Desde que não existam contra-indicações, todos os doentes devem ter a sua volémia otimizada antes da transferência com o objetivo “*well filled*”. Porém há que ter em consideração que a hipotensão pode ser prolongada para além do período de aceleração, mas deve ter-se cuidado com a sobrecarga de fluido

devido aos problemas fisiológicos que podem ser precipitados aquando dos efeitos contrários que surgem durante a desaceleração. Deve ter-se ainda em consideração que a redução do débito cardíaco irá afetar também a oxigenação devido à perfusão pulmonar reduzida, o que irá resultar numa alteração no rácio ventilação/perfusão (Handy, 2005).

Deste modo, deve garantir-se previamente ao transporte a instituição de medidas que reduzam a possibilidade deste efeitos, como a otimização da ventilação garantindo uma boa adaptação do doente à modalidade ventilatória, tornando assim a transferência inter-hospitalar segura para a pessoa (Runcie, Reeve, & Wallace, 1992; Uusaro, Parviainen, Takala, & Ruokonen, 2002).

Quando há um compromisso na perfusão cerebral podem surgir situações de perda de visão periférica ou perda de visão, mas mantendo a consciência ou perda de consciência – fenómenos mais frequente no transporte aéreo. Os efeitos de diminuição do fluxo sanguíneo cerebral no doente crítico podem ser ocultados, devido à utilização de sedação, mas as sequelas podem ser significativas no caso de uma lesão cerebral pré-existente ou uma lesão secundária pode ser exacerbada. Importante é ainda referir que após um período de reduzida perfusão cerebral, podem surgir convulsões após o retorno do fluxo de sangue para o cérebro (Whinnery & Forster, 2013).

Uma manobra simples para limitar as consequências da redistribuição de sangue e os seus efeitos é a elevação dos membros inferiores da pessoa em situação crítica durante a aceleração reduzindo, assim, o efeito da inercia no eixo de Z (Handy, 2005).

Importa ainda referir os efeitos da exposição da pessoa em situação crítica aos efeitos da aceleração negativa ou seja desaceleração (-Gz). Mais uma vez recorrendo aos estudos efetuados na industria da aviação, os efeitos -Gz são semelhantes à sensação de ficar pendurado de cabeça para baixo durante um período de tempo, em que surge uma sensação de congestionamento ao nível da cabeça e pescoço surgindo cefaleias em seguida. Daí pode ainda advir uma condição denominada de “*red-out*” – a percepção do campo visual adquire tonalidades de vermelho devido ou ingurgitamento sangue ao nível do olho e da retina ou da pálpebra inferior.

hemorragias cerebrais, oculares e cutâneas têm sido relatadas contribuindo para o aumento da pressão intracraniana (PIC). Nos doentes com lesão cerebral pré-existente podem já ter esgotado os sistemas normais para compensar e manter a PIC em valores normal e, conseqüentemente, pequenos aumentos no fluxo sanguíneo cerebral podem resultar em aumentos rápidos da PIC com agravamento da lesão neurológica (Harding & Goode, 2003; Handy, 2005; Whinnery & Forster, 2013)

Quando o fluxo sanguíneo é redistribuído no sentido pés-cabeça novamente, as alterações cardiovasculares surgem rapidamente, nomeadamente aumento da pré-carga, o que nos doentes com alterações prévias da função cardíaca pode predispor para o aparecimento de arritmias cardíacas, edema pulmonar ou paragem cardio-respiratória. A pessoa em situação crítica a receber elevadas doses de vasopressores ou agentes inotrópicos corre um risco elevado de sofrer as alterações referidas anteriormente. Porém para minimizar os efeitos referidos anteriormente pode adotar-se uma medida simples como, elevação do tronco em *fowler* 45° o que limita a ação das forças ao nível do eixo Z.

As forças Gz referidas anteriormente têm também efeito nos doente com fraturas ao nível da coluna vertebral, devido à percepção do aumento de peso que se exerce ao longo do eixo de Z e por outro lado, estão também associadas ao risco de refluxo e aspiração de conteúdos gástricos, nomeadamente durante a exposição a forças -Gz. Medidas prévias ao transporte podem ser aplicadas para procurar minimizar estes efeitos, nomeadamente aspiração do conteúdo gástrico pela sonda nasogástrica antes da transferência (Handy, 2005).

Pode-se presumir que a exposição a forças de aceleração serão maiores durante a transferência aérea mas, na realidade, estas têm um início gradual e previsível. Enquanto as transferências terrestres são caracterizadas por mudanças frequentes e muitas vezes rápidas na aceleração, travagens bruscas que produzem forças de aceleração negativas agudas e que são particularmente perigosas para o cérebro ou para lesões vertebro medulares. Contudo a prevenção deve ser acima de tudo, procurar limitar os picos de

aceleração e desaceleração, com recurso a uma velocidade contínua lenta para evitar estes efeitos previsíveis sobre o doente, sendo desejável uma transferência suave em todos os momentos (Handy, 2005).

Perigos Estáticos

Consideram-se perigos estáticos, a vibração, o ruído, a temperatura e há autores que consideram ainda o enjoo do movimento.

Vibração

A vibração consiste em movimento inerente aos corpos dotados de massa e elasticidade, são forças alternadas e oscilantes que são sentidas pelos ocupantes de um veículo que variam de duração e intensidade de acordo com o meio de deslocação, terrestre ou aéreo. Num transporte terrestre a fonte principal de vibração é o pavimento e a suspensão do veículo (Harding & Goode, 2003; Coffin, Kelley, Shin, & Wong, 2012).

Pelo facto de o corpo humano possuir características de inércia e elasticidade que lhe conferem valores de frequência natural distintos para cada uma das suas partes, se uma frequência externa coincide com a frequência natural do sistema, ocorre a ressonância, traduzida numa amplificação do movimento dessa mesma parte do corpo. A frequência de ressonância é a mais nociva para o corpo humano, pois, quando o corpo entra em ressonância, amplifica a vibração que recebe. Assim, a energia vibratória associada a esse efeito é absorvida pelo corpo, como consequência da atenuação promovida pelos tecidos e órgãos (Soeiro, 2011).

Apesar de existem vibrações de Corpo inteiro e vibrações das extremidades, para o presente trabalho importa abordar as vibrações de de corpo inteiro, pois são estas as que estão presentes no transporte da pessoaem situação crítica, uma vez que são vibrações transmitidas ao corpo como um todo, geralmente por meio da superfície de suporte, tal como pé, costas, nádegas da pesso quanto está sentada, ou na área de suporte de uma pessoa reclinada. Habitualmente são de baixa frequência e situam-se na faixa de 1 a 80 Hz, mais especificamente de 1 a 20 Hz (Soeiro, 2011).

As frequências que causam maiores danos em termos da fisiologia do doente situam-se entre 0.1 e 40Hz (Martin, 2003). Isto porque nas vibrações de muito baixas frequências (inferiores a 1 Hz) o mecanismo de ação destas vibrações centra-se nas variações de aceleração provocadas no aparelho vestibular do ouvido, sendo responsáveis pelo enjoo do movimento (Soeiro, 2011). As vibrações de baixas e médias frequências de 1 a 40Hz correspondem a perturbações de tipos diferentes, nomeadamente patologia ao nível da coluna vertebral; perturbações ao nível do aparelho digestivo (ex. dores abdominais), perturbações visuais, nomeadamente diminuição da acuidade visual, alterações na função respiratória e, mais raramente perturbações na função cardiovascular.

De um modo global os efeitos da vibração levam ao aumento da atividade muscular, aumento do metabolismo, vasoconstrição com consequente redistribuição de sangue nas extremidades. Numa fase inicial, o aumento da atividade muscular leva ao aumento da produção de calor, mas que é perdido por radiação, transpiração e respiração. O aumento no metabolismo leva a uma maior demanda de oxigénio e a vasoconstrição pode igualmente causar problemas no transporte de oxigénio a nível celular o que consequentemente contribui para o agravamento da hipoxia. Associado às forças vibratórias surge também o desconforto e a fadiga causada pelo esforço do doente em sustentar o equilíbrio do corpo (Harding & Goode, 2003; Martin, 2003).

As frequências baixas podem causar visão turva, falta de ar, enjoo do movimento e dor torácica ou abdominal que podem afetar não apenas o doente mas também a equipa responsável pelo transporte. As alterações causadas pela vibração ao nível da musculatura ocular podem causar dificuldades na focagem dos objetos (Klegraefe, 2010). Os locais de fraturas, mesmo que imobilizados podem tornar-se dolorosos, pode ser difícil palpar pulso, os elétrodos, sensores, tubos endotraqueais, dispositivos intravenosos e/ou linha arterial pode exteriorizar-se ou deslocar-se e a obtenção de novo acesso venoso está também dificultada (Martin, 2003).

Por outro lado, a oscilação interfere ainda com os equipamentos, nomeadamente no caso de ser necessária monitorização cardíaca e durante situações clínicas que necessitem de aplicação de pás de *pacemaker* externo e a avaliação da pressão arterial não invasiva não é fiável (Runcie et al., 1990).

Para além dos problemas referidos anteriormente, deve ainda ser tido em conta que quando há exposição pessoa a vibração moderada ocorre um aumento do índice metabólico que interfere com a capacidade natural de regulação térmica do organismo causando vasoconstrição e a diminuição da sudorese. Consequentemente, o doente já em hipertermia pode perder a capacidade de arrefecimento e por outro lado, a vibração pode agravar a hipotermia já numa pessoa hipotérmica (Martin, 2001).

Face aos potenciais problemas que advêm da vibração, a equipa de saúde responsável pela preparação e transporte do doente tem de avaliar a necessidade de sedação e analgesia prévia ao transporte. No que respeita à oscilação por efeito de forças como a vibração nada pode ser feito pela equipa de saúde para a eliminar, porém podem ser adotadas medidas para minimizar os efeitos da mesma, tal como, almofadas que possam absorver a energia e/ou acolchoamento adequado na maca; e, os ocupantes do veículo devem ser firmemente mas confortavelmente contidos, através da utilização de cintos de segurança. Porém, deve igualmente questionar os parâmetros do monitor e apostar na observação física do doente tendo ainda em conta que fatores como a fraca luminosidade podem interferir nessa mesma observação (Runcie et al., 1990; Martin, 2003).

Temperatura

A relação próxima entre a vibração e a temperatura deve ser tida em conta pelo facto de ambas interferirem com o estado hemodinâmico do doente. O hipotálamo é responsável pela termorregulação através do sistema nervoso autónomo e sistema neuroendócrino, sendo que na pessoa em situação crítica essa regulação está muitas vezes comprometida (Tate et al., 2005). A produção de calor dá-se por ingestão de alimentos, metabolismo e atividade muscular. No doente crítico o metabolismo está aumentado devido à influência

da epinefrina ou ao aumento do consumo de oxigénio pela situação de *stress* e doença que está a vivenciar (Harding & Goode, 2003).

Deste modo, existem variáveis que podem afetar a temperatura relacionadas com a mudança para um ambiente mais frio do que aquele em que a pessoa em situação crítica está, situações clínicas que predispõem para a hipotermia – hipotiroidismo, Trauma medular ou lesão cerebral major – e diminuição da temperatura causada pelo efeito da vibração sobre o organismo, conforme visto anteriormente. Quando se planeia o transporte há que ter em conta se o ambiente de chegada estará mais frio do que o de origem e avaliar a necessidade de cobertores ou manta térmica extra. No caso da pessoa em situação crítica já se encontrar previamente hipotérmica, esta deve ser aquecida antes de ser exposta ao ambiente exterior para ser transportada (Martin, 2001).

Assim sendo, o controlo da temperatura pode efetuar-se através da minimização da vibração e mobilização excessiva do doente, temperatura em que os fluidos são infundidos, recurso a cobertores aquecidos ou utilização de mantas térmicas e à climatização da ambulância.

Ruído

O ruído caracteriza-se pela vibração do ar que produz som, sendo um som alto e desconfortável de acordo com o grau de tolerância de cada pessoa (Harding & Goode, 2003). Este pode ser um perigo não apenas para o doente, mas também para a equipa de saúde responsável pelo transporte pois pode interferir na prestação de cuidados. Quanto maior a exposição ao ruído maior é a intolerância para o mesmo e conseqüentemente pode resultar em desconforto auditivo, deterioração no desempenho de tarefas, cefaleias, fadiga, náuseas ou vertigens (Martin, 2001).

Este interfere ainda com a comunicação e se for intenso invalida a utilização de estetoscópio desde modo é necessários estar atendo à observação física do doente quanto aos parâmetros vitais do mesmo. É assim necessário prestar igualmente atenção aos alarmes que podem não ser audíveis (Martin, 2003).

Este é um aspeto para a qual a equipa poderá estar desperta mas nada há a fazer, a não ser, a utilização de auscultadores no caso do transporte aéreo (Martin, 2003).

Enjoo do Movimento

Os indivíduos de modo global variam na resposta que dão face ao estímulo do movimento, podendo surgir o enjoo do movimento quando a visão e a perceção do estímulo vestibular de movimento estão em conflito – Teoria do Conflito Sensorial (Martin, 2003).

A incidência do enjoo do movimento atinge um pico no final da infância e tende a declinar com a maturidade. As mulheres são mais afetadas do que homens, e existe um número conhecido de fatores que podem precipitar ou agravar os sintomas, tais como: ansiedade, movimentos inesperados, movimentos oscilatórios de baixa frequência (0.1-0.8Hz), ambiente quente ou abafado, visão ou o cheiro de comida, visão ou cheiros desagradáveis, existência de náuseas prévia ao transporte, distensão gástrica, íleos e medicamentos cujo efeito secundário seja náuseas e vômitos. A prevenção é muito mais eficaz do que o tratamento (Martin, 2003).

Nos indivíduos saudáveis a prevenção pode ser efetuada através de: uma dieta sensata antes do transporte e reduzir o conflito sensorial, quer por fixação do olhar do lado de fora do veículo, ou ainda ficar deitado com a cabeça e os olhos fechados; os anti-eméticos podem ser úteis para os mais sensíveis, porém muitas classes de medicamentos têm sido utilizados, mas nenhuma é significativamente mais eficaz e a maioria tem efeitos colaterais indesejáveis que limitam seu uso (Martin, 2001).

No caso da pessoa em situação crítica, cuja condição pode ser agravada ou comprometida por vômitos deve considerar-se a entubação orogástrica ou nasogástrica deixada em drenagem livre; recurso a anti-eméticos; certificar-se da existência de um aspirador de sucção disponível para evitar aspiração e obstrução da via aérea em caso de vômito (Martin, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transporte da pessoa em situação crítica existem diferentes perigos, dinâmicos, como as forças de aceleração positiva ou negativa e, os perigos estáticos como a vibração, ruído, temperatura e enjoo do movimento que podem colocar em risco a estabilidade hemodinâmica. O conhecimento sobre a influência dos mesmos na fisiologia da pessoa em situação crítica permite a implementação de intervenções que promovem um transporte seguro.

O acionamento do transporte primário ou secundário da pessoa em situação crítica, implica a mobilização de toda uma série de mecanismos que funcionando de forma articulada permitem que este decorra sem intercorrências. De uma forma global as intervenções realizadas previamente ao transporte com o objetivo de estabilizar o doente, destinam-se a assegurar a manutenção do ABC, isto é *airway* (via aérea), *breathing* (ventilação) e *circulation* (circulação) e administração de medicação necessária prévia ao início do transporte (ex. sedação) avaliada caso a caso.

LIMITAÇÕES

Consideram-se como limitações a existência de poucos artigos sobre a temática do transporte terrestre da pessoa em situação crítica e a não inclusão de artigos sobre a fisiologia do movimento e a sua influência no transporte neonatal cujo conteúdo poderia de alguma forma enriquecer o trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- Coffin, S., Kelley, J., Shin, D., & Wong, G. (2012). *Defensive Surface Roadway Vibration Dampening Inertia Wave*. (Grau de Bacharel em Ciências) Worcester Polytechnic Institute. Retirado de: https://www.wpi.edu/Pubs/E-project/Available/E-project-042912-214341/unrestricted/DRIVE_IQP_Final.pdf
- Dunn, M. J. G., Gwinnutt, C. L., & Gray, a J. (2007). Critical care in the emergency department: patient transfer. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 24(1), 40–4. doi:10.1136/emj.2006.042044
- Handy, J. M. (2005). The physiological effects of transferring critically ill patients. *Clinical Intensive Care*, 16(2), 65–69. doi:10.1080/09563070500151371

- Handy, J. M., & Van Zwanenberg, G. (2007). Secondary transfer of the critically ill patient. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 18(5-6), 303–310. doi:10.1016/j.cacc.2006.11.003
- Harding, J., & Goode, D. (2003). Physical stresses related to the transport of the critically ill: optimal nursing management. *Australian Critical Care*, 16(3), 93–100. doi:10.1016/S1036-7314(03)80006-1
- Klegraefe, N. (2010). *Force Plate Reliability and Dynamics for Ambulance Suppression*. (Grau de Bacharel em Ciências) Worcester Polytechnic Institute. Retirado de: https://www.wpi.edu/Pubs/E-project/Available/E-project-042810-110012/unrestricted/Force_Plate_MQP_Final_2010.pdf
- Martin, T. (2001). Physiology of Patient Movement. In Greenwich Medical Media Limited (Ed.), *Handbook of Patient Transportation* (pp. 13–44). London.
- Martin, T. E. (2003). Clinical aspects of aeromedical transport. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 14(3), 131–140. doi:10.1016/S0953-7112(03)00036-X
- Runcie, C. J., Reeve, W. R., & Wallace, P. G. M. (1992). Preparation of the critically ill for interhospital transfer. *Anaesthesia*, 47(October 1991), 327–331.
- Runcie, C. J., Reeve, W., Reidy, J., & Dougall, J. R. (1990). A comparison of measurements of blood pressure, heart-rate and oxygenation during inter-hospital transport of the critically ill. *Intensive Care Medicine*, 16(5), 317–322. doi:10.1007/BF01706357
- Secretaria de Estado da Educação. (2006). *Física Ensino Médio* (2a ed.). Curitiba: Secretaria do Estado da Educação.
- Soeiro, N. S. (2011). Vibrações e o Corpo Humano: uma avaliação ocupacional. In *I Workshop de Vibrações e Acústica* (pp. 1–10).
- Tate, P., Seeley, R. R., & Stephens, T. D. (2005). *Anatomia & Fisiologia* (6a ed.). Lusodidacta.
- Uusaro, A., Parviainen, I., Takala, J., & Ruokonen, E. (2002). Safe long-distance interhospital ground transfer of critically ill patients with acute severe unstable respiratory and circulatory failure. *Intensive Care Medicine*, 28(8), 1122–5. doi:10.1007/s00134-002-1348-9
- Villate, J. E. (2012). *Física 1 Dinâmica*. Porto: Creative Commons.
- Whinnery, T., & Forster, E. M. (2013). The +Gz-induced loss of consciousness curve. *Extreme Physiology & Medicine*, 2(1), 19. doi:10.1186/2046-7648-2-19

**Apêndice VII – Plano de Sessão “Fisiologia do Movimento: que
Implicações no Transporte Terrestre da Pessoa em Situação
Crítica”.**

PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema: Fisiologia do Movimento: Que implicações no Transporte Terrestre da Pessoa em Situação Crítica?

Data: 17 de Dezembro de 2014

Hora: 16h45

Local: Base VMER [REDACTED]

Duração: 60 min.

Grupo Alvo: Profissionais de Saúde

Objetivo geral: Conhecer a influência do movimento no estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica durante o transporte terrestre.

Objetivos específicos:

- Identificar as leis de Newton e a sua importância no transporte da pessoa em situação crítica.
- Identificar os perigos dinâmicos e estáticos subjacentes ao transporte terrestres da pessoa em situação crítica.
- Evidenciar as intervenções especializadas de enfermagem no transporte da pessoa em situação crítica.
- Promover a discussão entre pares, com vista à reflexão e melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica durante o transporte.

DESCRIÇÃO DAS FASES (sumário)		ESTRATÉGIAS		DURAÇÃO	
		Mét./Técni.	MAV	Em minutos	
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos formadores - Apresentação do tema e dos objetivos 		Método Expositivo	Computador e projetor	5'
Desenvolvimento/Conteúdos	Perigos Dinâmicos	Leis de Newton	Método Expositivo e Interativo	Computador e projetor	25'
		Eixos sobre as quais atuam as forças de aceleração-desaceleração			
		Forças de Aceleração-Desaceleração			
		Influência fisiológica das forças de aceleração-desaceleração			
		Intervenção Enfermagem			
	Perigos Estáticos	Vibração	Método Expositivo e Interativo		
		Temperatura			
		Ruído			
		Enjoo do Movimento			
		Intervenção Enfermagem			
Estudos de Caso Realizados		Método Expositivo		15'	
Conclusão	- Considerações finais		Método Reflexivo	Computador e projetor	5'
	- Discussão/avaliação em grupo		Método Interrogativo		10'

FOLHETO DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO



Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica

FISIOLOGIA DO MOVIMENTO: QUE IMPLICAÇÕES NO TRANSPORTE TERRESTRE DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.

17 de Dezembro de 2014

às 16:45

Base da [REDACTED]
[Hospital de [REDACTED]]



"No Transporte da pessoa em situação crítica existem diferentes perigos que podem colocar em risco a estabilidade hemodinâmica."

Handy & Zwanenberg (2007)

Mestrando: Ana Patrícia Santos

Docente: Prof. Sónia Ferrão

Enf. ° Orientador: Tiago Amaral

POWERPOINT APRESENTADO NA SESSÃO



Unidade Curricular Estágio com Relatório

4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



**Fisiologia do Movimento:
Que Implicações no Transporte
Terrestre da Pessoa em Situação
Crítica?**

Ana Patrícia Santos Dezembro de 2014



“O risco de transporte envolve (...) o risco clínico, que depende dos factores que afectam a fisiologia cárdio-respiratória e a fiabilidade da monitorização – efeitos das vibrações e das possíveis mudanças de temperatura – e o risco de deslocação (aceleração-desaceleração, risco de colisão, todos eles elevando-se, significativamente, com a velocidade)”

(Comissão da Competência em Emergência Médica, 2008:16)

Leis do Movimento de Newton



VOCÊ É PREGUIÇOSO.

NÃO ESTOU CONDUZINDO UMA EXPERIÊNCIA CIENTÍFICA.

PREGUIÇOSO.

ESTOU TESTANDO A PRIMEIRA LEI DA FÍSICA.

PREGUIÇOSO, PREGUIÇOSO, PREGUIÇOSO!

“CORPOS EM REPOUSO TENDEM A PERMANECER EM REPOUSO.”

Leis do Movimento de Newton

1ª Lei – Princípio da Inércia

“Todo corpo continua em seu estado de repouso ou de movimento uniforme em uma linha reta, a menos que seja obrigado a mudar aquele estado por forças impressas sobre ele”.

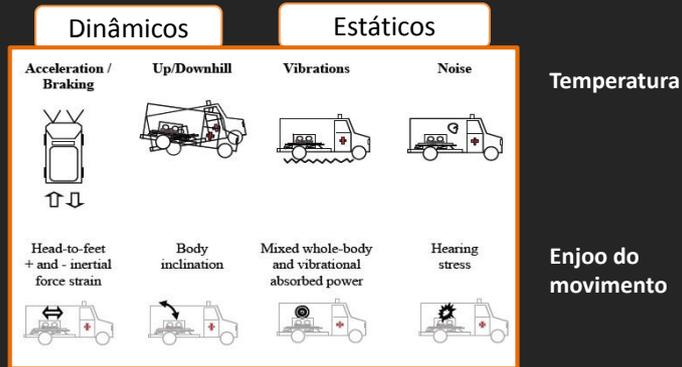
2ª Lei – Princípio fundamental da Dinâmica

3ª Lei – Princípio da Ação-reação

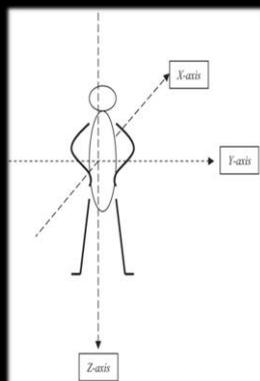


“... a força de reação é sempre igual e dirigida em sentidos opostos”.

Perigos do Transporte Inter-Hospitalar

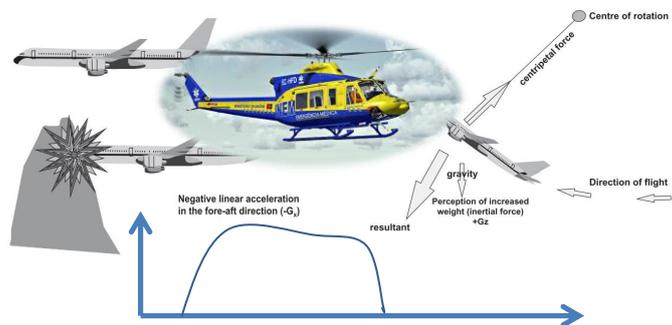


A ação da inércia:



- sensação de peso
- distribuição do sangue e órgãos
- efeitos fisiológicos dependem do vetor na qual a força de aceleração atua no corpo.

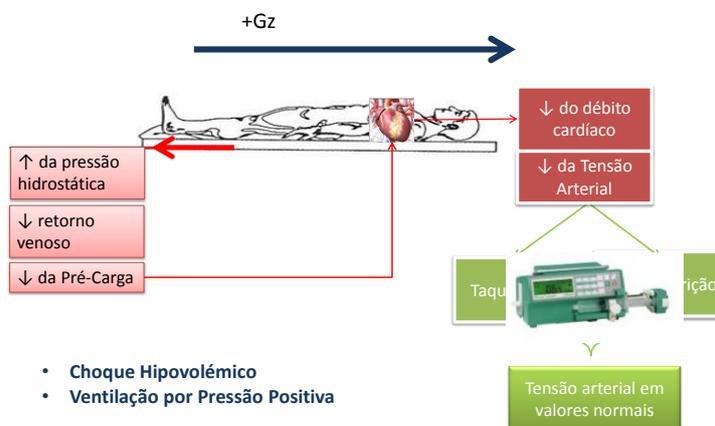
Forças de Aceleração-Desaceleração



Forças de Aceleração-Desaceleração



Forças de Aceleração



Medidas Prévias ao Transporte

- Otimizar a Volémia;

Assegura adequado Rácio ventilação - perfusão



A desaceleração pode precipitar uma sobre carga de fluido pelo mecanismo contrário

- Otimizar a ventilação

– Garantir que a modalidade ventilatória é a adequada para o doente;

Forças de Aceleração

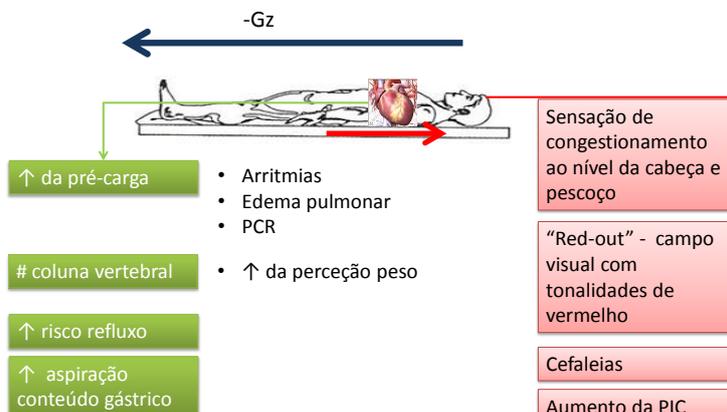


“ (...) após um período de reduzida perfusão cerebral, podem surgir convulsões após o retorno do fluxo de sangue para o cérebro (...)”

(Whinnery & Forster, 2013)

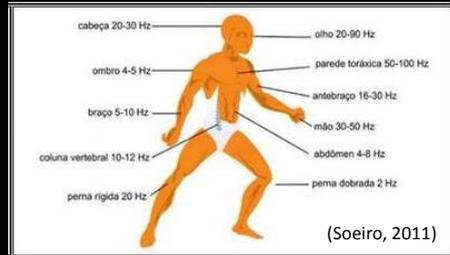
“ (...) manobra simples para limitar as consequências da redistribuição de sangue e os seus efeitos é a **elevação dos membros inferiores** durante a aceleração **reduzindo**, assim, o efeito da inercia no eixo de Z (...)”
(Handy, 2005)

Forças de Desaceleração



Perigos Estáticos

- **Vibração** Frequência Externa = Frequência natural do organismo



Ressonância

é a mais nociva para o corpo humano. Quando o corpo entra em ressonância, amplifica a vibração que recebe.

As frequências que causam maiores danos em termos da fisiologia do doente situam-se entre 0.1 e 40Hz.

(Martin, 2003)



Vibração

- aumento da atividade muscular

▪ Produção de calor:

- Transpiração;
- Radiação;
- Respiração

- aumento do metabolismo

▪ ↑ necessidades de Oxigénio

- vasoconstrição com consequente redistribuição de sangue nas extremidades;

▪ Agravamento da hipóxia

- Desconforto e fadiga - esforço do doente em sustentar o equilíbrio do corpo.

(Harding & Goode, 2003 e Martin, 2003)

Vibração



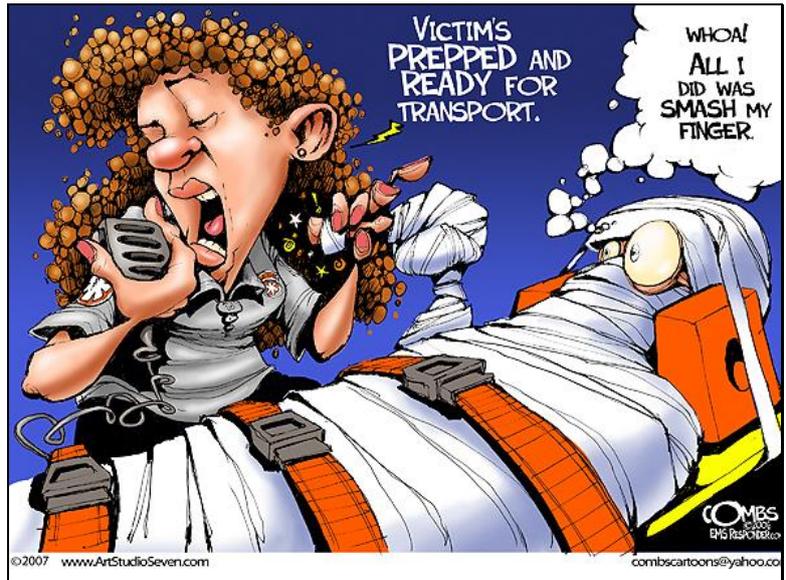
- Frequências baixas podem causar visão turva e enjoo do movimento;
- Dificuldade em focar os objetos;

(Klegraefe, 2010)

- Locais de # podem tornar-se dolorosos
- Risco de exteriorização de dispositivos vasculares, tubo endotraqueal ou drenagens

(Runcie, Reeve, Reidy, & Dougall, 1990)





Intervenção

Minimizar a atuação das forças no eixo de Z



Minimizar os efeitos da vibração



Perigos Estáticos

- Temperatura:
 - Mudança de ambiente
 - Situações que predisõem para hipotermia:
 - Hipotiróidismo
 - Trauma medular
 - Lesão cerebral major
 - ↓ pelo efeito da vibração



Perigos Estáticos

- Ruído
 - Quanto maior a exposição maior a intolerância ao mesmo.



Perigos Estáticos

- Enjoo do Movimento

... quando a visão e a percepção do estímulo vestibular de movimento estão em conflito – Teoria do Conflito Sensorial... (Martin, 2003)

- Quando o doente colabora:
 - Fixar o olhar de fora do veículo;
 - Ficar deitado de costas com os olhos fechados;
 - Administração de anti-eméticos
- Na Pessoa em Situação crítica:
 - Sonda Naso/Orogastrica em drenagem livre
 - Recurso a anti-eméticos se adequado

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Situação de Cuidados

Ackley & Ladwig (2011)

Herdman (2012)

Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner (2013)

Situação de Cuidados

- Sexo masculino.
- 80 anos
- Antecedente Pessoais:
 - FA Crónica,
 - AVC isquémico (2 episódios) - hemiparesia esquerda,
 - HTA,
 - Anemia em Estudo.
- Medicação habitual: Carvedilol, Amlodipina, Varfin,

Situação de Cuidados

- À observação:
 - Calmo e colaborante nos cuidados,
 - Glasgow de 15
 - Via aérea patente;
 - Eupneico com respiração de 11cpm
 - Cansaço fácil a pequenos esforços
 - SpO2 de 98% em ar ambiente
 - Pele e mucosas muito pálidas e secas,
 - TA de 71/49mmHg FC de 100bpm
 - Diminuição da força nos Membros inferiores.
- Refere que tem evacuado melenas desde há 1 semana e que desde à 2 dias as dejeções têm sido em maior quantidade.

Diagnósticos e Intervenções Enfermagem



- **Volume de Líquidos deficiente, relacionado com, perda ativa de volume de fluidos**
- **Risco de perfusão tecidual ineficaz, relacionado com mobilização do doente (forças de aceleração/ desaceleração)**



Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

- **Débito Cardíaco diminuído, relacionado com, volume de ejeção alterado**
- **Risco de perfusão tecidual ineficaz, relacionado com mobilização do doente (forças de aceleração/desaceleração)**

Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

- **No Local – Prévio ao Transporte**
 - Avaliação de Parâmetros Vitais
 - Punção venosa com acesso de calibre adequado (>18G);
 - *Fluid challenge* (\approx 400ml) até TA 95/52;
 - Monitorização da FC – volémia compensada, cessação de taquicardia compensatória;

- Otimizada a volémia
- Diminuição dos Efeitos +Gz a nível cardíaco

Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

- **No Local – Prévio ao Transporte**

- Colheita de sangue – hemograma, coagulação, bioquímica e para tipagem;
- Reforço da fixação de acesso venoso periférico.
- Vigiar perfusão das extremidade.

- Diminuição do Risco de Exteriorização de acesso vascular

- Vigiar efeitos da vibração

Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

• Durante transporte

- Administração de O₂ até SpO₂ acima de 96%;
- Monitorização contínua de ECG e oximetria periférica;
- Elevação do tronco em Fowler 45°;
- Negociar com condutor objetivo de velocidade a manter

- Otimizar ratio Ventilação/Perfusão
- Vigilância do estado hemodinâmico

- Diminuição do efeito das forças de aceleração +Gz

Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

• Durante Transporte

- Manter soroterapia em curso;
- Vigiar correto manuseamento do sistema EV.
- Vigilância do padrão respiratório.

- Otimizar a volémia
- Diminuição dos Efeitos +Gz a nível cardíaco
- Vigilância de efeito de forças -Gz

Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

- **Risco de desequilíbrio na temperatura corporal, relacionado com:**
 - Alteração no metabolismo
 - Exposição a temperatura ambiente extrema



Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

- **No local – Prévio ao Transporte**

- Estado geral emagrecido

- Factor que predispõe para a Hipotermia

- Manter o doente com a sua roupa vestida desde que permita fácil acesso ao toráx;

- Minimizar perdas de calor

- Colocação de manta térmica;

Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

- **Durante o Transporte**

- Aquecer o doente com cobertores;

- Ajustar a temperatura ambiente (habitáculo da ambulância) às necessidades do doente;

- Monitorizar alterações na temperatura;

- Transportar o doente com recurso à utilização de dispositivos que produzem calor

- Minimizar perdas de calor
- Intervir evitando a hipotermia

Diagnósticos e intervenções de Enfermagem



- **Risco de hemorragia, relacionada com,**

- Distúrbio gastro-intestinal;

- Efeito secundários relacionado com tratamento (medicação anti coagulante oral)

Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

- No local – Prévio ao Transporte e Durante o Transporte
 - Monitorizar estado hemodinâmico;
 - Monitorizar agravamento do estado de choque hipovolémico;
 - Protelada entubação Naso gástrica por se desconhecer valor INR atual
 - Valor anterior conhecido de 3,4



Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

- **Processos familiares interrompidos, relacionado com mudança no estado de saúde de um elemento da família**

Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

- Dar suporte emocional;
- Incluir a família nos cuidados;
- Explicar a situação clínica tendo em conta a capacidade de compreensão do familiar;
- Intervir promovendo a segurança do familiar;

Diagnósticos e intervenções de Enfermagem

- Informar qual o Hospital para onde o doente será encaminhado.
- Fornecer contacto do Hospital de Destino;
- Solicitar número telefone familiar por forma a assegurar continuidade de cuidados.

Obrigada!





Bibliografia

- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2011). *Nursing outcomes classification (NOC) : measurement of health outcomes* (9ª ed., p. 931). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2013). *Nursing interventions classification (NIC)*. (Elsevier, Ed.) (6ª ed., p. 608). St. Louis.
- Coffin, S., Kelley, J., Shin, D., Wong, G., Interactive, A., Project, Q., & Fofana, M. S. (2012). Defensive Surface Roadway Vibration Dampening Inertia Wave, (May).
- Comissão da Competência em Emergência Médica. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Lisboa.
- Dunn, M. J. G., Gwinnutt, C. L., & Gray, a J. (2007). Critical care in the emergency department: patient transfer. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 24(1), 40–4. doi:10.1136/emj.2006.042044
- Handy, J. M. (2005). The physiological effects of transferring critically ill patients. *Clinical Intensive Care*, 16(2), 65–69. doi:10.1080/09563070500151371
- Handy, J. M., & Van Zwanenberg, G. (2007). Secondary transfer of the critically ill patient. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 18(5-6), 303–310. doi:10.1016/j.cacc.2006.11.003
- Harding, J., & Goode, D. (2003). Physical stresses related to the transport of the critically ill: optimal nursing management. *Australian Critical Care*, 16(3), 93–100. doi:10.1016/S1036-7314(03)80006-1
- Herdman, T. H. (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definition & Classification 2012-2014*. (Wiley-Blackwell, Ed.) (p. 533). Oxford.



Bibliografia

- Klegraefe, N. (2010). *Force Plate Reliability and Dynamics for Ambulance Suppression*. Worcester Polytechnic Institute.
- Martin, T. (2001). Physiology of Patient Movement. In Greenwich Medical Media Limited (Ed.), *Handbook of Patient Transportation* (pp. 13–44). London.
- Martin, T. E. (2003). Clinical aspects of aeromedical transport. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 14(3), 131–140. doi:10.1016/S0953-7112(03)00036-X
- Newton, Isaac, *Principia: princípios matemáticos de filosofia natural*. Trad. Triste Ricci...[et.al.]. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1990
- Runcie, C. J., Reeve, W. R., & Wallace, P. G. M. (1992). Preparation of the critically ill for interhospital transfer. *Anaesthesia*, 47(October 1991), 327–331.
- Runcie, C. J., Reeve, W., Reidy, J., & Dougall, J. R. (1990). A comparison of measurements of blood pressure, heart-rate and oxygenation during inter-hospital transport of the critically ill. *Intensive Care Medicine*, 16(5), 317–322. doi:10.1007/BF01706357
- Secretaria de Estado da Educação. (2006). *Física Ensino Médio* (2ª ed., p. 232). Curitiba: Secretaria do Estado da Educação.
- Soeiro, N. S. (2011). Vibrações e o Corpo Humano: uma avaliação ocupacional. In *I Workshop de Vibrações e Acústica* (pp. 1–10).
- Tate, P., Seeley, R. R., & Stephens, T. D. (2005). *Anatomia & Fisiologia* (6ª ed., p. 1662). Lusodidacta.
- Uusaro, A., Parviainen, I., Takala, J., & Ruokonen, E. (2002). Safe long-distance interhospital ground transfer of critically ill patients with acute severe unstable respiratory and circulatory failure. *Intensive Care Medicine*, 28(8), 1122–5. doi:10.1007/s00134-002-1348-9
- Villate, J. E. (2012). *Física 1 Dinâmica* (p. 269). Porto: Creative Commons.
- Whinnery, T., & Forster, E. M. (2013). The +Gz-induced loss of consciousness curve. *Extreme Physiology & Medicine*, 2(1), 19. doi:10.1186/2046-7648-2-19

**Apêndice VIII – Revisão da Literatura: “Comunicação Efetiva na
Transferência da Pessoa em Situação Crítica”**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica**

Estágio com Relatório

**Comunicação Efetiva na Transferência da
Pessoa em Situação Crítica**

Revisão da literatura

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Lisboa

Janeiro de 2015



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica**

Estágio com Relatório

**Comunicação Efetiva na Transferência da
Pessoa em Situação Crítica**

Revisão da literatura

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Docente: Prof. Sónia Ferrão

Enf.^a Orientadora: Sónia Filipe

Lisboa

Janeiro de 2015

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

BO – Bloco Operatório

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CHLN – Centro Hospitalar de Lisboa Norte

DGS – Direção Geral de Saúde

Enf.^a – Enfermeira

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IDEIA – Identificação (dos profissionais e da pessoa), Diagnóstico de Entrada, Especificações Anestésicas, Intervenção Cirúrgica, Avaliação Final

IHI - Institute for Healthcare Improvement

IOM - Institute of Medicine

JBH – Joanna Briggs Institute

JC – Joint Commission

QARI – Qualitative Assessment and Review Instrument

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

SBAR – Situação, *Background*, Avaliação, Recomendação

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UPMC – *University of Pittsburgh Medical Center*

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

RESUMO	9
INTRODUÇÃO	11
1. ESTRATÉGIA DE PESQUISA	18
1.1 Critérios de Inclusão dos Estudos.....	20
2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	22
2.1 Abordagens Padronizadas da Comunicação nas Transferências.....	25
2.2 O Local Ideal para a Realização da transferência	30
2.3 Avaliar a qualidade da Informação Transmitida nas Transferências	32
3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	35
4. LIMITAÇÕES DA REVISÃO DA LITERATURA	37
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
APÊNDICE	
Apêndice 1 – Fluxograma dos Resultados obtido através da estratégia de pesquisa	
ANEXOS.....	
Anexo 1 – Mnemónica SBAR	
Anexo 2 – Mnemónica IDEIA	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama de estruturação e melhoria contínua da Transferência da Pessoa em Situação crítica.....	22
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Termos de pesquisa utilizados para as bases de dados selecionadas. 195

Quadro 2 – Critérios de Inclusão e de Exclusão dos Estudos..... 2198

RESUMO

Problemática: No decorrer do estágio e após a observação, participação nos momentos de transferência e discussão com a Enf.^a orientadora, identifiquei a ausência de um método estruturado e sistematizado de transferência da pessoa em situação crítica quer do BO para a UCI, quer dentro da própria UCI.

Objetivos: Refletir sobre a importância da comunicação efetiva na promoção da segurança da pessoa em situação crítica durante a transferência da mesma.

Desenho: Revisão da literatura através da pesquisa com palavras-chave e consulta de referências bibliográficas primárias de alguns artigos considerados pertinentes acessíveis na íntegra e publicados entre 2005 e 2015 em bases de dados eletrônicas.

Método: A pesquisa foi realizada no período de Janeiro de 2013, tendo-se optado pelas seguintes bases de dados: CINAHL, Medline with full text, e Academic Search Complete e Science Direct e utilizados outros artigos já conhecidos sobre a temática e o procedimento multisectorial do CHLC sobre a mnemónica IDEIA.

Resultados: A transferência da pessoa em situação crítica pode ser efetuada quer pela passagem de informação verbal, quer escrita. Existem várias mnemónicas e *checklist* orientadoras e que estruturam a forma de comunicar verbalmente a informação, todas com o objetivo de minimizar a perda de dados, evitar a ocorrência de eventos adversos associados a lacunas na comunicação. Mais importante do que implementar uma das mnemónicas descritas é procurar desenvolver um projeto e refletir numa estruturação que faça sentido para a equipa e num processo de avaliação, auditar o que foi implementado e introduzir mudanças para melhorar continuamente.

Conclusões: Enquanto elemento diferenciado que desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área do domínio da qualidade, o enfermeiro especialista deve apostar no desenvolvimento de protocolos e de projetos que construam práticas seguras e que apostem na educação e desenvolvimento de competências de comunicação no seio das equipas. Assim face ao diagnóstico de situação efetuado e ao problema identificado, no contexto do serviço UCI onde realizei o estágio, o presente trabalho fornece intervenções para a resolução do mesmo, que poderão ser o ponto de partida para a discussão em equipa sobre a temática.

Palavras – Chave: Transferência (Handoff, handover, transfer), Mudança de turno (Shift), Comunicação, Unidade de Cuidados Intensivos, Cuidados Críticos, Doente Crítico, Segurança e Enfermagem.

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, realizado no contexto de UCI e para o desenvolvimento das competências: abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador; e, selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão, indo ao encontro das competências comuns do enfermeiro especialista no que respeita à procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados é desenvolvido o presente trabalho que consiste numa revisão da literatura sobre **“Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica”** (ESEL, 2010; Regulamento N.º 124/11 de 18 de Fevereiro, 2011).

O presente trabalho reflete a observação das transferências efetuadas na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) quer na passagem de turno quer nas transferências de utentes do BO para a UCI e a identificação da necessidade de propor um projeto de melhoria contínua na área da qualidade e segurança. Por outro lado, o presente trabalho permitirá espelhar também o desenvolvimento dos objetivos específicos traçados para o desenvolvimento de cada uma das competências referidas anteriormente, nomeadamente, refletir sobre a prática, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem no contexto da UCI e demonstrar suportar a sua prática clínica na investigação e na evidência científica (ESEL, 2010; Regulamento N.º 124/11 de 18 de Fevereiro, 2011).

Uma revisão da literatura consiste na elaboração de um texto que resume vários artigos encontrados sobre um determinado assunto específico estabelecendo ligações entre eles e expondo uma problemática comum. Essa revisão dos documentos teóricos e empíricos pertinentes para um determinado domínio de interesse permite determinar o nível atual de conhecimentos relativamente à questão em estudo e problema identificado, constituindo-se também como quadro de referência (Fortin, 2003).

O projeto subjacente à realização da revisão da literatura é a promoção da segurança da pessoa em situação crítica no transporte hospitalar:

intervenção especializada de enfermagem. Assim poder-se-á levantar a questão relativamente ao porquê de refletir sobre a temática da comunicação.

Importa igualmente definir *à priori* no conceito de pessoa em situação crítica, como “*aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*” (Regulamento N.º 122/11 de 18 de Fevereiro, 2011).

Durante o transporte da pessoa em situação crítica, as complicações que ocorrem, mais frequentemente, são geralmente as que afetam os sistemas, circulatório e respiratório, e as complicações que advêm do equipamento utilizado no transporte. Os fatores de risco para essas complicações são complexos e relacionados com a própria pessoa e com a gravidade da sua doença, com os equipamentos e o mau funcionamento dos dispositivos, com a má comunicação entre o pessoal que prepara e acompanha o doente, com o acompanhamento inadequado do doente durante o transporte e com a inexistência de protocolos de transporte (Alamanou & Brokalaki, 2014).

Cada vez mais se verifica uma preocupação crescente com a qualidade dos cuidados de Enfermagem com o objetivo centrado na segurança do doente. Em outubro de 2004, a OMS lançou a *World Alliance for Patient Safety*¹. O projeto para desenvolver uma classificação internacional sobre segurança do doente foi identificado como uma das iniciativas-chave do Programa para 2005 da *World Alliance*. Segundo a *Joint Commission National Patient Safety Goals* os hospitais devem implementar uma abordagem padronizada e sistematizada para a comunicação nas transferências dos doentes de forma a minimizarem a possibilidade de ocorrências de eventos adversos. Também, várias organizações internacionais, nomeadamente: *The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, *Institute of Medicine (IOM)*, *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* têm também procurado

¹ Projeto pensado para abordar continuamente as grandes preocupações sobre a segurança do doente em todo o mundo. O nome *high 5's* deriva a intenção original do projeto para reduzir significativamente a frequência de 5 relacionados com a segurança do doente, em 5 países e em 5 anos. Acedido em 2/05/2014. Disponível em: <https://www.high5s.org/bin/view/Main/WebHome>

desenvolver e monitorizar iniciativas na área da segurança, fornecendo informações, elaborando orientações e construindo *checklists* que, posteriormente, podem ser mobilizadas e adaptadas à realidade de cuidados de saúde, minimizando desta forma a possibilidade de ocorrência de eventos adversos.

"(...) University of Pittsburgh Medical Center (UPMC) Presbyterian hospital introduced Ticket to Ride, an initiative intended to address the need for improved handoff communication during intrahospital patient transport".

(Pesanka et al., 2009:109)

Este é um exemplo de sucesso pois o projeto *Ticket to Ride* é como um "bilhete" baseado na mnemónica SBAR (S-Situação, B-Background; A-Assessment e R-Readback) que acompanha os doentes dentro da unidade hospitalar nas transferências entre os diferentes serviços (transporte intra-hospitalar). Este inclui itens de avaliação prévia à transferência e uma lista de verificação para ser concluída pelo serviço que envia, quem faz o transporte e quem recebe o doente, bem como uma mensagem para o doente, onde o objetivo do transporte seguro é explicado, e convida à participação do doente (Lovasik, 2009; Pesanka et al., 2009).

Clarificando, o transporte da pessoa em situação crítica pode ser classificado em diferentes tipos de transporte, nomeadamente, transporte Primário, Secundário ou intra-hospitalar (Dunn, Gwinnutt, & Gray, 2007; OM e SPCI, 2008).

O transporte primário diz respeito à transferência da pessoa em situação crítica do pré-hospitalar para o hospital onde esses mesmos utentes irão receber cuidados, sendo o serviço de transporte, normalmente, assegurado pelos meios de emergência médica (Dunn et al., 2007). O transporte secundário inclui o transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar e são inevitáveis para toda a pessoa em situação crítica no serviço de urgência/emergência, a menos que morram durante o seu tempo na sala de reanimação. Os serviços de urgência/emergência também podem receber transferências entre hospitais como um destino intermediário (Dunn et al., 2007).

O transporte intra-hospitalar torna-se necessário quando há necessidade de deslocar doentes de uma área para outra do hospital, onde as possibilidades de atuação em situações de emergência exigem recursos técnicos e humanos e, pode ainda ser necessário para a realização de testes diagnósticos (ex. TAC, RMN, angiografias, entre outros) e/ou para intervenções terapêuticas (ex. BO) ou para o internamento em UCI (OM e SPCI, 2008).

O transporte inter-hospitalar é realizado sempre que há necessidade de mais recursos humanos, diagnósticos, terapêuticos e de suporte avançado de vida, que não estão presentes no hospital de origem. Assim sendo, a principal indicação para transferência inter-hospitalar é a inexistência de recursos (humanos e técnicos) no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado, não sendo de excluir a possibilidade de transporte inter-hospitalar para a realização de exames complementares, não disponíveis no hospital de origem (OM e SPCI, 2008).

Comum aos diferentes tipos de transporte é o facto de a pessoa em situação crítica ser transferida inúmeras vezes ao longo do seu processo de cuidados, desde que é estabilizada no pré-hospitalar até à sua transferência para um serviço de urgência, passando muitas vezes pelo bloco operatório e unidades de cuidados intensivos, em que a qualidade das interações estabelecidas entre a equipa multidisciplinar, bem como a informação transmitida é uma das componentes chave da prevenção de erros e na obtenção dos melhores *outcomes* (Davis, Lockhart, Landon, & Henry, 2014).

Essas múltiplas transferências da pessoa em situação crítica entre profissionais e serviços ao longo do seu percurso no interior da organização de saúde levam a que existam milhares de interações diárias entre profissionais de saúde, cuja finalidade é garantir a continuidade de cuidados.

A continuidade de cuidados é constituída por dois elementos principais: cuidados ao longo do tempo (passado, presente e futuro); e um foco nas necessidades de saúde das pessoas e do contexto pessoal (CARNA, 2008). Neste sentido, é enfatizada a dimensão da continuidade informacional, que se define como a transferência efetiva de informações e conhecimentos face à situação da pessoa, a fim de colmatar eventos de fragmentação de cuidados e,

garantir o atendimento atual e apropriado quando as pessoas se movem de um contexto para outro (CARNA, 2008).

Manser & Foster (2011) alertam os profissionais para o facto desses momentos de transferência serem momentos particularmente vulneráveis em interfaces organizacionais, aquando da admissão da pessoa na unidade hospitalar, antes e depois de procedimentos médicos, quando há mudança de turno entre profissionais de saúde, quando as pessoas são transferidas entre unidades de saúde e aquando da alta hospitalar.

Assim, percebe-se a importância atribuída à comunicação entre profissionais de saúde durante todo o processo de transição da pessoa em situação crítica, sendo que o seu sucesso está dependente da comunicação adequada, manutenção e partilha de informação e registos (Gulliford, Morgan, & Naithani, 2006).

Goldstein (2005), Lovasik (2009) Pesanka et al.(2009), alertam ainda para o facto de a comunicação ser essencial tanto na garantia da segurança como na satisfação da pessoa de quem se cuida e que muitos estudos realizados concluem que os problemas na comunicação são as causas major de erros que ocorrem durante as situações de *handoff*². Pesanka et al. (2009) definem *handoff* como situações que ocorrem aquando da admissão da pessoa na unidade hospitalar, antes e depois de procedimentos médicos, quando há mudança de turno entre profissionais de saúde, quando os utentes são transferidos entre unidades de saúde e aquando da alta hospitalar. São ocorrências de risco elevado no momento em que informações críticas podem ser dadas de forma incompleta, omitidas por completo ou incorretamente compreendidas, levando à prestação de cuidados de qualidade inferior ou danos para a pessoa.

(Manser & Foster, 2011; Scovell, 2010) definem ainda os conceitos de *Clinical handover* e *Patient Handover*. *Clinical handover* é definido como a transferência da responsabilidade perante alguns ou todos os aspetos

² *Handoff* não tem uma tradução à letra para português e pode ser considerado sinónimo de *Handover*, conforme se pode ver em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2649/> e que em português equivale ao termo transferência.

relacionados com os cuidados que um doente ou grupo de doentes necessita, para outra pessoa ou grupo profissional em termos temporários ou permanente. *Patient handover* está relacionado com tudo o que é da área da saúde e está associado à prestação de cuidados de saúde. Por sua vez, a prestação de cuidados de saúde tem inerente a comunicação e, às falhas de comunicação ou à comunicação deficiente entre as equipas estão associados muitos erros que podem por em causa a segurança da pessoa em situação crítica (Häggström & Bäckström, 2014 e Scovell, 2010).

Deste modo, a comunicação é um elemento fundamental para a garantia da continuidade dos cuidados à pessoa em situação crítica e é considerada um fator importante na humanização, segurança e qualidade dos cuidados e pode ser definida como “(...)um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas(...)” (Phaneuf, 2005:23), permitindo conhecer o outro.

Comunicar não é mais do que trocar ideias, sentimentos e experiências entre pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e do que se faz. Como tal tem de existir um emissor, um recetor e uma mensagem, sendo um processo complexo, interativo e pluridirecional. Assim para a transmissão da mensagem tem de existir uma comunicação efetiva. Ser efetivo não é mais do que ser eficaz, orientando as ações e recursos em busca do melhor resultado e eficiente desenvolvendo as atividades no melhor padrão de qualidade tendo em conta o tempo disponível (Fachada, 2012).

Importa ainda definir o que se entende por segurança. Segurança é definida como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, sendo que um mínimo aceitável se refere à noção coletiva, face ao conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento (DGS, 2011). Como tal, um dos focos de cuidados da enfermagem é prestar cuidados de saúde, de forma segura a fim de proporcionar à pessoa/família o melhor nível de bem-estar.

Assim sendo, esta revisão da literatura tem como objetivo de propor uma melhoria no processo de transferência da pessoa em situação crítica no serviço de UCI, procurando assim dar resposta às seguintes questões:

- Qual a evidência científica mais recente no que respeita à comunicação efetiva?
- Existe uma forma de sistematização da informação nos momentos da transferência da pessoa em situação crítica?
- Quais os métodos existentes que contribuem para a sistematização da informação transmitida oral e verbalmente?

Seguidamente passar-se-á à descrição de todo o processo que permitirá responder ao grande objetivo da revisão da literatura, *Como tornar efetiva a comunicação nos momentos de transferência da pessoa em situação crítica?*

1. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no período de Janeiro de 2015, em bases de dados eletrônicas. O horizonte temporal da pesquisa foi fixado entre o ano 2005 e 2015. Inicialmente efetuou-se uma pesquisa livre, para conhecer os descritores das bases de dados. Posteriormente optou-se pelas seguintes bases de dados: ScienceDirect; CINAHL; Medline with full text, e Academic Search Complete, nessas mesmas bases de dados a pesquisa foi feita com os termos que se encontram no quadro seguinte:

Quadro 1 – Termos de pesquisa utilizados para as bases de dados selecionadas

Academic Search Complete		
N.º	Termos de Pesquisa	Resultados
S1	Handoff OR Handover OR Shift OR Transfer	697,233
S2	Communication	986,484
S3	Intensive Care unit OR Critically Ill OR Critical care	90,901
S4	Nursing	270,190
S5	Safety	
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	18
ScienceDirect		
N.º	Termos de Pesquisa	Resultados
S1	Handover AND Handoff AND Communication AND Nursing AND Safety	20
CINAHL Plus with full text		
S1	Handoff OR Handover OR Shift OR Transfer	33,739
S2	Communication	88,420
S3	Intensive Care unit OR Critically Ill OR Critical care	56,895
S4	Nursing	537,031
S5	Safety	35,953
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	8

Quadro 1 – Termos de pesquisa utilizados para as bases de dados selecionada (continuação)

Medline With Full Text		
S1	Handoff OR Handover OR Shift OR Transfer	544,016
S2	Communication	259,258
S3	Intensive Care unit OR Critically Ill OR Critical care	157,526
S4	Nursing	554,428
S5	Safety	370,850
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	18

Foram considerados todos os artigos escritos em português, inglês e espanhol. Após pesquisa verificou-se que na base de dados CINAHL dos oito artigos foram excluídos quatro por não cumprirem os critérios de inclusão predefinidos (consultar quadro 2) e dois por não terem referência à metodologia de estudo.

Relativamente à base de dados MEDLINE with full text, surgiram 18 artigos dos quais foram excluídos sete por não ser possível aceder ao seu conteúdo na íntegra, três não cumpriam os critérios de inclusão definidos e dois eram artigos repetidos.

Na base de dados Academic Search Complete, foram encontrados 18 artigos dos quais quatro foram excluídos (dois por não apresentarem referência à metodologia utilizada no estudo e dois por não cumprirem os critérios de inclusão predefinidos), a sete dos artigos não se obteve acesso ao conteúdo para além do resumo e dois dos artigos estavam também repetidos.

Na base de dados *Science Direct* houve necessidade de diminuir o número de palavras-chave para desta forma restringir a pesquisa à área em questão, tendo-se encontrado um grande número de artigos que se traduziram em 20 artigos efetivos selecionados apenas pela leitura do título e do abstract do artigo. Desses 20 artigos foram excluídos três cujo conteúdo não estava acessível na íntegra, três que estavam repetidos e cinco que não cumpriram os

critérios de inclusão definidos. Deste alguns não foram mencionados por não acrescentarem nada de novo à temática.

Deste modo, da base de dados CINAHL, não foram obtidos dois artigos, da base *Academic Search Complete* foram incluídos um total de cinco artigos, na base de dados *MEDLINE with full text* seis artigos e na base de dados *Science Direct* obteve-se um total de 10 artigos a incluir na discussão dos resultados encontrados.

Foram adicionados artigos dos quais se tinha conhecimento prévio à pesquisa realizada pois estes referiam-se às mnemónicas em análise e recorreu-se a endereços eletrónicos que continham informação sobre algumas das mnemónicas apresentadas como forma de complemento.

1.1 Critérios de Inclusão e de Exclusão dos Estudos

Previamente à pesquisa optou-se pela definição dos critérios de inclusão e exclusão pelo facto de ser uma área na qual se tem procurado produzir investigação.

O fluxograma elucidativo da seleção de artigos, resultados da pesquisa e aplicação dos critérios de inclusão e qualidade metodológica poderá ser consultado na figura 1 da página seguinte. Apesar de o presente trabalho não consistir numa revisão sistemática da literatura aplicou-se para a avaliação da qualidade metodológica de cada artigo o QARI - Critical Appraisal Tools³ (The Joanna Briggs Institute, 2011).

³ Fonte: QARI critical appraisal tools- Joanna Briggs Institute Reviewers' manual 2011 (p. 147)

Quadro 2 – Critérios de Inclusão e de Exclusão dos Estudos

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Enfermeiros	Referência apenas a outros grupos profissionais sem incluir o grupo profissional de Enfermagem
Ferramentas utilizadas no processo de transferência; Mnemónicas de transferência; Influência na qualidade dos cuidados; Influência na segurança, Sistematização da informação; Facilitadores da comunicação.	Estudos referentes à área da pediatria; Comparação com outros grupos profissionais; Comparação de instrumentos de telemedicina; Comparação sobre a influência dos programas de reabilitação na adesão à mudança de comportamento.
Transferências de Doentes entre o Bloco operatório e UCI; Transferências dentro da UCI;	Estudos realizados em contexto de urgência. Transferências não relacionadas com a área de emergência médica, ou transferências da UCI para a Enfermaria.
Estudo qualitativo ou quantitativo Orientações, Políticas e <i>guidelines</i>	Sem método

Apesar de o presente trabalho não se tratar de uma revisão sistemática da literatura, após a análise crítica da qualidade metodológica dos artigos selecionados para a incluir no trabalho que cumpriram todos um score mínimo de 6/10 utilizou-se o conhecimento prévio da utilização do Instrumento de extração de dados QARI data extraction tools⁴ proposto pelo JBI, em trabalhos anteriores, como forma de orientar e estruturar a extração do conteúdo de cada artigo.

⁴ Fonte: QARI data extraction tools- Joanna Briggs Institute Reviewers' manual 2011 (p.148)

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quando se aborda a questão da comunicação efetiva na transferência da pessoa em situação crítica há que considerar diferentes aspetos, nomeadamente o local onde ocorre essa transferência como por exemplo no SU, do BO para a UCI, ou seja entre serviços ou dentro do próprio serviço no decorrer de passagens de turno.

Conforme se referiu anteriormente nas organizações os processos de comunicação são vulneráveis em momentos como mudanças de turno, nas transferências pois parte da informação poderá perder-se entre os vários interlocutores ((Manser & Foster, 2011).

Após a leitura e extração do conteúdo dos artigos incluídos no trabalho verificou-se que na implementação da proposta pode adotar-se uma linha de reflexão estruturadora de todo o processo, conforme esquematizada na figura 1, isto é, para a transferência da pessoa em situação crítica é necessário

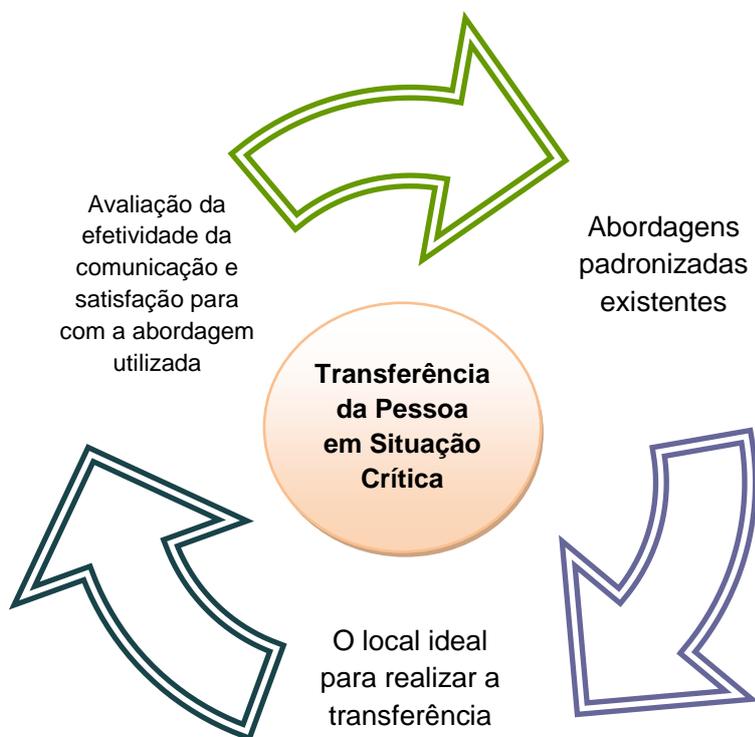


Figura 1 – Diagrama de estruturação e melhoria contínua da Transferência da pessoa em situação crítica.

conhecer as abordagens padronizadas existentes, identificar o local ideal para a realização da transferência e avaliar a eficácia da abordagem utilizada.

Esse ciclo permitirá criar uma lógica de reformulação e de melhoria contínua com a construção de uma forma de transferência adaptada ao contexto e construída pelos próprios profissionais.

A transferência da pessoa em situação crítica pode ser efetuada quer pela passagem de informação verbal, quer escrita. Esses relatórios escritos e transmitidos verbalmente garantem que os enfermeiros assumam os cuidados prestados à pessoa e asseguram que as informações necessárias são transmitidas, garantindo-se assim a segurança a continuidade dos cuidados. Por outro lado, os relatórios escritos também transmitem significados essenciais e articulam-se com os valores do grupo prestador de cuidados. Ambos os modos de comunicação são representações simbólicas visuais e/ou audíveis dos cuidados de enfermagem prestados na UCI e, assim sendo confirmam e validam o que é o cuidar e o significado dos cuidados de enfermagem nas UCI (Philpin, 2006).

A existência de uma esquematização gráfica, como é o caso da folha de registo da UCI, ajuda na transferência da informação pois fornece um mapa dos acontecimentos, numa lógica objetiva e facilitando a sistematização e explicação dos acontecimentos, pois há uma fácil consulta do *timing* da realização de determinados procedimentos ou por exemplo da necessidade de administração de determinados fármacos (Philpin, 2006 e Triplett, & Schuveiller, 2011).

Philpin (2006) inclui ainda no seu estudo referência ao simbolismo da utilização de cor na escrita – que aqui se faz referência por ser uma realidade no serviço UCI onde realizei o estágio – como uma forma de evidenciar alterações e facilitar a visualização dos *timings* em que ocorreu uma determinada alteração e foi necessário intervir, ajudando também a que a equipa médica visualize essas mesmas mudanças.

Philpin (2006) atribui ainda importância no seu estudo à comunicação não-verbal enfatizando que por momentos a enfermeira pode baixar a voz ou posicionar-se para o grupo – enfermeiros que assegurarão a continuidade dos cuidados – fazendo alguma referência mais privada acerca do utente ou posicionar-se lateralmente ou de frente para o utente e proporcionar momentos de reforço positivo face à evolução do estado de saúde e valorizando o empenho da pessoa no seu processo de recuperação. Isto torna assim o processo de transferência da pessoa como uma forma de incluir a mesma no

processo obtendo benefícios terapêuticos. Este autor vai ao encontro do preconizado pelo Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 89º do - Da humanização dos Cuidados, pois incluir o doente e ao valorizar o empenho no seu processo terapêutico está a “*Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.*” (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005) e por outro lado estará também a “*(...) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento (...) recuperação da saúde (...)*” (Ordem dos Enfermeiros, 2012:16).

Welsh, Flanagan, & Ebright (2010) procuraram no seu estudo identificar barreiras e aspetos facilitadores no processo de transferência. As barreiras que dificultam a transferência da pessoa em situação crítica de forma eficaz são uma transferência de informação verbal excessivamente longa, a omissão de informação, fornecer informação não centrada na pessoa – por exemplo, um foco sobre as atividades de enfermagem ou muita informação médica – interrupções frequentes e a falta de clareza no relatório. Como aspetos facilitadores os autores identificam a capacidade de selecionar o conteúdo que é pertinente, a existência na folha de registo de um espaço para efetuarem um registo livre de notas que ajudam também na transferência verbal de informações, uma interação frente-a-frente com o enfermeiro a quem se transfere a pessoa em situação crítica, pois isso permite colocar questões e receber *feedback* do que foi transmitido, o recurso a *checklists* que estruturam a informação a transmitir evitando assim a perda de dados.

É com base nos aspetos facilitadores e as barreiras que podem existir na transferência do doente que surgem várias referências à utilização de mnemónicas e *checklists* que estruturando a informação escrita tornam-se um suporte à transmissão oral de informações, tornando assim efetiva a comunicação verbal e garantindo a continuidade de cuidados.

2.1 Abordagens Padronizadas da Comunicação nas Transferências

Manser & Foster (2011) referem que existem duas abordagens para a padronização da comunicação nas transferências da pessoa em situação crítica. A primeira abordagem define o conteúdo e a ordem das informações específicas e gera protocolos de *handoff/handover* que são bastante específicas para o ambiente clínico, nomeadamente o recurso a *checklist* e mnemónicas.

Assim, no que respeita aos protocolos que existem quer para um registo sistematizado da informação quer como suplemento à transferência verbal igualmente sistematizada da informação existem diversas mnemónicas ou *checklists*.

Velji et al.(2008) e Galliers & Wilson (2011) falam sobre a aplicação com sucesso da menemónica SBAR (S- Situação; B – Background; A – Avaliação; R - Recomendação). Segundo os autores, a utilização da comunicação estruturada segundo o SBAR, especialmente em situações de emergência, permitiu ganhos para toda a equipa, nomeadamente a satisfação dos profissionais dentro das equipas de enfermagem, do mesmo serviço ou entre serviços e permitiu definir ainda metas de tratamento em colaboração com a equipa médica, minimizando a ocorrência de erros. Esta mnemónica trouxe ainda ganhos no nível de satisfação dos utentes. Amato-Vealey, Barba, & Vealey (2008) recomendam a utilização desta mnemónica na transferência da pessoa intervencionada cirurgicamente do bloco operatório para a UCI ou Unidades de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) pois a implementação da mesma no seu contexto trouxe ganhos no que respeita à redução da informação omitida e na garantia da segurança dos utentes com adaptações aos diferentes contextos de cuidados, conforme se pode consultar no anexo 1.

Em Portugal, o conceito subjacente a esta mnemónica foi implementada com sucesso em vários serviços do Hospital de Lisboa Central sobre a forma de mnemónica IDEIA:

I - Identificação do Profissional (Nome e função); Identificação do doente (dados demográficos e tipo de episódio)

D - Diagnóstico de entrada (cirurgias anteriores, internamentos e medicação habitual)

E - Especificações Anestésicas (tipo de Anestesia e Alterações significativas – hemodinâmicas, laboratoriais e transfusões de hemoderivados);

I - Intervenção Cirúrgica (Ato Cirúrgico e Intercorrências);

A - Avaliação final (Estado de consciência, analgesia, avaliação da dor, avaliação da temperatura e Recomendações - vias de acesso, drenagens, penso operatório, informação sobre familiares/acompanhantes e outras indicações clínicas)”

CHLC (2011)

Existe ainda a mnemónica ISBAR (Government of South Australia, 2011): I – Identification; S – Situation; B – Background; Assessment e R – Recomendações, que é semelhante à mnemónica ISOBAR, apresentada em seguida mas que não contemplando o item O (Observation), isto é, não inclui parâmetros da observação física do doente.

A utilização da mnemónica ISOBAR (I – Identification; S –Situation; O- Observation; B – Background; A – Assessment e R – Read-back) para a transferência efetiva do doente no contexto dos cuidados de saúde Australianos tem contribuído para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica no que respeita à maior organização do transporte, redução dos eventos adversos, fomentar do cuidados centrado na pessoa e sua família (Porteous, Stewart-wynne, Connolly & Crommelin, 2009).

Horwitz, Moin, & Green (2007) referem no seu artigo o início de um programa que pretende igualmente estruturar a comunicação baseado na mnemónica SIGN OUT – S - Sick or DNR (Doença ou ordem de não reanimar); I – Identificação do doente; G – General Hospital Course (como tem corrido o episódio de hospitalização); N – Novos eventos do dia; O – Overall Health

Status (Estado geral de Saúde); U – Upcoming possibilidades (ganhos em saúde com a introdução de intervenções recentes no plano de cuidados estabelecido); e, T – Tarefas a completar no decorrer do dia ou turno.

Interessante é também referir a mnemónica I PASS BATON, considerada adequada para a comunicação verbal, nomeadamente, solicitar informação ou transferir dados telefonicamente para outros elementos da equipa de saúde, conforme se pode ver pelo significado de cada sigla:

I - Introduction: introduce yourself and your role

P - Patient: name, identifiers, age, sex, location

A - Assessment: presenting chief complaint, vital signs, symptoms, diagnosis

S - Situation: current status and circumstances; including codes status, level of certainty, recent changes, and response to treatment

S - Safety concerns: critical lab values and reports, socioeconomic factors, allergies, alerts (eg, falls, isolation)

B - Background: comorbidities, previous episodes, current medications, family history

A - Actions: which were taken or are required, providing brief rationale

T - Timing: level of urgency, explicit timing, and prioritization of actions

O - Ownership: who is responsible (eg, nurse, doctor, team), including patient or family responsibilities

N - Next: what happens next (eg, any anticipated changes in condition or care, the plan, any contingency plan)

Riesenberg, Leitzsch, & Little (2009:198)

)Faço ainda referência mnemónica ACCEPT: Assessment (Avaliação inicial); Control (Controlo); Communication (Comunicação); Evaluation (Estimativa); Prepare (Preparação) e Transport (Transporte) mencionada no artigo de Macartney & Nightingale (2001) cuja utilização é dirigida especificamente para o transporte inter-hospitalar e envolve a mobilização de informações e de elementos de outros serviços, na medida em que: a avaliação inicial é a avaliação da pessoa em situação crítica e das necessidades em

relação a equipamentos; o controlo remete para a necessidade de alguém controlar a transferência e proceder à agilização da mesma; a comunicação refere-se ao contacto com o serviço de destino para a transferência oral de dados sobre o utente; a estimativa remete para as melhores opções de transporte para o doente, a preparação refere-se á fase de preparação do transporte através da avaliação sistematizada da pessoa segundo a metodologia ABCDE e resolução dos problemas encontrados antes de iniciar o transporte; e, por fim o transporte que é a saída da unidade de origem até à unidade de destino.

Conforme se verificou anteriormente vasta é a literatura no que respeita à implementação, bem-sucedida, de protocolos que melhoram a comunicação nas transferências de utentes, nos mais variados contextos. Porém, existem ainda autores que defendem que a utilização de mnemónicas, tais como se verificou anteriormente, não tem de ser uma regra, desde que se procure uma melhoria progressiva da comunicação com base em tópicos ou itens estruturadores e que permitam ir ao encontro das necessidades das equipas e que sendo assim individualizadas a cada contexto ajudem a sistematizar a informação e a garantir a continuidade de cuidados (Catchpole et al., 2007; Spooner, Chaboyer, Corley, Hammond, & Fraser, 2013).

Catchpole et al., (2007) procuraram nos seus estudos melhorar a comunicação dentro do BO recorrendo aos princípios utilizados na Fórmula 1 e na Aviação. O Protocolo de transferência foi elaborado de forma abrangente incluindo diversas áreas, desde a verificação dos equipamentos, ao desenvolvimento de *checklists* com o objetivo de evitarem a ocorrência de erros, à informação e ao estabelecimento de planos de trabalho e de treino para uma melhoria progressiva. Este estudo vem igualmente corroborar a importância da implementação de protocolos de transferência para a melhoria da qualidade dos cuidados e minimizar a ocorrência de erros.

Tal como os autores do estudo anterior Spooner et al., (2013) referem que a introdução de uma *checklist* para uniformizar a transferência de Informação durante a passagem de turno na UCI junto à pessoa em situação crítica ajuda a minimizar as perdas de informação, melhorar a qualidade dos

cuidados e ajudar na tomada de decisão face ao plano de cuidados a estabelecer. Estes autores criaram uma *checklist* que consideram individualizada para o seu serviço, pois argumentam que não existe ainda uma *checklist* que tenha em conta a individualidade de cada tipo de UCI e que esse é o fator mais importante para se obter sucesso na estruturação da informação.

Relativamente à forma de transferência da pessoa em situação crítica de forma padronizada e assente em padrões de comunicação baseados em mnemónicas é o receio "*one size fits all*" e de que soluções mecanicistas possam usurpar a complexidade inerente à individualidade de cada pessoa, embora a complexidade excessiva é contraproducente, tal como o é a normalização excessiva de domínios que abrigam a variabilidade das situações (Iedema et al., 2009).

Assim sendo, o importante é implementar mudanças na forma de transferência de forma a tornar a mesma funcional quer para a equipa quer para os utentes; incutir reflexão na ação como uma atenção diária aprimorada para os riscos de segurança; e mostrar que esse projeto inclui uma preocupação constante com a melhoria da qualidade e a segurança dos cuidados (Iedema et al., 2009).

É importante a realização de transferências de forma eficiente para garantir a segurança da pessoa em situação crítica, mas ainda não se conseguiu identificar as melhores práticas. Ao estudar a temática é também importante ter em conta a necessidade de memorização de informação e quais os fatores que podem influenciar a memória para que se consigam introduzir estratégias futuras que melhorem as transferências.

Randmaa, Mårtensson, Swenne, & Engström (2015) no seu estudo sugerem que a falta de estrutura e a longa duração da transferência verbal influencia a retenção de informações entre os recetores e os emissores. Assim, uma transferência verbal curta com uma estrutura clara parece aumentar a percentagem de informações memorizadas pelos recetores. Os autores levantam ainda uma questão pertinente que é se as transferências devem ser curtas e restritas à informação mais relevante, então será importante discutir sobre o conteúdo que deverá ser relatado verbalmente nos diferentes

contextos de transferência, questão para a qual ainda não há certezas (Randmaa et al., 2015).

Independente da forma de estruturar a transferência verbal ou escrita da informação, Wayne et al. (2008) reforçam que a existência de uma transferência estruturada, independentemente do formato, aumenta a precisão na transmissão de informação, evita perda de dados, quando comparada com a não existência de uma transferência estruturada. A estruturação da forma de comunicação nas transferências é um novo paradigma *Low-cost* e *Low-tech* que beneficia todos os intervenientes na organização de saúde (Wayne et al., 2008).

2.2 O local ideal de realização da transferência

Relativamente à questão da transferência da pessoa em situação crítica quer entre serviços quer nas passagens de turno, autores como Anderson & Mangino, (2006) alertam que em algumas organizações a mudança de turnos não ocorre na presença da pessoa ou família, acontecendo numa sala de conferência ou na sala de enfermagem longe da cabeceira do utente num processo que não permite que tanto a pessoa como a sua família sejam participantes ativos na troca de informações.

Incluir a família nos processos de *handoff/handover* parece uma perspetiva interessante numa unidade com quartos individuais, porém numa UCI *open space*, algumas considerações seriam importantes no que se refere ao respeito pela privacidade da informação quer do utente que é familiar, quer dos restantes utentes na UCI, pois inerente ao exercício de enfermagem está o Artigo 85º - Do Dever do Sigilo:

“O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de: a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família (...); b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, (...); c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei (...)”

(Nunes et al., 2005:115)

Quando a passagem de turno ocorre à cabeceira da pessoa em situação crítica permite que a enfermeira se aproxime para visualizar a pessoa, bem como fazer perguntas à colega sobre aspetos que não estão totalmente clarificados e encoraja os utentes a ser envolvidos ativamente no seu próprio plano de cuidados e contribui para implementar uma comunicação padronizada nas passagens de turno de enfermagem (Anderson & Mangino, 2006; McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson, & Gehrke, 2011).

Corroborando o estudo referido anteriormente também Maxson, Derby, Wroblewski, & Foss (2012) referem que enfermeiros da equipa tinham maior satisfação na prestação de cuidados e nas relações interpessoais. Este estudo, demonstrou ainda que enfermeiros estavam satisfeitos com a passagem de turno à cabeceira do utente pois dessa forma conseguiam um melhor conhecimento das necessidades da pessoa e das necessidades que careciam de intervenções imediatas e que dessa forma se sentiam mais preparados para discutir metas de tratamento com os médicos. Por outro lado, o utente consciente e orientado pode participar no seu próprio plano de cuidados, conforme referem na colheita de dados acerca da satisfação dos doentes:

" (...)It gave me a sense of involvement in the process and confidence that the incoming staff knew of the concerns that I had.» «Excellent procedure – it was nice to witness the handoff and it minimized confusions and/or conflicting messages that may otherwise have come my way.»"

(Maxson et al., 2012:143)

A passagem de turno junto à pessoa em situação crítica nas UCI é um acontecimento minucioso onde é dada uma perspetiva global da pessoa e o que tem acontecido tanto em turnos anteriores como no turno recente. Assim, estar junto da pessoa, permite ao enfermeiro que assumirá a responsabilidade pela continuidade dos cuidados, observar a pessoa em situação crítica à medida que lhe são dadas referências visuais e acompanhar a descrição que vai sendo efetuada e integrar as representações visuais com o estado do utente.

Passar o turno junto à pessoa em situação crítica ajuda, não apenas a identificar as necessidades desta, mas também a determinar que intervenções

são prioritárias. (Philpin, 2006; Triplett & Schuveiller, 2011; Spooner et al., 2013).

Por outro lado a transferência junto ao utente é um momento que promove a oportunidade de formação entre pares, no que respeita ao ensino ou esclarecimento de questões sobre o funcionamento de equipamentos específicos ou raramente utilizados ou com os quais o enfermeiro não tem tanta experiência (Triplett & Schuveiller, 2011).

2.3 Avaliar a qualidade da informação transmitida nas transferências

Pode ainda colocar-se uma questão pertinente, nomeadamente se existe a possibilidade de medir a qualidade da informação que é transmitida nas transferências de doente, sendo que para isso James et al., (2013) procuraram através da criação da *Medical Intensive Care Unit (MICU) Shift Report Communication Scale*, medir a perceção que os enfermeiros tinham sobre a qualidade das informações que transmitiam nas transferências de utentes.

Uma comunicação eficaz tem sido identificada como um componente essencial dos cuidados de saúde de elevada qualidade; inversamente, a falta de comunicação tem sido identificada como a principal causa de erros em unidades de cuidados intensivos. A comunicação durante a mudança de turno envolve um emissor (a pessoa que presta as informações sobre os cuidados) e um recetor (a pessoa que recebe as informações e que irá assumir a responsabilidade pelos cuidados). O objetivo da comunicação eficaz nos cuidados de saúde é fazer com que tanto o emissor como o recetor "*assistam ao mesmo filme sem surpresas.*" No entanto, mais de um terço dos enfermeiros participantes do estudo relatou insatisfação com a precisão das informações fornecidas durante passagem de turno. Além disso, mais da metade sentiu que "*certos enfermeiros não entendem completamente a informação que recebem.*" A qualidade e quantidade de comunicação, durante a passagem de turno, é muito influenciada pelo conhecimento e experiência dos enfermeiros na transferência de informação sobre o utente. É ao analisar o impacto das ferramentas estruturadas para a comunicação nas transferências de doentes

utilizadas pelos enfermeiros menos experientes que se poderão obter informações sobre quais as intervenções mais eficazes para facilitar a socialização e para uma maior satisfação com o papel da enfermagem (James et al., 2013).

Assim James et al., (2013) com o seu trabalho argumentam que não se pode afirmar qual a melhor mnemónica para a estruturação da comunicação nas transferências, pois existem contextos diferentes e, o mais importante é analisar a perceção dos enfermeiros sobre o método em utilização e em função dos resultados da escala referida introduzir mudanças até encontrar uma forma de transferência sistematizada com as quais a equipa se sinta confortável e considere que é efetuada uma transferência de qualidade.

Iedema et al. (2009) e Berkenstadt et al. (2008), à semelhança dos autores referidos anteriormente, reconhecem a necessidade de investir na formação dos profissionais de forma a potenciar o desenvolvimento de competências comunicacionais.

Iedema et al. (2009) abordam no seu artigo o sucesso da utilização de um sistema de vídeo que permite dar aos profissionais o feedback da comunicação que foi efetuada e introduzir melhorias na prática da transferência com o objetivo de promover o desenvolvimento da capacidade de síntese, de sistematizar a informação transmitida e de expor com clareza os acontecimentos numa sequência lógica. Iedema et al. (2009) conseguiram que através da observação do vídeo pela equipa de enfermagem, fossem identificados problemas e se começasse a trabalhar na procura pela uniformização da transferência numa sequência estruturadora da comunicação e que minimizasse as perdas de informação.

Este processo de avaliação contínua da qualidade da comunicação que se estabelece é uma forma de auditar a mnemónica ou *checklist* introduzida e de desenvolver estudos que acompanham e fundamentam a implementação de um projeto que faz parte das competências dos enfermeiros que constam no REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros) conforme se pode verificar em Ordem dos Enfermeiros (2012).

3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A evidência encontrada com a revisão da literatura é baseada na realidade de outros países, porém é possível transpor alguns elementos para a nossa prática de cuidados.

Embora as diretrizes internacionais para transporte intra-hospitalar sejam conhecidas há quase duas décadas, há muitos hospitais onde as diretrizes não são usadas na prática diária e não é desenvolvida uma política de transporte. No entanto, uma vez que é tomada a decisão para o transporte, um plano organizado e detalhado para o procedimento de transporte intra-hospitalar deve estar disponível para ser executado, garantindo assim a segurança do doente e a continuidade dos cuidados (Alamanou & Brokalaki, 2014).

A utilização de mnemônicas e o recurso a *checklist* têm como objetivo promover uma comunicação efetiva durante a transferência da pessoa em situação crítica pois através da transmissão da informação verbal e escrita é garantida a continuidade de cuidados, indo ao encontro do preconizado no Código Deontológico Artigo 83º - Do Direito ao Cuidado “(...) d) *Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas*” (Nunes et al., 2005:105).

Alguma investigação mostra que as transferências são frequentemente pouco formais e que a documentação disponível é raramente utilizada para auxiliar na transferência verbal (Manser & Foster, 2011).

Enquanto elemento diferenciado que desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área do domínio da qualidade, o enfermeiro especialista ao refletir sobre estas questões e consciente de que transferências não-estruturadas elevam o risco de perda de informação, a ocorrência de eventos adversos, atraso na prestação de cuidados, deve apostar no desenvolvimento de protocolos e de projetos que construam práticas seguras e que apostem na

educação e desenvolvimento de competências de comunicação no seio das equipas.

Existe evidência de que a comunicação efetiva é fundamental para a melhoria da prática de cuidados, assim sendo cada instituição e serviço deve procurar desenvolver um projeto com o objetivo de introduzir mudanças progressiva conforme recomendado pela Joint Commission (2015-a) e Joint Commission (2015-b) que fornece inclusive guias como ferramentas de apoio à implementação de um programa de comunicação efetiva.

Existe uma experiência de sucesso na utilização de uma mnemónica no Centro Hospitalar de Lisboa Norte – o projeto IDEIA já implementado e a proposta de estruturação do transporte inter-hospitalar segundo a mnemónica ISOBAR para o serviço de urgência, cujo resultado não foi ainda avaliado – que podem ser catalisadores de outros projetos de estruturação e sistematização da comunicação verbal e escrita nas transferências, em outros contextos de prestação de cuidados.

A transferência da pessoa em situação crítica à cabeceira da pessoa em situação crítica é uma forma de promover a segurança, permitindo que os utentes que consigam sejam participantes ativos no processo de transferência e que tenham a oportunidade de esclarecer e corrigir imprecisões acerca da sua história pessoal, incluindo-se assim a pessoa no seu próprio plano de cuidados (Maxson et al., 2012).

A questão levantada por alguns autores quanto ao incluir a família nos processos de transferência levanta questões éticas relacionadas com a “Informação” que se estende além do âmbito do presente trabalho.

4. LIMITAÇÕES DA REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura foi realizada em contexto académico, o que leva a que se tenha de ter em conta a limitação temporal na realização do trabalho e que limitou o acesso a outros artigos não publicados.

Não foi possível aceder a alguns artigos elaborados sobre a temática da transferência de doentes, cujo conteúdo poderia contribuir com novos dados para enriquecer a discussão dos resultados.

A pesquisa e a utilização de políticas e *guidelines* em vigor em outros países das quais existia um conhecimento prévio e que não surgiram nas bases de dados utilizados pode introduzir viés no presente trabalho, embora forneça um contributo extenso elucidando sobre a diversidade de mnemónicas cuja aplicação contribui para a qualidade dos cuidados.

A maior parte dos estudos aos quais se teve acesso para proceder à revisão da literatura foram estudos realizados no estrangeiro (Austrália, Suécia, Canadá, Dinamarca, Inglaterra) e nenhum realizado em Portugal, embora exista o conhecimento pessoal do sucesso na implementação da IDEIA no Centro Hospitalar de Lisboa Central, isto significa que há que ter em conta os aspetos culturais quando se pretender utilizar a evidência na aplicação dos mesmos estudos à realidade de prestação de cuidados em Portugal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese do que emergiu da análise do conteúdo dos vários artigos utilizados nesta revisão da literatura, a comunicação é essencial na garantia da segurança da pessoa de quem se cuida, pois os problemas na comunicação são causas major de erros que ocorrem durante os momentos de transferência (Gawande, M., Studdert, & Brennan, 2003; Goldstein, 2005; Lovasik, 2009; Pesanka et al., 2009).

Não existe uma mnemónica considerada ideal para ser implementada. Os artigos utilizados como referência reportavam casos de sucesso na utilização das diferentes mnemónicas.

O importante não é tanto que mnemónica utilizar, mas reunir a equipa de enfermagem e procurar através da reflexão e análise constante das práticas a introdução de melhorias ao nível da comunicação e investir numa forma de auditoria para a avaliação do sucesso das medidas implementadas e manter a abertura suficiente para introduzir mudanças.

Deste modo, pode concluir-se que face ao diagnóstico de situação efetuado e ao problema identificado, no contexto do serviço UCI onde realizei o estágio, o presente trabalho fornece intervenções para a resolução do mesmo. Por outro lado, a estruturação do próprio trabalho enquanto ciclo permite um *continuum* de melhoria.

A implementação de uma *checklist* ou mnemónica é em si mesma um instrumento para auditar a utilização da mesma, o que permite a avaliação da intervenção e a reformulação da mesma, com vista à obtenção dos melhores *outcomes* quer para os doentes quer para a própria equipa de saúde.

Em suma, a revisão da literatura sugere que a implementação de um documento estruturador da transferência permitirá garantir que a transferência em enfermagem seja considerada um padrão de comunicação que é aplicado na prática diária de cuidados, garantindo a sistematização e a organização da informação transmitida verbal e oralmente, e assegurando a continuidade e a segurança dos cuidados.

Construir uma comunicação estruturada pode constituir-se, como um exemplo de sucesso, que ao produzir ganhos em saúde para os utentes se reflete nas relações interpessoais dos elementos da equipa e que, por sua vez, acaba por estender-se a outros elementos e a outros serviços da organização de saúde, influenciando-a positivamente.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alamanou, D. G., & Brokalaki, H. (2014). Intrahospital transport policies: The contribution of the nurse. *Health Science Journal*, 8(1), 166–178. doi:E-ISSN:1791-809x
- Amato-Vealey, E. J., Barba, M. P., & Vealey, R. J. (2008). Hand-off communication: a requisite for perioperative patient safety. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 88(5), 763–774. doi:10.1016/j.aorn.2008.07.022
- Anderson, C. D., & Mangino, R. R. (2006). Nurse shift report: who says you can't talk in front of the patient? *Nursing Administration Quarterly*, 30, 112–122. doi:00006216-200604000-00008 [pii]
- Berkenstadt, H., Haviv, Y., Tuval, A., Shemesh, Y., Megrill, A., Perry, A., ... Ziv, A. (2008). Improving handoff communications in critical care. *Chest*, 134, 158–162. doi:10.1378/chest.08-0914
- Catchpole, K. R., De Leval, M. R., McEwan, a, Pigott, N., Elliott, M. J., McQuillan, a, ... Goldman, a J. (2007). Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit- stop and aviation models to improve safety and quality. *Paediatric Anaesthesia*, 17, 470–478. doi:10.1111/j.1460-9592.2007.02239.x
- CHLC - Centro Hospitalar de Lisboa Central. Qualidade e Segurança. (2011). *Circular Informativa N.º (desconhecido) 2011-06- Procedimento Multissetorial SDO 1055 – Transporte do Doente Cirúrgico para o Bloco Operatório Central e do Bloco Operatório Central para o Bloco Operatório Central do Hospital. Acessível no Bloco Operatório do Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.*
- College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA). (2008). *Registered Nurse Roles that Facilitate Continuity of Care* (p. 8). Edmonton: College and Association of Registered Nurses of Alberta.
- Davis, C., Lockhart, L., Landon, D., & Henry, D. (2014). Let 's talk about safety! *Nursing Made Incredibly Easy!*, 12(2), 36–43. doi:10.1097/01.NME.0000442903.88908.e1
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente* (p. 142). Lisboa.
- Dunn, M. J. G., Gwinnutt, C. L., & Gray, a J. (2007). Critical care in the emergency department: patient transfer. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 24(1), 40–4. doi:10.1136/emj.2006.042044

- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC* (No. NCE/09/01932) (p. 1). Lisboa. Retirado de: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Fachada, EM. (2012). *Psicologia das Relações Interpessoais* (2a ed., p. 486). Lisboa: Edições Sílabo
- Fortin, Ma.-F. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (Décarie, Ed.) (3rd ed., p. 388). Loures: Lusociências.
- Galliers, J., & Wilson, S. (2011). Data Gathering for the Safer Handover Project. In John Wiley and Sons (Ed.), *Interaction Design: Beyond Human - Computer Interaction* (3a ed., p. 589). London.
- Gawande, A., M., Z., Studdert, D., & Brennan, T. (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*, 133(6), 614–621.
- Goldstein, R. S. (2005). Management of the critically ill patient in the emergency department: focus on safety issues. *Critical Care Clinics*, 21(1), 81–9, viii–ix. doi:10.1016/j.ccc.2004.10.001
- Government of South Australia. (2011). *Communication and Teamwork: Ordering of Clinical Handover Resources* (p. 2).
- Gray, A. (2004). Secondary transport of the critically ill and injured adult. *Emergency Medicine Journal*, 21(3), 281–285. doi:10.1136/emj.2003.005975
- Gulliford, M., Morgan, M., & Naithani, S. (2006). What is “continuity of care”? *Journal of Health Services Research and Policy*, 11(4), 248–250.
- Häggström, M., & Bäckström, B. (2014). Organizing safe transitions from intensive care. *Nursing Research and Practice*, 2014, 175314. doi:10.1155/2014/175314
- Horwitz, L. I., Moin, T., & Green, M. L. (2007). Development and implementation of an oral sign-out skills curriculum. *Journal of General Internal Medicine*, 22(10), 1470–4. doi:10.1007/s11606-007-0331-0
- Iedema, R., Merrick, E. T., Kerridge, R., Herkes, R., Lee, B., Anscombe, M., ... White, L. (2009). Handover Enabling Learning in Communication for Safety (HELICS): a report on achievements at two hospital sites. *The Medical Journal of Australia*, 190(11). doi:10.1188_fm [pii]
- James, D., Jukkala, A., Azuero, A., Autrey, P., Vining, L., & Miltner, R. (2013). Development of the Medical Intensive Care Unit Shift Report

Communication Scale as a measure of nurses' perception of communication. *Nursing: Research and Reviews*, 59–65.

- Joint Commission Center for Transforming Healthcare (a). Acedido em 22 Janeiro de 2015. Disponível em:
http://www.centerfortransforminghealthcare.org/assets/4/6/handoff_comm_storyboard.pdf
- Joint Commission Center for Transforming Healthcare (b). Acedido em 22 Janeiro de 2015. Disponível em:
http://www.centerfortransforminghealthcare.org/assets/4/6/HOC_TST_Implementation_Guide.pdf
- Lovasik, D. (2009). *Ticket to Ride : Providing Safe Intra-hospital Transport UPMC Presbyterian Shadyside* (pp. 1–4). Pennsylvania. Retirado de:
www.pdcorp.com
- Macartney, I., & Nightingale, P. (2001). Transfer of the critically ill adult patient. *British Journal of Anaesthesia*, 1(1), 12–15.
- Manser, T., & Foster, S. (2011). Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181–91. doi:10.1016/j.bpa.2011.02.006
- Maxson, P. M., Derby, K. M., Wroblewski, D. M., & Foss, D. M. (2012). Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Medsurg Nursing : Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 21(3), 140–4; quiz 145. Retirado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22866433>
- McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., & Gehrke, T. (2011). Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*, 18, 19–26. doi:10.1016/j.colegn.2010.04.004
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.) (p. 456). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* (p. 94p). Lisboa.
- Ordem dos Médicos (OM) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Lisboa: CELOM. Retirado de:
http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- Pesanka, D. A., Greenhouse, P. K., Rack, L. L., Delucia, G. A., Perret, R. W., Scholle, C. C., ... Janov, C. L. (2009). Ticket to ride: reducing handoff risk during hospital patient transport. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2), 109–115.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. (Lusociência, Ed.) (p. 668). Loures.
- Philpin, S. (2006). "Handing over": transmission of information between nurses in an intensive therapy unit. *Nursing in Critical Care*, 11(2), 86–93.
doi:10.1111/j.1362-1017.2006.00157.x
- Porteous, J. M., Stewart-wynne, E. G., Connolly, M., & Crommelin, P. F. (2009). iSoBAR — a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *Medical Journal of Australia*, 190(11), 152–156.
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (2015). An Observational Study of Postoperative Handover in Anesthetic Clinics; The Content of Verbal Information and Factors Influencing Receiver Memory. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 1(1), 1–11.
doi:10.1016/j.jopan.2014.01.012
- Regulamento N.o 122/11 de 18 de Fevereiro. (2011). *Diário da República N.o 35/11, II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Regulamento N.o 124/11 de 18 de Fevereiro. (2011). *Diário da Republica N.o 35/11, II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa, Portugal.
- Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Little, B. W. (2009). Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal of Medical Quality : The Official Journal of the American College of Medical Quality*, 24(3), 196–204.
doi:10.1177/1062860609332512
- Scovell, S. (2010). Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 24(20), 35–9.
doi:10.7748/ns2010.01.24.20.35.c7453
- Spooner, A. J., Chaboyer, W., Corley, A., Hammond, N., & Fraser, J. F. (2013). Understanding current intensive care unit nursing handover practices. *International Journal of Nursing Practice*, 19, 214–220.
doi:10.1111/ijn.12058
- The Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: 2011 Edition* (pp. 1–201).
- Triplett, P., & Schuveiller, C. (2011). Nurses' End-of-Shift Report Process and Implementation of a Standardized Report Format Tool and Bedside Handoff. *Critical Care Nurse*, 31(2), 43–45.
- Velji, K., Baker, G., Fancott, C., Andreoli, A., Boaro, N., Tardif, G., ... Sinclair, L. (2008). Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a

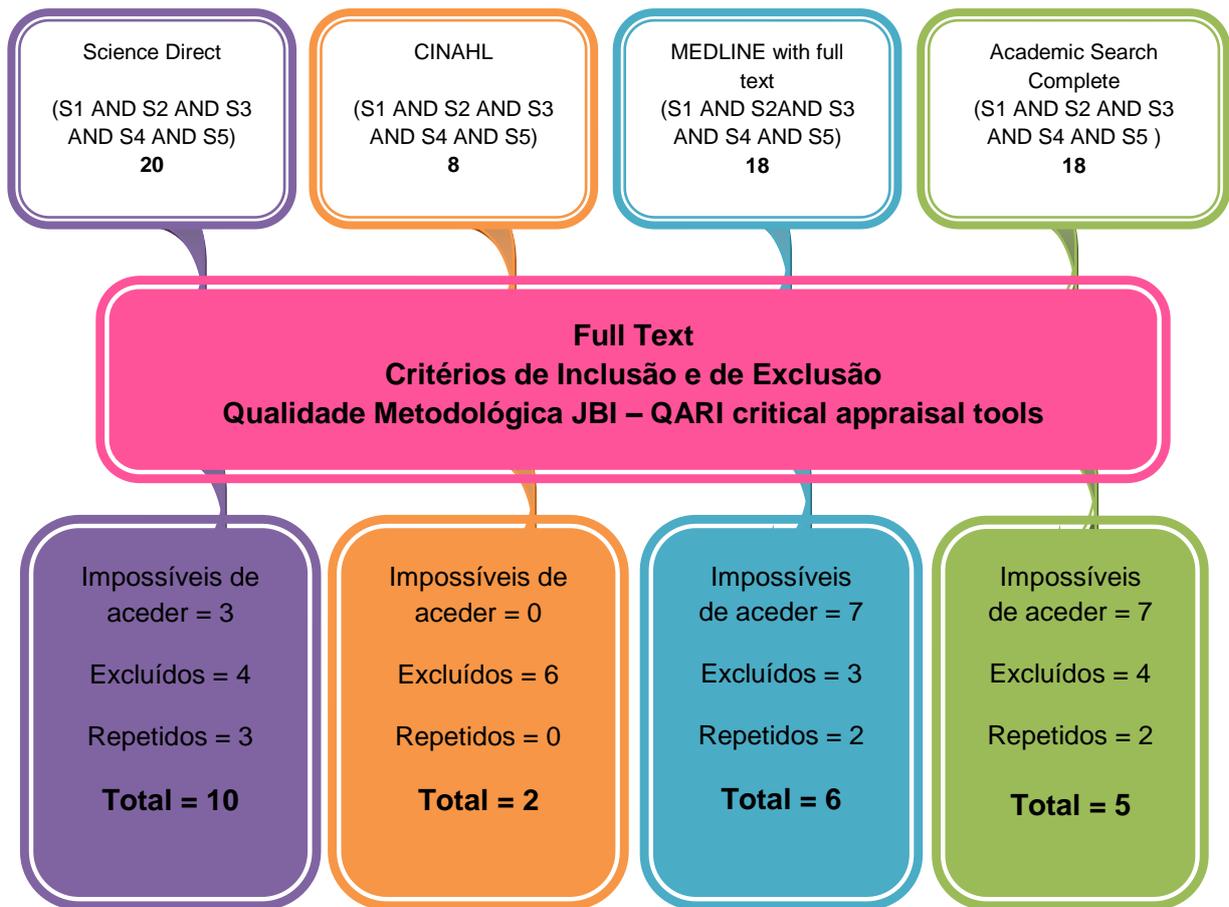
Rehabilitation Setting. *Healthcare Quarterly*, 11(sp), 72–79.
doi:10.12927/hcq.2008.19653

Wayne, J. D., Tyagi, R., Reinhardt, G., Rooney, D., Makoul, G., Chopra, S., & DaRosa, D. a. (2008). Simple Standardized Patient Handoff System that Increases Accuracy and Completeness. *Journal of Surgical Education*, 65(6).

Welsh, C. A., Flanagan, M. E., & Ebricht, P. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing Outlook*, 58(3), 148–154. doi:10.1016/j.outlook.2009.10.005

APÊNDICE

Apêndice 1 – Fluxograma dos Resultados obtidos através da estratégia de Pesquisa



Artigos adicionados através das referências Bibliográficas = 2

Artigos adicionados de pesquisas anteriores relevantes para a temática = 3

Resultado final da pesquisa = 23

ANEXOS

Anexo 1 – Mnemónica SBAR

TABLE 1
Elements of the
Preoperative to Intraoperative
Hand-Off Communication

Situation

Name of patient and date of birth
 Name of operative or invasive procedure to be performed including modifiers and site
 Pertinent documents are present and consistent

Background

Elements of patient history pertinent to surgery
 Medical clearance
 Patient allergies and NPO status
 Patient's vital signs and pain level
 Medication profile and medications taken today
 Specific laboratory results
 Code status of patient

Assessment

Patient's current level of understanding of the surgery
 Special patient needs or precautions
 Pertinent aspects of the patient's emotional and spiritual status
 Pertinent cultural implications
 Anesthesia requests

Recommendations

State whether the patient has been seen preoperatively by the surgeon and anesthesia care provider
 Determine whether the patient is ready for surgery
 Allow an opportunity for preoperative and intraoperative staff members to ask questions or voice concerns

TABLE 2
Elements of the Intraoperative to
Postanesthesia Care Unit (PACU)
Hand-Off Communication

Situation

Name of patient and date of birth
 Name of operative or invasive procedure performed including modifiers and site

Background

Type of anesthesia administered and name of anesthesia care provider
 Intraoperative medications administered including dose and time
 IV fluids administered
 Estimated blood loss
 Pertinent information related to the surgical site such as dressings, tubes, drains, or packing
 Any significant OR events

Assessment

Hemodynamic stability
 Airway and oxygenation status
 Thermal status (eg, presence of hypothermia or hyperthermia)
 Urine output
 Presence or absence of surgical complications
 Level of pain
 Method of pain management

Recommendations

Ensure that immediate postoperative orders have been completed
 Discharge from the PACU when stable
 Allow opportunity for intraoperative and PACU staff members to ask questions or voice concerns

TABLE 3
**Elements of the Postanesthesia
Care Unit (PACU) to Inpatient
Unit Hand-Off Communication***

Situation

Name of patient and date of birth
Name of operative or invasive procedure
performed including modifiers and site

Background

Type of anesthesia administered and name
of anesthesia care provider
Medications administered in the OR and
PACU including dose and time
IV fluids administered in the OR and PACU
Estimated blood loss
Pertinent information related to the surgical
site such as dressings, tubes, drains, or
packing
Any significant OR events
Any significant PACU events

Assessment

Hemodynamic stability
Airway and oxygenation status
Thermal status (eg, presence of hypothermia
or hyperthermia)
Urine output
Presence or absence of surgical complications
Level of pain
Method of pain management

Recommendations

Ensure that PACU physician orders have
been completed
Ensure that the surgeon's plan of care has
been implemented
Identify patient's and family members'
educational needs
Provide discharge instructions
Discharge after two hours or when stable
Allow an opportunity for PACU and inpa-
tient unit staff members to ask questions
or voice concerns

** This SBAR hand-off communication outline
also is applicable for phase I PACU to phase II
recovery hand-off communications.*

Anexo 2 – Mnemónica IDEIA

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; width: 100%; height: 60px; margin-bottom: 5px;"></div>			
I	<ul style="list-style-type: none"> ✓ IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ✓ IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA <p>DADOS DEMOGRÁFICOS (nome completo, idade, profissão, pessoa significativa)</p> <p>EPISÓDIO (programado ou urgente)</p>		
D	<ul style="list-style-type: none"> ✓ DIAGNÓSTICO DE ENTRADA <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p>ANTECEDENTES RELEVANTES</p> <p>AVALIAÇÃO INICIAL</p> </td> <td style="border-left: 1px solid black; vertical-align: top; width: 50%;"> <p>Antecedentes médicos</p> <p>Antecedentes cirúrgicos</p> <p>Medicação habitual</p> <p>Neurológica, Emocional, Sensitiva, Motora</p> <p>Dor</p> <p>Risco de queda, Risco de UPP</p> </td> </tr> </table>	<p>ANTECEDENTES RELEVANTES</p> <p>AVALIAÇÃO INICIAL</p>	<p>Antecedentes médicos</p> <p>Antecedentes cirúrgicos</p> <p>Medicação habitual</p> <p>Neurológica, Emocional, Sensitiva, Motora</p> <p>Dor</p> <p>Risco de queda, Risco de UPP</p>
<p>ANTECEDENTES RELEVANTES</p> <p>AVALIAÇÃO INICIAL</p>	<p>Antecedentes médicos</p> <p>Antecedentes cirúrgicos</p> <p>Medicação habitual</p> <p>Neurológica, Emocional, Sensitiva, Motora</p> <p>Dor</p> <p>Risco de queda, Risco de UPP</p>		
E	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ESPECIFICAÇÕES ANESTÉSICAS <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p>TIPO DE ANESTESIA</p> <p>ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS</p> </td> <td style="border-left: 1px solid black; vertical-align: top; width: 50%;"> <p>Hemodinâmicas</p> <p>Laboratoriais</p> <p>Transfusão hemoderivados</p> </td> </tr> </table>	<p>TIPO DE ANESTESIA</p> <p>ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS</p>	<p>Hemodinâmicas</p> <p>Laboratoriais</p> <p>Transfusão hemoderivados</p>
<p>TIPO DE ANESTESIA</p> <p>ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS</p>	<p>Hemodinâmicas</p> <p>Laboratoriais</p> <p>Transfusão hemoderivados</p>		
I	<ul style="list-style-type: none"> ✓ INTERVENÇÃO CIRÚRGICA <p>INTERCORRÊNCIAS</p>		
A	<ul style="list-style-type: none"> ✓ AVALIAÇÃO FINAL (NEUROLÓGICA, SENSITIVA, MOTORA, DOR, TEMPERATURA) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p>RECOMENDAÇÕES</p> </td> <td style="border-left: 1px solid black; vertical-align: top; width: 50%;"> <p>Vias de acesso</p> <p>Drenagens</p> <p>Penso operatório</p> </td> </tr> </table>	<p>RECOMENDAÇÕES</p>	<p>Vias de acesso</p> <p>Drenagens</p> <p>Penso operatório</p>
<p>RECOMENDAÇÕES</p>	<p>Vias de acesso</p> <p>Drenagens</p> <p>Penso operatório</p>		

**Apêndice IX – Questionário Aplicado aos Enfermeiros no meu
Contexto de Trabalho**

QUESTIONÁRIO

Eu, Ana Patrícia Lopes dos Santos, enfermeira a realizar estágio no serviço de urgência, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do estágio a desenvolver propus efetuar o projeto sobre a temática da Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica durante o Transporte Inter-Hospitalar.

Este questionário tem como objetivo conhecer as representações de cada enfermeiro sobre a transferência efetiva no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica e avaliar a pertinência do tema em estudo.

A transferência efetiva da pessoa em situação crítica remete quer para a transferência da informação verbal quer escrita.

Solicito assim a sua colaboração no preenchimento deste questionário que é anónimo e voluntário, podendo desistir a qualquer momento se assim o entender. Não existem respostas certas ou erradas e por isso solicita-se sinceridade na resposta.

Grata pela sua colaboração, se precisar de esclarecer qualquer questão contacte por email [REDACTED] ou pelo telefone [REDACTED]

Realizado por Ana Patrícia Lopes dos Santos

Estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Enf.º Orientador – Ivo Fernandes

Prof.ª - Sónia Ferrão

Questionário

1. Sexo

- M F

2. Habilitações Literárias

- Bacharelato
 Licenciatura
 Especialização: Área - _____
 Mestrado: Área - _____
 Doutoramento: Área - _____
 Outra: Qual? _____

3. Outras Formações

- SBV (Suporte Básico de Vida)
 SAV (Suporte Avançado de Vida)
 SAVT (Suporte Avançado de Vida em Trauma)
 Outra: _____

4. Serviço onde trabalha:

- Serviço de Atendimento Permanente
 Serviço de Internamento

5. Experiência profissional no Serviço onde trabalha:

- < 1 ano
 1 a 3 anos
 4 a 6 anos
 >7 anos

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

- Sim Não Não efetuei nenhum transporte

Se sim, refira 2 aspetos que podem ser melhorados: _____

9. Já teve formação Especifica sobre transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica?

- Sim Não

Se sim, que temas foram abordados: _____

10. Em que áreas do Transporte Inter-Hospitalar gostaria de receber formação?

11. Gostaria de partilhar alguma ideia sobre a temática do transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica?

Obrigada pela sua colaboração.

**Apêndice X – Tratamento Estatístico dos Dados do Questionário
Aplicado aos Enfermeiros no meu Contexto de Trabalho**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica**

Plano de Sessão

**Tratamento Estatístico dos Dados do
Questionário Aplicado aos Enfermeiros do
Serviço de Atendimento Permanente e
Internamento**

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Lisboa

Fevereiro de 2015



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica**

Plano de Sessão

**Tratamento Estatístico dos Dados do
Questionário Aplicado aos Enfermeiros do
Serviço de Atendimento Permanente e
Internamento**

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Docente: Prof. Sónia Ferrão

Enf. ^o Orientador: Ivo Fernandes

Lisboa

Fevereiro de 2015

1. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS DO QUESTIONÁRIO

Em seguida analisou-se os dados dos questionários aplicados aos enfermeiros do serviço de atendimento permanente e internamento.

Alamanou & Brokalaki (2014) e Häggström & Bäckström (2014) reforçam a importância que o nível de experiência e as competências técnicas, científicas e humanas dos enfermeiros têm para um transporte seguro, daí o facto de se questionar acerca das habilitações literárias, cursos complementares e o tempo de exercício profissional no serviço de urgência, pois cada vez mais se recomenda que o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica seja feito por equipas especializadas.

Durante o período de quatro de Fevereiro a nove de Fevereiro de 2015 foram distribuídos no serviço de atendimento permanente e serviço de internamento um total de 20 questionários, dos quais 15 foram entregues. Optou-se por estes dois serviços, pois são os enfermeiros destes serviços que asseguram os transportes inter-hospitalares efetuados no hospital. Inicialmente foram distribuídos cinco questionários (três no internamento e dois no atendimento permanente) para a validação do questionário. Daí surgiu a necessidade de reformular duas questões que levantavam dúvidas e outra questão que se encontrava incompleta.

Considero que a adesão ao questionário foi elevada, visto que a equipa de enfermagem dos dois serviços é constituída por um total de 20 enfermeiros. Os dados dos questionários foram tratados estatisticamente, numa grelha em Excel elaborada de acordo com as questões colocadas.

Do total de inquiridos 13% são do sexo masculino e 87% são do sexo feminino. Os enfermeiros têm todos como formação base a licenciatura e dos que têm a licenciatura, 20% refere ter mestrado e dos enfermeiros que têm mestrados as áreas são: mestrado em enfermagem na área de especialização de saúde infantil e pediatria, reabilitação e gestão em saúde.

Dos enfermeiros inquiridos nenhum referiu ter pós-graduações em enfermagem. De destacar ainda na caracterização da população que 100% dos enfermeiros referem ter formação em Suporte Básico de Vida, 66,7% em Suporte Avançado de Vida e 13,3% em Suporte Avançado de Vida em Trauma e 20% em Suporte Avançado de Vida Pediátrico.

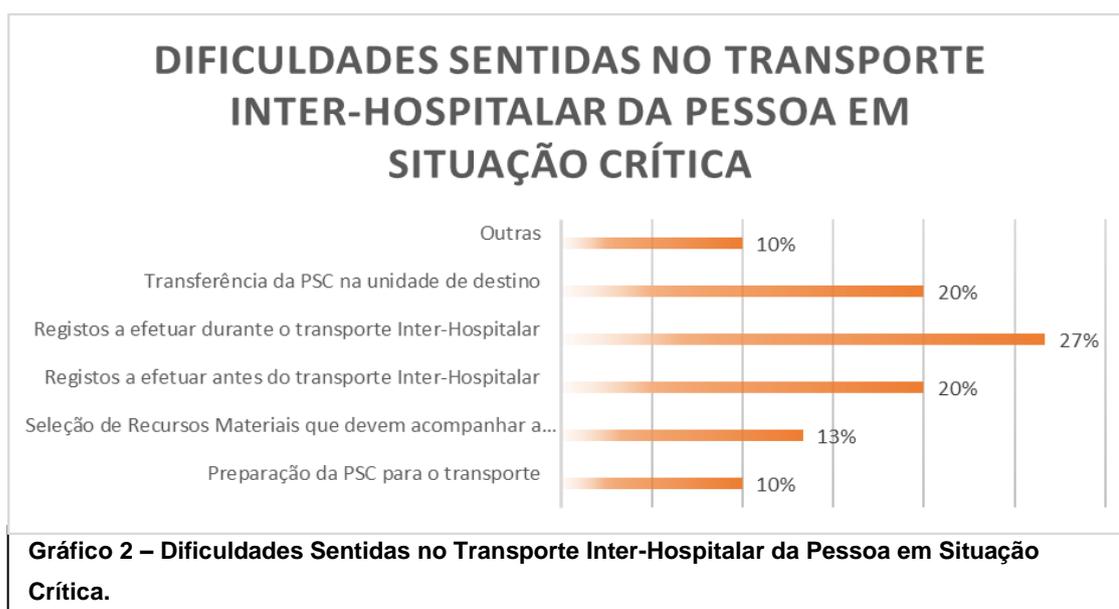
A equipa do serviço pode considerar-se experiente, na medida em que 73,3% dos inquiridos tem mais de sete anos de experiência no serviço de urgência, conforme se pode ver no gráfico 1.



Relativamente à temática 100% dos profissionais consideram o tema da promoção da segurança da pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar em estudo pertinente, o que pode explicar a adesão ao preenchimento do questionário e à partilha de sugestões de melhoria no serviço em que trabalham.

Apesar da experiência de trabalho, 40% dos profissionais quando questionada se sente segurança na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica durante o transporte inter-hospitalar refere que discorda. Isto pode estar relacionado com o facto de apenas 66,6% referir ter formação em SAV e com o facto de 93,3% referirem sentir dificuldades no transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica. Das dificuldades referidas 10% estão

relacionadas com a preparação da pessoa para o transporte, 13% com a seleção dos recursos materiais que devem acompanhar o doente, 47% com os registos a efetuar antes e durante o transporte e 20% com a transferência do doente na unidade de destino – conforme se pode verificar pelo gráfico 2 – e houve ainda quem referisse sentir dificuldades em intervir perante intercorrências que surgem durante o transporte, por não ter tempo suficiente para preparar o transporte de forma calma e eficiente e pelo facto de



considerarem que as ambulância chamadas para a transferência não estão bem equipadas.

Assim as respostas dadas podem indicar a necessidade de investimento em formação complementar dos profissionais, pois a participação dos enfermeiros em todas as fases do transporte exige destes a prestação de cuidados holísticos à pessoa e sua família e habilidades técnicas no manuseamento dos diversos aparelhos de suporte às funções vitais da pessoa que em conjunto farão a diferença para que o transporte seja seguro (Alamanou & Brokalaki, 2014). A atenção e o cuidado relativamente às alterações hemodinâmicas que o transporte pode causar na pessoa fazem com que os enfermeiros tenham de ser peritos nesta área de prestação de cuidados.

80% dos inquiridos concorda que o transporte inter-hospitalar do seu serviço pode ser melhorado. Por outro lado, 100% concorda que nas

organizações os processos de comunicação são vulneráveis em momentos como mudanças de turno, nas transferências e no transporte intra e inter-hospitalar da pessoa em situação crítica e que a existência de registos uniformizados para a transferência da pessoa em situação crítica ajuda a minimizar a perda de informações importantes e garante a segurança e a continuidade dos cuidados.

Nas organizações os processos de comunicação são vulneráveis em momentos como mudanças de turno, nas transferências pois parte da informação poderá perder-se entre os vários interlocutores ((Manser & Foster, 2011) e de facto 73,3% dos inquiridos concorda que aquando da transferência da pessoa em situação crítica a informação transmitida verbalmente é incompleta quando comparada com a escrita, podendo levar à perda de informações importantes embora 46,7% não concorda nem discorda que durante a transferência da pessoa em situação crítica sinta que consegue transmitir toda a informação de forma clara e completa. Dados obtidos que vão ao encontro do que refere Goldstein (2005), Gray (2004), Lovasik (2009) Pesanka et al., (2009) e Ridley (2004) sobre a importância da comunicação na prevenção de erros e na garantia de continuidade de cuidados.

Ao encontro do que é referido anteriormente vão também as sugestões de melhoria referidas nos questionários. Assim como sugestões dadas destacam-se a introdução de melhoria na comunicação a vários níveis, quer com os tripulantes de ambulância que vêm efetuar o transporte, a comunicação entre unidades de saúde, isto é com o serviço de destino para onde a pessoa em situação crítica é transferido, existência de um formulário de preenchimento rápido para utilizar durante o transporte que permita uniformização e síntese da informação a transferir e que permita também o registo de intercorrências durante transporte; divulgar por toda a equipa enfermagem e médica a possibilidade de ativar as diferentes Vias Verdes (Coronária, AVC, entre outras); existir um protocolo que uniformize o processo de transferências e a aplicação de um instrumento para avaliar qual a necessidade de acompanhamento da pessoa em situação crítica que defina quer os recursos materiais quer os recursos humanos.

As sugestões referidas vão ao encontro do que OM e SPCI (2008) aconselham em matéria de controlo da qualidade do transporte e o respeito pelas normas de boa prática.

Do total de Inquiridos 93,3% refere que não recebeu formação na área do transporte inter-hospitalar. Das áreas em que os inquiridos gostariam de receber formação relativamente ao transporte inter-hospitalar destacam-se as seguintes:

- Cuidados de enfermagem a prestar à pessoa em situação crítica durante o transporte;
- Lidar com intercorrências durante o transporte relacionada com situações de emergência e procedimentos a adotar;
- Standardização da informação a registar antes e durante o transporte e a transmitir no local de destino;
- Exercícios práticos de SAV em ambulâncias medicalizadas;
- Fluxogramas para a ativação das Vias verdes (AVC e Coronária).

Em síntese a pertinência das necessidades de formação vão ao encontro do que refere a OM e SPCI (2008) a transferência da pessoa em situação crítica pela equipa de transporte deve ser efetuada de maneira formal, devendo a equipa responsável efetuar uma observação, segundo a metodologia ABCDE e os registos, devem ser efetuados, ao longo do transporte, com intervalos adequados face à situação clínica do doente, nomeadamente documentando todas as alterações ou terapêuticas administradas, devendo ainda ficar registados os últimos parâmetros, após a entrega no serviço que rececionou o utente.

BIBLIOGRAFIA

- Alamanou, D. G., & Brokalaki, H. (2014). Intrahospital transport policies: The contribution of the nurse. *Health Science Journal*, 8(1), 166–178. doi:E-ISSN:1791-809x
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente* (p. 142). Lisboa.
- Goldstein, R. S. (2005). Management of the critically ill patient in the emergency department: focus on safety issues. *Critical Care Clinics*, 21(1), 81–9, viii–ix. doi:10.1016/j.ccc.2004.10.001
- Gray, A. (2004). Secondary transport of the critically ill and injured adult. *Emergency Medicine Journal*, 21(3), 281–285. doi:10.1136/emj.2003.005975
- Häggström, M., & Bäckström, B. (2014). Organizing safe transitions from intensive care. *Nursing Research and Practice*, 2014, 175314. doi:10.1155/2014/175314
- Lovasik, D. (2009). *Ticket to Ride : Providing Safe Intra-hospital Transport UPMC Presbyterian Shadyside* (pp. 1–4). Pennsylvania. Retirado de: www.pdcorp.com
- Manser, T., & Foster, S. (2011). Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181–91. doi:10.1016/j.bpa.2011.02.006
- Ordem dos Médicos (OM) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Lisboa: CELOM. Retirado de: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- Pesanka, D. A., Greenhouse, P. K., Rack, L. L., Delucia, G. A., Perret, R. W., Scholle, C. C., ... Janov, C. L. (2009). Ticket to ride: reducing handoff risk during hospital patient transport. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2), 109–115.
- Ridley, S. (2004). Secondary transport of the critically ill. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 5(1), 20–23. doi:10.1383/anes.5.1.20.28117

**Apêndice XI – Plano da Sessão “Partilha do Percurso Efetuado e
Elementos Chave Envolvidos na Promoção da Segurança da Pessoa
em Situação Crítica”**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica**

Plano de Sessão

**Partilha do Percurso Efetuado e Elementos
Chave Envolvidos na Promoção da Segurança da
Pessoa em Situação Crítica**

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Lisboa

Fevereiro de 2015



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica**

Plano de Sessão

**Partilha do Percurso Efetuado e Elementos
Chave Envolvidos na Promoção da Segurança da
Pessoa em Situação Crítica**

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Docente: Prof. Sónia Ferrão

Enf. ^o Orientador: Ivo Fernandes

Lisboa

Fevereiro de 2015

PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema: Partilhar com a equipa de enfermagem as aprendizagens ao longo do percurso realizado.

Data: 9 e 10 de Fevereiro de 2015

Hora: às 14h e às 15h

Local: Sala de Formação [REDACTED]

Duração: 50 min.

Grupo Alvo: Enfermeiros

Objetivo geral: Conhecer o Projeto em desenvolvimento.

Objetivos específicos:

- Identificar os novos contributos que esta experiência trás para o serviço
- Identificar os elementos chave envolvidos na promoção da segurança da pessoa em situação crítica durante o transporte Inter-hospitalar.

DESCRIÇÃO DAS FASES (sumário)		ESTRATÉGIAS		DURAÇÃO			
		Mét./Técni.	MAV	Em minutos			
Introdução	- Apresentação dos formadores - Apresentação do tema e dos objetivos		Método Expositivo	Computador e projetor	2'		
	Explicação do Projeto		Método Expositivo		5'		
Desenvolvimento/Conteúdos	Aprendizagens	Contexto de Urgência	Método Expositivo e Interativo	Computador e projetor	10'		
		Contexto de VMER					
		Contexto de UCI					
	Questionários – Principais Resultados						5''
	<i>Putting all Together</i>						5'
	Elementos Chave Envolvidos na Segurança da Pessoa em Situação Crítica Durante o Transporte Inter-Hospitalar.						10'
Conclusão	- Considerações finais		Método Reflexivo	Computador e projetor	5'		
	- Discussão/avaliação em grupo		Interrogativo		5'		

FOLHETO DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO



Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica

**Promoção da Segurança da Pessoa em Situação
Crítica no Transporte Inter-Hospitalar**



**Outros Contextos...
Aprendizagens...
Um Percurso...**



10 de Fevereiro de 2015

às 14—15h

Sala de Reuniões

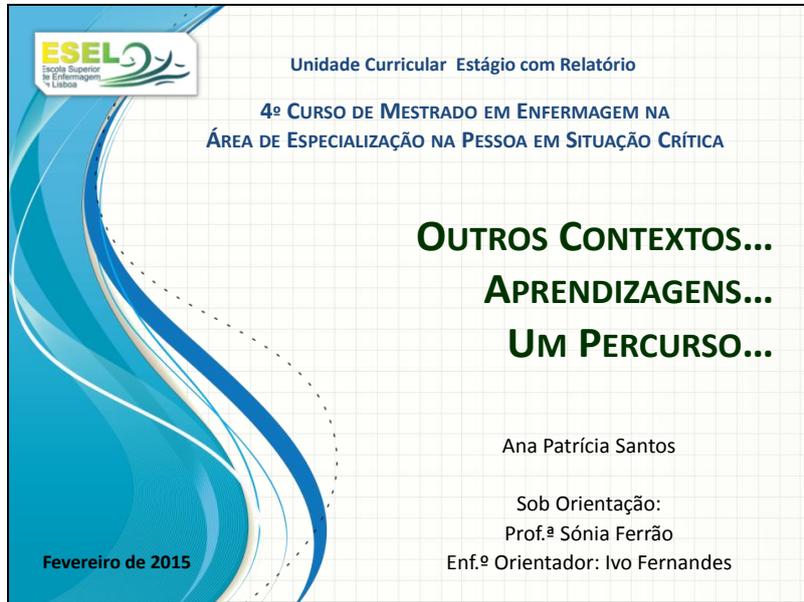


Mestrando: Ana Patrícia Santos

Docente: Prof. Sónia Ferrão

Enf. ° Orientador: Ivo Fernandes

POWERPOINT DA SESSÃO



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
e Saúde

Unidade Curricular Estágio com Relatório

4º CURSO DE Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica

**OUTROS CONTEXTOS...
APRENDIZAGENS...
UM PERCURSO...**

Ana Patrícia Santos

Sob Orientação:
Prof.ª Sónia Ferrão

Enf.º Orientador: Ivo Fernandes

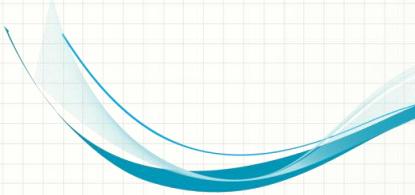
Fevereiro de 2015

Objetivo Geral

- Conhecer o projeto em desenvolvimento.

Objetivos específicos:

- Identificar os novos contributos que esta experiência trás para o serviço.



O Projeto em desenvolvimento...

Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Inter-Hospitalar

- ❖ Fases dos Transporte Inter-Hospitalar
- ❖ Avaliação Sistemática do Doente segundo a metodologia ABCDE
- ❖ Comunicar Efetivamente – que ganhos em segurança?



Serviço de Urgência Central

Descrição Geral

- 1 • Triagem
- 2 • Sala de Emergência e Trauma
- 3 • SO
- 4 • Balcões
- 5 • Outros Setores - TIH

2

• Sala de Emergência e Trauma

❖ Avaliação Sistemática da Pessoa em Situação Crítica:

❖ Mobilização de Competências de SAV e ATCN

❖ Cuidado Centrado na Pessoa em Situação Crítica e Família:

❖ Reflexão sobre a Presença da Família na Sala de Reanimação

5

• Outros Setores - TIH

1. VIA AEREA 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. FREQUENCIA RESPIRATORIA 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 CONSCIENCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow <8 e <14 Escala de Glasgow <8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATORIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TECNICO E FARMACOLOGICO 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 HEMODINAMICA 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.

❖ Informatizado no Processo Clínico do Doente

❖ Preenchimento Score automático

❖ Informa o material que deve

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, Injetáveis + soros
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Ambulância medicalizada ou helicóptero ambulância	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Acima descrito + Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada, Desfibrilhador com pace. Seringas e Bombas perfusoras.

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

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

Comunicação Efetiva

- I – Identificação**
- S – Situação**
- O – Observação**
A B C D E
- B – Background**
- A – Avaliação**
A B C D E
- R – Registro Livre**

Identificação	Data: ___/___/___		Hora Saúde: ___/___																					
	Identificação do Doente		Contato Familiar/ Pessoa Significativa Parentesco: _____ NR: _____																					
Situação	Avaliação para o Transporte Secundária - SCORE: _____		Médico Unidade de Destino: _____																					
	Hospital de Destino: _____ Serviço de Destino: _____		Médico Unidade de Destino: _____																					
Observação	Diagnóstico Principal: _____																							
	A - Via aérea <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> Comprometida <input type="checkbox"/> Ventilação Invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação Não Invasiva Cervical: <input type="checkbox"/> Imobilizada <input type="checkbox"/> Outra: _____	B - Ventilação <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Rápida <input type="checkbox"/> Lenta <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Parox <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> Outra: _____	C - Circulação Pulso <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Fraco <input type="checkbox"/> Filiforme	D - Difusão Score Glasgow: _____ <input type="checkbox"/> Setação Pupilas: OD _____ OS _____ OE _____ OS _____ <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> OE <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> Catarar-PI: _____	E - Exposição Pele <input type="checkbox"/> Resaca <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Marmorizada <input type="checkbox"/> Perfurada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Suada																			
Sinais Vitais: TP TA FC FR SpO2 O2/disp. Dor Nome: _____																								
Observação	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso Periférico N.S.V.G. _____ <input type="checkbox"/> Acesso Venoso central: Localização: _____ N.S. Lumen: _____ Linha Arterial: _____ Outros Dispositivos: _____ Dreno Torácico: _____ Outro: _____				Assinela: D - Dreno F - Ferida F - Fratura Q - Quimadura UP - Uterar Pressão																			
	Alimentação - Última refeição: _____ Jéjum desde: _____ Sonda: <input type="checkbox"/> Nasogástrica <input type="checkbox"/> Orogástrica <input type="checkbox"/> Outra: _____ OH: _____ Data de inserção: _____ Drenagem vesical: <input type="checkbox"/> Contínua <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Algalia <input type="checkbox"/> Cateter: OH: _____ Data de inserção: _____																							
Terapêutica em Curso <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fármaco</th> <th>Dose</th> <th>Via</th> <th>Freq.</th> <th>Localização</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					Fármaco	Dose	Via	Freq.	Localização															
Fármaco	Dose	Via	Freq.	Localização																				

Comunicação Efetiva

- I – Identificação**
- S – Situação**
- O – Observação**
A B C D E
- B – Background**
- A – Avaliação**
A B C D E
- R – Registro Livre**

Identificação	Antecedentes médicos e cirúrgicos relevantes: _____		Alertas <input type="checkbox"/> Hipoxia <input type="checkbox"/> Aséptico <input type="checkbox"/> Isolamento <input type="checkbox"/> Frenes <input type="checkbox"/> Outros: _____																	
	Défices Sensitivos: <input type="checkbox"/> Hipocúria <input type="checkbox"/> Diminuição acuidade visual <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Paralisia - Hemiparalisia <input type="checkbox"/> Plegia - Hemiplegia		Estado Mental <input type="checkbox"/> Perigo para si próprio <input type="checkbox"/> Perigo para os outros <input type="checkbox"/> Necessita contenção física																	
Situação	A - Via aérea <input type="checkbox"/> T. Guedes <input type="checkbox"/> T. Nasof <input type="checkbox"/> PDI: Nivel: _____ Data de Colocação: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ventilação Invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação Não Invasiva																			
	B - Ventilação <table border="1"> <thead> <tr> <th>Modo/Parâmetro</th> <th>Vol./min</th> <th>FiO2</th> <th>PEEP</th> <th>Pressão</th> <th>IPAP</th> <th>EPAP</th> <th>Fuga</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Modo/Parâmetro	Vol./min	FiO2	PEEP	Pressão	IPAP	EPAP	Fuga								
Modo/Parâmetro	Vol./min	FiO2	PEEP	Pressão	IPAP	EPAP	Fuga													
Observação	C - Circulação <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>TA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>Satp O2</th> <th>Cap O2</th> <th>T.S</th> <th>Glic. mmol</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Hora	TA	FC	FR	Satp O2	Cap O2	T.S	Glic. mmol								
	Hora	TA	FC	FR	Satp O2	Cap O2	T.S	Glic. mmol												
Avaliação	Avaliação Pupilar: 1 2 3 4 5 1 - 2 - 3 - 4 - 5 OD: _____ OS: _____ Score: _____		Escala de Coma de Glasgow: Aberto: 1 2 3 4 5 1 - 2 - 3 - 4 - 5 OD: _____ OS: _____ Score: _____																	
	E - Exposição Avaliação da Dor (assinalar com círculo): 1 2 3 4 5 1 - 2 - 3 - 4 - 5 Localização: _____																			
Registro Livre _____ _____ _____																				
Hora de Chegada: ___/___/___ Equipe de Transporte: _____ Enfermeiro: _____ Médico: _____																				

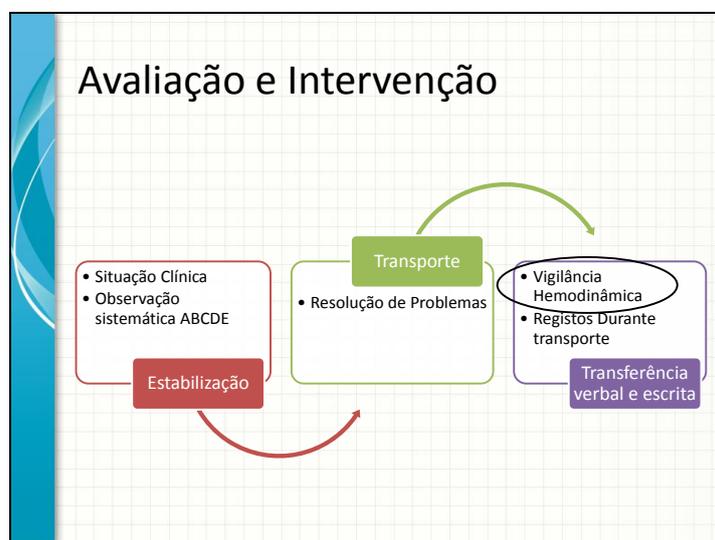


Pré-Hospitalar VMER

GRELHA PARA AVALIAÇÃO DE TRANSPORTE SECUNDÁRIO DO CODU-INEM

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL		8. PACEMAKER	
Não	0	Não	0
Sim (tubo orofaríngeo)	1	Sim, definitivo	1
Sim (tubo traqueal ou traqueotomia recente)	2	Sim, provisório (externo ou endocavitário)	2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA		9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA	
FR entre 10 e 20 / min	0	GCS = 15 ou alterada por patologia prévia	0
FR entre 21 e 35 / min	1	GCS [9, 14] (de novo)	1
Apneia ou FR < 10/min ou FR > 35/min ou respiração irregular	2	GCS ≤ 8 (de novo)	2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO		10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO	
Não	0	Sem perfusões	0
Sim (Oxigênio)	1	Perfusões Grupo I:	1
Sim (Ventilação Mecânica)	2	Naloxona	
4. ACESSOS VENOSOS		Corticosteróides	
Não / Obstruído / Manutenção da via	0	Manitol a 20%	
Acesso periférico com perfusão	1	Analgésicos	
Acesso central	2	Dreno Torácico e/ou Perfusões Grupo II:	2
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA		Inotrópicos	
Estável	0	Vasodilatadores	
Moderadamente instável	1	Antiarrítmicos	
Instável	2	Bicarbonatos	
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG		Trombolíticos	
Não	0		
Desejável (em doente estável)	1		
Sim (em doente instável)	2		
7. RISCO DE ARRITMIAS			
Não	0		
Sim, baixo risco	1		
Sim, alto risco	2		

PONTOS	MEIO DE TRANSPORTE INEM
0-3	AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE
4-7	AMBULÂNCIA SIV
≥ 7	AMBULÂNCIA SIV COM MÉDICO OU HELICÓPTERO

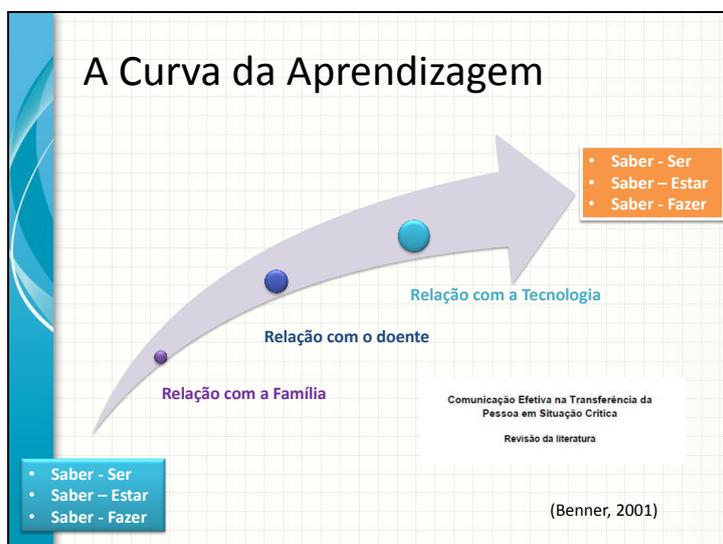
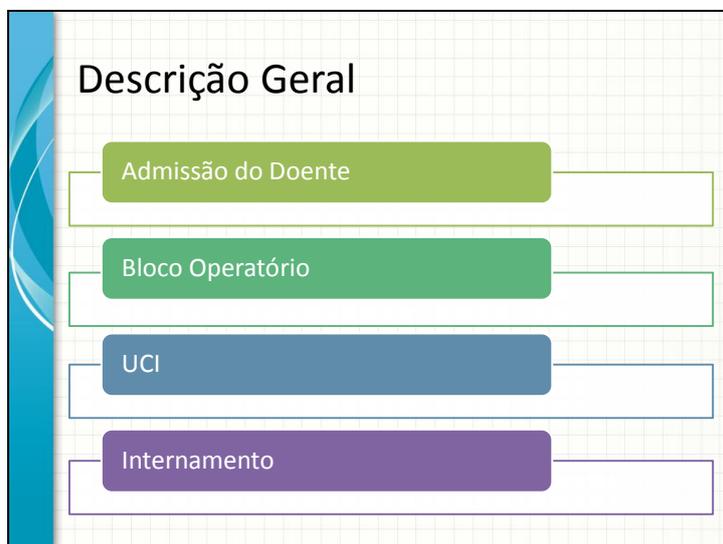
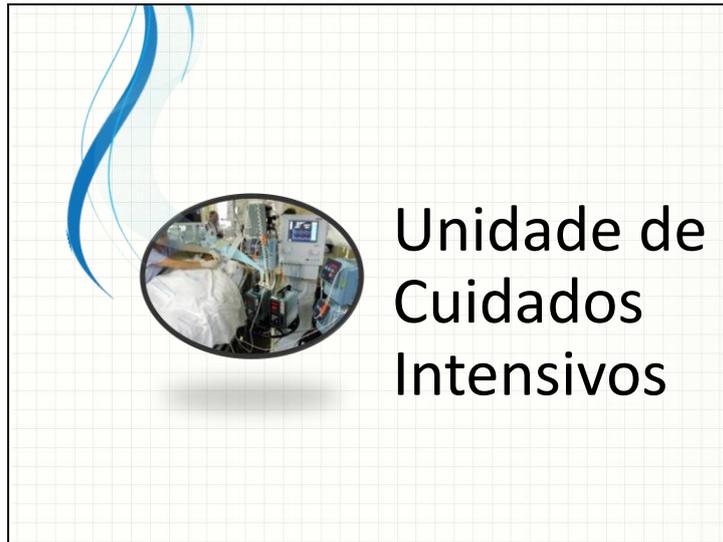


Revisão da Literatura e Formação



**Fisiologia do Movimento:
Que Implicações no Transporte
Terrestre da Pessoa em Situação
Crítica?**

- Perigos associados ao Transporte:
 - Perigos Dinâmicos
 - Perigos Estáticos
- Intervenções de Enfermagem



QUESTIONÁRIOS

OUTROS CONTEXTOS... APRENDIZAGENS... UM PERCURSO... UM PROJETO... CONSTRUÍDO EM EQUIPA...

Equipa de Enfermagem:

- Atendimento Permanente
- Internamento

Sob Orientação:
Prof.ª Sónia Ferrão
Enf.º Orientador: Ivo Fernandes

Fevereiro de 2015

Caracterização da População

- 87% do sexo feminino
- 13% do sexo masculino
- Habilitações Literárias:
 - 100% Licenciatura
 - 20% Mestrado

Experiência Profissional:

Experiência Profissional	Porcentagem
< 1 ano	73%
1 a 3 anos	13%
4 a 6 anos	7%
> 7 anos	7%

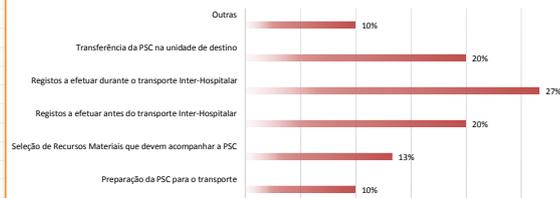
FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Formação Complementar	Porcentagem
SBV	100,00%
SAV	66,67%
SAVT	13,33%
SAV PED	20,00%

40% dos profissionais quando questionada se sente segurança na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica Durante o transporte Inter-Hospitalar refere que **discorda**.

93,3% referirem sentir dificuldades no transporte inter-hospitalar da Pessoa em Situação Crítica

DIFICULDADES SENTIDAS NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



80% dos inquiridos concorda que o transporte inter-hospitalar do seu serviço pode ser melhorado.

Nas organizações os processos de comunicação são vulneráveis em momentos como mudanças de turno, nas transferências pois parte da informação poderá perder-se entre os vários interlocutores (Manser & Foster, 2011)

100%

73,3%

concorda que aquando da transferência da pessoa em situação crítica a informação transmitida verbalmente é incompleta quando comparada com a escrita

A comunicação é essencial na garantia da segurança da pessoa de quem se cuida e muitos estudos realizados concluem que os problemas na comunicação são as causas maior de erros que ocorrem durante as situações de transferência.

[Goldstein (2005), Gray (2004), Lovasik (2009) Pesanka et al., (2009) e Ridley (2004)]



Sugestões de Melhoria

- Na comunicação a vários níveis:
 - Tripulantes de ambulância que vêm efetuar o transporte,
 - Unidades de saúde - Serviço de Destino para onde a pessoa em Situação crítica é transferida
- Existência de um formulário de preenchimento rápido para utilizar durante o transporte que permita uniformização e síntese da informação a transferir e que permita também o registo de intercorrências durante transporte;
- Divulgar por toda a equipa enfermagem e médica a possibilidade de ativar as diferentes Vias Verdes (Coronária, AVC, entre outras);
- Existir um protocolo que uniformize o processo de transferências e a aplicação de um instrumento para avaliar qual a necessidade de acompanhamento da pessoa em situação crítica que defina quer os recursos materiais quer os recursos humanos.

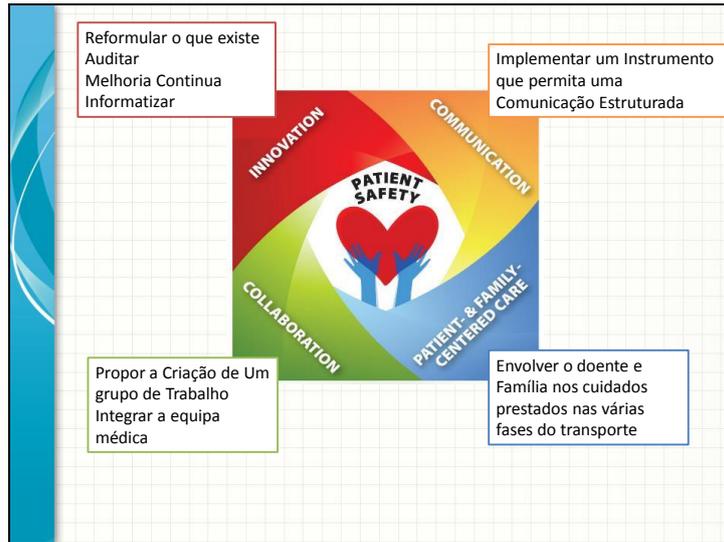
93,3% refere que não recebeu formação na área do transporte Inter-Hospitalar.

Áreas de Formação a investir:

- Cuidados de Enfermagem a prestar à pessoa em situação crítica durante o transporte;
- Lidar com intercorrências durante o transporte relacionada com situações de Emergência e procedimentos a adotar;
- Standardização da informação a registar antes e durante o transporte e a transmitir no local de destino;
- Exercícios práticos de SAV em ambulâncias medicalizadas;
- Fluxogramas para a ativação das Vias verdes (AVC e Coronária).



Elementos Chave Envolvidos na Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica durante o Transporte Inter-Hospitalar



CONCLUSÃO

- Foram identificadas necessidades de formação – agendar com o grupo de Formação
- É atribuída importância à comunicação nos processo de transferência – Instrumento que documenta os cuidados
- É importante divulgar a Instrução de Trabalho em vigor – Reformulação
- Foi divulgado Grelha de Avaliação de Risco para o Transporte Secundário
- Criação grupo trabalho – investigar e auditar implementação de medidas propostas

**Apêndice XII – Avaliação da Sessão “Partilha do Percurso Efetuado
e Elementos Chave Envolvidos na Promoção da Segurança da
Pessoa em Situação Crítica”**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Plano de Sessão

**Avaliação da Sessão de Formação: Partilha do
Percurso Efetuado e Elementos Chave
Envolvidos na Promoção da Segurança da
Pessoa em Situação Crítica no Transporte Inter-
Hospitalar**

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Lisboa

Fevereiro de 2015



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Plano de Sessão

**Avaliação da Sessão de Formação: Partilha do
Percurso Efetuado e Elementos Chave
Envolvidos na Promoção da Segurança da
Pessoa em Situação Crítica no Transporte Inter-
Hospitalar**

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Docente: Prof. Sónia Ferrão

Enf. ° Orientador: Ivo Fernandes

Lisboa

Fevereiro de 2015

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE A PARTILHA DO PERCURSO EFETUADO

A sessão de formação *Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Inter-Hospitalar – Partilha do Percurso* foi realizada na Sala de formação do [REDACTED] no dia 10 de Fevereiro de 2015 das 14h às 15h.

Durante a sessão estiveram presentes oito enfermeiros, dos quais quatro enfermeiros do serviço de urgência, um enfermeiro do bloco operatório e três enfermeiros do serviço de internamento.

Sumário da Sessão

A formação foi sobre o tema de projeto que tem sido desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado de Especialização na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Nesta sessão foi apresentado o projeto e os objetivos do mesmo assim como as aprendizagens e trabalhos desenvolvidos nos outros contextos de estágio. Foram identificados os contributos que essas aprendizagens trazem para o meu contexto de trabalho, nomeadamente o preenchimento da escala de avaliação do risco para o transporte secundário, a existência da mesma informatizada e as vantagens desse mesmo sistema.

Na sessão foi ainda divulgado o documento elaborado no estágio em contexto de serviço de urgência [REDACTED]. Foi ainda dado a conhecer que gostaria de propor a criação de um grupo de trabalho sobre a temática do transporte inter-hospitalar que englobe enfermeiros de diferentes serviços.

Na sessão partilhei com a equipa os dados dos questionários aplicados ao serviço de Internamento e atendimento permanente do [REDACTED] que tiveram elevada adesão dos profissionais e dos quais emergiram necessidades formativas que foram expostas ao grupo. Como síntese identificaram-se os elementos chave envolvidos na promoção da segurança da pessoa em

situação crítica durante o transporte inter-hospitalar e de que forma podem ser propostas melhorias nas diferentes áreas.

O método pedagógico utilizado foi expositivo, mas também interativo e interrogativo para permitir a troca de ideias e a partilha de conhecimentos entre os formando e sobre a temática. Foi solicitado aos formandos a avaliação global da sessão, a avaliação do impacto da formação no seu desempenho profissional e a avaliação do formador, assim como foi solicitado sugestões de melhoria, outros temas que gostariam de ver desenvolvidos e uma opinião sobre os aspetos que mais gostaram.

No decorrer da sessão os formando aproveitaram para sugerir temáticas sobre as quais sentiam necessidade de formação:

- Formação sobre utilização do ventilador portátil.
- Formação sobre fisiologia do movimento - implicações no transporte terrestre.
- Sessão de esclarecimento da Instrução de Trabalho sobre transporte Inter-hospitalar.

De uma forma global, pode considerar-se que a sessão de formação teve uma avaliação global positiva, na medida em que a avaliação dos diferentes itens obteve e a avaliação de concordo e concordo totalmente, conforme se confirma com o gráfico apresentado a seguida.

Avaliação Global da Formação



Gráfico 1 - Pontuação atribuída a cada item da avaliação global da formação que consta na folha de avaliação das ações de formação.

De acordo com o tratamento estatístico dos dados sobre o impacto da formação no desempenho profissional dos formandos, verificou-se que 83% dos formandos referiu que os conhecimentos adquiridos na formação são uteis para o exercício das funções que desempenham diariamente, vão permitir melhorar o desempenho individual e contribuir para o desenvolvimento profissional.

No que respeita à avaliação do formador, a totalidade dos formandos concorda totalmente que o formador revelou dominar o assunto, a metodologia utilizada foi adequada, a exposição dos assuntos foi clara e que a relação estabelecida com os formandos foi positiva.

O que foi referido como o mais útil da formação foi a visão global que foi dada do percurso, com os pontos-chave envolvidos na segurança e o facto de dar a conhecer os pontos fortes do transporte inter-hospitalar de outras realizadas, bem como envolver a equipa no próprio projeto solicitando a colaboração dos mesmos na criação do grupo de trabalho e pedindo sugestões sobre outros aspetos que os formandos considerassem pertinentes.

Apêndice XIII – Plano da Sessão “Avaliação Sistematizada da Pessoa em Situação Crítica segundo a Metodologia ABCDE”



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Plano de Sessão

**Planeamento da Sessão de Formação: Avaliação
Sistematizada da Pessoa em Situação Crítica
Segundo a Metodologia ABCDE.**

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Lisboa

Fevereiro de 2015



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Plano de Sessão

**Planeamento da Sessão de Formação: Avaliação
sistematizada da Pessoa em Situação Crítica
Segundo a Metodologia ABCDE.**

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Docente: Prof. Sónia Ferrão

Enf. ^o Orientador: Ivo Fernandes

Lisboa

Fevereiro de 2015

PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema: Avaliação Sistematizada da Pessoa em Situação Crítica segundo a metodologia ABCDE

Data: 11 de Fevereiro de 2015

Hora: 14h - 15

Local: Sala de Reuniões XXXXXXXXXX

Duração: 60 min.

Grupo Alvo: Enfermeiros

Objetivo geral: Conhecer os Princípios da Avaliação Sistematizada da Pessoa em Situação Crítica segundo a metodologia ABCDE.

Objetivos específicos:

- Sistematizar a avaliação do doente.
- Identificar os principais problemas de acordo com a abordagem ABCDE.
- Identificar as intervenções de Enfermagem para cada problema identificado durante a abordagem ABCDE.
- Identificar as causas reversíveis.

	DESCRIÇÃO DAS FASES (sumário)	ESTRATÉGIAS		DURAÇÃO
		Mét./Técni.	MAV	Em minutos
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos formadores - Apresentação do tema e dos objetivos 	Método Expositivo	Computador e projetor	5'
Desenvolvimento/Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação da PSC – Via aérea ✓ Identificar os problemas no A ✓ Obstrução da Via aérea – Algoritmo ✓ Resolução dos problemas ✓ Causas Reversíveis ✓ Resolução de Problemas - Previamente ao transporte 	Método Expositivo e Interativo	Computador e projetor	10'
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação da PSC - Ventilação ✓ Identificar os problemas no B ✓ Resolução dos problemas ✓ Causas Reversíveis ✓ Resolução de Problemas - Previamente ao transporte 			10'
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação da PSC - Circulação ✓ Identificar os problemas no C ✓ Resolução dos problemas ✓ Causas Reversíveis ✓ Resolução de Problemas - Previamente ao transporte 			10'
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação da PSC - Disfunção ✓ Identificar os problemas no D ✓ Resolução dos problemas ✓ Causas Reversíveis ✓ Resolução de Problemas - Previamente ao transporte 			5'
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação da PSC - Exposição ✓ Identificar os problemas no E ✓ Resolução dos problemas ✓ Causas Reversíveis ✓ Resolução de Problemas - Previamente ao transporte 			5'
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Considerações finais - Discussão/avaliação em grupo 	Método Reflexivo Interrogativo	Computador e projetor	5' 10'

FOLHETO DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO



Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica

Avaliação Sistematizada da Pessoa em Situação Crítica Segundo a Metodologia ABCDE



11 de Fevereiro de 2015

às 14—15h

Sala de Reuniões

[REDACTED]

Mestrando: Ana Patrícia Santos

Docente: Prof. Sónia Ferrão

Enf. ° Orientador: Ivo Fernandes

POWERPOINT DA SESSÃO

 Unidade Curricular Estágio com Relatório

4º CURSO DE Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica

AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA PESSOA SEGUNDO A METODOLOGIA ABCDE

Ana Patrícia Santos

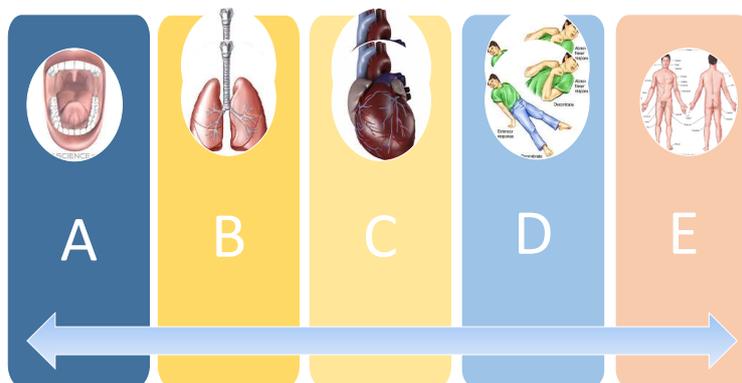
Sob Orientação:
Prof.ª Sónia Ferrão
Enf.º Orientador: Ivo Fernandes

Fevereiro de
2015

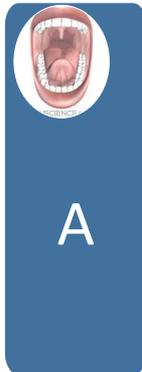
Objetivos

- Sistematizar a avaliação do doente.
- Identificar os principais problemas de acordo com a abordagem ABCDE.
- Identificar as intervenções de Enfermagem para cada problema identificado durante a abordagem ABCDE.
- Identificar as causas reversíveis.

Abordagem Sistematizada



Abordagem Sistematizada



Via aérea

- Preservada
- Não preservada



Abordagem Sistematizada



Via aérea

- Não Preservada – Obstrução da Via aérea?

Causas de Obstrução da Via aérea

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sangue • Aspiração de Conteúdo Gástrico • Secreções brônquicas • Corpos estranhos (alimentos, dentes, etc) • Traumatismos da face e do pescoço | <ul style="list-style-type: none"> • Depressão do Estado de Consciência • Epiglottite • Edema da Laringe • Espasmo Laríngeo • Broncospasmo |
|--|---|

INEM (2011)

Abordagem sistematizada



Via aérea

- Não Preservada – Obstrução da Via aérea?

Distinção entre obstrução da via aérea por corpo estranho (OVA CE) ligeira e grave

Sinal	Obstrução ligeira	Obstrução grave
'Está sufocado?'	'Sim'	Incapaz de falar, pode acenar
Outros sinais*	Consegue falar, tossir e respirar (pode haver estridor)	Não respira / respiração ruidosa / tosse inaudível / inconsciente

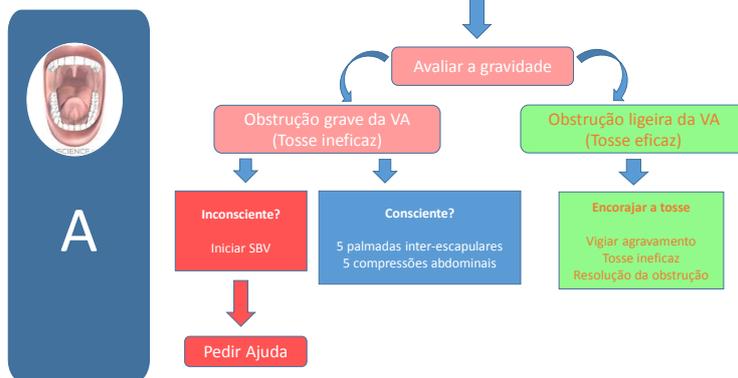
* Sinais gerais de OVA: durante alimentação, vítima aponta para o pescoço

Avaliar a gravidade



INEM (2011)

Abordagem Sistematizada



INEM (2011)

Abordagem Sistematizada



Via aérea - Intervenção

• Não Preservada – Adjuvantes básicos

- Inclinação da cabeça
- Elevação do queixo (Estabilização da Cervical)
- Aspirar a via aérea
- Introdução de tubo orofaríngeo e nasofaríngeo



Abordagem Sistematizada



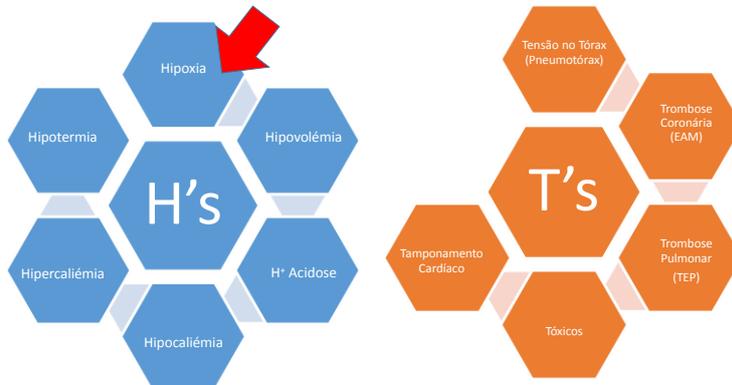
Via aérea - Intervenção

• Não Preservada – Adjuvantes Avançados

- Preparar material para Entubação Endotraqueal
- Considerar máscara laríngea ou tubo laríngeo
- Antecipar a necessidade de Cricotiroidotomia
- Reavaliar a eficácias das Intervenções



Causas Reversíveis



Abordagem Sistematizada



Via aérea - Intervenção

- Correta fixação do tubo
- Confirmar o nível do tubo
- Bateria do Ventilador
- Material de Laringoscopia + Tubos suplementares
- Aspirador eléctrico (com baterias) e sondas de aspiração

Abordagem Sistematizada



Ventilação - Avaliação

- Expor o Pescoço e Observar:
 - Distensão veias jugulares
 - Desvio da traqueia
 - Deformação da parede torácica



Abordagem Sistematizada



Ventilação - Avaliação

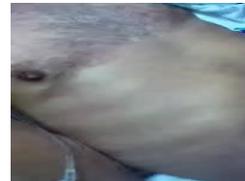
- Frequência e Padrão Ventilatório:
 - Normal
 - Irregular
 - Rápida
 - Lenta
 - Apneia
- Esforço respiratório:
 - Normal
 - Aumentado
 - Adejo nasal
 - Retrações
 - Respiração paradoxal
 - Inadequado

Abordagem Sistematizada



Ventilação - Avaliação

- Utilização de Músculos Acessórios
- Saturação Periférica de O₂



Abordagem Sistematizada



Ventilação - Avaliação

- Características da Respiração



Respiración de Cheyne-Stokes

insuficiência grave de ventrículo esquerdo e as doenças neurológicas



Respiración de Biot

depressão respiratória e danos no sistema nervoso central.



Respiración de Kussmaul

acidose metabólica

Abordagem Sistematizada



B

Ventilação - Avaliação

- Expansão torácica e Movimento de Ar
 - Normal
 - Ampla
 - Superficial
- Inspeção e palpação do tórax:
 - Macicez
 - Hiper-ressonância
- Sons Anormais nos Pulmões ou nas Vias Aéreas
 - Estridor
 - Roncos
 - Tosse Espasmódica
 - Gorgolejo
 - Crepitações

Abordagem Sistematizada



B

Ventilação - Intervenção

- Administrar O₂
 - O₂ a 10 L/min Mascara Facial
- Garantir SpO₂ ≥ a 94%
 - DPOC ≥ a 92% a 94%
- Administrar Fármacos de acordo com prescrição médica
- Reavaliar a eficácias das intervenções
 - Se SpO₂ baixo passar para 15L/min Máscara com reservatório

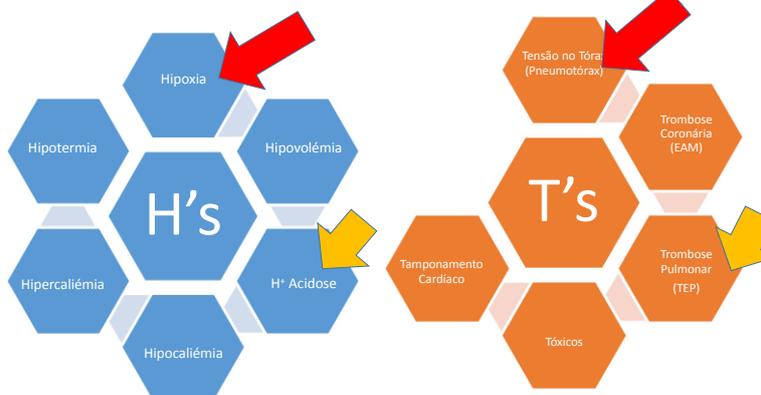
Pneumotórax

- Falência respiratória
- Ingurgitamento jugular
- Taquicardia e hipotensão
- Desvio da traqueia
- Sons respiratórios diminuídos
- Hiperressonância no lado afetado

- Drenar Pneumotórax Hipertensivo

- Drenar Hemotórax

Causas Reversíveis



Abordagem Sistematizada



B

Ventilação - Intervenção

- Se necessário:
 - Montar Circuito do Ventilador
 - Avaliar a adaptação do doente ao ventilador
- Fonte de O₂ suplementar

Fonte de oxigénio com capacidade adequada:

$O_2 \text{ necessário} = [(20 + V_{\text{min}}) \times FiO_2 \times \text{tempo de transporte em minutos}] + 50\%$

Ex: $O_2 \text{ necessário} = [(20+10L/min) \times 30\% \times 45\text{minutos}] + 50\% = 607,5L$

Abordagem Sistematizada



B

Ventilação - Intervenção

- Vigiar drenagens:
 - Os drenos torácicos não devem ser “clampados”, durante o transporte.
 - Não utilizar frascos coletores de vidro.

Abordagem Sistematizada



C

Circulação - Avaliação

- Frequência e Ritmo Cardíaco
 - Normal
 - Rápida – Taquicardia
 - Lenta – Bradicardia

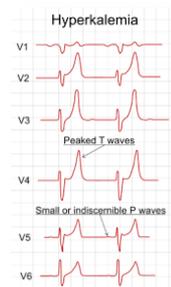
Identificar a presença de ritmos peri-paragem

Ações Interdependentes

Algoritmos da SAV – Taquicardia

- Bradicardia

- Intervenção



Abordagem Sistematizada



Circulação - Avaliação

- Avaliar Pulso Central
 - Normal
 - Fraco
 - Ausente
- Avaliar Pulsos Periféricos
 - Normal
 - Fraco
 - Ausente

Valorizar ou Não Valorizar



Abordagem Sistematizada



Circulação - Avaliação

- Tempo de Preenchimento Capilar
 - Normal <2 segundo
 - Aumentado > 2 segundo
- Tensão arterial
 - Normal
 - Hipertenso
 - Hipotenso
- Coloração e Temperatura da pele
 - Palidez
 - Marmoreada
 - Cianose
 - Quente
 - Fria

Abordagem Sistematizada



Circulação - Avaliação

Em simultâneo com a monitorização ajuda a determinar:

- A condição hemodinâmica parece estável?
- Necessário preenchimento rápido com fluidoterapia?
- Diagnóstico Diferencial?

Abordagem Sistematizada

Circulação - Intervenção



C

Tríade de Beck:

- Hipofonese de sons cardíacos
- Hipotensão arterial
- Ingurgitamento jugular

Numa fase inicial, pode ser difícil distinguir entre um choque obstrutivo ou hipovolémico

Por vezes, Um nível consciência diminuído pode indicar baixa perfusão cerebral devido à perda de sangue e hipoxia subsequente.

Abordagem Sistematizada

Circulação - Intervenção



C

- Controlar hemorragia externa
 - Compressão manual direta no local
 - Garrote – se hemorragia arterial associada a amputações das extremidades
- Controlar hemorragia interna - Iniciar estabilização # (bacia; fémur; úmero)
- Acessos EV (largo calibre $\geq 18G$) / IO
- Soroterapia
- Farmacoterapia

Abordagem Sistematizada

Circulação - Intervenção



C

- **Soroterapia**
 - Cristaloides
 - Choque hipovolémico
 - Choque distributivo – choque séptico
 - Colóide
 - Não recomendado em caso de choque séptico
- **Hemoderivados e Produtos sanguíneos**



Abordagem Sistematizada

Circulação - Intervenção



• Soroterapia:

- Fluido inicial – hipoperfusão dos tecidos – mínimo de 30 mL/kg de cristaloides;

- *Fluid Challenge*



Abordagem Sistematizada

Circulação - Intervenção



• Farmacoterapia

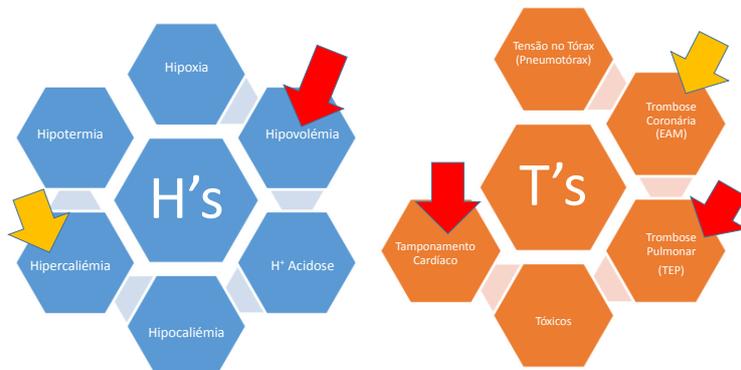
- Controlar Frequência cardíaca
- Controlar Ritmo cardíaco que não é sinusal
- Melhorar o débito cardíaco que por sua vez otimiza a oxigenação dos tecidos

Manipulação Hemodinâmica

Agentes Vasoativos

- Inotrópicos
- Cronotrópicos

Causas Reversíveis



Abordagem Sistematizada



Circulação - Intervenção

C

- Correta fixação dos acessos vasculares
 - Idealmente 2 (incompatibilidade de drogas)
 - CVC e linha arterial (?)
- Correta fixação das seringas infusoras
- Bateria das bombas infusoras
- Preparação prévia de medicação
- Identificar corretamente a medicação
- Material de Punção EV suplementar

Abordagem Sistematizada

Disfunção: Avaliação Neurológica



D

Indicadores	Resposta observada	Escore
ABERTURA	Espontânea	4
	Estímulos verbais	3
	Estímulos dolorosos	2
	Ausente	1
OCULAR	Não Testável	NT
MELHOR RESPOSTA	Orientado	5
	Confuso	4
VERBAL	Palavras inapropriadas	3
	Sons ininteligíveis	2
	Ausente	1
	Não Testável	NT
MELHOR RESPOSTA	Obedece comandos verbais	6
	Localiza estímulos	5
MOTORA	Retirada inespecífica	4
	Padrão flexor	3
	Padrão extensor	2
	Ausente	1
	Não Testável	NT

Abordagem Sistematizada

Disfunção: Avaliação Neurológica



D

- TCE (Trauma Crânio Encefálico):
 - Raccoon Eyes?
 - Sinal de Battle?



Abordagem Sistematizada



Disfunção: Status Neurológico

- Tônus muscular
 - Diminuído
 - Bilateral?
 - Membros inferiores superiores?
 - Mantido
 - Contraturas anômalas?

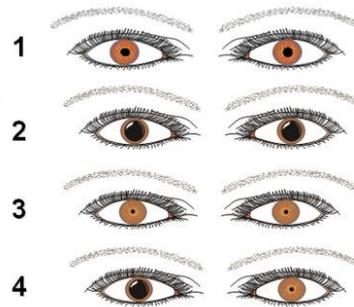


Abordagem Sistematizada



Disfunção: Status Neurológico

- Pupilas
 - Tamanho;
 - Simetria;
 - Reação à luz



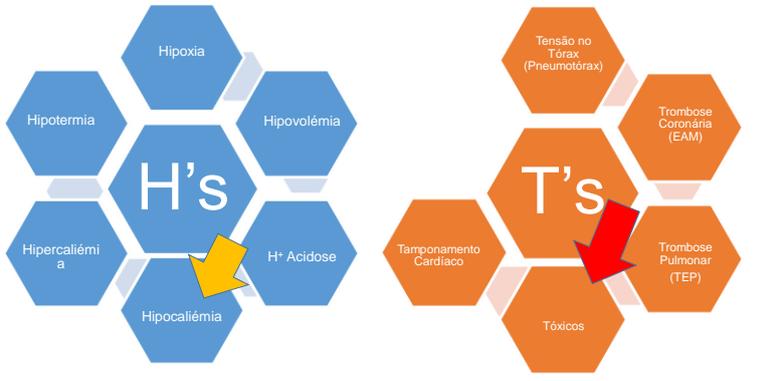
Abordagem Sistematizada



Disfunção – Intervenção

- Providenciar material para EOT se GCS <9
- Corrigir possíveis causas:
 - diminuição da oxigenação cerebral – hipóxia ou hipoperfusão;
 - hipertensão intracraniana – TCE;
 - intoxicação por álcool/drogas;
 - Intoxicação por outras substâncias - Antídotos
 - problemas clínicos metabólicos.

Causas Reversíveis



Abordagem Sistematizada



Disfunção – Intervenção



- **Identificar estado mental do doente:**
 - perigo para si ou para os elementos da equipa?
 - Contenção química e física previa ao transporte
- **Vigiar sinais de Hipertensão intra-craniana que podem ser agravados com as forças de aceleração-desaceleração**

Abordagem Sistematizada



Exposição e Controlo do Ambiente



Prevenir Hipotermia

- **Avaliar a Temperatura:**
 - Normal, hipotérmico, hipertermia
- **Despir o doente e observar:**
 - Coloração da pele – Presença de Petéquias ou outras lesões ou hemorragias
 - Alteração na integridade cutânea
 - Deformidade ao nível dos membros
- **Rotação do doente para observação da região dorsal**

Abordagem Sistematizada

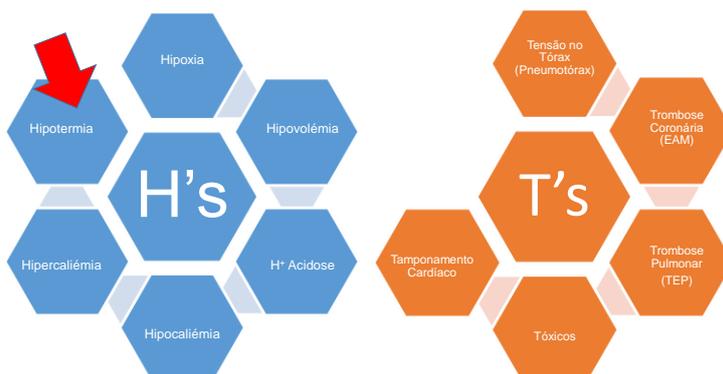


Exposição e Controlo do Ambiente

- Intervenção:
 - Aplicar medidas que previnam a hipotermia
 - Considerar cuidados a ter com a roupa despida em caso de necessidade de colheita de provas forenses.
 - Fazer pensos das lesões
 - Transportar em plano-uro



Causas Reversíveis



Abordagem Sistemática



Exposição e Controlo do Ambiente

- Ambiente Exterior Frio
- Adotar medidas que conservem a temperatura



O efeito das forças de vibração ao longo do transporte altera a termorregulação – perigo estático associado ao transporte

Obrigada!



Bibliografia

- American College of Surgeons, C. on T. (2012). *Advanced Trauma Life Support for Doctors* (9th ed., p. 366). Chicago.
- American Heart Association. (2011). *Suporte Avançado de Vida Em Pediatria: Manual do Profissional* (p. 281). American Heart Association.
- American Heart Association. (2012). *Advanced Cardiovascular Life Support Provider Manual* (p. 184). Estados Unidos da América.
- Blakeman, T. C., & Branson, R. D. (2013). Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. *Respiratory Care*, 58(6), 1008–23. doi:10.4187/respcare.02404
- Comissão da Competência em Emergência Médica. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Lisboa.
- Emergency Nurses Association. (2002). *Trauma Nursing Care Course*. (The College, Ed.). Park Ridge.

Bibliografia

- Fisher, S., Walsh, G., & Cross, N. (2006). Gestão de Enfermagem do Doente Cardíaco Cirúrgico. In Lusociência (Ed.), *Enfermagem Cardíaca: Um Guia Polivalente* (1ª ed., p. 663). Loures.
- Handy, J. M., & Van Zwanenberg, G. (2007). Secondary transfer of the critically ill patient. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 18(5-6), 303–310. doi:10.1016/j.cacc.2006.11.003
- Hatchett, R., & Thompson, D. (2006). *Enfermagem Cardíaca: Um Guia Polivalente* (1ª ed., p. 663). Lusociência.
- INEM. (2011). Tomo II - Procedimentos CLínicos.
- Nurses, S. of T. (2013). *Advanced Trauma Care for Nurses: Student Course Manual* (p. 91).
- Velmahos, G. C., Demetriades, D., Ghilardi, M., Rhee, P., Petrone, P., & Chan, L. S. (2004). Life support for trauma and transport: a mobile ICU for safe in-hospital transport of critically injured patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 199(1), 62–8. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2004.02.022

**Apêndice XIV – Avaliação da Sessão “Avaliação Sistematizada da
Pessoa em Situação Crítica Segundo a Metodologia ABCDE”**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Plano de Sessão

**Avaliação da Sessão de Formação: Avaliação
Sistematizada da Pessoa em Situação Crítica
Segundo a Metodologia ABCDE**

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Lisboa

Fevereiro de 2015



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Plano de Sessão

**Avaliação da Sessão de Formação: Avaliação
Sistematizada da Pessoa em Situação Crítica
Segundo a Metodologia ABCDE**

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Docente: Prof. Sónia Ferrão

Enf. ° Orientador: Ivo Fernandes

Lisboa

Fevereiro de 2015

AVALIAÇÃO DA SESSÃO “AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SEGUNDO A METODOLOGIA ABCDE”

A sessão de formação *Avaliação Sistematizada da Pessoa em Situação Crítica segundo a Metodologia ABCDE* foi realizada na sala de formação do [REDACTED] no dia 11 de Fevereiro de 2015 das 14h às 15h.

Na sessão estiveram presentes 11 Enfermeiros de vários serviços da unidade hospitalar, dos quais dois enfermeiros trabalham no bloco operatório, três trabalham no serviço de internamento e cinco no serviço de atendimento permanente.

Sumário da Sessão

A formação procurou focar a importância de avaliação da pessoa em situação crítica de forma sistematizada e direcionada para a resolução de problemas previamente ao transporte inter-hospitalar, procurando focar a importância de resolver os problemas identificados previamente à saída da unidade hospitalar como uma forma de minimizar o agravamento do estado da pessoa durante o transporte.

Esta formação procurou ainda ir ao encontro da necessidade de prestar cuidados centrados na pessoa em situação crítica e sua família. Procurei ainda de forma interativa focar que as causas reversíveis de paragem cardiorrespiratória que são sempre resolvidas à medida que resolvemos os problemas em cada sistema do organismo de acordo com a prioridade A – Via aérea; B – Ventilação; C – Circulação, D – Disfunção motora e E – Exposição.

O método pedagógico utilizado foi expositivo, mas também interativo com recurso a vídeos didáticos e interrogativo para permitir a troca de ideias e a partilha de conhecimentos entre os formandos e sobre a temática. Foi solicitado aos formandos a avaliação global da sessão, a avaliação do impacto da formação no seu desempenho profissional e a avaliação do formador, assim como foi solicitado sugestões de melhoria, outros temas que gostariam de ver desenvolvidos e uma opinião sobre os aspetos que mais gostaram. Foram

abordados os temas planeados inicialmente, com uma participação ativa dos formandos.

Os formandos sugeriram após a formação a realização de exercícios práticos com vários casos clínicos em equipas com recurso a manequins de SAV para aperfeiçoamento das aprendizagens.

De uma forma global, pode considerar-se que a formação teve uma avaliação global positiva, na medida em que a avaliação dos diferentes itens obteve e a avaliação de concordo e concordo totalmente, conforme se confirma com o gráfico apresentado a seguida. Embora o item “os trabalhos, exercícios e actividades foram suficientes”, tenha recebido uma pontuação de dois (Discordo) o que vai ao encontro da sugestão de necessidade de realizar exercícios práticos.

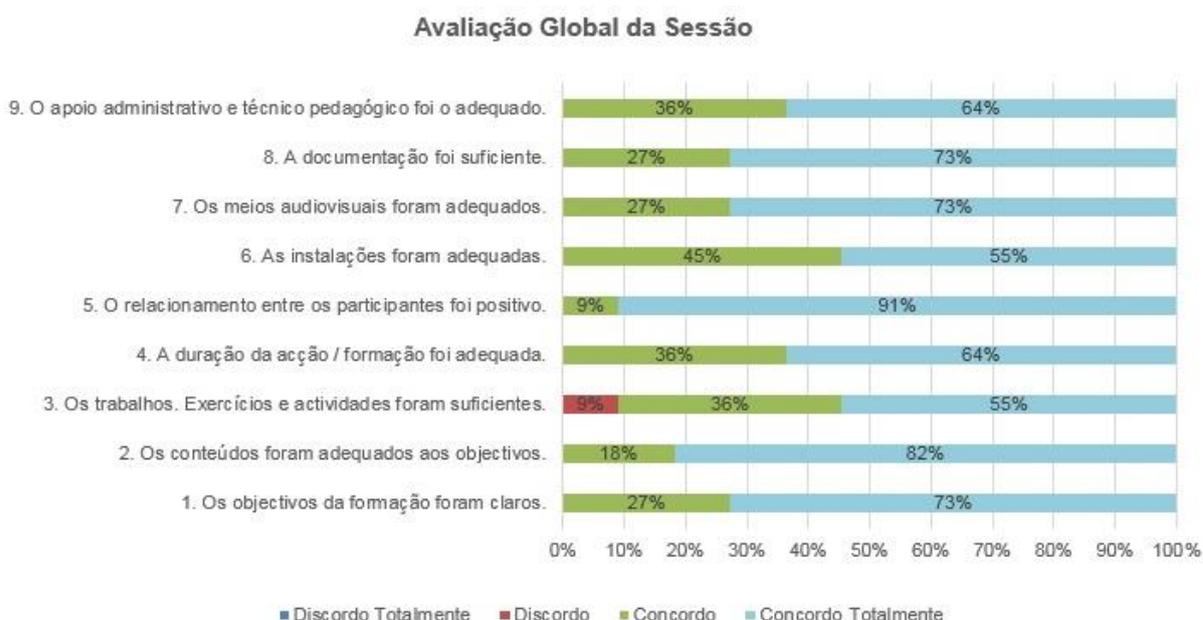


Gráfico 1 – Pontuação atribuída a cada item da avaliação global da formação que consta na folha de avaliação das ações de formação.

De acordo com o tratamento estatístico dos dados sobre o impacto da formação no desempenho profissional dos formandos, verificou-se que 91% dos formandos referiu que os conhecimentos adquiridos na formação são uteis para o exercício das funções que desempenham diariamente, vão permitir melhorar o desempenho individual e contribui para o desenvolvimento profissional.

No que respeita à avaliação do formador, a totalidade dos formandos concorda totalmente que o formador revelou dominar o assunto, a exposição dos assuntos foi clara e que a relação estabelecida com os formandos foi positiva. O item relativo à metodologia utilizada recebeu uma pontuação menor, relacionado provavelmente com o facto de os formandos terem sentido a necessidade de sugerir uma sessão *à posteriori* de exercícios práticos, com simulações.

O que foi referido como o mais útil da formação foi a visão global que foi dada do percurso, com os pontos-chave envolvidos na segurança e o facto de dar a conhecer os pontos fortes do transporte inter-hospitalar de outras realizadas, bem como envolver a equipa no próprio projeto solicitando a colaboração dos mesmos na criação do grupo de trabalho e pedindo sugestões sobre outros aspetos que os formandos considerassem pertinentes.

Apêndice XV – Reflexão Crítica da Instrução de Trabalho em Vigor



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
Pessoa em Situação Crítica**

Estágio com Relatório

Reflexão Crítica sobre a Instrução de Trabalho

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Lisboa

Fevereiro de 2015



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
Pessoa em Situação Crítica**

Estágio com Relatório

Reflexão Crítica sobre a Instrução de Trabalho

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Docente: Prof. Sónia Ferrão

Enf.º Orientador: Ivo Fernandes

Lisboa

Fevereiro de 2015

Análise e reflexão sobre a instrução de trabalho em vigor

O presente trabalho foi elaborado no decorrer do estágio realizado no meu contexto de trabalho, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, e consiste numa reflexão crítica sobre a instrução de trabalho em vigor á luz dos diversos autores, onde procurei fundamentar algumas das alterações propostas. Para manter o anonimato da instituição não se publica a instrução de trabalho e o procedimento em vigor.

Inicialmente a instrução de trabalho começou por ser elaborada como suporte ao procedimento administrativo para o transporte inter-hospitalar de utentes para realização de exames complementares de diagnóstico ou para outro hospital. Progressivamente à medida que a transferência de pessoas em situação crítica começou a aumentar, surgiu a necessidade de reformulação e melhoria, tendo sido criado um procedimento que contempla o circuito administrativo do utente e as funções do médico e enfermeiro. Recentemente tem sido dado maior ênfase ao preenchimento da escala de avaliação de risco para o transporte inter-hospitalar.

Assim procurei refletir sobre a instrução de trabalho relativamente à sua estrutura, quanto ao conteúdo, no respeito à definição de papéis e fluxogramas de tomada de decisão e, quanto aos documentos de suporte à prestação de cuidados.

De uma forma global, atualmente o procedimento de transferência encontra-se dividido em funções médicas na tomada de decisão; funções médicas no processo de transferência; funções de enfermagem e funções administrativas. Existe ainda um fluxograma para a tomada de decisão sobre o local mais correto para o encaminhamento da pessoa em situação crítica onde se contempla a via verde coronária e a via verde AVC.

De acordo com Victorian Quality Council (2009) é importante que a transferência da pessoa em situação crítica envolva uma equipa multidisciplinar onde os profissionais tenham claramente definido os seus papéis. A importância da organização e articulação da equipa multidisciplinar é também

reforçada por Lieshout & Stricker (2011) que referem que o transporte da pessoa em situação crítica requer uma boa organização num ambiente que é já à partida desfavorável, onde as falhas na preparação da pessoa previamente à transferência podem levar à ocorrência de incidentes e eventos adversos que prejudicam a pessoa e também os profissionais de saúde expondo-os a stress pós-traumático. Martin (2012) coloca também grande ênfase na fase de planeamento onde deve ser realizada uma avaliação completa da pessoa em situação crítica, dar início ao suporte necessário incluindo os profissionais e recursos necessários à ressuscitação e estabilização e a verificação de todo o equipamento de transporte.

Numa perspetiva global de organização considero que o procedimento deveria estar organizado de acordo com as três fases de transporte inter-hospitalar referidas pela OM e SPCI (2008) – fase de decisão, planeamento e efetivação – descrevendo um plano de ação para médicos e enfermeiros com o objetivo de clarificar e descrever as funções dos diferentes profissionais envolvidos e integrar as exceções, os fluxogramas e documentos de apoio ao transporte inter-hospitalar, à semelhança do procedimento multissetorial instituído no centro hospitalar de Lisboa Central (CHLC, 2014).

Na presente reflexão focar-se-á o plano de ação de enfermagem, consciente porém de que em futura discussão da instrução de trabalho será benéfica a inclusão de um plano de ação para a equipa médica.

No item relativo às funções médicas na tomada de decisão está contemplada a necessidade de comunicar a decisão de transferência ao utente e familiar, explicando os riscos e benefícios e obtendo o consentimento informado dos mesmos o que vai ao encontro do recomendado por Victorian Quality Council (2009) no que respeita à promoção da segurança através do cuidado centrado no doente e sua família.

Está igualmente contemplado a possibilidade de transferência para hospital privado ou hospital público sendo que é nestas situações onde se pode recorrer ao fluxograma que ajuda na tomada de decisão sobre qual o local mais correto para transferir a pessoa, onde consta também informação que alerta para a necessidade de contactar o hospital de destino para avaliar a existência

de vagas na unidade para onde se processará a transferência, confirmar o médico responsável pela recepção da pessoa e proceder à transferência da informação oral que garante a continuidade dos cuidados.

Nas funções médicas relativas ao processo de transferência o procedimento em vigor salvaguarda e realça uma vez mais a necessidade de efetuar o contato inicial para o serviço de destino. Este contempla ainda a necessidade de proceder à avaliação da pessoa em situação crítica para determinar as necessidades de recursos humanos e técnicos da pessoa durante o transporte, tendo em conta a situação clínica, disponibilidade de recursos humanos no momento, a distância e duração prevista do transporte.

Dadas as dimensões da unidade hospitalar por vezes encontra-se um número reduzido de profissionais disponíveis no local.

Problema identificado	
Disponibilidade de recursos humanos no local, limitados e inexistência de procedimento de atuação padrão em caso de necessidade de suporte à realização da transferência.	
Análise de Soluções:	
Avaliar a possibilidade de criar equipas dedicadas ao transporte inter-hospitalar que fiquem de chamada	<ul style="list-style-type: none">- De acordo com Lieshout & Stricker (2011) o transporte inter-hospitalar envolve tanta perícia clínica como a realização de procedimento invasivos e exige treino e profissionais experientes que possam estabilizar a pessoa previamente ao transporte com competência certificada na utilização dos vários equipamentos, daí que este momento de prestação de cuidados não possa ser desvalorizado e delegado no elemento menos experiente.- De acordo com Droogh et al. (2012) o transporte inter-hospitalar deve ser realizado por equipas especializadas. Os riscos associados ao transporte inter-hospitalar podem ser minimizados através da existência de ambulâncias que são unidade de cuidados intensivos móveis com equipamentos específicos, onde equipas especializadas podem em segurança efetuar o transporte da pessoa.

A instrução de trabalho alerta para a necessidade de registar os contactos dos intervenientes no processo da pessoa e confirmar que todos os registos clínicos e MCDT's (Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica) realizados acompanham a pessoa. De acordo com Victorian Quality Council (2009) a documentação que suporta uma transferência deve contemplar os registos do médico que é responsável pela decisão da transferência, bem como o seu contacto, as razões da transferência e a hora da tomada de decisão.

Na instrução de trabalho existe ainda um item que salvaguarda a necessidade de informar o hospital de destino para preparar na receção da pessoa nas condições adequadas, especialmente em caso de necessidade de medidas de isolamento e proteção. Está também contemplada a informação que alerta para a necessidade de implementação de estratégias proactivas que garantam a segurança e previnam a ocorrência de complicações resultantes do transporte.

Surge referida a importância de assegurar a existência de um meio de comunicação bidirecional, podendo recorrer-se ao telemóvel do serviço. Apesar desta salvaguarda o que se verifica é que não havendo informação dos números de contato no telemóvel e não havendo descritos os mesmo no processo clínico não há possibilidade de contactar a unidade de destino para comunicar atrasos na chegada ou solicitar apoio durante a transferência. De acordo com OM e SPCI (2008) deve existir um meio de comunicação bidirecional para a comunicação de atrasos na transferência ou para utilizar em caso de necessidade de contacto com a unidade de origem ou de destino, da mesma forma que os números de telefone devem constatar no processo clínico da pessoa ou em qualquer outra forma de registo de suporte à realização do transporte.

Problema identificado	
Comunicação bidirecional comprometida por falta de informação sobre os contactos de emergência dos diferentes hospitais.	
Análise de Soluções:	
Transporte com Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Criar um documento com o número de telemóvel do médico da urgência na unidade de origem; - Estabelecer a necessidade de levar a lista em todos os transportes;
Transporte Médico + Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar o levantamento das unidades de destino mais comuns para onde se efetuam os transportes e criar uma lista telefónica com contactos das unidades de destino; - Estabelecer a necessidade de levar a lista em todos os transportes;

Esta proposta procura ir ao encontro das recomendações de Victorian Quality Council (2009) reforçando os aspetos relacionados com a comunicação.

No que respeita às funções de enfermagem a instrução de trabalho tem claramente definido como proceder em caso de necessidade de assegurar a substituição do enfermeiro no serviço e existe ainda uma tabela que informa sobre a localização dos diferentes recursos que devem acompanhar a pessoa durante o transporte.

Problema identificado	
Localização dos diferentes recursos e equipamento necessário à transferência descrito na instrução de trabalho.	
Análise de Soluções:	
Colocar os recursos necessários ao transporte num local próximo.	Permite que de acordo com o tipo de transporte os profissionais envolvidos tenham fácil acesso aos recursos necessários.
Criar uma tabela baseada num sistema de cores que alerte para os diferentes níveis de transporte bem como os equipamentos necessários em cada transporte que possa ser afixada num local visível.	A criação deste documento visualmente atrativo permite alertar o profissional responsável por selecionar os equipamentos em função do nível de transporte para os equipamentos que deve preparar (ideia acrescentada posteriormente à realização do estágio na Suécia)

Por fim, a instrução de trabalho contempla as funções administrativas relacionadas com o preenchimento de impressos necessários ao processo de transferência, nomeadamente um documento que deve ser assinado pelo utente ou seu responsável legal onde é registado o tipo de transporte e os dados de quem acompanha o doente.

Esta organização do documento, de acordo com as várias etapas, permitirá enquadrar os fluxogramas e os documentos de uma forma mais estruturada.

Fase de Decisão

Assim pelo facto de a decisão de transportar uma pessoa em situação crítica ser um ato médico, sugere-se enquadrar neste item as funções do médico responsável pelo utente, mas também do chefe de equipa e do diretor de serviço, na medida em que o transporte inter-hospitalar pode levantar a necessidade de assegurar que a ausência daquele médico não comprometa a observação dos outros utentes, que a criação do fluxograma sugerido anteriormente procura contemplar.

Nesta tomada de decisão deve ser equacionada os riscos inerentes ao processo de transporte, muito especialmente nas situações de hipoxia, hiper/hipocapnia, instabilidade hemodinâmica, hipertensão intra-craniana e agravamento de lesão vértebro-medular, ou sempre que a deslocação possa contribuir direta ou indiretamente para o agravamento da situação clínica sem mais valia aparente (OM e SPCI, 2008).

No plano de ação de enfermagem sugere-se a informação do enfermeiro responsável de turno para definir o elemento que ficará responsável pela transferência da pessoa, visto que a decisão de transferência requer um médico experiente e enfermeiros qualificados para a tomada de decisão sobre os cuidados a ter na transferência.

Fase de Planeamento

A fase de planeamento é feita pela equipa médica e de enfermagem do serviço ou unidade referente, e deverá tomar em consideração os seguintes problemas: Coordenação, Comunicação, Estabilização, Equipa, Equipamento,

Transporte e Documentação. O planeamento deverá incluir: escolha e contacto com o serviço de destino, avaliando a distância a percorrer e o respetivo tempo de trajeto estimado (o período de maior risco são os primeiros cinco minutos e sempre que um transporte excede os 30 minutos); escolha da equipa de transporte (de acordo com as disponibilidades da unidade referente e as características da pessoa a transportar, com proteção individual assegurada; escolha do meio de transporte; seleção dos meios adequados de monitorização; recomendação de objetivos fisiológicos a manter durante o transporte; seleção adequada de equipamento e terapêutica e, previsão das complicações possíveis (OM e SPCI, 2008).

Para o plano de ação de enfermagem sugere-se a definição das funções dos intervenientes no transporte para assegurar o correto procedimento:

Interveniente	Funções	Justificação
Planeamento inicial		
Enfermeiro Responsável pelo utente	<ul style="list-style-type: none"> - Proceder ao preenchimento da Escala de Avaliação de Risco para o transporte Inter-Hospitalar em conjunto com o médico (Score adaptado de Etxebarria et al. 1998, em vigor). - Assegurar e supervisionar o tempo de resposta para a realização do transporte de acordo com a prioridade clínica; - Colaborar na preparação do material necessário ao transporte. 	Abraham & Reddy, (2010) uma boa coordenação entre departamentos suportada por um sistema informático permite ajudar no planeamento do transporte inter-hospitalar da pessoa. Neste caso apesar de não se propor a interligação por sistema informático com outras unidades, sugere-se a implementação da escala de avaliação de risco informaticamente para que ao ser ativado no processo clínico “transferência” este direcione o <i>user</i> para o preenchimento da escala de avaliação e transporte os dados para a folha de registo durante o transporte que é impressa posteriormente juntamente com todo os registos clínicos.

<p>Enfermeiro responsável pelo transporte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Selecionar o equipamento a utilizar no transporte; - Observação da pessoa em situação crítica quanto ao ABCDE; - Assegurar a fixação correta de dispositivos invasivos: cateteres venosos periféricos e/ou centrais, TOT, SNG, algalia, outras drenagens, etc. 	<p>Estas ações fundamentam o cuidado centrado na pessoa, uma vez que o bem-estar e a segurança desta durante o transporte é o objetivo principal.</p> <p>A observação da pessoa segundo a metodologia ABCDE permite identificar alterações e adequadamente estabilizar a pessoa em situação crítica e, de acordo com Lieshout & Stricker (2011) é mais seguro entubar, ventilar e colocar dispositivos invasivos para administração de drogas vasoativas no ambiente hospitalar do que posteriormente numa ambulância ou avião.</p> <p>Permite procurar evitar a ocorrência de incidentes durante o transporte conforme alerta Blakeman & Branson (2013).</p>
---	--	---

Continuidade de Cuidados

<p>Enfermeiro responsável pelo utente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmar que estão reunidos os MCDT's realizados pela pessoa; - Transferência da informação oral sobre o utente. - Assegurar o correto preenchimento do Score de Avaliação do risco para o transporte inter-hospitalar; 	<p>Permite incluir no protocolo os aspetos relacionados com a comunicação e documentação recomendados por Victorian Quality Council (2009) e ir ao encontro das recomendações da OM e SPCI (2008).</p> <p>A comunicação é essencial para a segurança da pessoa de quem se cuida e é através da comunicação que se garante a continuidade dos cuidados. Durante as situações de transferência uma comunicação não efetiva e pouco estruturada pode levar a erros (Gray, 2004; Goldstein, 2005; Lovasik, 2009; Pesanka et al., 2009; Ridley, 2004).</p>
---	--	---

<p>Enfermeiro responsável pelo transporte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmar com a pulseira de identificação a identidade do utente e processo clínico; - Receber a informação sobre a pessoa; - Assegurar o correto preenchimento da folha de continuidade de registos durante o transporte. 	<p>Permite incluir no protocolo os aspetos relacionados com a comunicação e documentação recomendados por Victorian Quality Council (2009).</p> <p>Vai ao encontro do referido anteriormente relativamente à importância da comunicação.</p> <p>O registo dos cuidados prestados durante o transporte é fundamental para manter a continuidade dos cuidados e também por ser um documento válido legalmente (Porteous et al., 2009; Manser & Foster, 2011).</p>
<p>Transfer para a Maca de transporte</p>		
<p>Enfermeiro responsável pelo transporte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar o correto posicionamento de dispositivos e cateteres assegurando a sua permeabilidade; - Conectar os equipamentos necessários ao transporte e assegurar o seu correto funcionamento. - Promover a correta fixação da pessoa à maca de transporte; - Fazer-se acompanhar da mala de transporte; - Reavaliar o ABCDE em conjunto com o médico responsável pelo transporte; - Aferir com o médico responsável pelo transporte a necessidade de implementar medidas específicas de atuação prévias ao transporte. - Proceder à fixação de monitores e outros dispositivos de suporte hemodinâmico. 	<p>Permite procurar evitar a ocorrência de incidentes durante o transporte.</p> <p>Aqui destaca-se a importância de verificar se os dispositivos têm bateria e se estes podem ser ligados a um fornecimento de energia assim como calcular as necessidades de oxigénio durante um transporte.</p> <p>Permite em conjunto com o médico a formulação de um plano de cuidados conjunto e rever a necessidade de alteração e negociar os objetivos fisiológicos a manter durante o transporte, conforme recomendado por Victorian Quality Council (2009).</p> <p>A existência de estruturas que permitem a fixação dos monitores, ventiladores e outros dispositivos necessários é fundamental.</p> <p>Lieshout & Stricker (2011) sugere a existência de estruturas móveis que fixam de forma segura os equipamentos de forma a evitar deslocação dos dispositivos causando danos na pessoa ou nos profissionais e que evitam mudanças na monitorização da pessoa e que é por vezes um risco.</p>

Time out – Confirmação final em conjunto com o médico responsável pelo transporte.

<p>Enfermeiro Responsável pelo transporte</p>	<p>- Verificar se dispõe do equipamento necessário.</p> <p>- Verificar o correto preenchimento do documento a utilizar durante o transporte inter-hospitalar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificação do utente;• Familiares Informados;• Telefone direto do Hospital/Serviço de destino;• Telefone direto do Hospital/Serviço de onde origem;• Avaliação da pessoa em situação crítica segundo a metodologia ABCDE; <p>- Confirmar que dispõem dos MCDT's realizados pelo utente.</p> <p>- Prever problemas potenciais e avaliar com o médico a necessidade de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Preparar medicação previamente ao transporte;• Inserção de via intravenosa adicional;• Outros procedimentos.	<p>A integração deste item de acordo com Lieshout & Stricker (2011) tem sido utilizado com sucesso para efetuar uma verificação segura de todo os passos da transferência de forma a evitar intercorrências relacionadas com o cuidado centrado no doente e sua família, pessoal envolvido na transferência, comunicação, e documentação.</p> <p>Permite recorrer à utilização de <i>checklist</i> e mnemónicas que muitos autores recomendam como promotor da segurança (Porteous et al., 2009; Riesenbergl et al., 2009; Galliers & Wilson, 2011).</p> <p>Lieshout & Stricker (2011) alertam ainda para que as equipas fiquem despertas para no momento de <i>time out</i> avaliar a necessidade de estabelecer um plano B em caso de deterioração do estado de consciência ou compromisso hemodinâmico da pessoa.</p> <p>De acordo com Lieshout & Stricker (2011) na presença de eventos que ameacem a vida e não se consegue estabilizar a pessoa durante o transporte é essencial transportar a pessoa para o hospital mais próximo equipado para diagnóstico e procedimentos necessários.</p> <p>Lieshout & Stricker (2011) referem a preparação prévia de medicação que se prevê necessária ao transporte como uma estratégia que minimiza ocorrência de erros de medicação ou de incidentes por inadequado planeamento.</p>
---	---	---

Fase de Efetivação

A efetivação do transporte fica a cargo da equipa de transporte, cujas responsabilidades técnica e legal só cessam no final do transporte, sendo que o nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar (OM e SPCI, 2008).

Assim para o plano de ação de enfermagem sugere-se avaliar a eficácia da implementação de um documento de registo dos cuidados prestados durante o transporte inter-hospitalar semelhante ao que se propôs aquando do estágio realizado no serviço de urgência polivalente e contemplar de forma esquematizada os itens apresentados sem seguida:

Interveniente	Funções	Justificação
Na Ambulância		
Enfermeiro Responsável pelo utente	<ul style="list-style-type: none">- Confirmar a correta fixação do equipamento;- Fixação da pessoa à maca de transporte;- Garantir manutenção da temperatura adequada;- Confirmar mala de transporte e restante material necessário de acordo com o tipo de transporte;- Avaliação de parâmetros vitais antes da partida.	<p>Prevenir intercorrências relacionadas com os perigos estáticos e dinâmicos associados ao transporte.</p> <p>Segundo Lieshout & Stricker (2011) a dupla verificação é sinal de trabalho em equipa e cuidado proficiente e não sinal de desconfiança.</p> <p>Durante o transporte pode ser necessária a administração de medicação.</p>
Trajetos		
Enfermeiro responsável pelo transporte	<ul style="list-style-type: none">- Assegurar a continuidade dos cuidados;- Manter vigilância sobre a pessoa;- Intervir minimizando o impacto da deslocação no estado hemodinâmico da pessoa.	<p>Durante o transporte o enfermeiro deve ficar atento aos efeitos que o movimento e a deslocação da pessoa em situação crítica possam causar no seu estado hemodinâmico e intervir de acordo com o recomendado (revisão da literatura efetuada no âmbito do atual projeto em desenvolvimento).</p>

Transfer no Hospital de Destino		
Enfermeiro responsável pelo transporte	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar parâmetros; - Registrar intervenções efetuadas; - Proceder à transferência de informação oral assegurando a continuidade dos cuidados; - Registo da hora de chegada ao local e equipa que recebeu a pessoa; 	Aqui é dado enfase novamente à comunicação para garantir a continuidade dos cuidados cujo documento proposto para registo dos cuidados durante o transporte e realizado no estágio em contexto de serviço de urgência polivalente, pode contribuir para estruturar e tornar a comunicação efetiva, recorrendo-se a essa mnemónica, tal como reforçado por vários autores (Horwitz et al., 2007; Manser & Foster, 2011; Chaboyer & Blake, 2008).
Regresso à unidade de origem		
Enfermeiro Responsável pelo transporte	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar o retorno do equipamento e roupa hospitalar utilizada no transporte; - Repor o Material utilizado na mala de transporte; - Assegurar a limpeza e arrumação e teste do funcionamento dos equipamentos envolvidos no transporte. 	O equipamento de transferência deve ser verificado após utilização de forma a garantir que mantém intacto o seu funcionamento, pois em caso de existência de falhas no seu funcionamento deve ser enviado para manutenção (Lieshout & Stricker, 2011).

Como suporte para a verificação de todo o procedimento sugiro a criação de um procedimento de auditoria que procure verificar o cumprimento das recomendações e a utilização dos documentos propostos. Este procedimento é também uma estratégia de acompanhamento da eficácia das intervenções introduzidas para a melhoria da qualidade dos cuidados e porque a avaliação dos transportes efetuados quanto à existência de incidentes e eventos adversos e a análise do que poderia ter sido melhor planeado permitirá evitar a ocorrência de novos eventos adversos ou incidentes.

Referências Bibliográficas

- Abraham, J., & Reddy, M. C. (2010). Challenges to inter-departmental coordination of patient transfers: a workflow perspective. *International Journal of Medical Informatics*, 79(2), 112–22. doi:10.1016/j.ijmedinf.2009.11.001
- Blakeman, T. C., & Branson, R. D. (2013). Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. *Respiratory Care*, 58(6), 1008–23. doi:10.4187/respcare.02404
- Chaboyer, W., & Blake, S. (2008). Information sharing, knowledge transfer and patient safety. *Nursing in Critical Care*, 13(3), 121–123. doi:10.1111/j.1478-5153.2008.00281_1.x
- CHLC - [REDACTED]. Qualidade e Segurança. Serviço de Urgência (2014). *Circular Informativa N.º 561 2014-09-18*. Procedimento Multissetorial SDO 119 – Transporte Intra e Inter-hospitalar do Doente Crítico do CHLC. Acessível no [REDACTED], Lisboa, Portugal.
- CHLN - [REDACTED]. Qualidade e Segurança. Serviço de Urgência (2014). *Norma N.º ? 2014-11*. Lista de Verificação para o Transporte Inter-Hospitalar Seguro de Doentes. Acessível no [REDACTED], Lisboa, Portugal.
- 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), R26. doi:10.1186/cc11191
- Galliers, J., & Wilson, S. (2011). Data Gathering for the Safer Handover Project. In John Wiley and Sons (Ed.), *Interaction Design: Beyond Human - Computer Interaction* (3a ed., p. 589). London.
- Goldstein, R. S. (2005). Management of the critically ill patient in the emergency department: focus on safety issues. *Critical Care Clinics*, 21(1), 81–9, viii–ix. doi:10.1016/j.ccc.2004.10.001
- Gray, A. (2004). Secondary transport of the critically ill and injured adult. *Emergency Medicine Journal*, 21(3), 281–285. doi:10.1136/emj.2003.005975
- HCTV – [REDACTED]. Qualidade e Segurança. Serviço de Urgência (2014). *Instrução de Trabalho N.º 130.03 2012-07-02*. Transferências Inter-Hospitalares. [REDACTED], Torres Vedras, Portugal.

- Horwitz, L. I., Moin, T., & Green, M. L. (2007). Development and implementation of an oral sign-out skills curriculum. *Journal of General Internal Medicine*, 22(10), 1470–4. doi:10.1007/s11606-007-0331-0
- Lieshout, E. J. van, & Stricker, K. (2011). *Patient transportation Skills and techniques - Update 2011*. (D. Phelan, Ed.) *European Society of Intensive Care Medicine* (1a ed.). Emergency Department Nurses Association. doi:10.1016/j.jen.2010.04.012
- Lovasik, D. (2009). *Ticket to Ride : Providing Safe Intra-hospital Transport UPMC Presbyterian Shadyside*. Pennsylvania. Retirado de: www.pdcorp.com
- Manser, T., & Foster, S. (2011). Effective handover communication: An overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 181–91. doi:10.1016/j.bpa.2011.02.006
- Martin, T. (2012). Transporting the adult critically ill patient. *Surgery (Oxford)*, 30(5), 219–224. doi:10.1016/j.mpsur.2012.02.004
- Ordem dos Médicos (OM) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Lisboa: CELOM. Retirado de: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- Pesanka, D. A., Greenhouse, P. K., Rack, L. L., Delucia, G. A., Perret, R. W., Scholle, C. C., ... Janov, C. L. (2009). Ticket to ride: reducing handoff risk during hospital patient transport. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(2), 109–115.
- Porteous, J. M., Stewart-wynne, E. G., Connolly, M., & Crommelin, P. F. (2009). iSoBAR — a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *Medical Journal of Australia*, 190(11), 152–156.
- Ridley, S. (2004). Secondary transport of the critically ill. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 5(1), 20–23. doi:10.1383/anes.5.1.20.28117
- Riesenberg, L. A., Leitzsch, J., & Little, B. W. (2009). Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal of Medical Quality*, 24(3), 196–204. doi:10.1177/1062860609332512
- Victorian Quality Council. (2009). *Inter-hospital patient transfer – A thematic analysis of the literature*. Melbourne: Rural and Regional Health and Aged Care Services Division. Retirado de: www.health.vic.gov.au/qualitycouncil

Apêndice XVI – Proposta para a Grelha da Auditoria



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
Pessoa em Situação Crítica**

Estágio com Relatório

Grelha de Auditoria

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Lisboa

Fevereiro de 2015



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
Pessoa em Situação Crítica**

Estágio com Relatório

Grelha de Auditoria

Ana Patrícia Lopes dos Santos

Docente: Prof. Sónia Ferrão

Enf.º Orientador: Ivo Fernandes

Lisboa

Fevereiro de 2015

DESENVOLVIMENTO DA GRELHA DE AUDITORIA

O controlo da qualidade do transporte e o respeito pelas normas de boa prática devem ser alvo de acompanhamento e auditoria para que se consiga avaliar o desempenho e a eficácia das intervenções implementadas e para obtenção de dados que justifiquem a introdução de mudanças. Deste modo, a realização de auditorias internas é uma forma de melhorar continuamente a qualidade ao nível dos cuidados na área da saúde.

Por conseguinte, procura-se com o instrumento de auditoria apresentado, conseguir a curto prazo atingir os seguintes objetivos:

- Garantir uma auditoria sistemática aos transportes efetuados pela instituição;
- Uniformizar o procedimento de transporte inter-hospitalar na unidade de saúde;
- Testar a eficácia do procedimento recomendado;
- Testar a eficácia dos documentos recomendados.

Considero ainda que a longo prazo o instrumento de auditoria permitirá:

- Garantir dados para que a unidade de saúde, reveja e analise os processos de transporte promovidos pela instituição regulamente num *continuum* de melhoria da qualidade e segurança;
- Comparar a utilização de escalas de pontuação e formulários de registo clínico entre o efetuado e o previsto nas recomendações;
- Analisar as causas dos desvios entre o efetuado e o previsto nas recomendações para a utilização de escalas de pontuação e formulários de registo.

A realização da auditoria ficará a cargo dos elementos que constituem o grupo de trabalho responsável pelo transporte secundário criado na sequência do estágio realizado no meu contexto de trabalho. Os auditores devem utilizar

instrumentos de avaliação apropriados, isto é baseados nas tabelas e nos formulários de registo preconizados, para a análise do respeito pelas boas práticas das presentes recomendações e implementação de medidas corretivas (OM e SPCI, 2008).

Deste modo, propõe-se a utilização da grelha de auditoria apresentada em seguida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ordem dos Médicos (OM) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Lisboa: CELOM. Retirado de:
http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf

Referências consultadas para ajudar a definir os item de avaliação:

Bérubé, M., Bernard, F., Marion, H., Parent, J., Thibault, M., Williamson, D. R., & Albert, M. (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. *Intensive & Critical Care Nursing : The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 29(1), 9–19. doi:10.1016/j.iccn.2012.07.001

Fernandes, A., Valente, M., & Catarino, R. (2012). *Transporte do Doente Crítico*. (INEM, Ed.) (1a ed.). Lisboa: INEM.

GRELHA DE AUDITORIA

Auditoria ao Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica Qualidade e Segurança				
Identificação da Auditoria				
Auditor: _____	Nº Controlo: _____	Data: ____/____/____	Hora: ____ : ____	
N.º Mec. _____				
Observação			Sim	Não
n.a.				
1.	Prévio ao transporte – Coordenação e Comunicação			
1.1	Grelha de avaliação de risco para o transporte inter-hospitalar preenchida.			
1.2	Grelha de avaliação de risco para o transporte inter-hospitalar assinada pelo médico responsável pelo utente.			
1.3	Existe registo no processo clínico do utente, de que foi feito contacto prévio com o serviço do hospital de destino.			
1.4	Existe registo no processo clínico do utente, do nome do profissional com contactado no serviço do hospital de destino.			
1.5	Existe consentimento informado assinado pelo utente ou pessoa significativa.			
1.6	Existe registo no processo clínico do utente de que os seus familiares foram informados da transferência.			
1.7	Existe registo dos contatos de emergência.			
1.8	Existe registo dos sinais vitais antes de se dar início à transferência.			

2.	Documentação			
2.1	Está preenchida a folha de registos a utilizar no transporte inter-hospitalar.			
2.2	Preenchimento da folha de transporte inter-hospitalar adequado à situação clínica da pessoa.			
2.3	Registo de história clínica, antecedentes pessoais e motivo de transferência.			
2.4	Os MCDT's realizados pela pessoa são anexados ao processo clínico.			
3.	Avaliação da pessoa em situação crítica			
3.1	É avaliada a necessidade de assegurar uma via aérea definitiva.			
3.2	É avaliada a necessidade de oxigénio suplementar.			
3.3	É avaliado o estado hemodinâmico da pessoa em situação crítica			
3.4	É avaliado o estado de consciência da pessoa em situação crítica.			
3.5	Procede-se à imobilização da coluna cervical previamente ao transporte.			
3.6	Procede-se à imobilização de ossos longos/ estabilização da bacia			
3.7	É verificada a correta fixação dos dispositivos invasivos ou outros necessários à prestação de cuidados.			
3.8	É efetuado o momento <i>Time-out</i> .			

4.	Monitorização durante o transporte			
4.1	Os profissionais que efetuaram o transporte estão adequados ao score atribuído na avaliação do risco para o transporte inter-hospitalar.			
4.2	Os recursos materiais que utilizados no transporte estão adequados ao score atribuído na avaliação do risco para o transporte inter-hospitalar.			
4.3	Os equipamentos são fixados de forma segura.			
4.5	A pessoa é devidamente acondicionada no veículo de transporte.			
5.	Equipamentos			
5.1	Desfibrilhador testado diariamente.			
5.2	Ventilador testado diariamente.			
5.3	A garrafa de oxigénio molecular de reserva do serviço encontra-se operacional e nunca abaixo do nível verde.			
5.4	Mala de transporte selada e assinada após utilização.			
5.5	Monitor de transporte, desfibrilhador e ventilador de transporte com os cabos devidamente conectados, íntegros e limpos.			
Observação:				

**Apêndice XVII – Guião da Entrevista Semi-Estruturada: Enfermeiros
da Ambulância**

Semi-Structured Interview Ambulance Nurses

Hello, my name is Ana Patricia Santos and I'm working on a project to develop skills regarding the nursing practice of critically ill patients during inter-hospital transfers.

I was wondering if you could answer a few questions.

Is it common the Hospital team request ambulance nur's for inter-hospital transportation of the critically ill patient? If so, how does it work?

Do you have any education related to safety promotion during inter-hospital transfer?

Do you have a written document that support your patient assessment during the critical ill patient transfer? If so, is it possible to read it?

How do you select the equipment and staff accompanying the patient during inter-hospital transfer?

Patient handoffs among nurses are an essential part of the nursing practice but there is abundant evidence that poor communication and the variability in procedures results in inadequate handoffs. Do you have any particular strategies for effective handoffs? If so, can you specify them?

Has someone previously worked in a similar project, concerning safety promotion during critically ill patient inter facility? Would it be possible for me to meet and talk with that person?

**Apêndice XVIII – Guião da Entrevista Semi-Estruturada aos
Enfermeiros contexto hospitalar**

Semi-Structured Interview for [Chief Nurse]

Hello, my name is Ana Patricia Santos and I'm working on a project to develop skills regarding the nursing practice of critically ill patients during inter-hospital transfers. I was wondering if you could answer a few questions.

1) In 2006, the High 5s project was launched by the World Health Organization (WHO) to address continuing major concerns about patient safety around the world. The High 5s name has its origin in the project's original intention to significantly reduce the frequency of 5 challenging patient safety problems, in 5 countries, over a period of 5 years. Its mission is to favour the implementation and evaluation of standardized patient safety solutions, within a global learning community in order to achieve quantifiable, significant and sustainable reductions in several patient safety problems that influence the quality of nursing care provided.

For that reason, and considering my projects goal, I'd like to know if you the hospital has any kind of policy on patient safety. (For example a system in which one can report adverse events, standardized protocols, etc...). If so, could you tell my which?

2) And regarding the preparation of critically ill patients for transport outside of the secure environments of the ICU (Intensive Care Unit) or ER (Emergency Room), does Hospital follows guidelines for it? If so, which ones?

Would you mind if I see it/them?

Do you have a written document that support your patient assessment during the critical ill patient transfer? If so, is it possible to read it??

How do you select the equipment and staff accompanying the patient during inter-hospital transfer

4) Has someone previously worked in a similar project, concerning safety promotion during critically ill patient inter facility? Would it be possible for me to meet and talk with that person?

**Apêndice XIX – Recursos de Suporte ao Transporte Inter-Hospitalar
UCI de Cirurgia do Departamento de Hallanda do Hospital Verberg,
Suécia.**

1. Visão Global sobre o procedimento de transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica

Na entrevista realizada ao Enf.º Jonas Karlsson, especialista em cuidados intensivos da UCI de Cirurgia do Departamento Hallanda do Hospital Varberg fiquei a conhecer o procedimento institucional para o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica e os recursos utilizados para o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

Previamente ao transporte os profissionais de saúde devem proceder ao preenchimento de um formulário em formato de papel. Em seguida passar-se-á à descrição dos itens que constam do formulário cuja tradução foi efetuada pelo Enf.º Jonas Karlsson.

No cabeçalho é preenchida a informação referente aos dados do utente, existe um local onde consta o nome do hospital e o serviço para onde a pessoa será transferida.

No item seguinte o médico responsável pelo utente em função da avaliação que faz da situação clínica da pessoa em situação crítica determina que profissionais realizarão o transporte. A escolha dos profissionais de saúde é em função do tipo de competências que estes devem ter para dar respostas às necessidades da pessoa em situação crítica. Não existe um score para determinar essas necessidades, pois a avaliação é feita, na maior parte das vezes, em equipa e caso-a-caso.

Assim, regra geral, na pessoa em situação crítica:

- com necessidade de suporte ventilatório mas estável hemodinamicamente – enfermeiros especialista em cuidados intensivos;
- instável hemodinamicamente, com necessidade de fármacos vasoativos – enfermeiros especialista de anestesia e médico de medicina interna;
- elevado risco de arritmias com necessidade de suporte de fármacos vasoativos (≥3 infusões) – enfermeiro especialista em cuidados intensivos e médico de medicina interna.

Ao dar conhecimento à equipa da sua decisão os profissionais (médico e enfermeiro) rubricam no espaço correto validando a informação. Aí é registada também a hora da tomada de decisão sobre os recursos humanos que ficam responsáveis pela transferência.

No item 2 – A equipa que ficou responsável pelo transporte da pessoa em situação crítica toma decisões sobre o equipamento que deve ser levado na transferência. Essa tomada de decisão pressupõe a avaliação da pessoa em situação crítica numa lógica subjacente à avaliação sistematizada segundo a metodologia ABCDE, garantindo a resolução dos problemas previamente ao transporte e identificando problemas potenciais.

Após a seleção dos recursos materiais que devem acompanhar a pessoa na transferência existe novamente um espaço onde a decisão é rubricada por ambos os profissionais ou pelo profissional que ficou responsável pela transferência.

No item 3 – é efetuado o contacto telefónico para a unidade de destino e é efetuado o registo do nome dos profissionais a quem foi comunicada a informação de transferência, isto é, é efetuada a transferência verbal da pessoa em situação crítica que irá ser transportada informando sobre o motivo da transferência e os problemas reais e/ou potenciais. É obtida a autorização de transporte para a unidade de destino. (Nesta fase a pessoa em situação crítica é transferida para a maca própria de transporte e é conectada aos equipamentos que se encontram fixos a uma estrutura própria, conforme se pode ver nas imagens apresentadas à frente.).

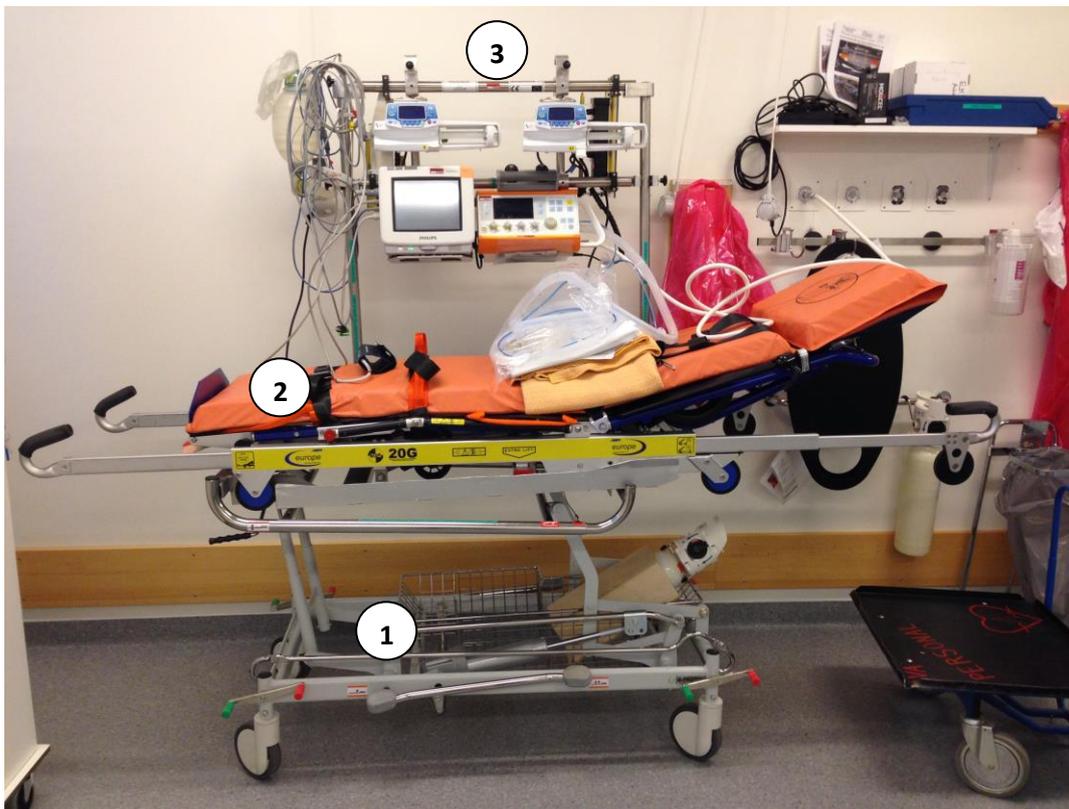
No item 4 – é assinalada a avaliação da pessoa em situação crítica numa lógica que tem subjacente a avaliação sistematizada segundo a metodologia ABCDE, garantindo uma vez mais a procura da resolução de problemas prévios ao transporte. Neste item documenta-se ainda o número de vias invasivas que a pessoa tem.

No item 5 é assinalado se os familiares estão informados da transferência da pessoa em situação crítica. No item 6 são registadas as perfusões em curso.

No item 7 – são registadas as recomendações a manter durante o transporte no que respeita a parâmetros vitais e também os níveis do tubo endotraquel e outras drenagens. Neste espaço é ainda registada informação importante sobre a pessoa em situação crítica, nomeadamente, alertas de risco (ex. HIV, Hepatite, necessidade de medidas de isolamento no transporte) ou a existência de uma ordem de não reanimar.

Após a instalação da pessoa em situação crítica na maca própria para o transporte e após a avaliação da pessoa, o procedimento institucional preconiza a realização do *Time Out* em que o(s) profissional (ais) que irão transferir a pessoa, se afastam da mesma e utilizando como recurso a mnemónica SBAR (S- Situação; B – Background; A – Avaliação e R – Recomendações) validam a *checklist* em conjunto, garantindo assim que nada ficou por fazer ou resolver antes da transferência para a ambulância.

2. Recursos Materiais – estrutura que é fixa à maca de transporte



Legenda: A – maca utilizada para o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica. 1 – estrutura portátil onde se encaixa a maca (2) que é compatível com a ambulância utilizada para transporte. 3 – Suporte que fica à maca e que permite a colocação de diferentes materiais necessários ao transporte, tais como, ventilador portátil, monitor, seringa infusora.



Legenda: B – Vista lateral direita da estrutura; C – estrutura superior para fixação dos materiais de suporte às funções vitais; D – Vista posterior da estrutura.

**Apêndice XX – Recursos de Suporte ao Transporte Inter-Hospitalar
da UCI 343 do Östra Hospital em Gotemburgo**

1. Visão Global do Procedimento de Transporte Inter- Hospitalar

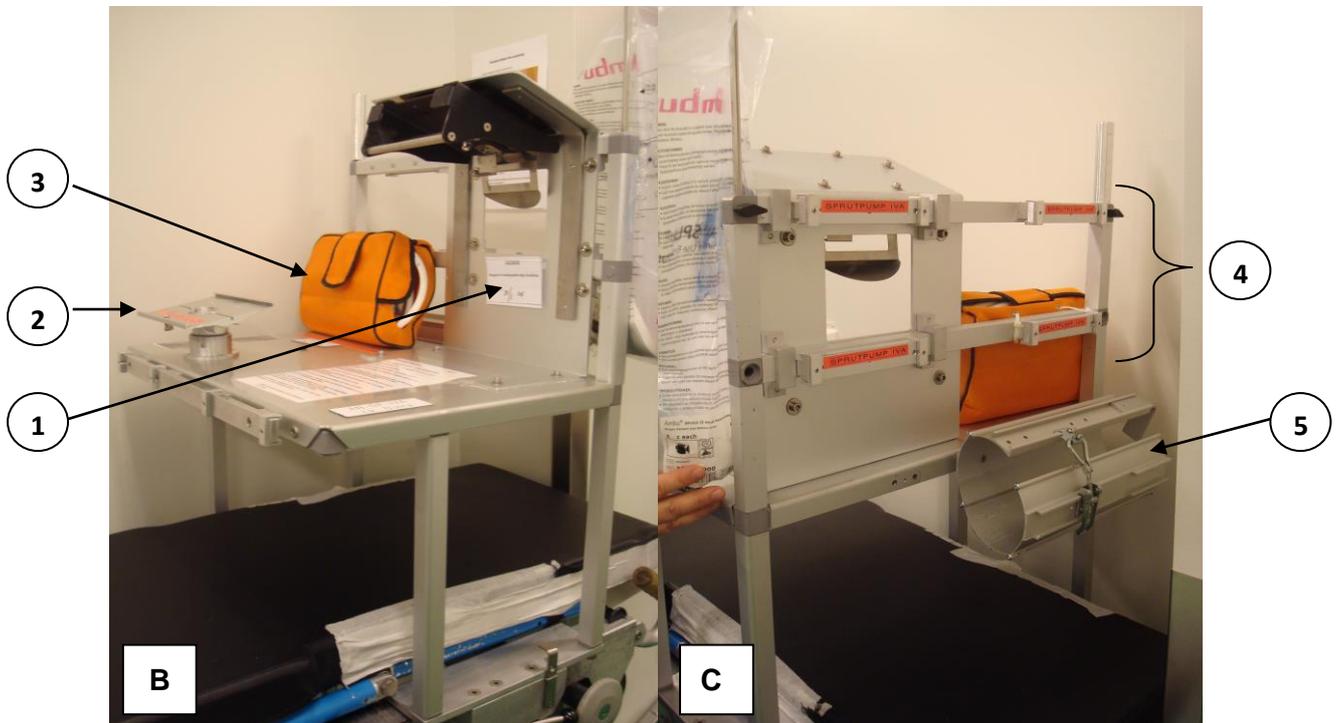
Na unidade de cuidados intensivos 343 no Östra Hospital em Gotemburgo, foi criada uma estrutura metálica que adapta às macas de transporte, onde se podem colocar e fixar todos os recursos materiais necessários ao transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

Esta estrutura, conforme apresentada em seguida permite colocar a pessoa em situação crítica na maca e estabiliza-la previamente na unidade já conectado a todos os recursos. Por outro lado, permite com uma observação rápida para verificar se todos os equipamentos se encontram na estrutura ou se há necessidade de equipamento complementar ou em falta. Anexada a esta estrutura está também uma *checklist* que elucida sobre a utilização da estrutura e que permite uma rápida observação da presença de todos os equipamentos e do seu correto funcionamento.

2. Recursos Materiais – estrutura que é fixa à maca de transporte



Legenda: B – Vista lateral direita da estrutura; C – estrutura superior para fixação dos materiais de suporte às funções vitais; D – Vista posterior da estrutura.



Legenda: B – Vista anterior da estrutura onde se observa o local para colocar monitor portátil (1); ventilador (2) e bolsa com mangueira de ligar O₂ (3); C - Vista posterior da estrutura, com espaço para quatro bombas infusoras (4) e um local para colocar de forma segura a bala de O₂ portátil (5).

**Apêndice XXI – Recursos de Suporte ao Transporte Intra-Hospitalar
da UCI 343 do Östra Hospital em Gotemburgo**

1. Visão Global do Procedimento de Transporte Intra-Hospitalar

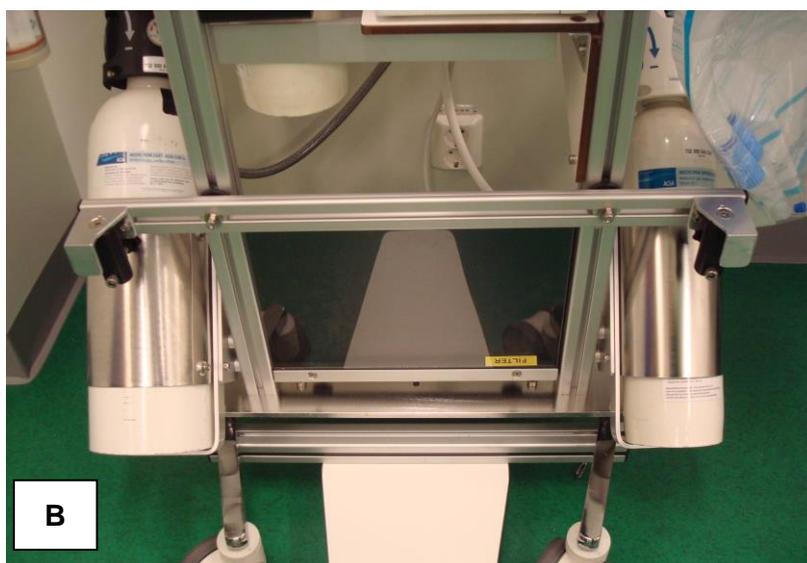
Na unidade de cuidados intensivos 343 no Östra Hospital em Gotemburgo foi recentemente implementado um projeto que visa atribuir um grau de risco e em função do mesmo definir os recursos materiais e humanos que devem acompanhar a transferência intra-hospitalar da pessoa em situação crítica. Larsson e Willén (2015) utilizam um sistema de cor semelhante ao da triagem de Manchester para estratificar o risco de complicações associadas à transferência da pessoa em situação crítica dentro da unidade hospitalar, conforme se pode ver na tabela seguinte.

Modelo de Triagem
<p>Transporte Vermelho: composto por enfermeiro anestesista + enfermeira UCI + auxiliar + médico da UCI.</p> <p>Aplica-se à pessoa em situação crítica com:</p> <ul style="list-style-type: none">• Alterações da função respiratória, onde extubação acidental seria imediatamente risco de vida (tais como síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (ARDS), epiglotite, entre outras)• Alterações na função circulatória (como hemorragia maciça contínuo, risco de arritmias graves) <p>Monitorização: MP30 (unidade de monitor grande)</p> <p>Equipamento: Unidade de transporte (Jumbon®) + mala de emergência.</p>
<p>Transporte Amarelo: composta por enfermeiro anestesista+ enfermeira UCI + auxiliar. Médico da UCI está acessível por telefone e está disponível para se deslocar ao local.</p> <p>Aplica-se paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sem função de respiração espontânea (por exemplo: paciente curarizado, profundamente sedado ou paciente inconsciente, pneumonia grave); <p>Monitorização: MP30 se não há um transporte de prioridade vermelha. Caso contrário X2 MMS módulo (pequeno dispositivo de monitorização).</p> <p>Equipamento: Unidade de transporte (Jumbon®) + mala de emergência se não houver outra, organizar outra mala médica para o efeito.</p>
<p>Transporte Verde: composta por enfermeira da UCI + auxiliar.. Médico da UCI está acessível por telefone e está disponível para se deslocar ao local.</p> <p>Aplica-se paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mantém a respiração espontânea ou doente com função respiratória preservada ao ponto de tolerar extubação acidental, num curto espaço tempo. <p>Monitorização: Módulo X2 MMS (pequeno monitor de monitorização)</p> <p>Equipamento: X2 MMS Módulo + mala de emergência se não houver outra, organizar outra mala médica para o efeito.</p>
<p>Para todos os níveis de transporte utilizam-se ainda os seguintes recursos: bala de oxigénio portátil, Ambu® e aspirador portátil.</p>

Tradução livre de Ana Patrícia Lopes dos Santos do artigo original de Larsson e Willén (2015).

2. Recursos Materiais utilizados no transporte intra-hospitalar da pessoa em situação crítica.

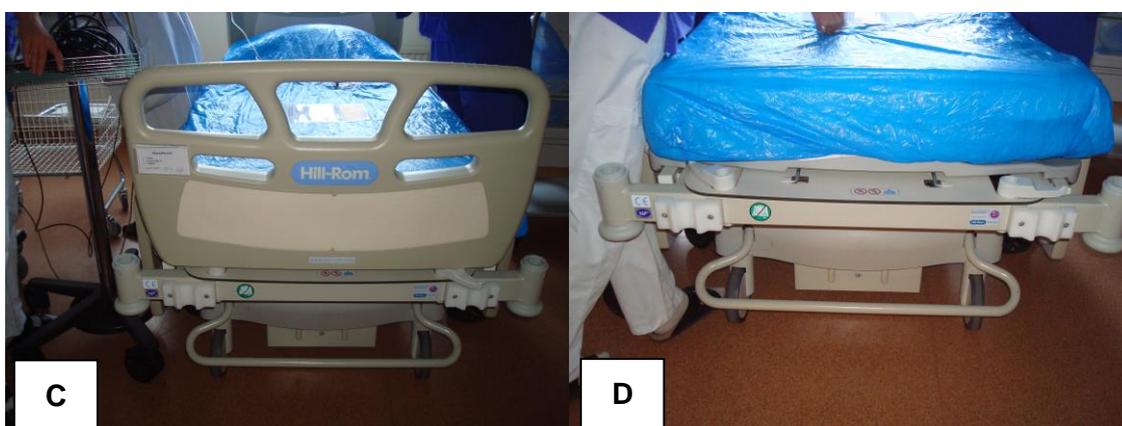
A Unidade de transporte (Jumbon®) referida anteriormente é a seguinte estrutura:



Legenda: **A** – Sistema que compõe a unidade de transporte Jumbon®; **B** – Sistema de encaixe e fixação à cama da UCI.

A vantagem da utilização da unidade de transporte Jumbon® com o monitor MP30 nos transportes de prioridade vermelha é que os sinais vitais da pessoa em situação crítica permanecem gravados no módulo da monitorização, uma vez que é o módulo que é encaixado no monitor da unidade e nunca a pessoa que é desmonitorizada.

Sempre que há necessidade de transporte da pessoa em situação crítica com a unidade de transporte Jumbo, esta é levada até ao quarto da UCI e é removida a barra no fundo da cama e é adaptada a estrutura nos encaixes destinados para o efeito, conforme se pode ver nas imagens C e D.



Legenda: C – Barra ao fundo da cama; D – Sistema de encaixe e fixação à cama da UCI apenas funciona sem a barra da cama.

O X2 MMS Módulo é um monitor portátil que regista sinais vitais, mas não guarda o histórico de parâmetros vitais contínuos, uma vez que a pessoa é desmonitorizada do MP30 e monitorizado com outro monitor.

3. Checklist para o Transporte Intra-Hospitalar da pessoa em situação crítica.

Importante é ainda mencionar que como suporte ao documento que atribui uma cor de acordo com o risco associado ao transporte, existe uma *checklist* para realizar nas várias fases do transporte, conforme será apresentada em seguida.

Checklist Transporte Intra-Hospitalar UCI (Andersson, G. Larsson, J. e Willén L., 2014)

➤ **Antes do Transporte Interno – UCI**

● **Controlo de Funcionamento:**

- ✓ Ventilador;
- ✓ Ambu ventilador;
- ✓ Aspiração portátil

● **Controle da cama:** Posição da cama, definida na altura correta;~

● **Dispositivos intravasculares:** cateter venoso central, cateter venoso periférico, linha arterial, outros: Bem fixo

● **Controle de bombas de infusão de volume:**

- ✓ Vida útil da bateria;
- ✓ Limites de pressão;
- ✓ Verificar o tempo de bateria de X2: feita na transferência;

● Sem mangueiras penduradas acima da cama;

● Drenagens torácica: ativo / passivo de acordo com a prescrição médica.

➤ **Verificação final antes do início**

● Situação Clínica do doente - caso agudo

● Telefone: telefones de transporte

● Chamada para a unidade que recebe - **agora vamos nós!**

- ✓ CT laboratório (Telefone XXXX - Horário 7h30-16h00)
- ✓ Horário de realização da chamada

● N.º Telefone principal - anestesista

● Estado do paciente **ok para o transporte!**

➤ **Checklist após Transporte Interno – UCI**

● **Controle de ajustes do ventilador:**

- ✓ Conectar ao ventilador da unidade do doente
- ✓ Estado do paciente OK!

● Recolocar as bombas infusoras na unidade do doente;

● Em humidificação ativa - começar!

● Acompanhamento *off-line*:

- ✓ Ligar a unidade de transporte à tomada de energia, previamente ao início do processo de limpeza.
- ✓ Testar ventilador e monitor da unidade de transporte.

BIBLIOGRAFIA

Andersson, G. Larsson, J. e Willén L., (2014) - Östra Hospital em Gotemburgo. UCI 343. *Checklista – Inför transport*. Acessível UCI 343 do Östra Hospital. Gotemburgo, Suécia.

Larsson, J & Willén, L. R. (2015). Checklista för interna. *Ventilen*, 1, 1p.

ANEXOS

**Anexo I – Grelha de Avaliação de Risco para o Transporte
Secundário da Pessoa em Situação Crítica**

ANEXO 4

Avaliação para o transporte secundário*

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

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

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

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

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

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

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



Anexo II - Avaliações dos estágios realizados nos diferentes contextos.

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A avaliação presente diz respeito ao estágio realizado no Centro Hospitalar de Lisboa Central – Serviço de Urgência pela Enfermeira Ana Patrícia Lopes dos Santos.

Considero que os objectivos propostos no início do estágio foram realizados exceto o estudo de caso.

Considero que durante o período de estágio conseguiu integra-se na equipa multidisciplinar, tendo sido notada alguma dificuldade nos primeiros dias pelas características inerentes a um Serviço que recebe um grande número de doentes graves e muito graves.

Conseguiu relacionar-se e trabalhar em conjunto com toda a equipa multidisciplinar.

Tem capacidade de iniciativa, no entanto, o facto de existir um sistema informático desconhecido da aluna e uma máquina de medicação que só pode ter acesso com impressão digital limitou de alguma forma algumas iniciativas.

Transmitiu curiosidade em conhecer e perceber o funcionamento de todos os setores do serviço dando ênfase ao sector da triagem e salas de reanimação e trauma. Permitindo desta forma conhecer todo o percurso do utente.

Dentro das salas de reanimação e trauma conseguiu ao longo do estágio estabelecer prioridades após uma análise cuidada de cada situação.

Mostrou disponibilidade e capacidade de trabalho em equipa colaborando na prestação de cuidados ao doente.

Colaborou e realizou transporte de utentes Inter e intra hospitalar. Consegui realizar a preparação do transporte e teve oportunidade de participar e realizar a passagem de turno aos colegas dos outros serviços.

Propôs alteração à folha de acompanhamento no transporte do doente inter-hospitalar, com ótima reação à crítica. Mostrou-se disponível para entregar e recolher questionário para realizar o seu trabalho tendo por base a opinião dos enfermeiros do serviço.

Realizou reflexão crítica sobre o acompanhamento dos familiares na sala de reanimação não sendo fácil o acesso aos familiares uma vez não existir no serviço uma sala própria para informar e acompanhar os familiares dos utentes.

Mesmo sendo de longe foi sempre assidua e pontual.

Por tudo o que foi dito anteriormente e conversado pessoalmente em reunião a minha avaliação qualitativa final bom sendo a minha avaliação quantitativa final 16 valores.

Data:

Tutor

Assinatura

Silvia Oliveira

Silvia Oliveira

Orientador

Sónia Fennad

Sónia Fennad

Estudante

Patrícia Santos

Patrícia Santos



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estágio limitado pelo tempo, com duração de 9 turnos, que impossibilita uma avaliação de desenvolvimento de competências.

Durante o estágio a Enfª Patrícia Santos tomou globalmente contacto com o processo de assistência à pessoa em situação crítica, desde o momento do atendimento da chamada para o CODU (linha 112 - saúde), passando pela assistência pela VMER e o encaminhamento pela equipa da mesma para o serviço de urgência.

Durante o estágio foram discutidas as diversas situações da assistência pré-hospitalar à pessoa em situação crítica tendo a possibilidade de participar activamente na administração de protocolos complexos, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados emergentes no local da ocorrência (domicílio ou via pública) e durante o transporte até à unidade de saúde.

A Enfª Patrícia apresentou elevado interesse e capacidade de argumentação durante o processo de discussão bem como competência na execução dos cuidados de enfermagem.

O entusiasmo, dinamismo e disponibilidade, aliados aos seus conhecimentos técnico-científicos, tornaram o presente estágio profícuo para o seu desenvolvimento tornando-a mais capacitada para a assistência à pessoa em situação crítica ao longo do continuum dos cuidados.

A salientar ainda o importante contributo ao realizar a sua pesquisa na área da fisiologia do movimento tentando perceber quais as implicações para a enfermagem que o transporte terrestre da pessoa em situação crítica acarreta.

Realizou uma acção de formação na VMER no dia 17 de Dezembro 2014 na base da VMER para todos os médicos e enfermeiros interessados.

O feedback que teve foi bastante positivo. O respectivo trabalho foi submetido a concurso para as comunicações livres das 9ª Jornadas do Doente Crítico do CHLisboa Norte nos dias 22 e 23 de Janeiro 2015, tendo sido seleccionado para apresentação.

Data: 22/1/2015 Tutor

Sónia Ferraz

Orientador

Assinatura

Sónia Ferraz

Tiago Manuel Fernandes do Amaral

Estudante

Tiago Amaral (CP 48217)

Ana Patrícia Santos

Ana Patrícia Santos



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A pessoa em situação crítica encontra a sua vida ameaçada por falência ou eminência de falência e uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Deste modo, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados, prestados de forma contínua como resposta às necessidades afetadas, procurando manterem-se as funções básicas de vida, prevenindo/antecipando complicações, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados só são possíveis se forem prestados de forma sistémica e sistemática, assegurando-se assim uma intervenção precisa, concreta e eficiente e em tempo útil, à pessoa em situação crítica e à sua família.

Com o intuito de promover o desenvolvimento das competências em estágio, a equipa de enfermagem organizou-se de forma a apoiar e desafiar a enfermeira Ana Patrícia no desenvolvimento do seu projeto de desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Ao longo do estágio no Serviço de Cirurgia Cárdio-Torácica da HSM-CHLN, a enfermeira Ana Patrícia teve a oportunidade de demonstrar que:

- *Identifica prontamente focos de instabilidade;*
- *Detém conhecimento e habilidade em suporte avançado de vida;*
- *Consegue implementar respostas de enfermagem apropriadas às complicações;*
- *Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar;*
- *Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;*
- *Conhece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo de infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica;*

No que respeita aos domínios das competências comuns aos enfermeiros especialistas, revelou responsabilidade profissional, ética e legal, na medida em que realizou juízos baseados no conhecimento e experiência, refletindo-se na tomada de decisão.

Demonstrou domínio sobre a melhoria contínua da qualidade, na medida em que desempenhou um papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias que melhorassem a comunicação entre os enfermeiros, na passagem do utente do Bloco Operatório para a Unidade de Cuidados Intensivos, realizando uma reflexão crítica sobre a necessidade de uma comunicação fluida. Revelou ainda domínio das aprendizagens profissionais, pelo desenvolvimento do seu autoconhecimento face às situações inesperadas.

Sublinha-se o tempo planeado para a concretização deste estágio como aspeto menos positivo, que por ser curto se apresentou como obstáculo à enfermeira Ana Patrícia.

Em suma, considera-se que cumpriu os objetivos a que se propôs, e por isso classifica-se este estágio com bastante satisfatório.

Data:

Tutor

Assinatura

04. Fev. 2015

Sónia Ferraaz

Sónia Ferraaz

Orientador

Enfermeira Sónia Filipe

Sónia Filipe

Estudante

Patrícia Santos

Patrícia Santos

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A presente apreciação diz respeito ao estágio realizado pela Enf^a Ana Patricia Santos, no Serviço de Atendimento Permanente do Hospital Cuf Torres Vedras, subordinado ao tema: Promoção da Segurança da Pessoa em Situação Crítica no Transporte Inter-Hospitalar.

No âmbito do seu estágio a Enf^a Ana Patricia demonstrou sempre uma grande proatividade para fazer face aos objetivos a que se propôs.

Durante o seu estágio, desenvolveu várias atividades onde:

Partilhou com a equipa a experiência dos vários estágios que realizou, evidenciando os aspetos positivos de transporte inter-hospitalar implementados noutros contextos.

Elaborou e implementou um questionário com vista a identificar as dificuldades e as necessidades formativas no âmbito do transporte do doente crítico no hospital Cuf Torres Vedras.

Propôs a introdução no sistema informático do Score de Risco para o Transporte inter-hospitalar

Propôs a criação de um formulário de registos dos cuidados prestados durante o transporte inter-hospitalar.

Apresentou uma proposta de melhoria da instrução de trabalho para o transporte inter-hospitalar da pessoa em situação crítica.

Realizou uma formação no âmbito da Avaliação sistematizada da vítima em situação crítica segundo a metodologia ABCDE, expondo o tema de forma clara e objetiva.

Ao longo do seu estágio a Enf^a Ana Patricia demonstrou sempre grande empenho, dinamismo e capacidade de trabalho para fazer face aos objetivos a que se propôs. Com as atividades que desenvolveu, despertou a equipa de Enfermagem do Hospital Cuf Torres Vedras para a problemática do transporte inter-hospitalar do doente crítico, contribuindo de forma muito positiva para o processo formativo da equipa e para o ciclo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Data:

Tutor

Sónia Ferrad

Orientador

Ivo Fernandes

Estudante

Patricia Santos

Assinatura

Sónia Ferrad

Ivo Fernandes

Patricia Santos

